

Einführung in das neue Psychiatrie-Entgeltsystem und erste Bewertung durch den vdek

Stefan Wöhrmann
Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“
Verband der Ersatzkassen e. V.

Fachtagung der vdek-Landesvertretung Thüringen
„Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik“
am 27. Oktober 2014 in Erfurt



Entwicklung psychischer Erkrankungen

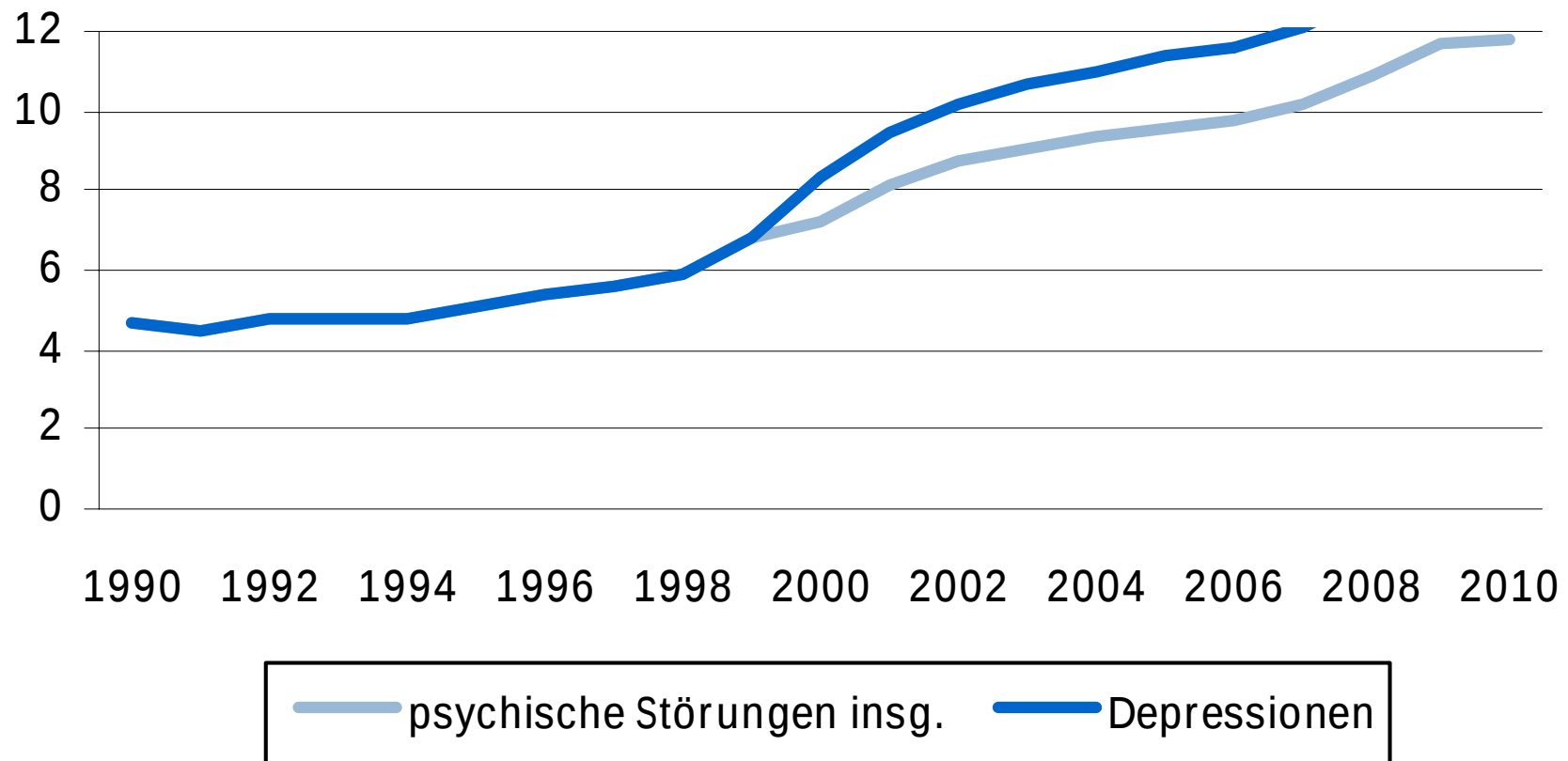
- Aktuellen Zahlen zu Folge scheinen immer mehr Menschen an psychischen Erkrankungen zu leiden.
- In allen Versorgungsbereichen sind steigende Behandlungszahlen zu verzeichnen.
- Nach Berechnungen der Bundesregierung hat sich seit 2001 der Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen verdoppelt.
- Die Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen haben um 66 Prozent bei Männern und um 97 Prozent bei Frauen zugenommen.



Anstieg stationärer Behandlungen in den letzten Jahren

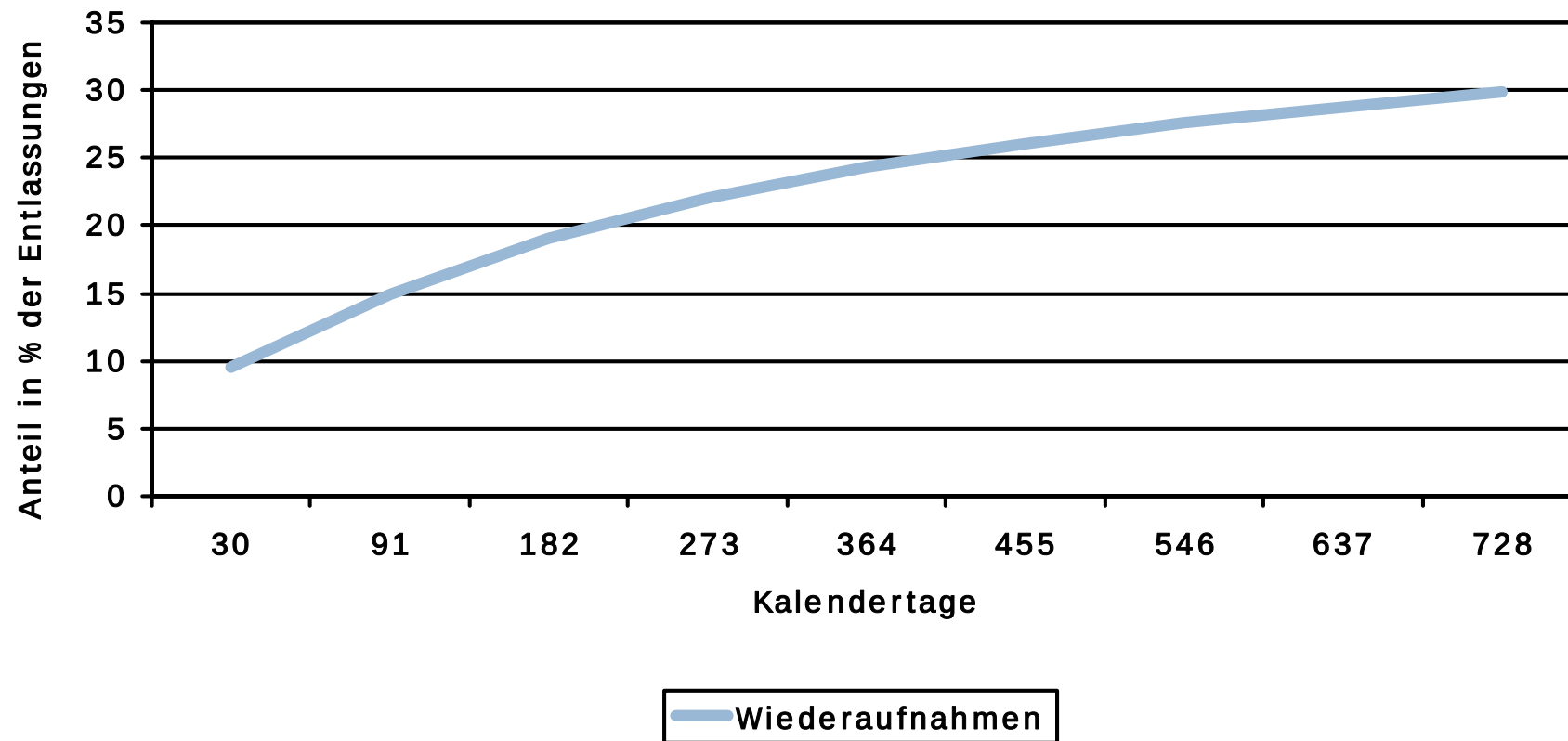
- Die Zahl der stationären Behandlungen stieg im Bereich der Psychiatrie in den letzten 20 Jahren um 129 Prozent.
- Besonders drastisch war die Entwicklung bei den Depressionen; hier war ein Anstieg der stationären Behandlungsfälle um 117 Prozent in den letzten zehn Jahren zu verzeichnen.
- Mehr als 1/3 der Krankenhauspatienten begeben sich innerhalb der ersten zwei Jahre erneut in eine stationäre Behandlung.
- Davon wird 1/3 bereits in den ersten 30 Kalendertagen wieder aufgenommen.

Anstieg stationärer Krankenhaufälle je 1000 Versicherte



Quelle: Barmer GEK Report 2011

Wiederaufnahmequoten in Tagen nach stationärer Entlassung



Quelle: Barmer GEK Report 2011



Optimierung durch sektorübergreifende Versorgungsansätze (I)

- Die Sektorengrenzen führen zu Defiziten in der Behandlungskontinuität.
- Erstmalig hat ein Versorgungsforschungsprojekt unter Beteiligung von Ersatzkassen Zahlen zu Zeitintervallen zwischen Entlassung aus stationärer Behandlung und ambulanter Weiterbetreuung veröffentlicht.
- Im Durchschnitt vergehen zwischen sechs und elf Wochen zwischen Entlassung und ambulanter Weiterbetreuung.
- Besonders alarmierend sind die Zahlen in der Behandlung von Suchterkrankungen, wo die Zeitspanne im Durchschnitt 80 Tage beträgt.



Optimierung durch sektorübergreifende Versorgungsansätze (II)

- Die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung sprechen für eine Neustrukturierung der psychiatrischen Versorgungslandschaft.
- Es ist erforderlich, die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu stärken und bestehende Sektorenbarrieren abzubauen.
- Unterschiedlich beteiligte Kosten- und Sozialleistungsträger haben dies in der Vergangenheit behindert.



Weiterentwicklung des Finanzierungsrahmens

Der Finanzierungsrahmen regelt

- das Entgeltverfahren (Selbstkostendeckung oder **(Fest-)**Preissystem),
- ob Personalanhaltzahlen als Qualitätsmerkmal eingesetzt werden sollen (*GBA-Beratungen hierzu beginnen in Kürze*),
- die Finanzierung von Personal- und Sachkostensteigerungen,
- die Qualitätsanforderungen,
- den Umgang mit Leistungssteigerungen (Erlösausgleiche),
- den Einsatz des Entgeltsystems.



Entgeltsystem

- DRG oder PEPP sind Instrumente, bestehend aus einem **Katalog und Abrechnungsbestimmungen**.
- International gesehen werden DRG (leistungsbezogene Entgelte) im Rahmen von **Budgetverteilungssystemen** eingesetzt.
- In Deutschland werden die Entgelte in einem **Festpreissystem** eingesetzt.
- Entgeltsysteme bestehen aus einer **Leistungsbeschreibung** und einer **Abrechnungseinheit**.
- Nicht PEPP ist das Problem, sondern der ordnungspolitische Rahmen!

Erinnerung: „Stoppt PEPP!“



- Die Kritik richtete sich eigentlich gegen die
 - ➔ neue **Bundespflegesatzverordnung** („Abklatsch“ des KHEntgG)
 - ➔ auf sich warten lassende Ergebnisse des **G-BA** (QS-Indikatoren, Personalanhaltszahlen)
 - ➔ Definition von Krankenhausbehandlung in **§ 39 SGB V**
- Degression kann zu Einzelfallbenachteiligung führen
- Degression ist gesamtwirtschaftlich neutral
- Degression auf Krankenhausebene? (54 Prozent der Tage sind in Stufe 1 und ein Prozent in Stufe 4)
- Die Güte eines Entgeltsystems korreliert positiv mit der Güte der Kosten- und Leistungsdaten!

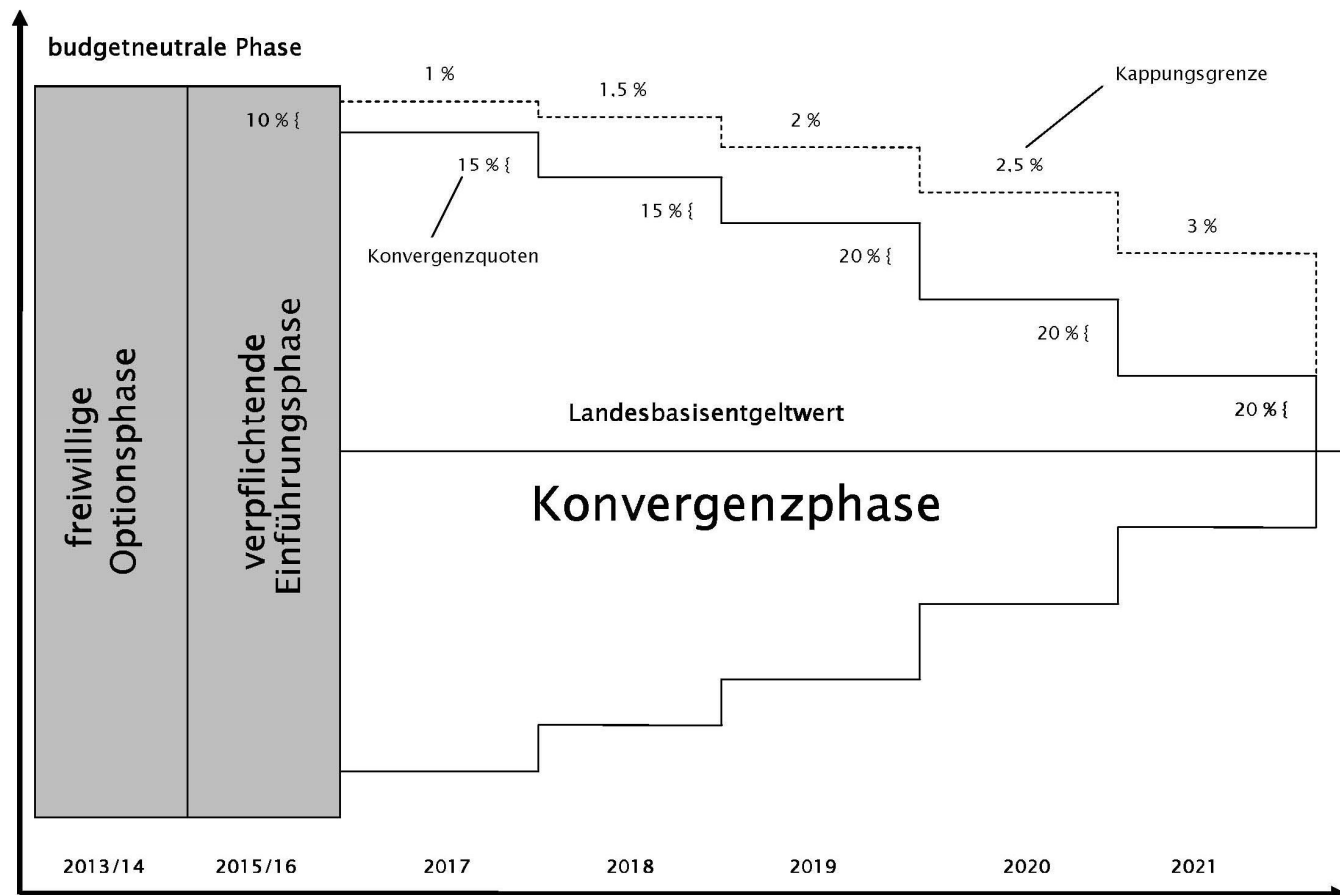


Ergebnis der politischen Debatten um PEPP (GKV-FQWG)

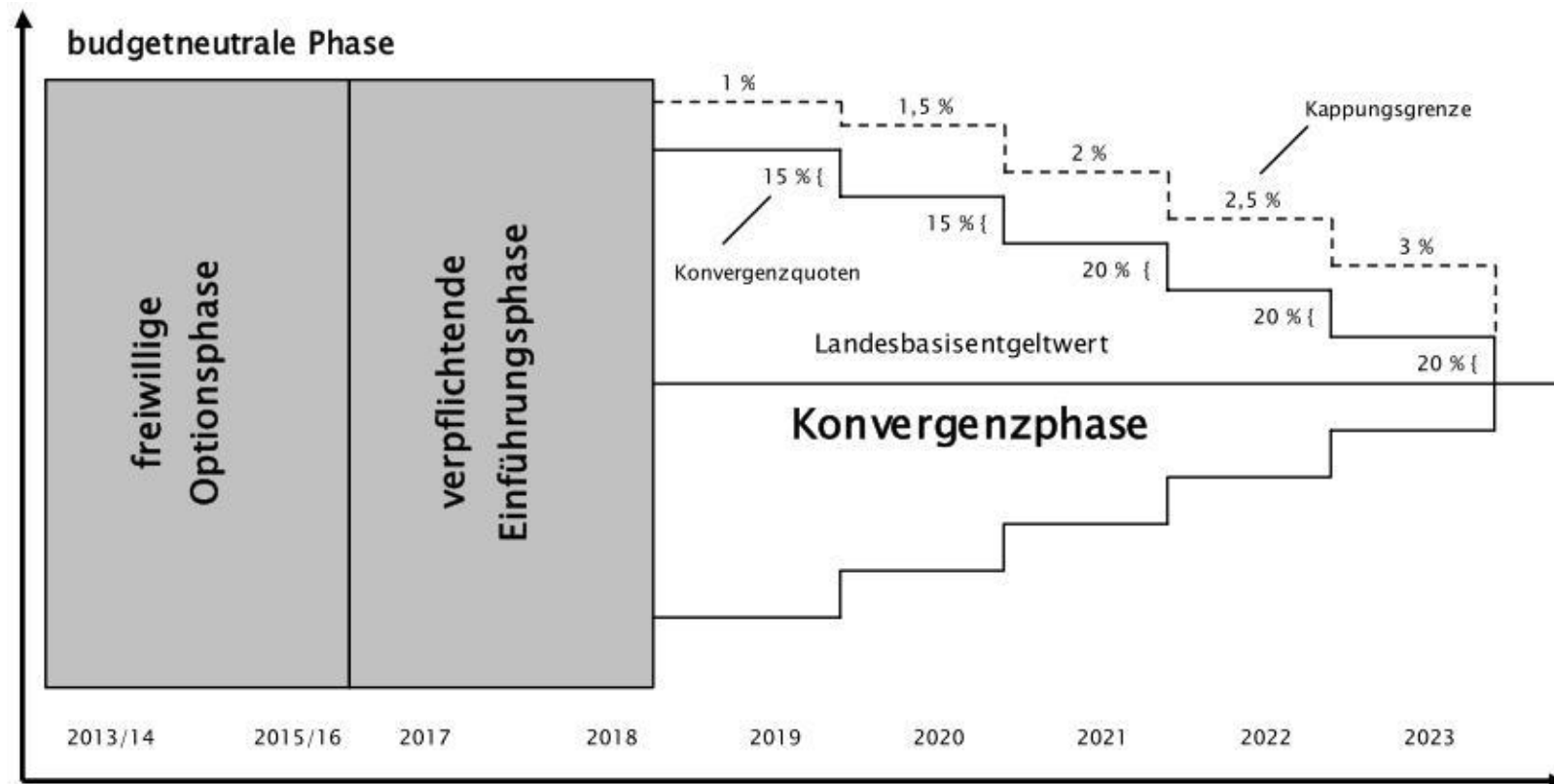
- Die Optionsphase wird um zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2016 verlängert.
- Für die Häuser, die für eine Teilnahme optieren, werden budgetäre Anreize gesetzt.
- In diesen zwei Jahren wird das PEPP-System durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) grundsätzlich geprüft und es werden gegebenenfalls Alternativen dazu entwickelt.

So war es einmal geplant...(PsychEntgG)

Abbildung 1: Phasen der Einführung des Psych-Entgeltsystems



So kommt es nun... (GKV-FQWG)



Ergebnis des Prüfauftrages



- Tagesgleiche Bewertungsrelationen je PEPP je nach Anzahl der Berechnungstage
- Entlassungstag zusätzlich abrechenbar
- Ergänzende tagesbezogene Entgelte (ET)
 - ➔ 1:1 - Betreuung ab sechs Stunden
 - ➔ Intensivbehandlung ab drei Merkmalen
- InEK-Auftrag zur ICD- /OPS-Weiterentwicklung



Vereinbarungsergebnisse für 2015 (I)

- Die Abrechnung des Entlassungstages wird möglich – dadurch wird der Degressionseffekt geringer (höherer Divisor).
- Die Fallzusammenfassung bzw. die Fristen wurden von der DKG aufgrund des geringeren Degressionseffektes in Frage gestellt.
- Es wurde eine verkürzte Frist über den Jahreswechsel von sechs (statt 21) Kalendertagen vereinbart.
- Eine „administrative Entlassung“ zum Jahresende wurde nicht vereinbart.



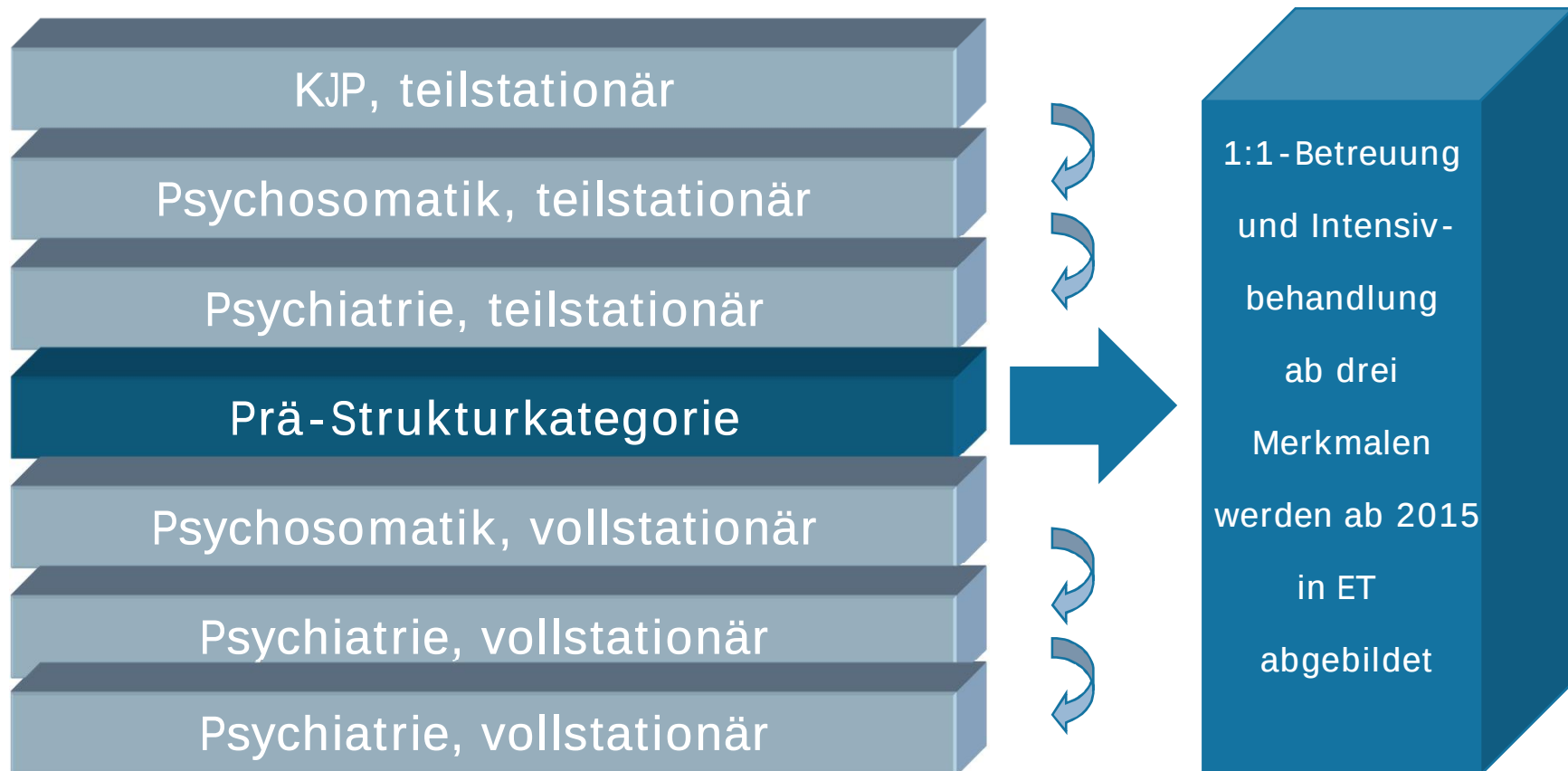
Vereinbarungsergebnisse für 2015 (II)

- Ausgewählte Leistungen aus der Prä-Strukturkategorie sind nun als ergänzende Tagesentgelte (ET) über Relativgewichte im PEPP-Entgeltkataloges ausgewiesen.
- ET können tagesbezogen neben einer voll- oder teilstationären PEPP abgerechnet werden.
- Statt fünf Vergütungsstufen je PEPP gibt es nun bis zu 35 Vergütungsklassen, die je nach Behandlungsdauer zur Anwendung kommen.
- Im Ergebnis wird so dem Wunsch der Leistungserbringer nach tagesgenauer Abrechnung nachgekommen!

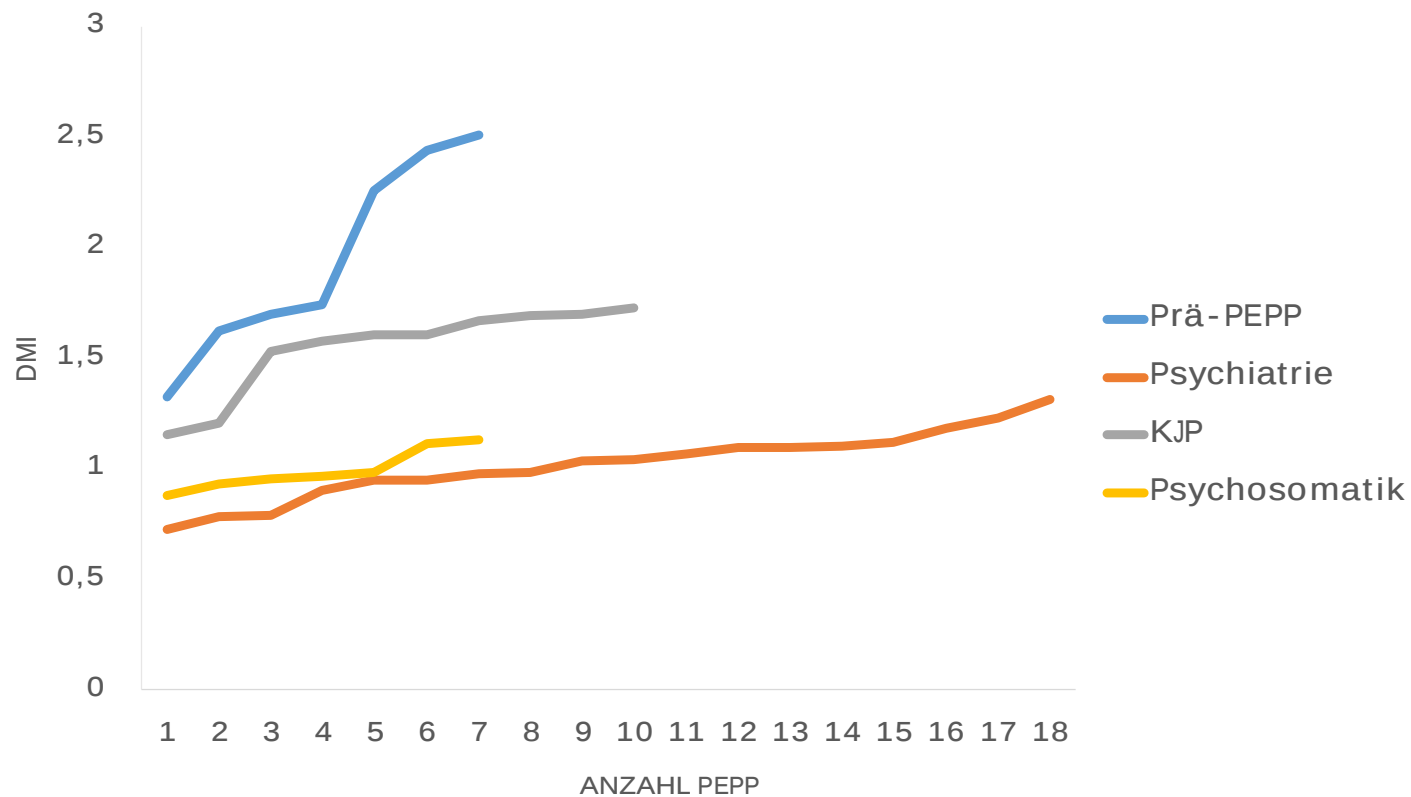
Tagesgleiche Bewertungsrelationen nach Vergütungsklassen (hier: PA02A)

Vergütungs- klassen	BW/Tag 1	BW/Tag 2	BW/Tag 3	BW/Tag 4	BW/Tag 5
Tag 1	1,3625				
Tag 2	1,2934	1,2934			
Tag 3	1,2485	1,2485	1,2485		
Tag 4	1,2338	1,2338	1,2338	1,2338	
Tag 5	1,2232	1,2232	1,2232	1,2232	1,2232

Hierarchie der Strukturkategorien

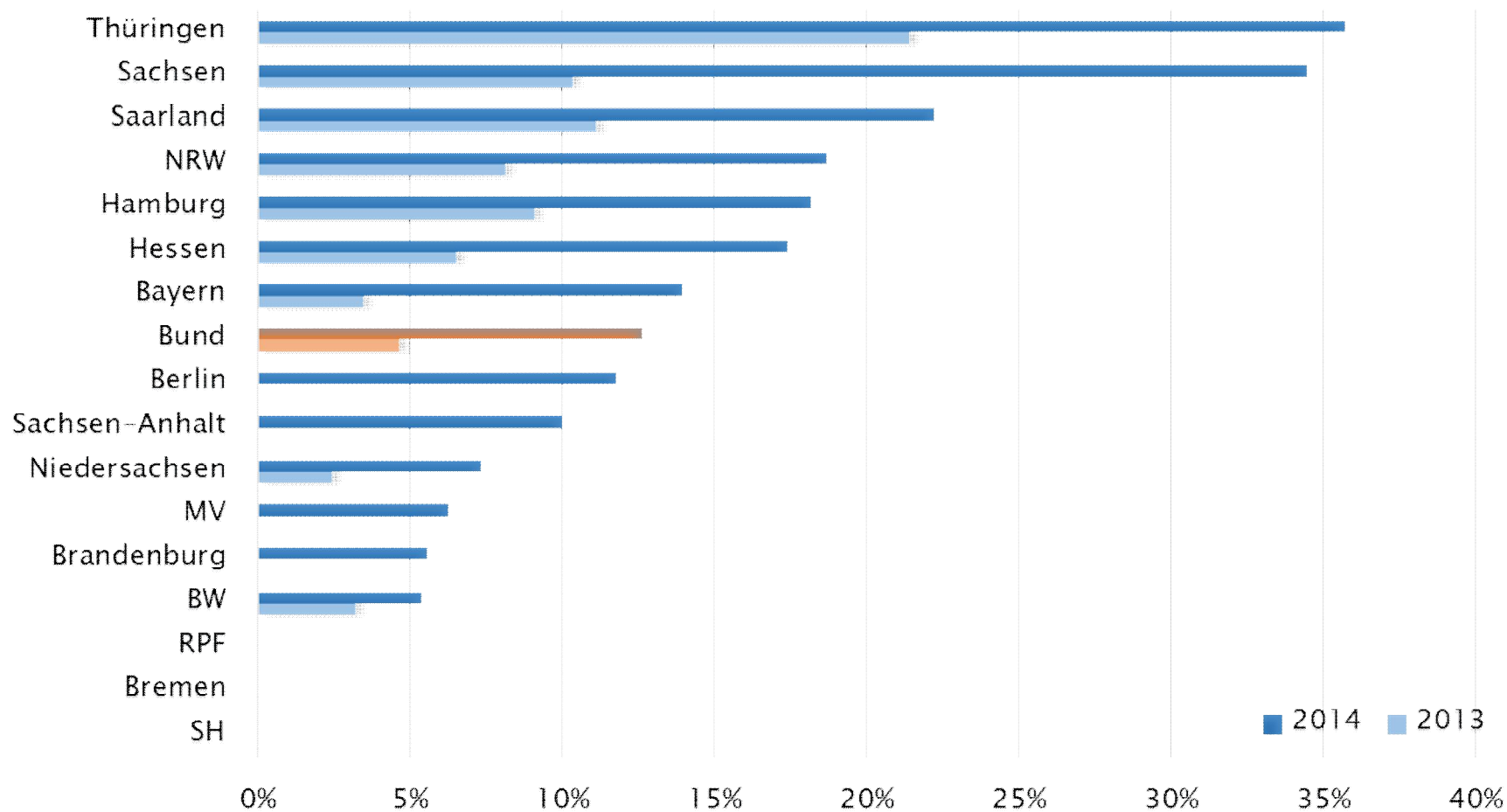


Schweregrad nach Strukturkategorien (gemessen an DMI je PEPP)



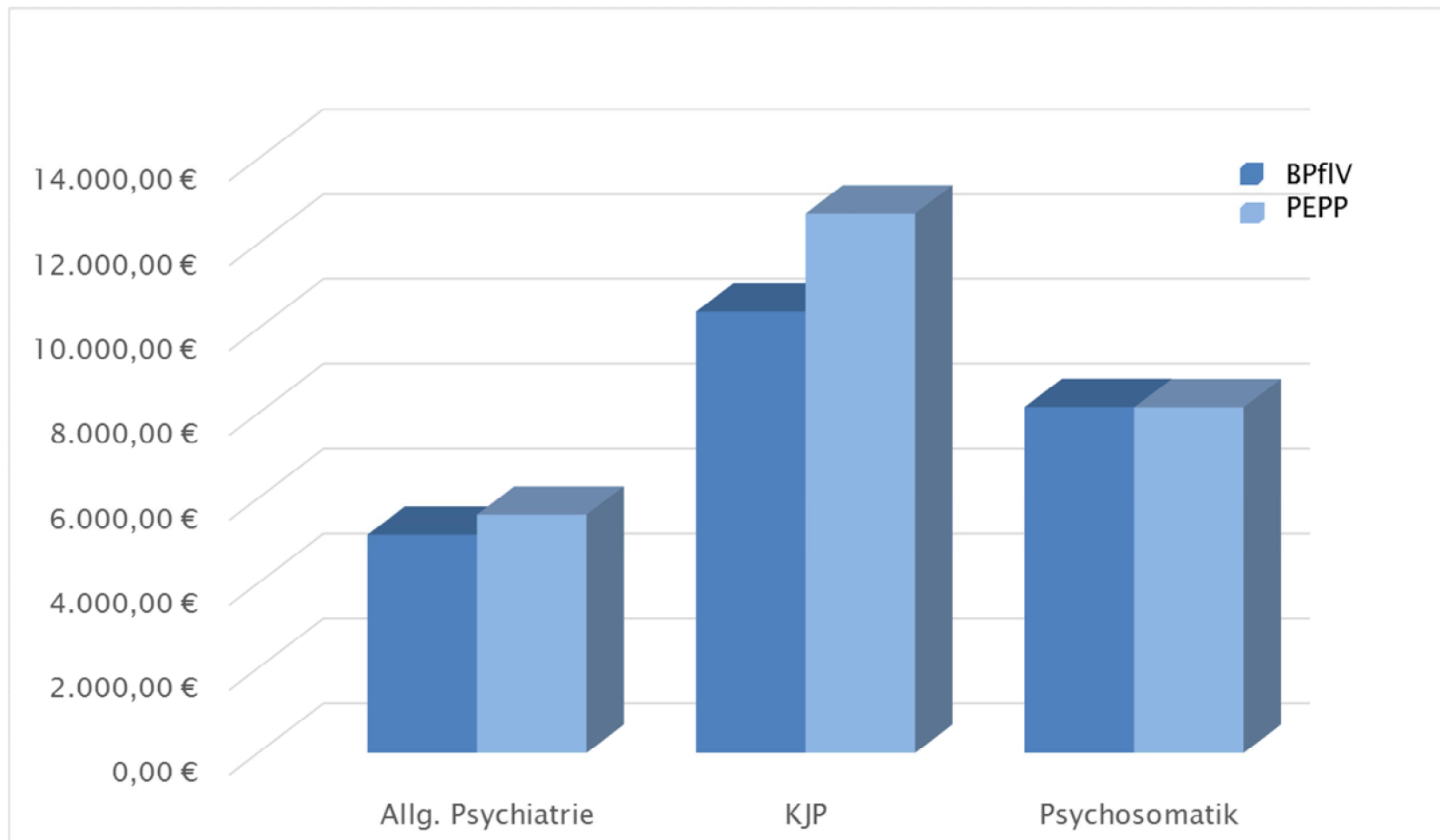
Quelle: PEPP-Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014

Anteil umgestiegener Häuser



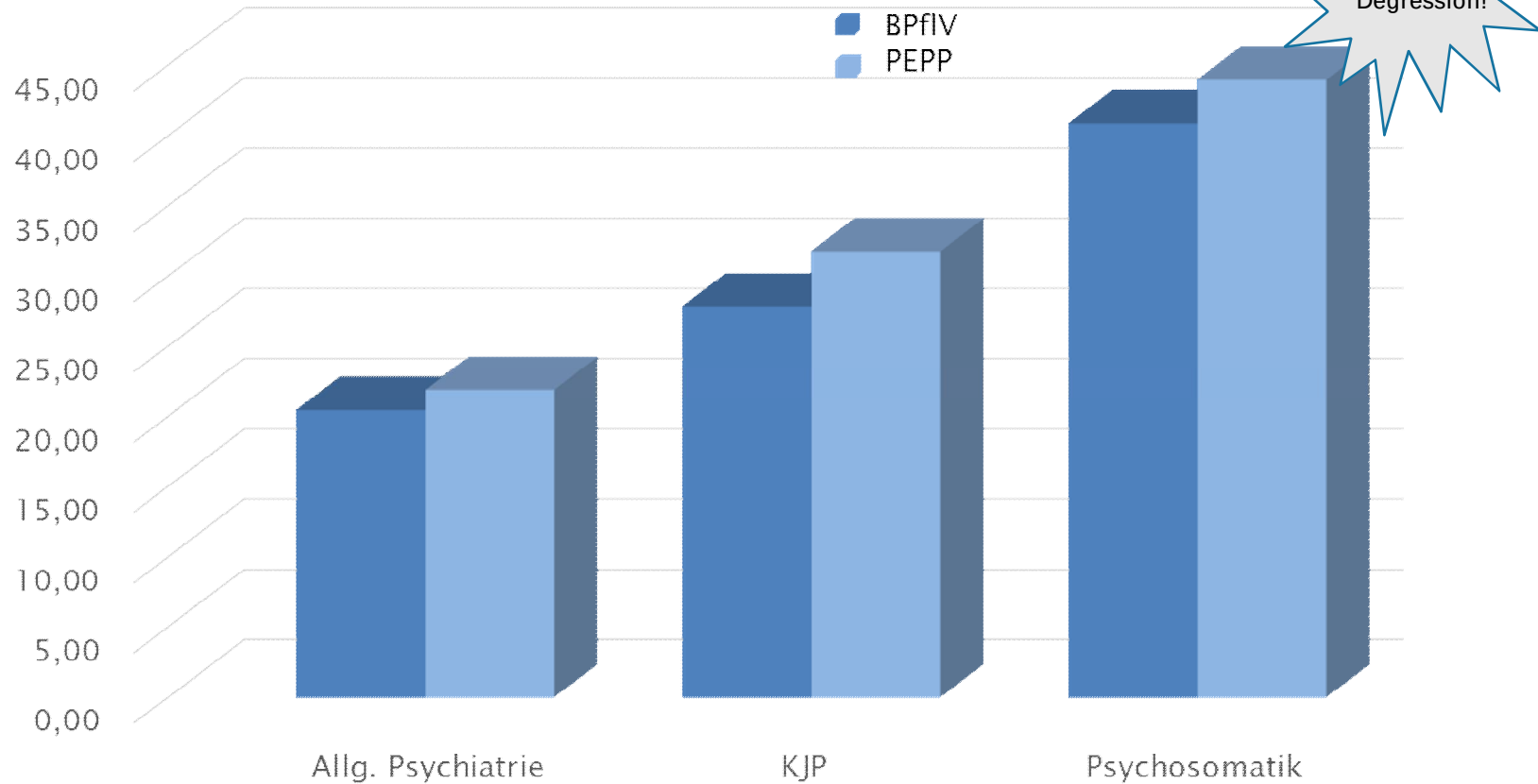
Quelle: Vereinbarungsdaten Ersatzkassen 2013 und 2014
Stand Okt. 2014

Durchschnittliche vollstationäre Fallkosten nach Fachabteilung



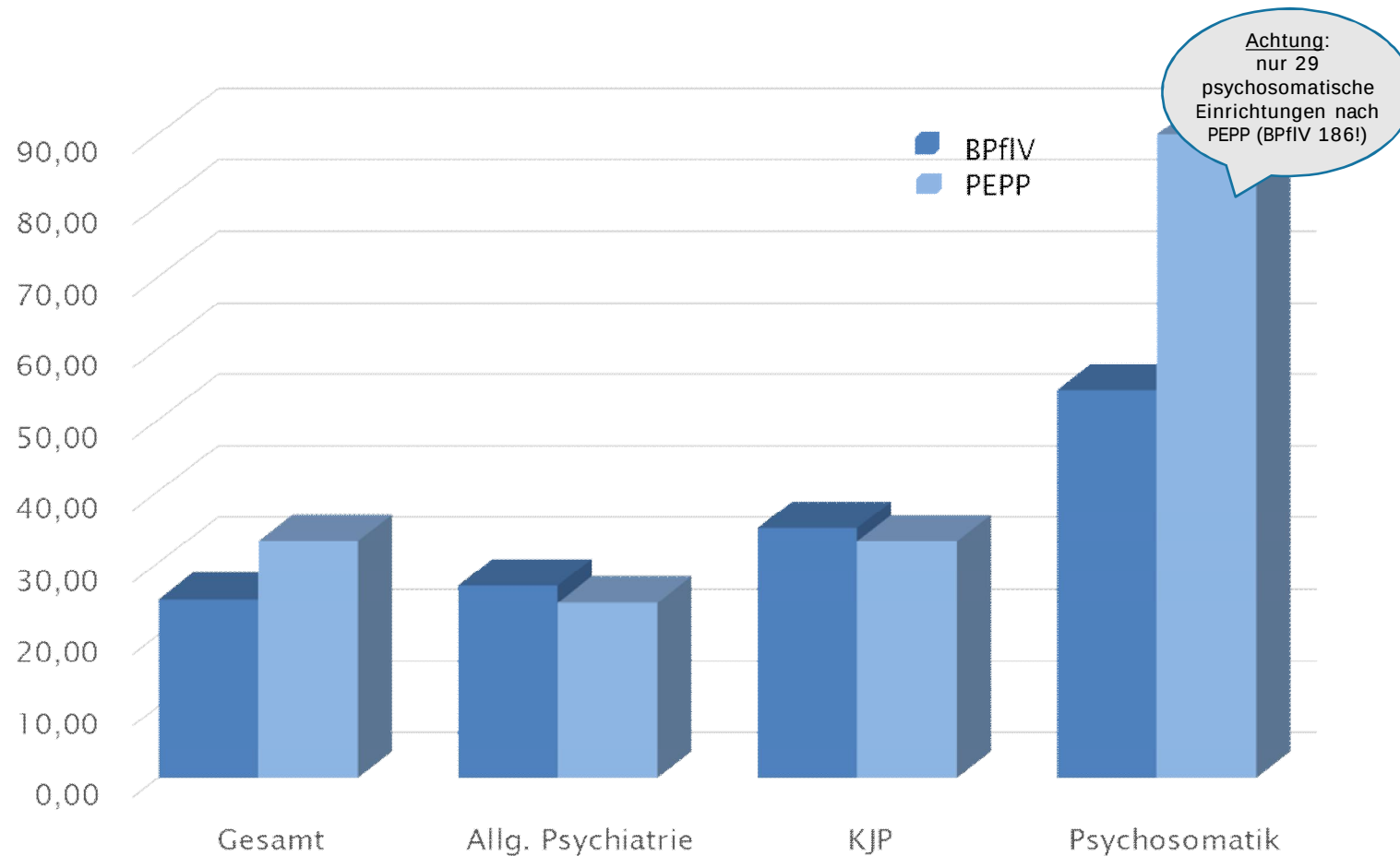
Quelle: Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014 (nur vollstationär)

Durchschnittliche Verweildauer nach Fachabteilung



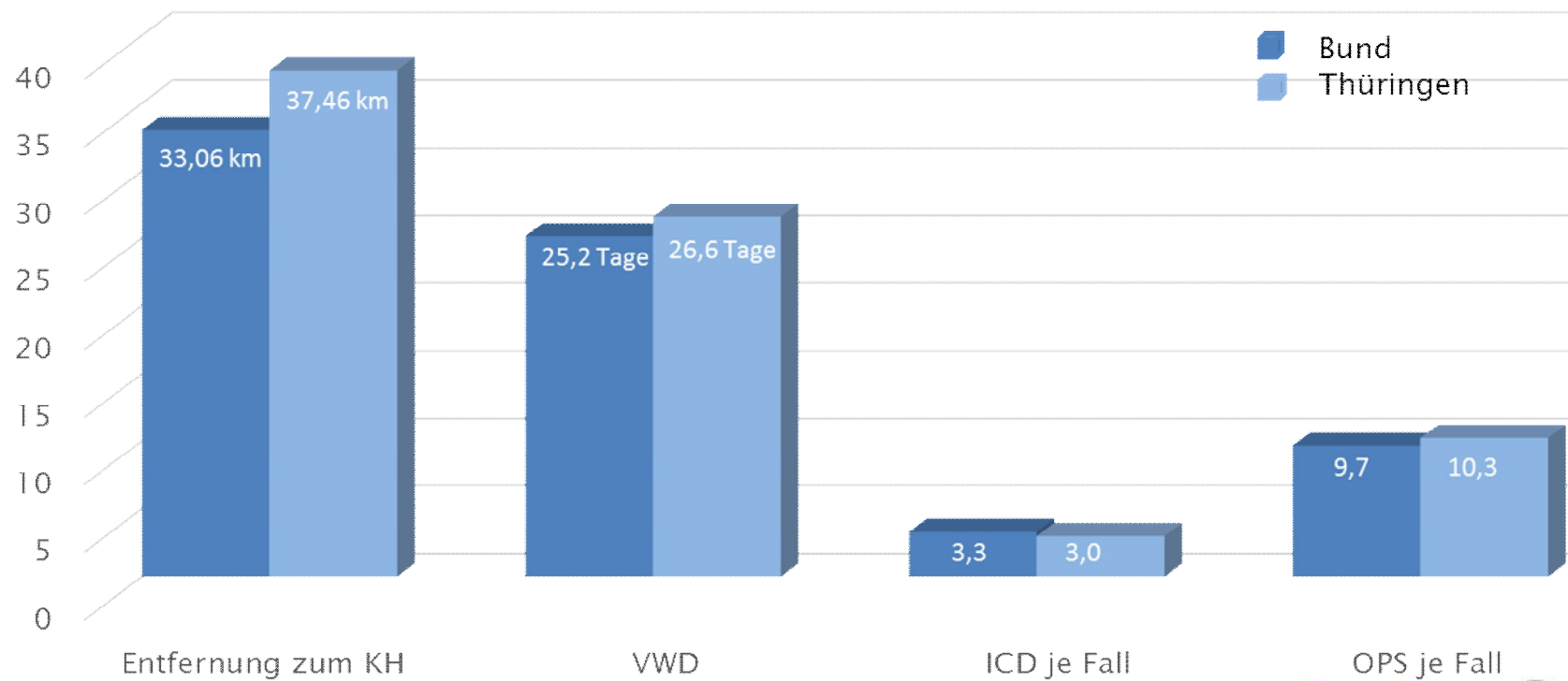
Quelle: Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014 (nur vollstationär)

Durchschnittliche Entfernung zum Krankenhaus nach Fachabteilung



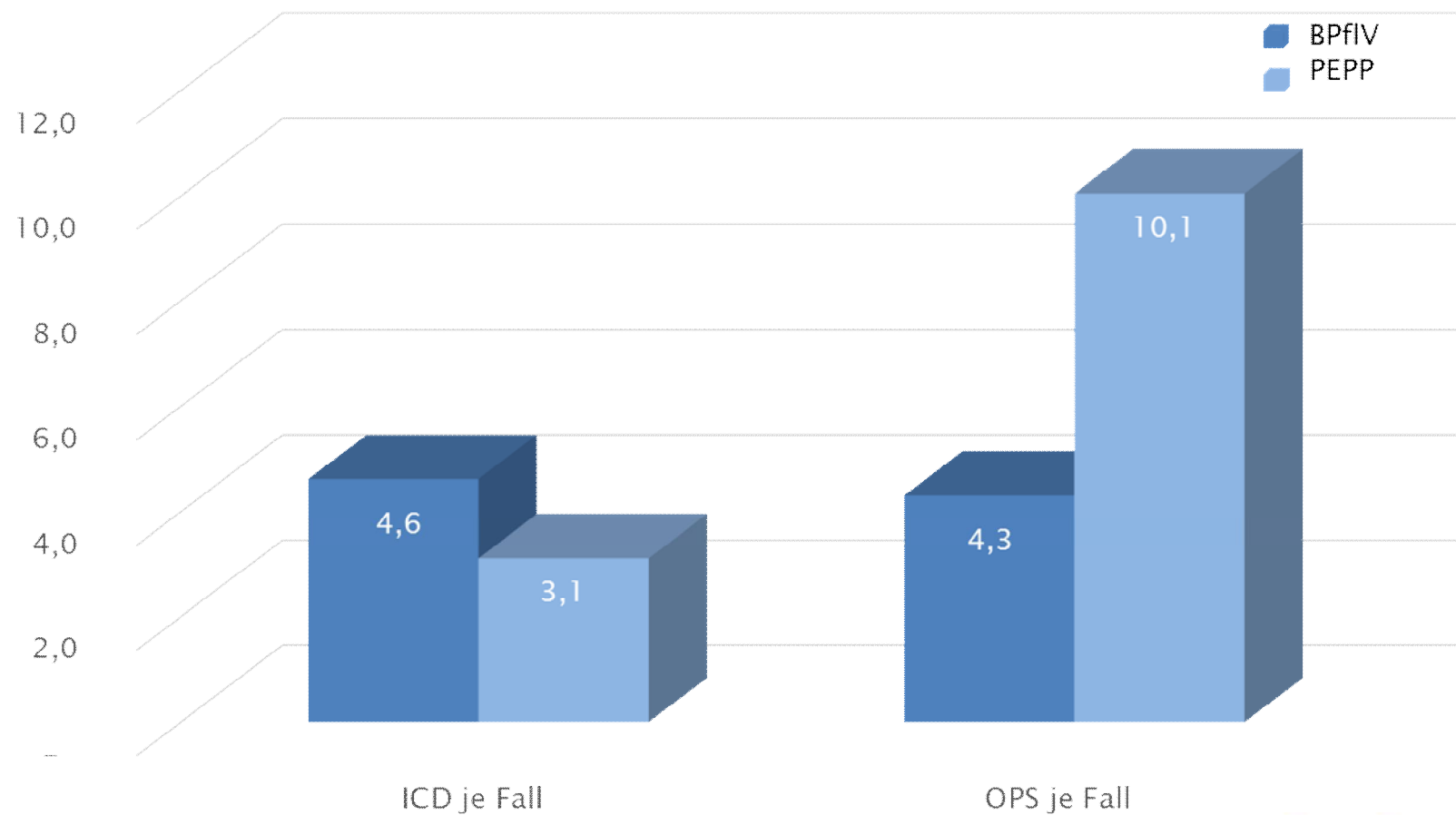
Quelle: Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014 (nur vollstationär)

Vergleich ausgewählter Kennzahlen



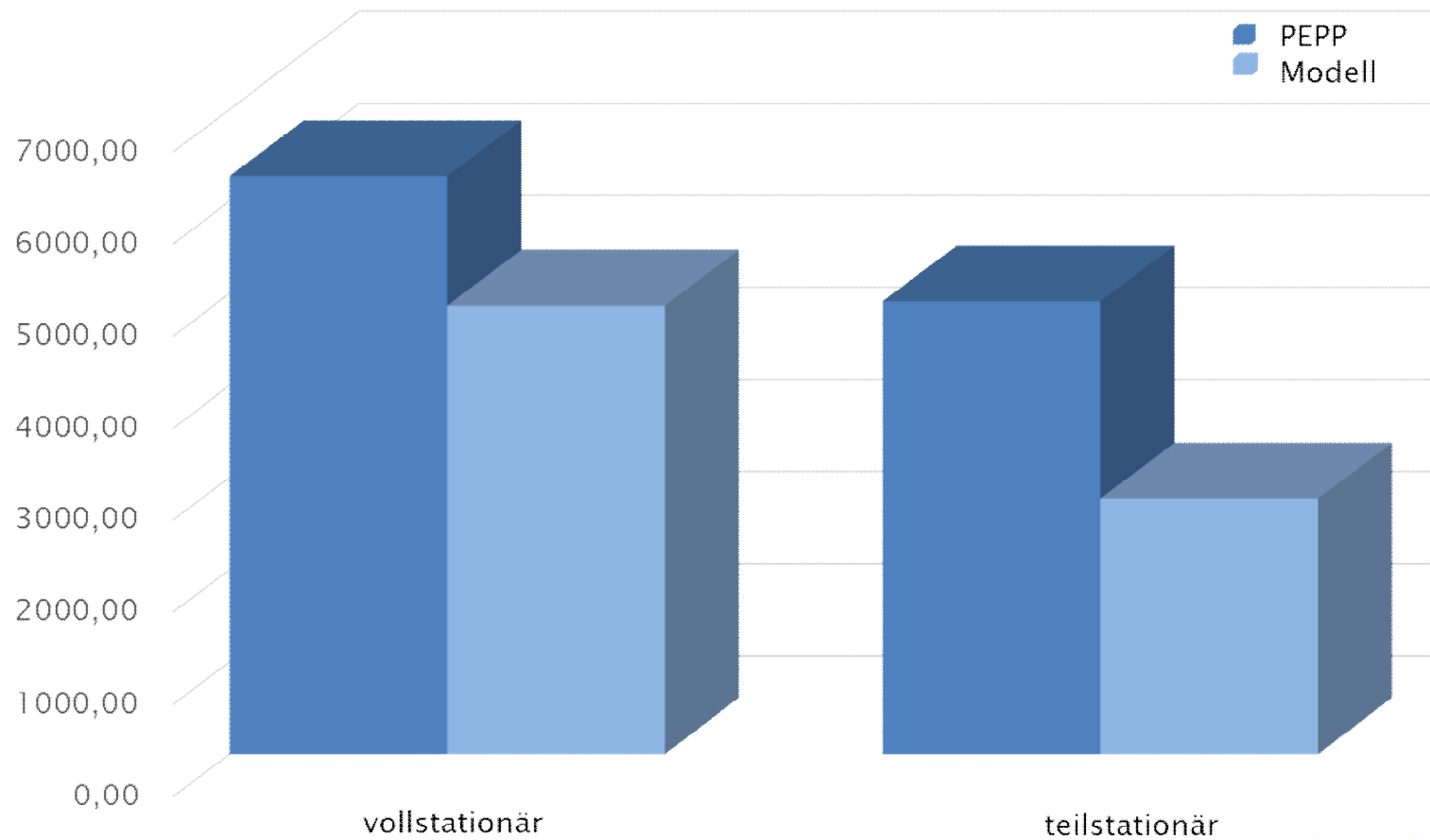
Quelle: PEPP-Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014
(nur vollstationär)

Signifikanter Anstieg der kodierten OPS je Fall

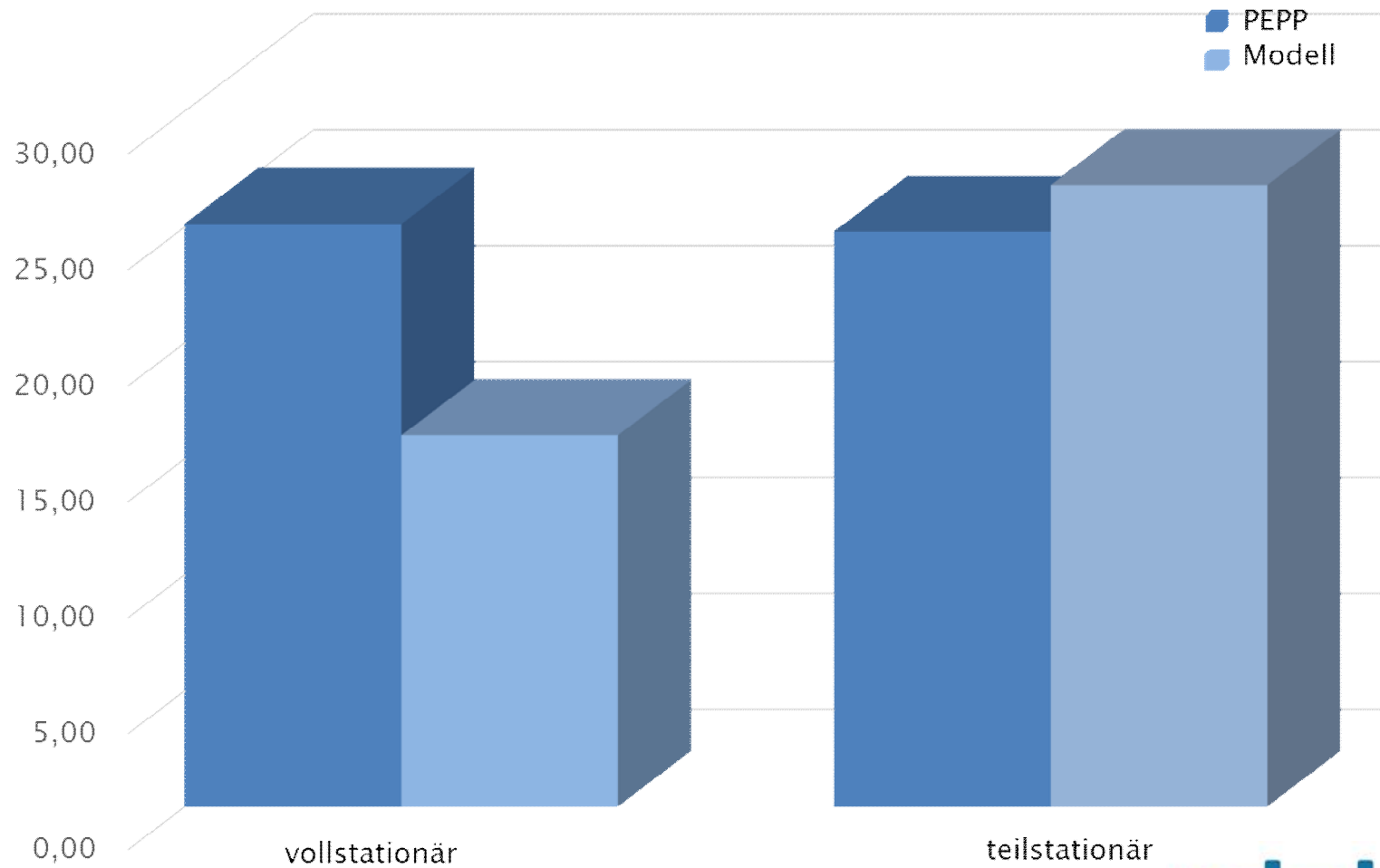


Quelle: Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014 (voll- und teilstationär)

Deutlich geringere Fallkosten bei den Modellvorhaben



Verlagerung von voll- in teilstationäre Behandlung





Begleitforschung nach § 17d Abs. 8 KHG (I)

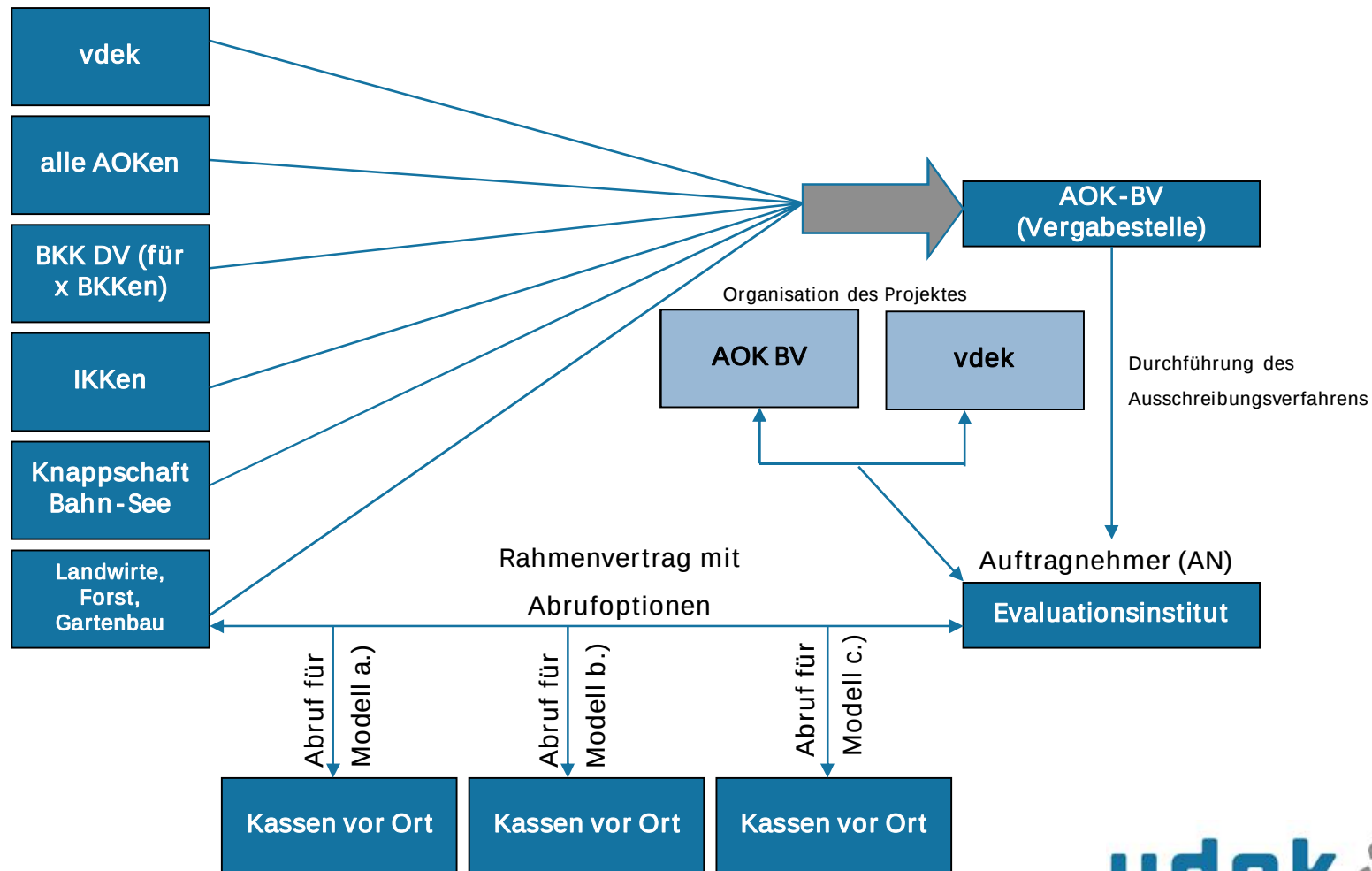
- Sollte grundsätzlich auch Veränderungen der Versorgungsstrukturen, Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen umfassen.
- Ergänzend hierzu ist dem BMG bis 2016 ein Bericht vorzulegen, in dem die ersten Erkenntnisse über Modellvorhaben einzubeziehen sind (§17d Abs. 4 S. 10 KHG).

Begleitforschung nach § 17d Abs. 8 KHG (II)

- Modellvorhaben wurden allerdings als „Störvariabel“ gekennzeichnet.
- Lediglich die Frage, ob das PEPP-Entgeltsystem zur Entwicklung von Modellprojekten führt, wurde berücksichtigt (*wenig zielführend*).
- InEK erhält die Daten (Auftrag § 64b Abs. 3 SGB V). Es besteht jedoch kein konkreter Auftrag der Selbstverwaltung, diese zu verwenden. Ein weiterer Weg ist die Evaluation nach § 65 SGB V (*Kassenperspektive*).

Gemeinsame Evaluation der Modellvorhaben

Auftraggeber (AG)



Bereits vereinbarte Modellvorhaben

1. Klinikum Hanau (Hessen) ab 01.09.2013 - Laufzeit 8 Jahre
2. Krankenhaus Glauchau (Sachsen) inkl. KJP ab 01.11.2013 - Laufzeit 4 Jahre mit Verlängerungsoption auf 8 Jahre
3. Heinrich Braun Krankenhaus (Sachsen) ab 01.11.2013 - Laufzeit 4 Jahre mit Verlängerungsoption auf 8 Jahre
4. St. Marien-Hospital Hamm (NRW) ab 01.01.2014 - Laufzeit 8 Jahre
5. Klinikum Itzehoe (S.H.) ab 01.01.2014 – Laufzeit 7 Jahre
6. Fachkliniken Nordfriesland gGmbH (S.H.) ab 01.01.2013 – Laufzeit 8 Jahre
7. Immanuel Klinik Rüdersdorf (Brandenburg) ab 01.01.2014 - Laufzeit 8 Jahre (nur TK und Barmer-GEK)
8. Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH (S.H.) ab dem 01.01.2013 – Laufzeit 8 Jahre
9. imland gemeinnützige GmbH (S.H.) ab 01.01.2013 – Laufzeit 8 Jahre
10. Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH (S.H.) ab 01.01.2013 – Laufzeit 8 Jahre
11. Nordhausen (ehemaliges Regionalbudget Thüringen) inkl. KJP, vorher seit 2009 Modell nach § 24 BPfIV a.F. ab 01.01.2014 (alle Kassen außer TK, Barmer-GEK, PKV und Bundesknappschaft)
12. psychiatrische Klinik Lüneburg (Niedersachsen) ab 01.01.2014 (nur AOK Niedersachsen)

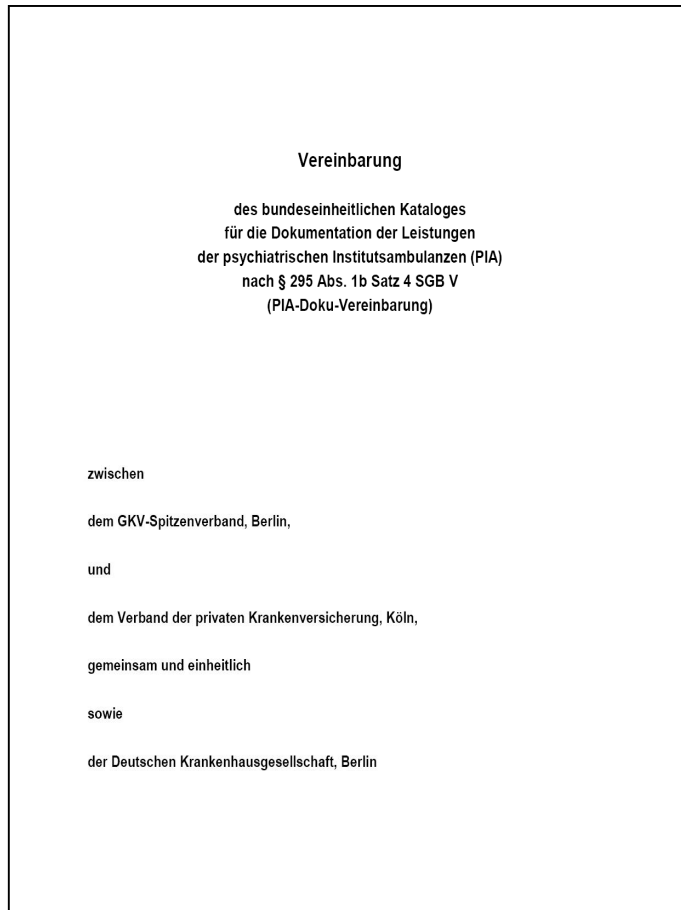


Problem der Leistungsbeschreibung

Der OPS-Code

- ist nicht geeignet, um damit ein Entgeltsystem zu bauen.
- enthält zu viele, wertlose und überdifferenzierte Codes
- bildet nicht die Leistungen in der Psychiatrie ab, sowohl stationär als auch ambulant!
- enthält zu wenig Patientenmerkmale (Symptombelastungen)
- beschreibt unsachgerecht Therapien (Medikamentöse und psychotherapeutische Therapieansätze)
- bedarf einer grundlegenden Überarbeitung
 - ➔ Streichung überflüssiger einzelleistungsorientierter Codes
 - ➔ Schaffung neuer Leistungsbeschreibungen, die es ermöglichen ein lernendes System sachgerecht zu füttern.

Dilemma der Leistungsbeschreibung am Beispiel der PIA-Doku-Vereinbarung



- PIA-Doku-Vereinbarung als Ergebnis der Beratungen GKV/DKG
- Ergänzende Doku, zusätzlich zu den Abrechnungsdaten
- Daten sollen die Grundlage zur Erfüllung des Prüfauftrages stellen!



Übermittlung folgender Daten an das InEK + KK

PIA-001	PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung
PIA-002	PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung
PIA-003	PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Patientenkontakt, mit aufsuchende Behandlung
PIA-004	PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Patientenkontakt, mit aufsuchende Behandlung



Ausnahme für Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, teilweise Thüringen

Kontakte pro Fall (II)

„Nur Rezept
abgeholt?“

	Kontakte pro PIA-Fall	Hausbesuche			
		PIA-001	PIA-002	PIA-003	PIA-004
Bund	2,86	24,44%	60,34%	11,37%	3,85%
Baden-Württemberg	3,51	22,50%	0,00%	0,00%	0,00%
Bayern	0,11	14,29%	85,71%	0,00%	0,00%
Berlin	3,49	37,69%	56,72%	3,93%	1,66%
Brandenburg	3,47	30,52%	64,04%	2,52%	2,92%
Bremen	0,18	25,86%	60,34%	13,79%	0,00%
Hamburg	2,66	27,88%	60,67%	11,31%	0,13%
Hessen	3,83	18,44%	66,27%	10,35%	4,93%
Mecklenburg-Vorpommer	1,73	28,20%	71,80%	0,00%	0,00%
Niedersachsen	3,93	19,21%	57,42%	13,56%	9,81%
NRW	3,18	28,40%	56,10%	13,06%	2,44%
Rheinland-Pfalz	4,70	22,04%	48,13%	24,51%	5,32%
Saarland	2,49	26,57%	71,72%	1,71%	0,00%
Sachsen	0,58	13,00%	83,97%	3,03%	0,00%
Sachsen-Anhalt	4,00	27,39%	64,16%	8,23%	0,22%
Schleswig-Holstein	3,36	22,48%	70,04%	6,61%	0,90%
Thüringen	1,28	1,66%	77,34%	21,00%	0,00%

von ergänzender Doku befreit - Daten daher nicht plausibel

Quelle: Abfrage Barmer GEK, TK, hkk / Quartal I/2013



Symptombelastung bei psychischen Erkrankungen

- Ziel sollte es sein, die **Symptombelastung** erfassen, um sie als **Split-Kriterium** im Vergütungssystem anzuwenden.
- Dies setzt einen **psychometrischen Test** voraus, der praktikabel und zugleich valide, reliabel und objektiv ist.
- Die Messung der Symptombelastung kann z. B. auf der Grundlage einer Fremdeinschätzung mittels **HoNOS-Skala** („Health of the Nation Outcome Scale“) erfolgen.
- Die Umsetzung kann im **Kapitel XXII des ICD-Katalogs** – Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) erfolgen.



Beispiel: Psychotherapeutische Therapieansätze

1. intensive verhaltenstherapeutische Behandlung bei Erwachsenen
 2. intensive tiefenpsychologische Behandlung bei Erwachsenen
 3. intensive psychoanalytische Behandlung bei Erwachsenen
 4. intensive Behandlung mit einer anderen spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsform bei Erwachsenen
 - ➔ Theoriegebundenes Konzept, Teamsupervisionen
- Kodierung in der ersten Woche, in der Mindestmerkmale erfüllt sind.

Beispiel: Medikamentöse Therapieansätze Antidepressiva

Medikamentöse antidepressive Therapie

1. Medikamentöse **Neueinstellung** auf ein Antidepressivum
2. Medikamentöse **Umstellung** ...
3. Kombinationstherapie mit einem oder mehreren Antidepressivum/a
4. Kombinationstherapie mit einem oder mehreren Psychopharmak(on)a
5. **Absetzversuch/Auslassversuch**
6. Keine Medikation trotz bestehender medizinischer Indikation
 - Kodierung einmal pro Aufenthalt, in der Woche der Indikationsstellung zur medikamentösen Maßnahme.



PEPP 2015

- Aufwändig in der Budgetplanung und Abrechnung
- Abrechnung von Aufnahme- und Entlassungstag birgt Kalkulationsrisiko für die Krankenkassen
- Der PEPP-Katalog ist sehr kleinteilig geworden!
- PEPP ist als Verteilungsinstrument und zur Budgetbemessung geeignet.
- PEPP macht einiges anders; aber nicht unbedingt besser!
- Degression setzt „eigentlich“ die richtigen Anreize, wenn eine weiterführende Behandlung gewährleistet ist.
- PEPP bleibt aber ein flexibles lernfähiges Instrument, dass unter den verschiedensten Rahmenbedingungen eingesetzt werden kann!



Fazit

- Das Entgeltsystem ist rein auf den stationären Bereich bezogen und führt daher zu weiteren Fehlanreizen (Stichwort Menge).
 - Die Selbstverwaltungspartner, das DIMDI und das BMG müssen das ursächliche Problem der mangelhaften Leistungsbeschreibung lösen.
 - Transparenz ist die Voraussetzung für den Aufbau von Qualitätssicherungsverfahren auch im Psych-Bereich. Misstrauensvotum ist hier fehl am Platz!
 - Die Politik muss die Rahmenbedingungen (Zielsetzung) überdenken und ggf. anpassen (Ökonomisierung, Patientenorientierung, Sektorengrenzen etc.).
- ☞ **PEPP muss nicht weg; läuft aber Gefahr zu entarten!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Stefan Wöhrmann
Abteilung „Stationäre Versorgung“
vdek
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/26931-1800