

Die Rolle der Modellprojekte bei der Psychiatrie–Vergütungsreform

Netzwerk Psychiatrie
Berlin (Wannsee) 22.02.2012

Dr. Wulf–Dietrich Leber
GKV–Spitzenverband

Gang der Handlung

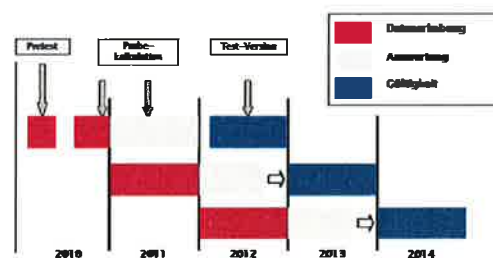
- 1 Der 17d–Gesamtprozess
- 2 Grouper–Entwicklung (InEK)
- 3 PIA–Dokumentation
- 4 Das Psych–Entgeltgesetz
- 5 Modellprojekte
- 6 Nächste Schritte

Psych-Entgeltreform

- Psych-Entgeltgesetz
- Entwicklung des Entgeltsystems (InEK)
- Abrechnungsregeln
- PIA-Dokumentation
- Weiterentwicklung Klassifikationen (OPS, ICD)
- Qualitätssicherung
- Begleitforschung
- DTA-Verträge (u.a. Modellprojekte)

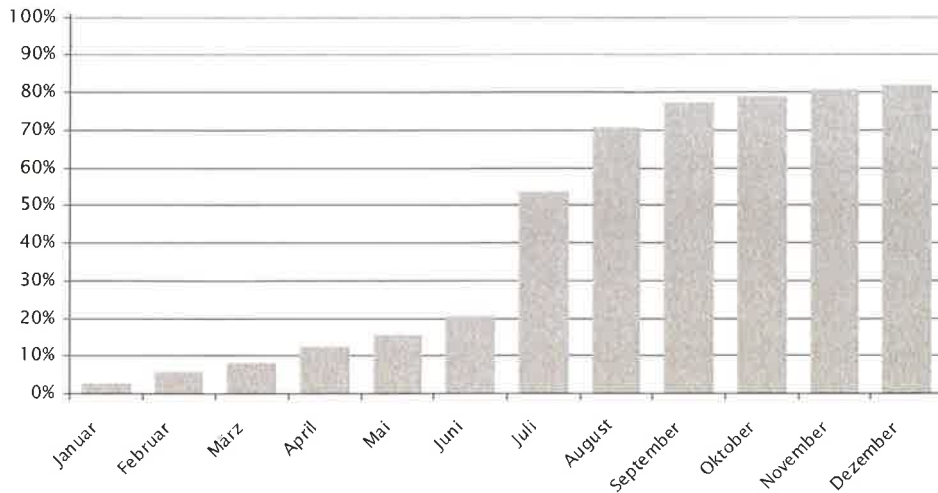
Zeitplan

- Zeitplan (Stand 05-2011)
 - 2009 Vereinbarung der Grundstrukturen
 - 2010 Psych-PV-Doku, OPS-Erweiterung
 - 2011 Datenerhebung, Begleitforschung
 - 2012 Kalkulation, Katalogvereinbarung
 - 2013 Budgetneutrale Einführung
- gesondertes Gesetzgebungsverfahren für
 - Rechtliche Rahmenbedingungen ab 2013



Kodierung Psych-OPS in 2010

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



Quelle: GKV Spitzenverband, Daten nach § 21 für DJ 2010 Entgeltbereich PSY vollstat, Behandlung

Kodierqualität Diagnosen

(Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	nur Hauptdiagnose	Anzahl Nebendiagnosen					2009 nur Hauptdiagnose
		1	2	3	4	>4	
Fachkliniken							
Allgemein	28%	23%	17%	11%	7%	14%	33%
Kinder/ Jugend	39%	29%	16%	8%	4%	4%	42%
Psychosomatik	16%	22%	19%	14%	9%	19%	18%
Fachabteilungen							
Allgemein	33%	26%	16%	10%	6%	9%	39%
Kinder/ Jugend	46%	32%	14%	5%	2%	1%	45%
Psychosomatik	20%	18%	17%	12%	8%	24%	16%
Gesamt							
Psychiatrie	30%	24%	17%	10%	6%	12%	37%
Zum Vergleich (DRG-Bereich)							
Unfallchirurgie	12%	18%	15%	13%	10%	33%	12%
Innere Medizin	6%	9%	10%	10%	10%	55%	6%

Quelle: Auswertung GKV-Spitzenverband, vollstat. Krankenhausfälle mit Entlassung 2010 nach überwiegend behandelnder Fachabteilung

Einstufung Psych-PV – 2.HJ 2010

→ Behandlungstage in % im 2. Halbjahr 2010

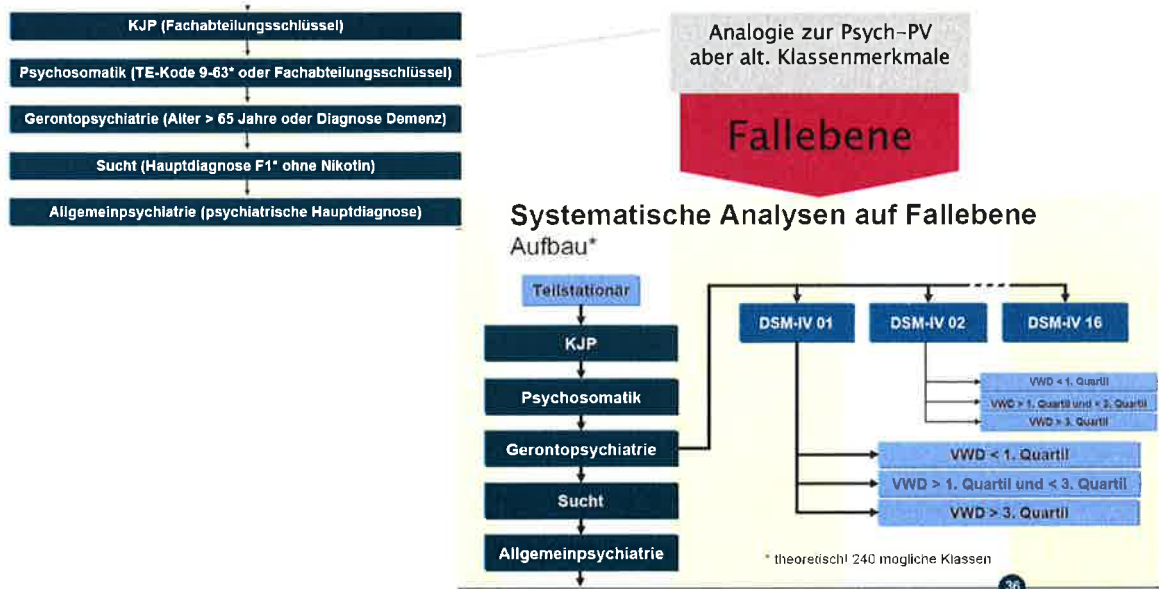
	Allgemeine Psychiatrie	Abhängigkeitskranke	Gerontopsychiatrie	KJ-psychiatrie	
Regelbehandlung	74,0%	51,7%	61,8%	47,7%	Kinderspsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
Intensivbehandlung	16,5%	43,1%	35,4%	39,1%	Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
Rehabilitative Behandlung	0,1%	0,1%	0,0%	11,8%	Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	1,7%	4,4%	2,3%	0,0%	Rehabilitative Behandlung
Psychotherapie	7,5%	0,7%	0,4%	0,3%	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
Tagesklinische Behandlung	0,2%	0,0%	0,0%	0,7%	Eltern-Kind-Behandlung
				0,4%	Tagesklinische Behandlung
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	Gesamt

Quelle: Auswertung GKV-Spitzenverband, vollstat. Krankenhausfälle mit Entlassung 2.Halbjahr 2010 und OPS 9-98*

Gang der Handlung

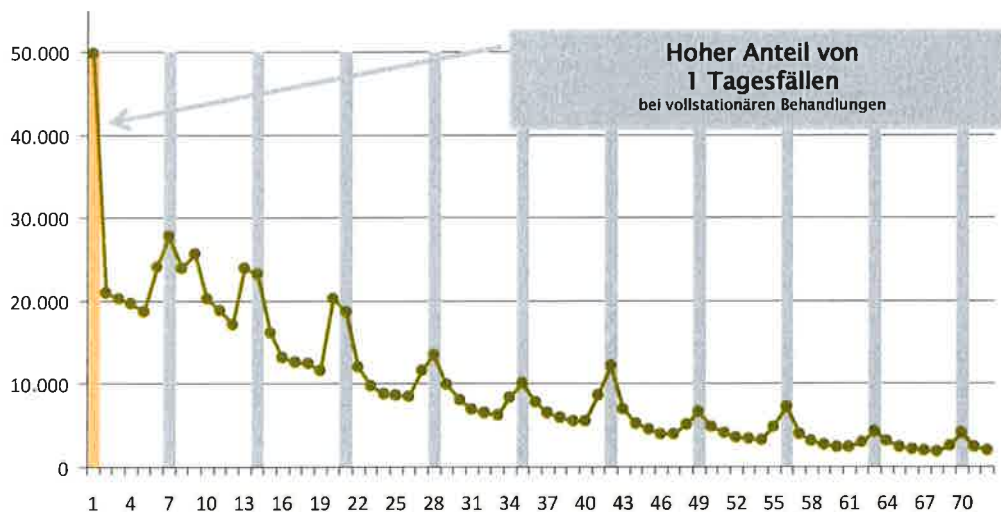
- 1 Der 17d-Gesamtprozess
- 2 Grouper-Entwicklung (InEK)
- 3 PIA-Dokumentation
- 4 Das Psych-Entgeltgesetz
- 5 Modellprojekte
- 6 Nächste Schritte

Grundstruktur der InEK-Gruppierung bei Fallgruppierung



Verweildauerverteilung

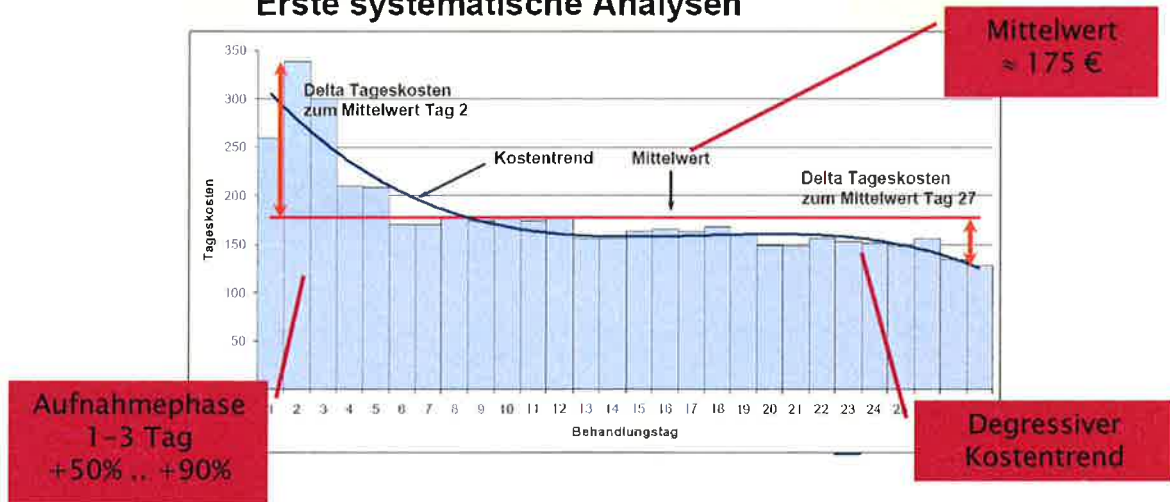
Verweildauerverteilung aller vollstationären Psychiatriefälle ohne Verlegungen und Entlassungen gegen ärztlichen Rat



Quelle: GKV-Spitzenverband 301 Daten 2008

Kostendarstellung

Erste systematische Analysen



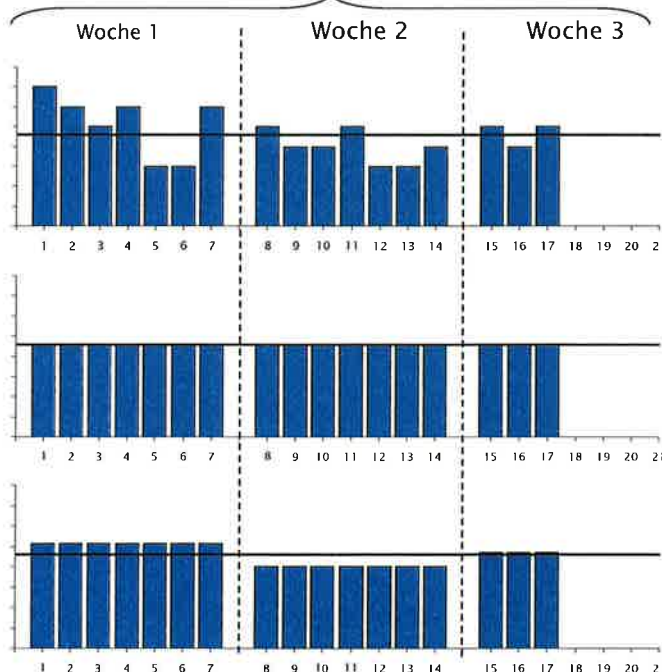
Dr. Wolf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

22.02.2012

Vergütungsvarianten der Tagespauschale

Tages-, Wochen- oder Fallgroupierung

Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



Tagespauschale:
täglich wechselnd

Tagespauschale:
pro Fall (Gesamtdurchschnitt)

Tagespauschale:
pro Fall (Wochendurchschnitt)

Dr. Wolf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

22.02.2012

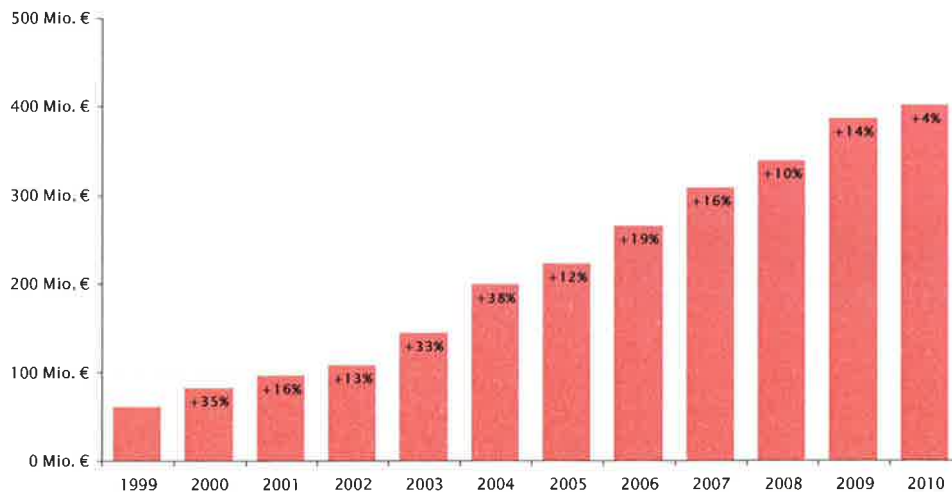
Verhandlungsstand

- Basisentscheidungen bezüglich Abrechnung bis 31.03.2012 notwendig (Vorlaufzeit für Programmierer).
- Fallgruppierung wahrscheinlich.
- Da Verweildauer ein Kostentrenner ist, kommen möglicherweise degressive Pflegesätze.
- Abrechnungsregeln (z.B. Wiederaufnahme) noch in der Diskussion. Entscheidung unter extremer Unwissenheit.
- Ersatzvornahme?

Gang der Handlung

- 1 Der 17d-Gesamtprozess
- 2 Grouper-Entwicklung (InEK)
- 3 PIA-Dokumentation
- 4 Das Psych-Entgeltgesetz
- 5 Modellprojekte
- 6 Nächste Schritte

Ausgaben für Psychiatrische Institutsambulanzen



Quelle: KJ I-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse – Konto 5440), eigene Darstellung

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

22.02.2012

PIA-Vergütung nach Bundesländern



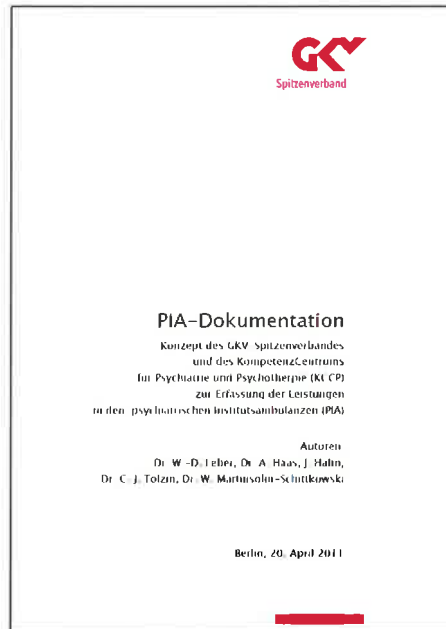
	Anzahl der PIA	Fachkliniken und Fachabt.	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale (Einmalkontakt/Mehrfachbeh.)	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale (einmalige Behandlung, Notfall)	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpom.	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	landesweit
Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale (gesondert Notfallbehandlung)	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen (Leistungskatalog analog Bayern)	Einzelverträge + landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale(+ EBM, +Tagespauschale)	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + landesweit
Gesamt	418	434		

Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007, Vergütung: eigene Erhebung des GKV-Spitzenverbandes 2010

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

22.02.2012

PIA-Dokumentation



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

PIA-Dokumentation im GKV-VStG



- ➔ Änderungsantrag 26 (23.11.2011) zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 295 SGB V)
- ➔ Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Dokumentation bis 30.04.2012. Außerdem Einigung auf Datentransfer und Abarbeitung des 17d-Prüfauftrages. Vollerhebung, ggf. auch Stichprobe.
- ➔ Bei Nichteinigung Entscheidung der Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen.

GKV-VStG Art. 1 Nr. 80 (§ 295 SGB V)



§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

...
 (1b) „Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b oder § 73c abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. „Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung der psychiatrischen Institutsambulanzen. „Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. „Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes sind ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. „Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. „Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.

Dr. Wulf-Dietrich Laber
 GKV-Spitzenverband

22.02.2012

„Bayern classic“

Leistungsart	Minuten	Spitzenverband				
		Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
Dokumentation		101	201			
Einzeltherapie	10	110	210	310	410	
	20	111	211	311	411	511
	40	112	212	312	412	512
	60	113	213	313	413	513
	90	114	214	314	414	514
	120	115	215	315	415	515
	180	116	216	316	416	516
Kleingruppe	60	143	243	343	443	543
	90	144	244	344	444	544
	120	145	245	345	445	545
	180			346	446	546
	300					548
Großgruppe	60	153	253	353	453	553
	90	154	254	354	454	554
	120	155	255	355	455	555
	180			356	456	556
	240					557
	300					558
Fahrzeit	10	160	260	360	460	560
	20	161	261	361	461	561
	40	162	262	362	462	562
	60	163	263	363	463	563
	90	164	264	364	464	564
	120	165	265	365	465	565
	180	166	266	366	466	566
Labor-Standard				170		
Spiegelbestimmung				171		
Stabchentest				172		
quant. Bestimmung				173		
CT				180		
NMR				190		
Fallbespr.	10			600		
	20			609		
Personal appar. Diagnostik	10			770		
	20			771		
	40			772		
	60			773		

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

Setting	Leistungsart	Berufungsgruppen				
		Ärzte (1)	Psychologen (2)	Pflege (3)	Sozialpädagogen (4)	Beschäftigungstherapeuten (5)
Dokumentation	Dokumentation AmBADO ¹	100	200			
Fallbesprechung	interdisziplinär ²					600
Labor/Diagnostik	Labor ³					700
Einzeltherapie (0) und (1)	(1) nicht näher bezeichnet	101.1 - .3	201.1 - .3	301.1 - .3	401.1 - .3	501.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert ⁴	102.1 - .3	202.1 - .3			
	(3) Psychotherapie ⁵	103.1 - .3	203.1 - .3			
	(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining			304.1 - .3	404.1 - .3	504.1 - .3
	(5) Soziotherapie				405.1 - .3	
	(6) übende Verfahren ⁶	106.1 - .3	206.1 - .3	306.1 - .3	406.1 - .3	506.1 - .3
	(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷					507.1 - .3
	(8) Pflege-Diagnostik ⁸			309.1 - .3		
	(9) spezifische Testverfahren	110.1 - .3	210.1 - .3			
	(10) vertiefte Exploration	111.1 - .3	211.1 - .3	311.1 - .3	411.1 - .3	511.1 - .3
	(11) sozialpsychiatrische Grundversorgung ⁹	112.1 - .3	212.1 - .3	312.1 - .3	412.1 - .3	512.1 - .3
	(12) Besprechung mit Bezugspersonen ¹⁰	113.1 - .3	213.1 - .3	313.1 - .3	413.1 - .3	513.1 - .3
	(13) Krisenintervention	114.1 - .3	214.1 - .3	314.1 - .3	414.1 - .3	514.1 - .3
	(14) medikamentöse Einstellung / Umstellung	115.1 - .3				
	(15) medikamentöse Begleitung + Beratung			316.1 - .3		
	(16) administrative Tätigkeiten ¹¹	117.1 - .3	217.1 - .3	317.1 - .3	417.1 - .3	517.1 - .3
	Kleingruppe (2) (bis zu 5 Patienten)	(1) nicht näher bezeichnet	121.1 - .3	221.1 - .3	321.1 - .3	421.1 - .3
(2) Psychotherapie definiert ⁴		122.1 - .3	222.1 - .3			
(3) Psychotherapie ⁵		123.1 - .3	223.1 - .3			
(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining				324.1 - .3	424.1 - .3	524.1 - .3
(5) Soziotherapie					425.1 - .3	
(6) übende Verfahren ⁶		126.1 - .3	226.1 - .3	326.1 - .3	426.1 - .3	
(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷						527.1 - .3
(8) co-therapeutische Tätigkeiten		128.1 - .3	228.1 - .3	328.1 - .3	428.1 - .3	528.1 - .3
Großgruppe (3) (mehr als 5 Patienten, höchstens 12 Patienten)	(1) nicht näher bezeichnet	131.1 - .3	231.1 - .3	331.1 - .3	431.1 - .3	531.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert ⁴	132.1 - .3	232.1 - .3			
	(3) Psychotherapie ⁵	133.1 - .3	233.1 - .3			
	(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining			334.1 - .3	434.1 - .3	534.1 - .3
	(5) Soziotherapie				435.1 - .3	
	(6) übende Verfahren ⁶	136.1 - .3	236.1 - .3	336.1 - .3	436.1 - .3	
	(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷					537.1 - .3
	(8) co-therapeutische Tätigkeiten	138.1 - .3	238.1 - .3	338.1 - .3	438.1 - .3	538.1 - .3
Fahrzeit (40)		140.1 - .3	240.1 - .3	340.1 - .3	440.1 - .3	540.1 - .3



Spitzenverband

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

- 1. Ziffer: Berufsgruppe
- 2. Ziffer: Setting
- 3. Ziffer: Leistungsart
- 4. Ziffer Minuten:
0-20 Minuten = 1
20-60 Minuten = 2
über 60 Minuten = 3

„Bayern medical“



„Bayern light“



Spitzenverband

Leistungsart	Minuten	Berufungsgruppen				
		Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
Dokumentation		101b	201b			
Einzeltherapie	bis 20 Minuten	111b	211b	311b	411b	511b
	bis 60 Minuten	113b	213b	313b	413b	513b
	über 60 Minuten	116b	216b	317b	417b	516b
Gruppentherapie		144b	245b	346b	446b	546b
Fahrzeit	bis 20 Minuten	161b	261b	361b	461b	561b
	über 20 Minuten	166b	266b	366b	466b	566b
Diagnostik				170b		
Fallbestprechung				600b		



Tagesprofile des DKG-Konzeptes



PIA: Leistungsdokumentation anhand von Tagesprofilen

Definition der durch die PIA zusätzlich zu dokumentierenden Leistungsarten nach Tagesprofilen. Die einzelnen Profile sollen pro Behandlungstag dem Patienten zugeordnet werden.

Ziffer	Leistungsart: Tagesprofil	Beauftragungszeitraum	Merkmalsbedingung	Erläuterung
A	Profil: Regelbehandlung bis hochfrequente Behandlung	Tag der Leistungserbringung	Die Zugangsvoraussetzungen nach § 116 Abs. 1 oder 2 SGB V liegen beim Patient vor	Geplanter Termin , inkl. Klärung der Indikation zur PIA-Behandlung. Der Behandlungsbedarf des Patienten kann über die Regelbehandlung hinaus bis hin zu einer hochfrequenten Behandlungsdichte abgebildet werden. Ziel ist die Vermeidung einer kurzfristig drohenden teil- oder vollstationären Behandlung oder die Verkürzung eines stationären Aufenthaltes. Hochfrequente Behandlung kann an mehreren Tagen in Folge erforderlich werden.
B	Profil: Notfall- Krisenbehandlung	Tag der Leistungserbringung	Mindestens eine Leistung mit direktem Patientenkontakt wird ungeplant oder nach Terminvergabe binnen 24 Stunden erbracht	Ungeplante Leistungserbringung mit hoher Dringlichkeit. Sie dient der kurzfristigen Diagnostik der akuten Situation und der Entscheidung über das aktuelle weitere Vorgehen, ggf. eine sofortige Intervention und Planung der weiteren Therapie. Eine Krisenintervention kann häufig aus mehreren kurzfristig anberaumten Terminen bestehen.
C	Profil: Differentialdiagnostik	Tag der Leistungserbringung	Mehr als 50 % der Behandlungszeit des Patienten werden auf Diagnostikleistungen verwendet	Geplanter Termin , Meist Erstzuweisung durch Hausarzt oder Facharzt. Je nach Fragestellung kommen klinische, klinisch-tespsychologische, neuropsychologische, elektrophysiologische, bildgebende und ggf. internistische und neurologische Methoden zur Anwendung.
D	Profil: Aufsuchende Behandlung	Tag der Leistungserbringung	Mindestens eine Leistung mit direktem Patientenkontakt wird außerhalb der PIA erbracht	Geplanter Termin , Die Behandlung richtet sich an Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung oder körperlich begründeter Mobilitätseinschränkungen vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sind, die PIA aufzusuchen. Dies ist mit Fahraufwand für das Behandlungsteam verbunden.
E	Profil: Case- Management	Tag der Leistungserbringung und Zeitraum seit letzter Leistungserbringung	Mindestens eine Leistung wurde ohne direkten Patientenkontakt und ohne Einzelleistungserfassung erbracht	Über die Regelbehandlung hinaus erfordert die Behandlung des Patienten zusätzlichen Koordinationsaufwand und Aktivitäten, die die Abstimmung und Koordination im medizinischen und sozialpsychiatrischen Hilfesystem und mit Behörden umfassen und daher nur teilweise im Bausein des Patienten durchgeführt werden.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

22.02.2012

PIA im Regionalbudget



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

RB = regionales Budget

Quelle: Daten des Klinikums Itzehoe, Deister 2011

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

22.02.2012

Verhandlungstermin 14.02.2012 Kompromissvorschlag des GKV-SV



- Basisinfo zu PIA-Leistungen bundesweit
 - Kontakte mit Datum
 - Arzt oder Psychologe ja/nein
 - Hausbesuch ja/nein
- Festlegung einer unteren Schwelle
- Verzicht auf zusätzliche Datenlieferung bei Ländern bei denen die Doku-Inhalte aus den Einzelleistungspositionen vollständig ableitbar sind.
- Umsetzung in 21er Daten und Abrechnungsdaten an Kasse
- Nächster Verhandlungstermin 14.03 (Abgestimmte Vereinb.)
- Ziel: Vereinbarung im SpiG am 16.03

Gang der Handlung



- 1 Der 17d-Gesamtprozess
- 2 Grouper-Entwicklung (InEK)
- 3 PIA-Dokumentation
- 4 Das Psych-Entgeltgesetz
- 5 Modellprojekte
- 6 Nächste Schritte

Integrationsvorschlag des GKV-SV Gesetzestechnischer Vorgang



- Außerkraftsetzung der BPfIV
- Ergänzung von Regelungen für den Bereich der psychiatrischen Versorgung im KHEntgG
- Bereinigung der zu stark fallbezogenen Formulierungen
- Anfügen von Übergangsregeln in das KHEntgG

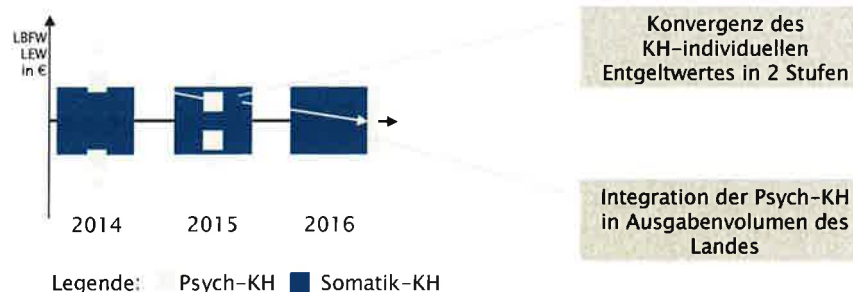
- Erweiterung des Landesbasisfallwertes und des Volumens der Bewertungsrelationen um das Spektrum psychiatrischer Krankheiten

Konvergenz zum Landesentgeltwert



- Konvergenz an ein gemeinsames landesbezogenes Preisniveau der Somatik und Psychiatrie (Landesentgeltwert)

$$\frac{\text{Ausgaben}_{\text{Somatik}} + \text{Ausgaben}_{\text{Psych}}}{\text{Casemix}_{\text{Somatik}} + \text{Casemix}_{\text{Psych}}} = \text{Landesentgeltwert}$$



PsychEntgG (Regierungsentwurf) Änderungen zum Referentenentwurf



- Modellvorhaben nach § 16 BpflV sind raus, Modellprojekte nach § 64b SGB V haben jetzt keinen gesonderten Genehmigungsbedarf mehr, aber eine erweiterte Datenübermittlungspflicht an das InEK
- Fallsteuerung ist raus (Interventionspunkte bei Krankheitsbildern mit aufwändigen Versorgungsverläufen)
- G-BA hat zusätzlich Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischen Personal festzulegen; „Versorgungsqualität“ wurde geändert in „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“

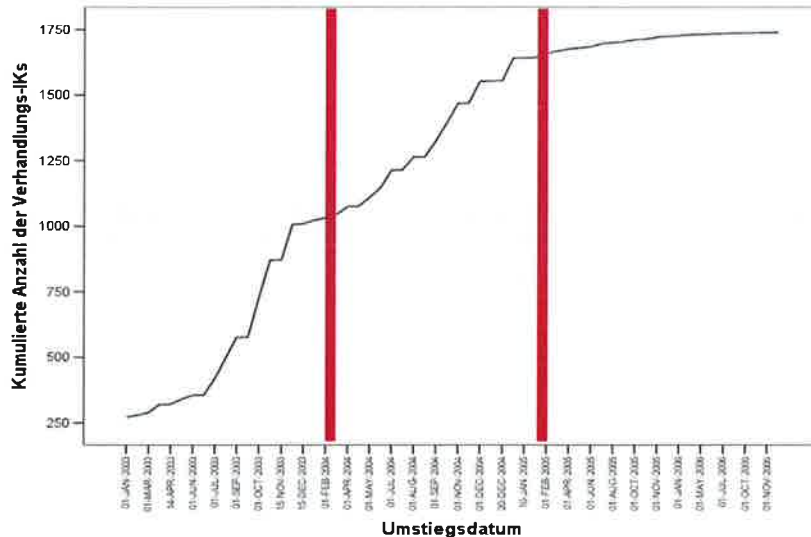
Zeitplan im PsychEntgG-Entwurf



- 2013 Optionsjahr 1
- 2014 Optionsjahr 2
- 2015 budgetneutral obligatorisch 1
- 2016 budgetneutral obligatorisch 2
- 2017 Konvergenz 1 (10 %)
- 2018 Konvergenz 2 (15 %)
- 2019 Konvergenz 3 (15 %)
- 2020 Konvergenz 4 (20 %)
- 2021 Konvergenz 5 (20 %)
- 2022 Vergütung nach Landesbasisentgeltwerten

BMG-Botschaft an die Psychiatrie: Ruhet sanft!

DRG-Umstieg – Ein Rückblick 2003 bis 2006



Erste Kommentierung

- ➔ Der Umstieg erfolgt nie zum 01.01. – das war schon bei der DRG-Einführung gelogen.
- ➔ Der reale Umstieg wird fast bis zum Ende der vierjährigen budgetneutralen Phase dauern.
- ➔ Die Optionsjahre schaffen ein nicht-lernendes System. Nur die flächendeckende Anwendung schafft flächendeckendes Lernen.
- ➔ Über die Länge der Konvergenzphase sollte man reden, wenn der Konvergenzbedarf ersichtlich ist.

Wenig vom DRG-Umstieg gelernt!



- Der Rightcoding wirkt (außer bei Mehrerlösausgleichen) nach wie vor erlössteigernd.
- Es wird möglicherweise eine Divergenzlücke geben. (Landesentgeltwert entspricht nicht dem Durchschnitt der Hauswerte).
- Konvergenzschnitte sollten am Anfang stärker als am Ende sein. Kappungsregelungen braucht man nicht.

Psych-Entgeltgesetz Möglicherweise Positives



- Der Entwurf ist offen für fast alle Entgeltvarianten.
- Die Qualitätssicherung wird sektorenübergreifend – was sie ja eigentlich schon sein soll – und sie wird transparent.
- Modellvorhaben sind explizit vorgesehen.
- Intellektuelles Highlight des Entwurfs ist die Bürokratiekostenabschätzung.

Gang der Handlung

- 1 Der 17d-Gesamtprozess
- 2 Grouper-Entwicklung (InEK)
- 3 PIA-Dokumentation
- 4 Das Psych-Entgeltgesetz
- 5 Modellprojekte
- 6 Nächste Schritte

Modellversuche: Bestandsaufnahme des GKV-SV

- Ziel: Überblick über Psych-Modellvorhaben gewinnen (Datenbank) und Ergebnisse für die Systementwicklung für den öffentlichen Diskurs nutzbar machen
- Durchführung: IGES
Ergebnisse im Frühjahr 2012
- z. B. Frage: Welche Modelle führen zu einer Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich und wie groß ist dieser Effekt?
- Arbeitsstand: Rund 80 Projekte. Nicht alles Regionalbudgets. Evaluation eher mau.

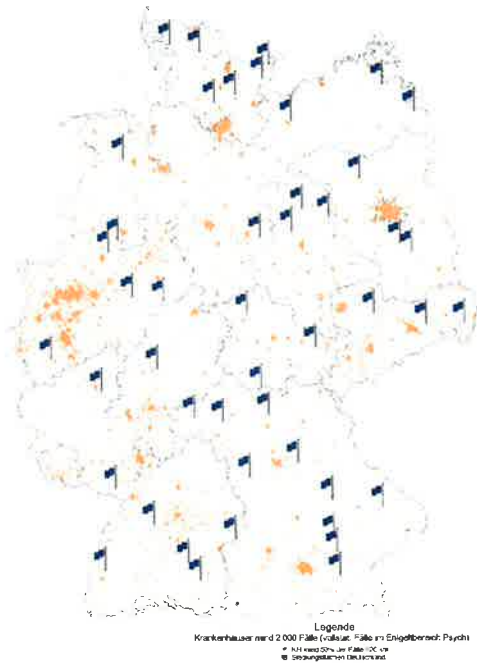
Modellprojekte (§ 64b SGB V)

- Konkretisierung der Modellvorhaben nach § 63 SGB V
- Keine Satzungsregelung bei Kassen mehr notwendig
- Keine Einschreibe- oder Einwilligungspflichtung der Patienten
- Kassenspezifisch (PKV-Einbeziehung möglich)
- Einbeziehung der vertragsärztlichen Versorgung möglich
- Beibehaltung der Leistungsdokumentation und Datenübermittlung
- Beibehaltung der Versorgungsverpflichtungen der Leistungserbringer
- Ergänzende Datenlieferung an das InEK (Vereinbarung DKG-GKV)

Zur Funktion der Modellprojekte bei der Psych-Entgeltreform

- Modellprojekte sind keine Alternative zur leistungsorientierten Psych-Entgeltreform; sie sind Teil des lernenden Systems.
- Modellkrankenhäuser sollten früh umsteigen.
- Modelle werden im Vergleich zur „Standardtherapie“ beurteilt werden müssen.

Gemeindeferne Psychiatrie



- Psychiatrische Einrichtungen mit:
- mehr als 2.000 Fällen
 - mehr als 50 % der Patienten aus Entfernung > 20 km

Gemeindeferne Psychiatrie (1 / 2)

1	Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt	95%
2	Klinik Lahnhöhe Lahnstein	91%
3	Bezirkskrankenhaus Gabersee Reitmehring	86%
4	Münsterklinik Zwiefalten	85%
5	Bezirkskrankenhaus Mainkofen Deggendorf	79%
6	Krankenhaus f. Psychiatrie und Neurologie Lohr	78%
7	Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen	77%
8	Fachklinik Heiligenhafen	76%
9	Pfalzkrankenhaus Landeck Klingenmünster	75%
10	Bezirkskrankenhaus Taufkirchen / Vils	74%
11	Bezirksklinikum Obermain Ebersfeld	73%
12	Bezirkskrankenhaus Ansbach	70%
13	Fachklinik für Psychiatrie-Neurologie-Rehabilitation Neustadt	67%
14	St.-Rochus-Hospital Telgte	67%
15	Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Jerichow	67%
16	Westfälische Klinik für Psychiatrie Marsberg	66%
17	Nervenkrankenhaus Schloß Werneck	65%
18	Bezirkskrankenhaus Bereich Psychiatrie Günzburg	65%
19	Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen	63%
20	Westfälische Klinik für Psychiatrie und Neurologie Lengerich	63%
21	Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried	63%
22	Fachklinik Breklum für Psychiatrie und Psychosomatische Erkrankungen	63%
23	Westfälische Klinik für Psychiatrie Warstein	62%

Gemeindeferne Psychiatrie (2/2)

24	Sächsisches Krankenhaus Hubertusburg Wernsdorf	62%
25	Ruppiner Kliniken Neuruppin	62%
26	Psychiatrisches Krankenhaus Rickling	60%
27	Krankenanstalten Marienborn Zülpich	60%
28	Kliniken Anklam-Ueckeründe	58%
29	Vitos Klinikum Gießen-Marburg	57%
30	Landesklinik Teupitz	57%
31	Fachkrankenhaus Haldensleben	56%
32	Niedersächsisches Landeskrankenhaus Königslutter	56%
33	Landesklinik Lübben	56%
34	Fachkrankenhaus Uchtspringe	55%
35	Evangelisches Krankenhaus Bethanien Greifswald	53%
36	Landesklinik Nordschwarzwald Calw	53%
37	Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wehnen Bad Zwischenahn	53%
38	Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Stadroda	53%
39	Bezirkskrankenhaus Landshut	52%
40	Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf	52%
41	Fachklinik Schleswig	51%
42	Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Großschweidnitz	51%
43	Psychiatrische Fachklinik Engelthal	51%
44	Zentrum für Psychiatrie Emmendingen	51%
45	Bezirkskrankenhaus Regensburg	50%
46	Nervenklinik Schwerin	50%

Dreiteilung der ambulanten Versorgung

Spezialärztliche Leistungen

Niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser

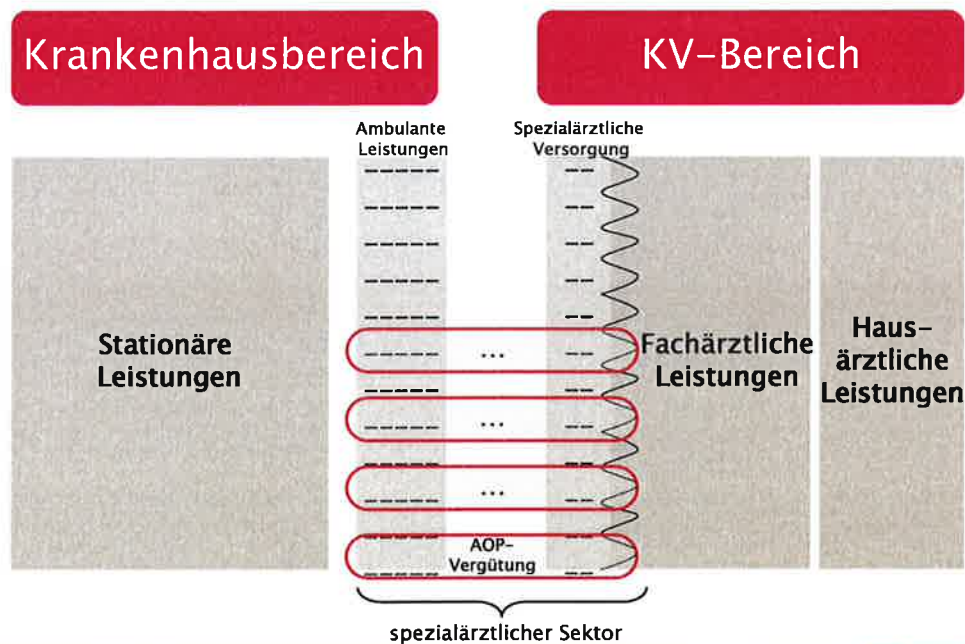
Allgemeine fachärztliche Versorgung

Niedergelassene Fachärzte

Ärztliche Primärversorgung

Niedergelassene Haus-, Kinder-, Frauenärzte

Leistungsbereich definieren!



Gang der Handlung

- 1 Der 17d-Gesamtprozess
- 2 Grouper-Entwicklung (InEK)
- 3 PIA-Dokumentation
- 4 Das Psych-Entgeltgesetz
- 5 Modellprojekte
- 6 Nächste Schritte

Nächste Schritte I

→ BMG und Parlament

- Gesetzliche Regelung der Einführungsphase ab 2013 im PsychEntgG
- OPS und ICD weiterentwickeln (DIMDI)

→ DKG und GKV-SV (+PKV)

- PIA-Dokumentation vereinbaren (PIA-Prüfauftrag)
- Grundstruktur der Psych-Entgelte und Abrechnungsregeln
- Vereinbarungen lt. PsychEntgG
- Begleitforschung (2011 Machbarkeitsstudie, 2012 Begleitforschung vergeben)

Nächste Schritte II

→ InEK (und Kalkulationshäuser)

- Auswertung Probekalkulation
- Weiterentwicklung Kalkulationshandbuch
- Entwicklung Kalkulationssystematik & Probe-Grupper
- Herbst 2012: System und Grupper für 2013

→ G-BA (Qualitätssicherung)

- Bislang keine externe QS im Psych-Bereich
- Sinnvoll: sektorübergreifende QS (Vorsicht! Funktioniert noch nicht)
- G-BA-Vorarbeiten: Modellprojekt Depression

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de