

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

DES FINANZIERUNGSSYSTEMS IN DER PSYCHIATRIE AUS SICHT DER DGPPN

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Prof. Dr. Arno Deister – President Elect – Klinikum Itzehoe



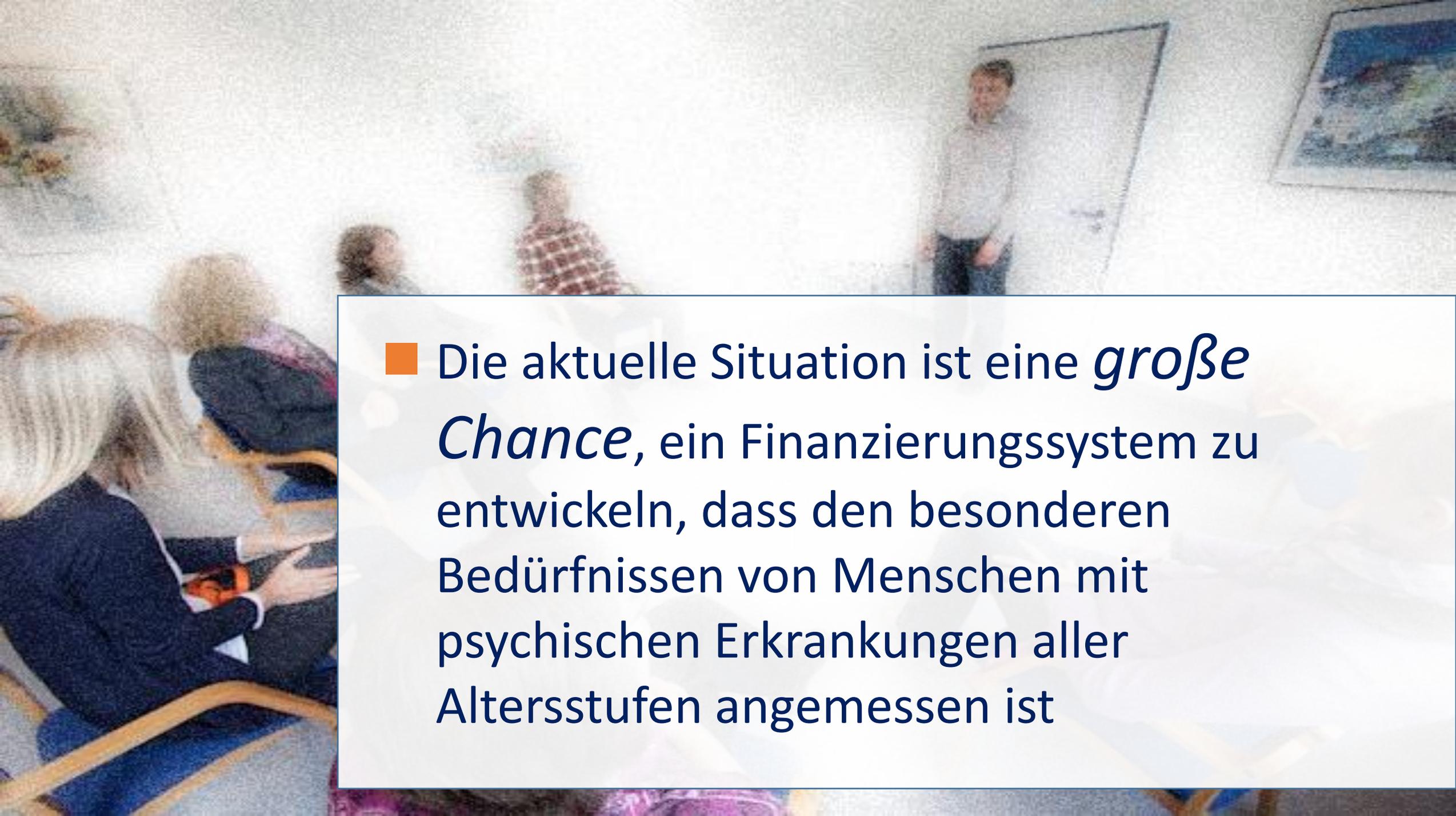
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

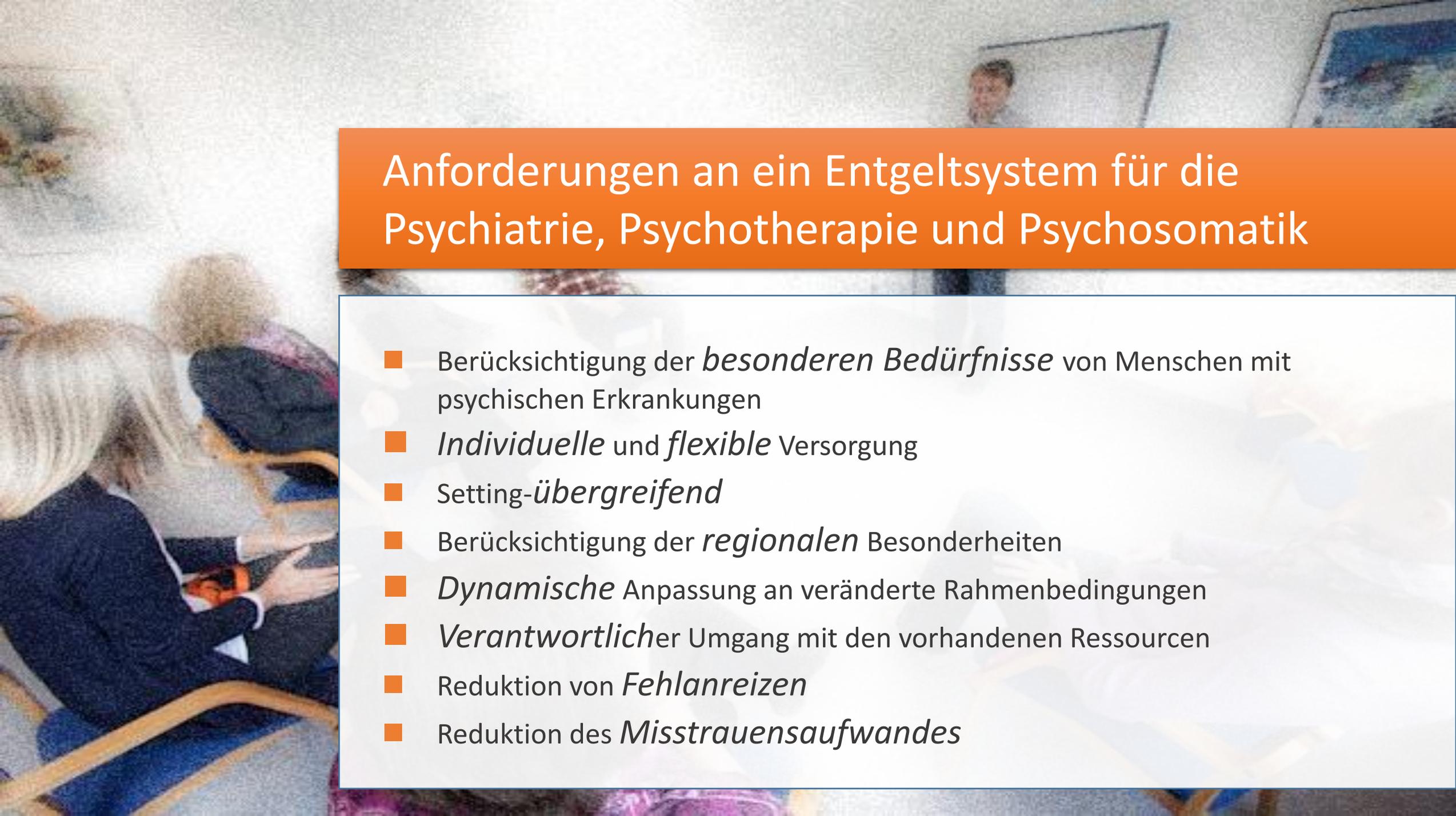
Ausgangssituation

- 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

- 
- Die aktuelle Situation ist eine *große Chance*, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, das den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen aller Altersstufen angemessen ist



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

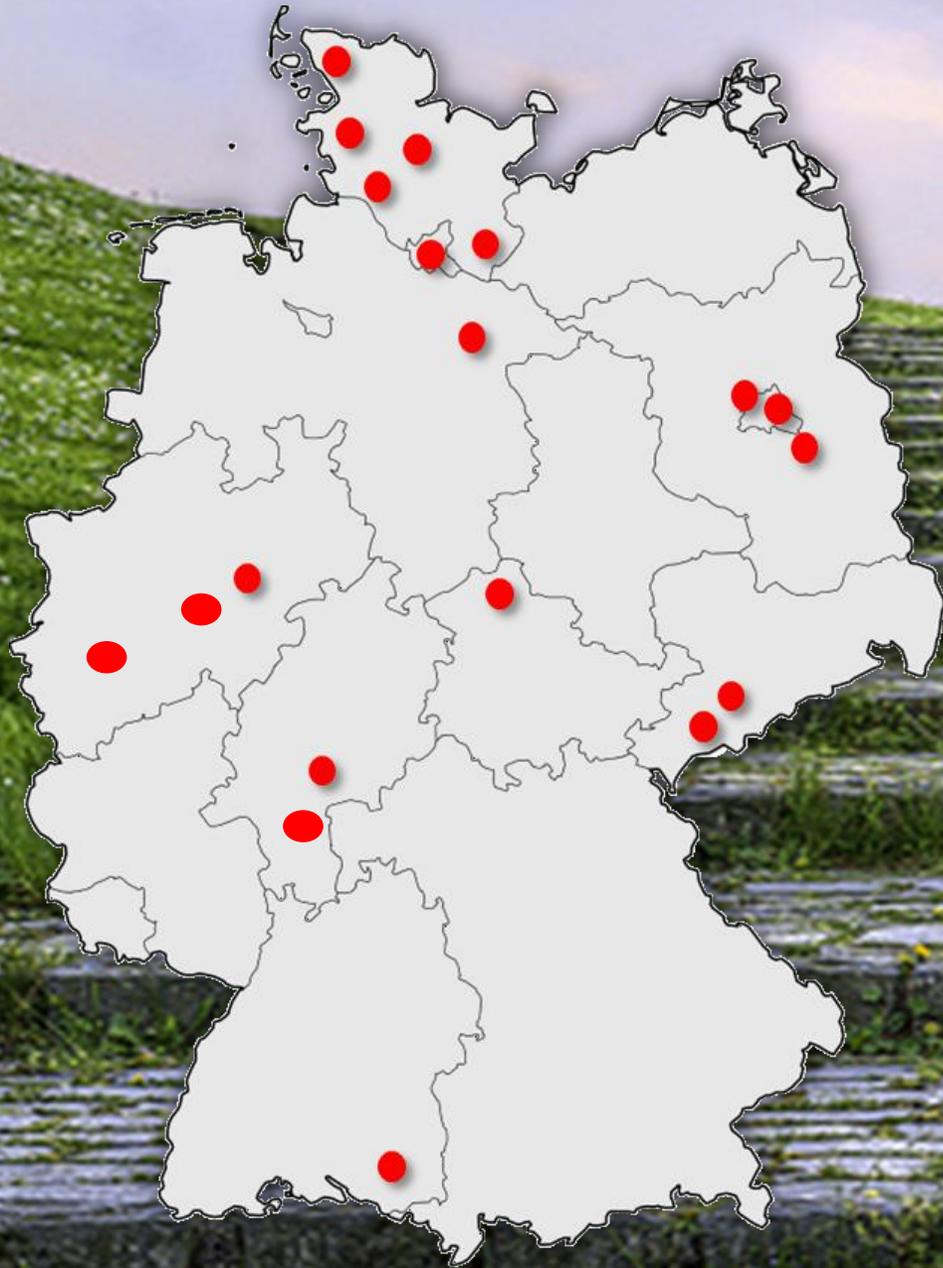
- *Einzelleistungen* bilden die Gesamtleistung nicht ab
- Falsche *Anreizsystematik* durch Einzelleistungen
- Kalkulation aus dem *bestehenden* System
- *Mehrfache* Degression
- Nicht sektor-übergreifend, keine Unterstützung von *innovativen Versorgungsformen*
- Primärer Fall- und Diagnosenbezug

Die aktuellen Entwicklungen

- Seit 2003 Entwicklung und Umsetzung von *Modellprojekten* für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (u.a. Regionale Budgets)
- Aktuell etwa 150 *Optionshäuser* im Rahmen des PEPP-Systems
- *PEPP-Katalog 2016* wird durch die Partner der Selbstverwaltung angenommen
- Entwicklung eines Konzeptes für ein *Budgetorientiertes Entgeltsystem* als Alternative zum PEPP-System
- *Weitere Verlängerung der Optionsphase??*

Modellprojekte (§64b SGB V)

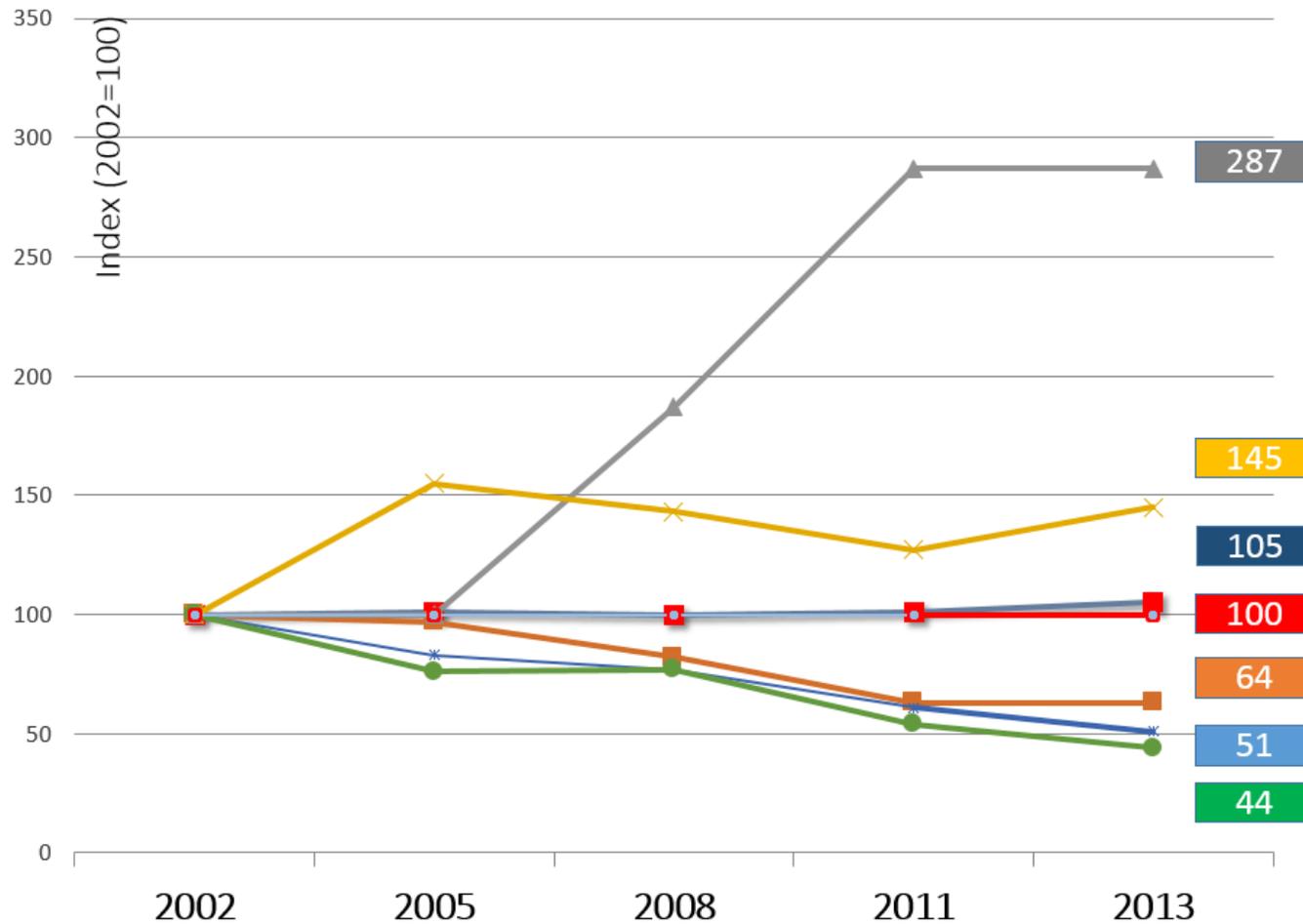
- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die *Weiterentwicklung der Versorgung* psychisch kranker Menschen sein, die auf eine *Verbesserung der Patientenversorgung* oder der *sektorenübergreifenden Leistungserbringung* ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen 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



Bettenmessziffer Tagesklinik¹

Zahl nur amb. behandelte Pat.²

Zahl der Patienten gesamt

Budget³

Bettenmessziffer stationär¹

Behandlungstage stationär

Verweildauer stationär⁴

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 eines Budgetbasierten Entgeltsystems

für die Fachgebiete

Psychiatrie und Psychotherapie,

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Die 17 Autoren des Konzeptes

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



Budgetfindung



Abrechnung

Die Entstehung

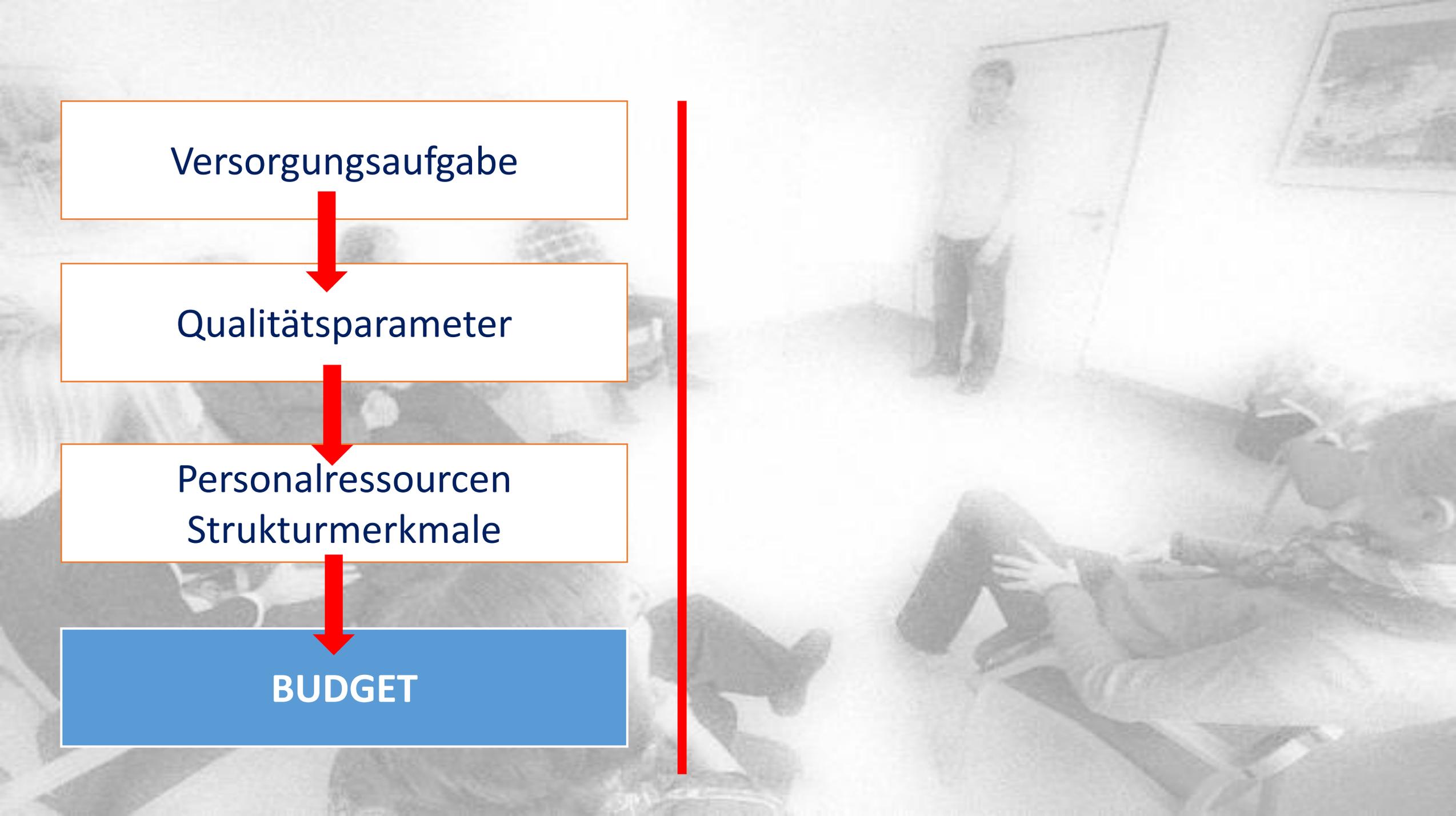
- Umfassender Protest gegen das PEPP-System seit 2012
- Strukturierter Dialog mit dem Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe (erster Termin am 4. Mai 2015)
- Eckpunkte-Papier der Verbände am 5. Juni 2015
- Entwicklung des Budgetbasierten Entgeltsystems in der Plattform Entgelt der DGPPN seit Juni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

BUDGET

Summe von Einzelleistungen

Relativgewicht bzw. Preis

Einzelleistung



Versorgungsaufgabe

Qualitätsparameter

Personalressourcen
Strukturmerkmale

BUDGET

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. krankenhausespezifische Elemente ausgerichtet werden



- Das Budget wird krankenhausespezifisch verhandelt und basiert auf qualitätsorientierten Personalressourcen und krankenhausespezifischen Strukturmerkmalen

Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

(Krankenhausindividuelles) Budget

Bundesweiter Vergleich / Vorgaben

Krankenhausindividuelle
Strukturkomponenten

Festlegung des Personalbedarfs (PQP)
(quantitativ / qualitativ)

Merkmalsbezogene Module
1. Schritt: stationär / teilstationär
2. Schritt: alle Settings

Expertenkommission

Abrechnungsgröße

Abschlagszahlungen auf das Budget

Ausgleiche bei Mehr- bzw.
Mindererlösen

Evidenz

Besonderheiten der Versorgungsstruktur / Qualitätsmerkmale
Krankenhausindividuelle Strukturmerkmale

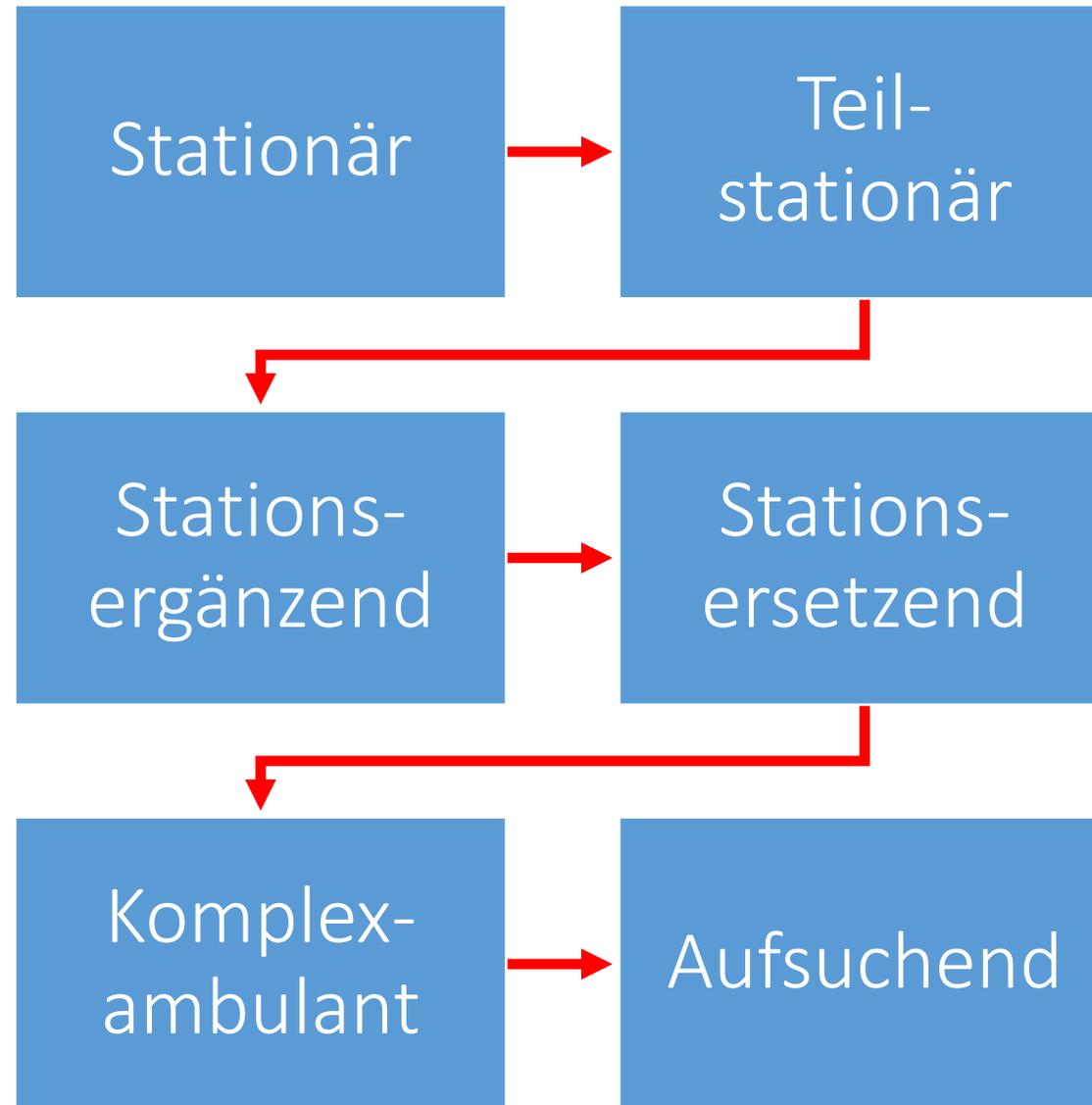
(Regionaler) Versorgungsbedarf

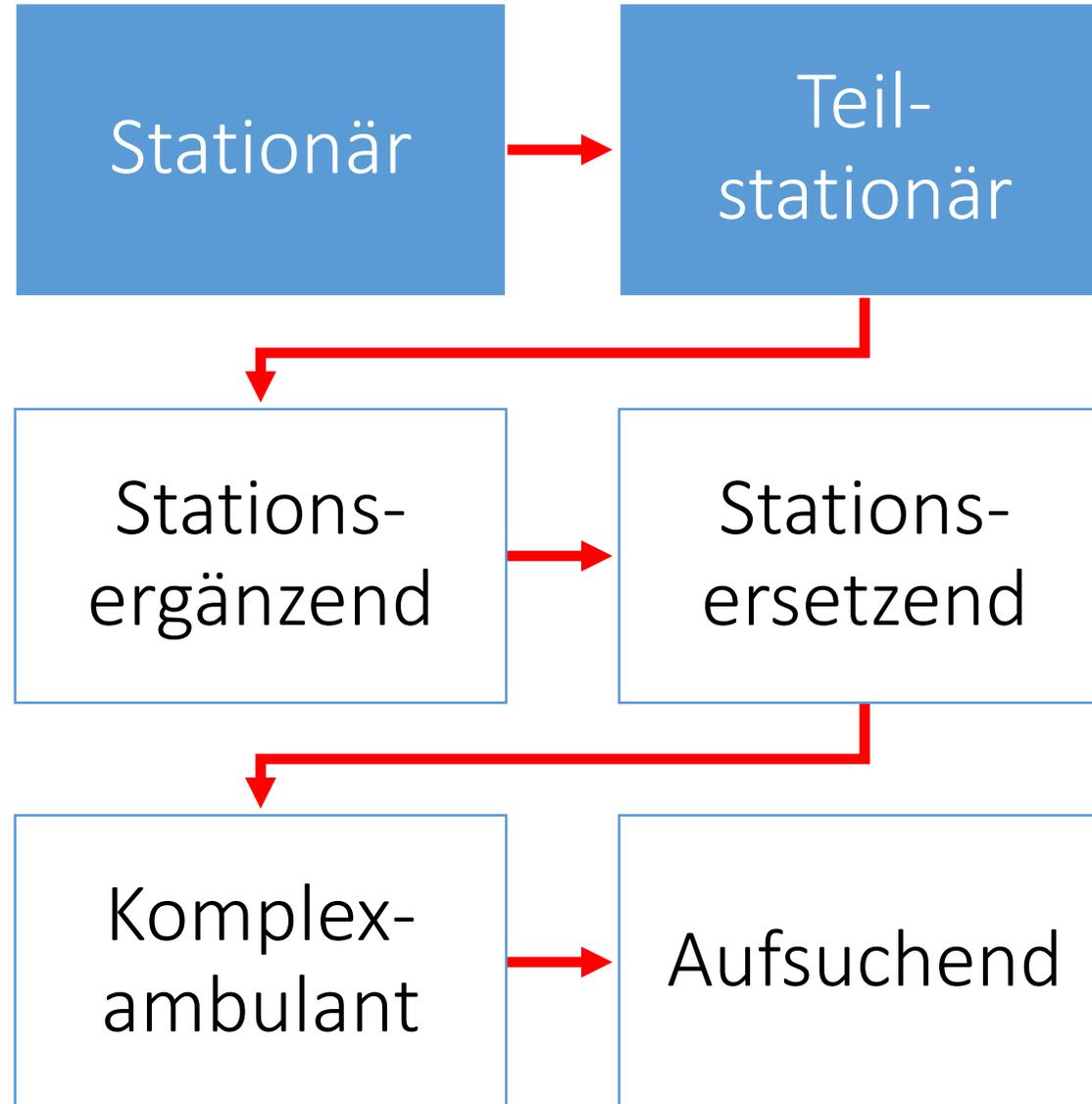
DER RAHMEN

- Ordnungspolitische Rahmenbedingungen sind erforderlich, um eine *zielgerichtete Weiterentwicklung* der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sicherzustellen
- Rechtlich abgesicherter *Anspruch* auf Finanzierung der verhandelten personellen Ressourcen
- Konkrete *Vorgaben* für Modellprojekte
- *Schiedsstellenfähigkeit* der Vereinbarungen

DAS BUDGET

- Vereinbarung auf der *Krankenhaus-Ebene*
- Orientierung an den *Versorgungs-Aufgaben* in der *Region*
- auf der Basis von *Qualitätsmerkmalen*
- Erforderliche *Personalressourcen* als Grundlage
- Berücksichtigung Krankenhausindividueller *Strukturmerkmale*
- Berücksichtigung der erforderlichen Personalausstattung in Höhe der *Kosten*
- Geeignet für *alle Behandlungssettings*





1.

2.

PQP

(PATIENTEN- UND QUALITÄTSORIENTIERTER PERSONALBEDARF)

- Die Bemessung des Personalbedarfs
 - orientiert sich an den *Bedürfnissen der Patienten*,
 - sichert eine ausreichende und wirtschaftliche *Behandlungsqualität* und
 - basiert auf merkmalsbezogenen *Modulen*.
- Zahl und Struktur der merkmalsbezogenen Module müssen
 - praktikabel sein und den
 - Misstrauensaufwand begrenzen

DER PERSONALBEDARF

- Orientierung am aktuellen *wissenschaftlichen Standards* (u.a. Leitlinien) und gesichertem klinischen Wissen
- Festlegung des Personalbedarfs
 - *qualitativ* (Kompetenzen) und
 - *quantitativ* (Zeit für Patienten)
- Erstellung und Weiterentwicklung mit Hilfe einer *Expertenkommission*

DIE MODULE

- 10-15 Module beschreiben die Situation im *gesamten Behandlungsverlauf*
- Beschreiben Situationen mit *vergleichbarem Aufwand* und Ressourcenverbrauch
- Spiegeln die *unterschiedlichen Schwerpunkte* in der Diagnostik und im Behandlungsverlauf wieder
- Werden *tagesbezogen* dargestellt
- Beschreibung der Module anhand *klinischer Beispiele*

DIE MODULE: BEISPIELE

- Diagnostikmodul
- Basisbehandlung
- Intensivbehandlung
- Spezielle psychotherapeutische Behandlung
- Basisbehandlungsmodul mit intensiver somatischer Mitbehandlung
- Spezielle Module für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen

MODUL „INTENSIVBEHANDLUNG“

- Beschreibung von Patientenmerkmalen, die den *allgemeinen Betreuungsaufwand* wesentlich erhöhen
 - Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
 - Akute Fremdgefährdung
 - Schwere Antriebsstörung
 - Keine eigenständige Flüssigkeits- bzw. Nahrungsaufnahme
 - Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverknennung
 - Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
 - im Aufwand vergleichbare Merkmale

KRANKENHAUSINDIVIDUELLE STRUKTURKOMPONENTEN

- Grundlage für die Berechnung der Kosten für *krankenhausindividuelle Strukturelemente* sind die im Folgenden aufgeführten Bereiche.
- Diese jeweils krankenhausindividuellen Aufstellungen von Kostenpositionen, die außerhalb des unmittelbaren Personalbezugs entstehen, müssen für eine
 - Aufrechterhaltung des *Leistungsspektrums* und zur
 - Weiterentwicklung der *patientenorientierten* Versorgung
 - gemäß der *regionalen* Bedingungen vor Ort

verhandelt und vereinbart werden.

Konzept eines

Budgetbasierten Entgeltsystems

Beispiel

KRANKENHAUSINDIVIDUELLE STRUKTURKOMPONENTEN

- *Krankenhausindividuelle* Strukturkomponenten
 - Kosten für akute Notfallversorgung
 - Kosten für spezielle Einrichtungen
 - Kosten für Aus- und Weiterbildung
 - Kosten für Einrichtungen zur Verbesserung der wohnortnahen Patientenversorgung
 - Kosten für an milieutherapeutischen Anforderungen orientierte Stationsgrößen und spezielle Bauten
 - Kosten für innovative Versorgungskonzepte und Behandlungsmethoden

KRANKENHAUSINDIVIDUELLE STRUKTURKOMPONENTEN

- *Basiskosten* einer Einrichtung
 - Medizinische Institute bzw. Leistungen (z. B. Radiologie) und Dienstleistungen (z. B. Konsiliardienste, Hygiene)
 - Leitungskräfte und deren Strukturen (z. B. Klinikleitung, Pflegedirektion, Chefärzte, incl. Sekretariate)
 - Medizinische Verbrauchsgüter
 - Administrative Dienstleistungen (Kosten der Verwaltung)
 - Sonstige Dienstleistungen (z. B. Küche)
 - Infrastrukturelle Verbrauchsgüter (z. B. Energie)

KRANKENHAUSINDIVIDUELLE STRUKTURKOMPONENTEN

- Zur Orientierung der Verhandlungspartner wird ein *bundesweiter Krankenhausvergleich* etabliert, aus dem die Bandbreiten der Kosten der einzelnen Strukturleistungstatbestände hervorgehen.
- In einem zu regelnden Verfahren werden diese *Vergleichskalkulationen* jährlich weiter entwickelt und gegenüber den Verhandlungspartnern transparent ausgewiesen.
- Bei nachweisbaren *Extremkosten* können diese Positionen auch abweichend verhandelt werden.

SICHERSTELLUNG DER LEISTUNGSTRANSPARENZ

- Leistungstransparenz dient nicht nur der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, sondern auch der Abbildung von strukturellen und *leistungsbezogenen Unterschieden* zwischen den Krankenhäusern.
- Die Transparenz des Leistungsspektrums und der erbrachten Leistungen erfüllt auch eine wesentliche Funktion in der Sicherung der *erforderlichen Qualität* psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung.

SICHERSTELLUNG DER LEISTUNGSTRANSPARENZ

- Die Kliniken verpflichten sich zu einer sach- und *leistungsgerechten Darstellung* der vorhandenen strukturellen Merkmale, der Behandlungssituation und der erbrachten Leistungen.
- Der MDK kann *Konzepte* und die strukturellen Auswirkungen dieser Konzepte sowie exemplarisch die Eingruppierung von Patienten in die merkmalsbezogenen Module überprüfen .
- Es muss darauf geachtet werden, dass das System der Überprüfung möglichst bürokratiearm erfolgt und *Misstrauensaufwand* so weit wie möglich reduziert wird.

LEISTUNGSABRECHNUNG

- Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung patientenbezogen auf der Basis der Behandlungstage im Sinne von *Abschlagszahlungen* auf das vereinbarte Budget.
- Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage von bundeseinheitlich definierten, *tagesbezogenen Entgelten* mit einheitlich vorgegebenen Bewertungsrelationen.
- Der *Abrechnungsbetrag* eines Tagesentgeltes ergibt sich durch Multiplikation von Bewertungsrelation und krankenhausindividuellem Basisentgeltwert.

LEISTUNGSABRECHNUNG

- Als bundeseinheitlicher Entgeltkatalog kommen die tagesbezogenen *Behandlungsmodule des PQP* oder ein grundlegend neu ausgerichteter und vereinfachter *PEPP-Katalog ohne Degression* in Frage.
- Es ist noch zu diskutieren bzw. zu prüfen, ob die o.g. Anforderungen an das Abrechnungssystem eher mit einem einheitlichen Katalog für Personalbedarf und Abrechnung oder eher mit einem gesonderten Entgeltkatalog für die Abrechnung erfüllt werden können.
- Die *Entscheidung* über die Struktur des Abrechnungssystems ist abhängig von vorheriger Klärung der Ausgleiche von Mehr- und Mindererlösen, des Dokumentationsaufwandes und der Regeln zur Dynamisierung des Budgets bei veränderten Rahmenbedingungen.

UMSETZUNG

- Die Umsetzung des Budgetbasierten Entgeltsystems erfolgt *schrittweise*.
- In einem *ersten Schritt* werden die merkmalsbezogenen Module sowie der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) definiert und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung konsentiert.
- Auf der Basis der merkmalsbezogenen Module und der krankenhausesindividuellen Strukturkomponenten werden *krankenhausesindividuelle Budgets* vereinbart.

UMSETZUNG

- *Ausgangsbasis* der zu verhandelnden Budgets ist das zum Zeitpunkt der Einführung des Budgetbasierten Entgeltsystems bestehende Krankenhausbudget.
- Die krankenhausindividuellen Budgets werden *schrittweise fortentwickelt* unter Berücksichtigung der Merkmale vergleichbarer Krankenhäuser mit vergleichbaren regionalen Rahmenbedingungen.
- Es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung und evtl. *Anpassung* der Definitionen der merkmalsbezogenen Module und der PQP durch eine Expertenkommission.

Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

(Krankenhausindividuelles) Budget

Bundesweiter Vergleich / Vorgaben

Krankenhausindividuelle
Strukturkomponenten

Festlegung des Personalbedarfs (PQP)
(quantitativ / qualitativ)

Merkmalsbezogene Module
1. Schritt: stationär / teilstationär
2. Schritt: alle Settings

Expertenkommission

Abrechnungsgröße

Abschlagszahlungen auf das Budget

Ausgleiche bei Mehr- bzw.
Mindererlösen

Evidenz

Besonderheiten der Versorgungsstruktur / Qualitätsmerkmale
Krankenhausindividuelle Strukturmerkmale

(Regionaler) Versorgungsbedarf

Emotionale Nähe ist erfahrbar
wenn der Sender:

- die Fähigkeit besitzt, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen,
- das Bedürfnis hat, von anderen Menschen hinsichtlich der eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrgenommen zu werden.

Das Bedürfnis hat
Menschen mit

A pair of glasses with thin frames is positioned over a document. The document contains German text, including the words 'Emotional', 'wenn der', 'die Fähigkeit', 'Gefühle und', 'wahrzunehmen', 'Bedürfnis hat', 'eigenen Gerüche', 'Bedürfnisse wahrgenommen', 'wenn der', 'die Fähigkeit', 'Gefühle und', 'wahrzunehmen', 'Bedürfnis hat', 'eigenen Gerüche', 'Bedürfnisse wahrgenommen'. The text is slightly blurred and serves as a background for the main title.

BUDGET statt PREIS

VERANTWORTUNG FÜR DIE

VERSORGUNG

statt

ÖKONOMISCH MOTIVIERTER

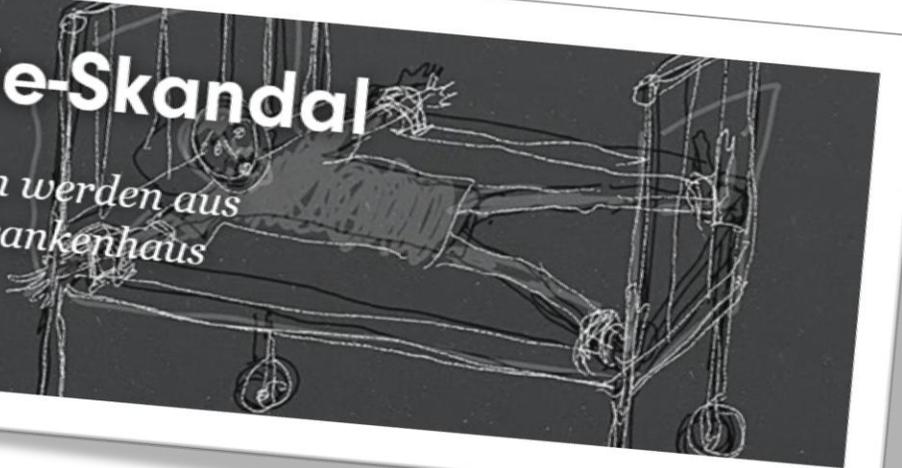
ERLÖSOPTIMIERUNG

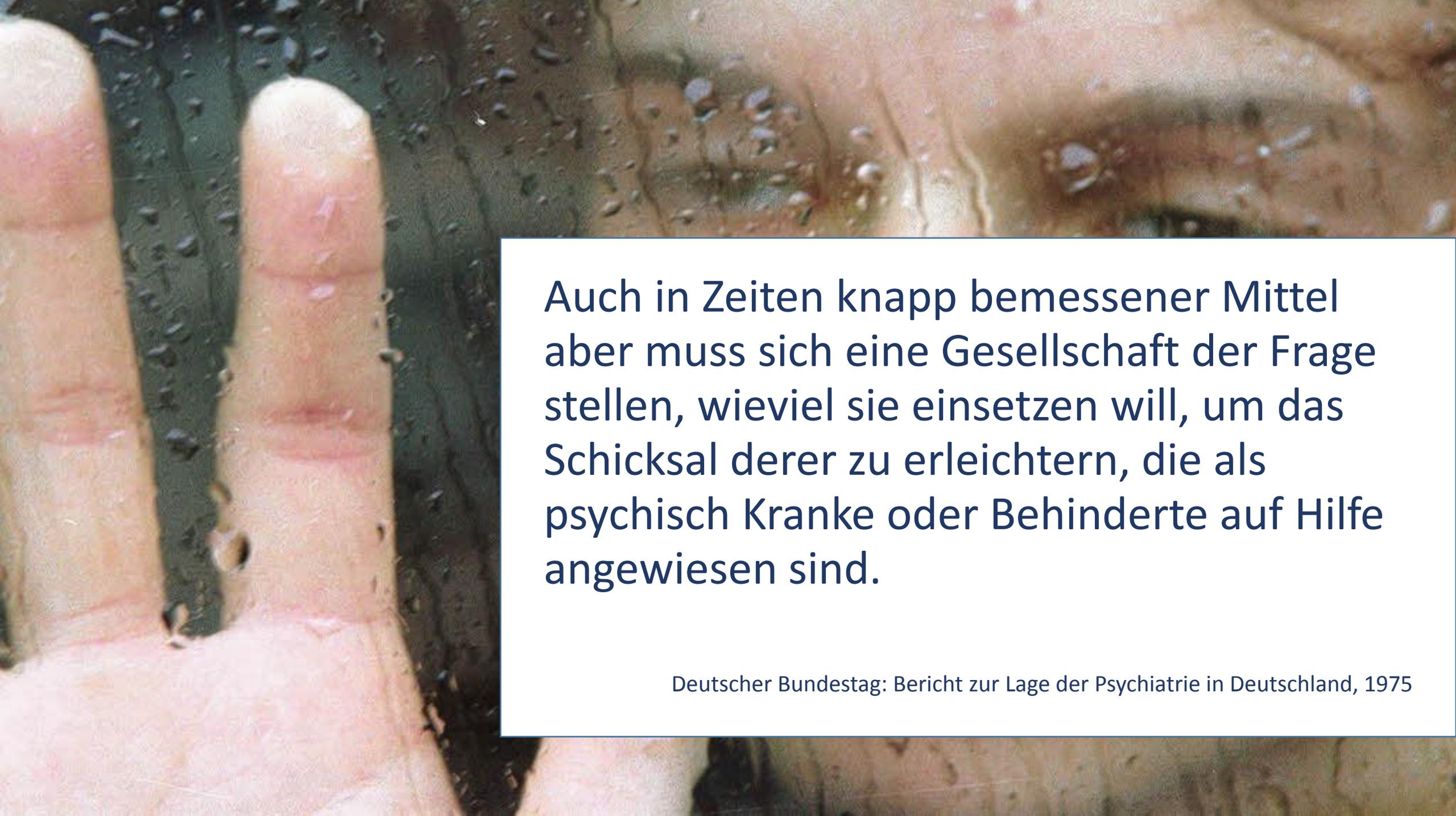


**Was darf
die Seele
kosten?**

Der Psychiatrie-Skandal

*Hunderttausende Patienten werden aus
finanziellen Gründen im Krankenhaus
gehalten*





Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.

Deutscher Bundestag: Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, 1975

Danke !

