

Göttingen 8. Okt. 2013  
Neuer Entgeltkatalog 2014 – was nun?

**PEPP***plus*

**Patientenorientierte Psychiatrische Versorgung**

# ZfP- Gruppe Baden-Württemberg

>50 % der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Baden-Württemberg

## ■ EC:

- Emmendingen, Calw,

## ■ WWW

- Wiesloch, Winnenden, Weinsberg

## ■ SWZ+R

- Schussenried, Weissenau, Zwiefalten, Reichenau



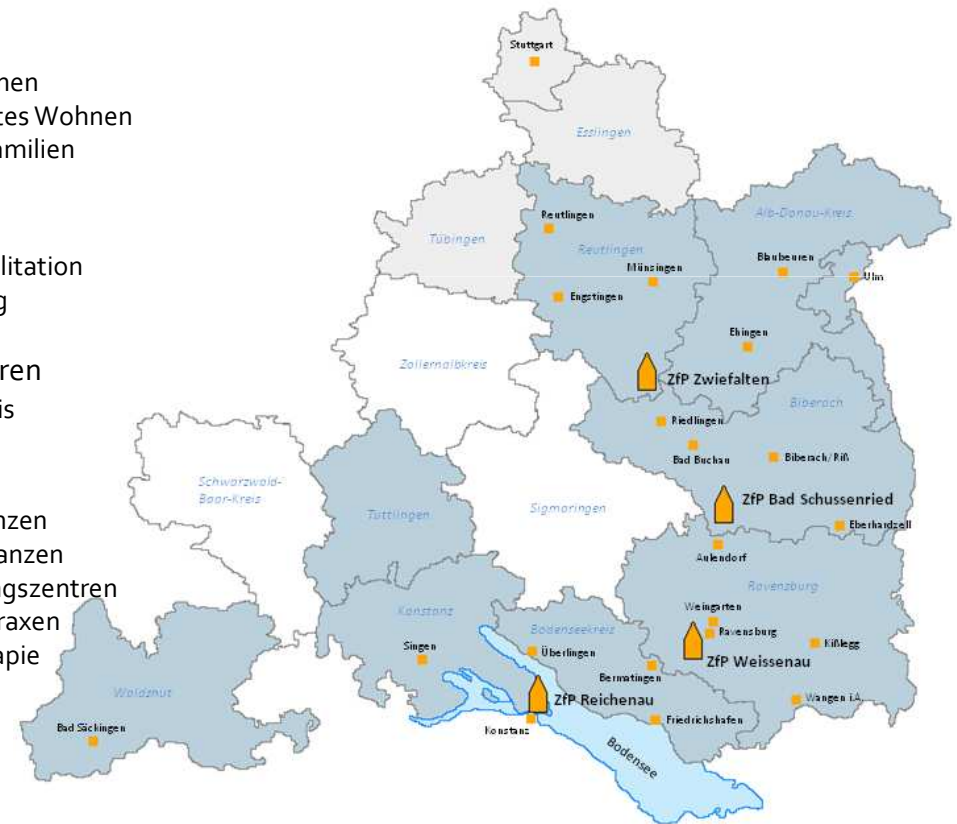
# ZfP Südwürttemberg u. Reichenau

## Kliniken

Bodensee-Ravensburg	Weissenau Friedrichshafen Wangen - OSK Ravensburg – OSK Aulendorf – SKA
Donau- Iller	Schussenried TK Biberach Ehingen TK Ehingen TK Ulm (Sucht)
Alb –Neckar	Zwiefalten Reutlingen pp.rt Reutlingen TK Reutlingen Sucht- TK
Stuttgart	Sonnenbergklinik Diakonissen-KH (PTM)
Südbaden	Konstanz Waldshut-Tingen Bad Säckingen Singen

## Einrichtungen

Wohnen	12 Heime Dezentrales Wohnen Ambulant betreutes Wohnen Wohnen in Gastfamilien
Arbeit	7 Werkstätten Berufliche Rehabilitation Berufliche Bildung
Gemeindepsychiatrische Zentren	in jedem Landkreis
Ambulanzen	Regionalambulanzen Abteilungsambulanzen 4 Med. Versorgungszentren 15 Ergotherapiepraxen Amb. Physiotherapie Amb. Pfleg



Kennzahlen 3300 Betten/Plätze . 4700 Mitarbeiter . 250 Mio € Umsatz . 45.000 amb./19.000 stat. Fälle

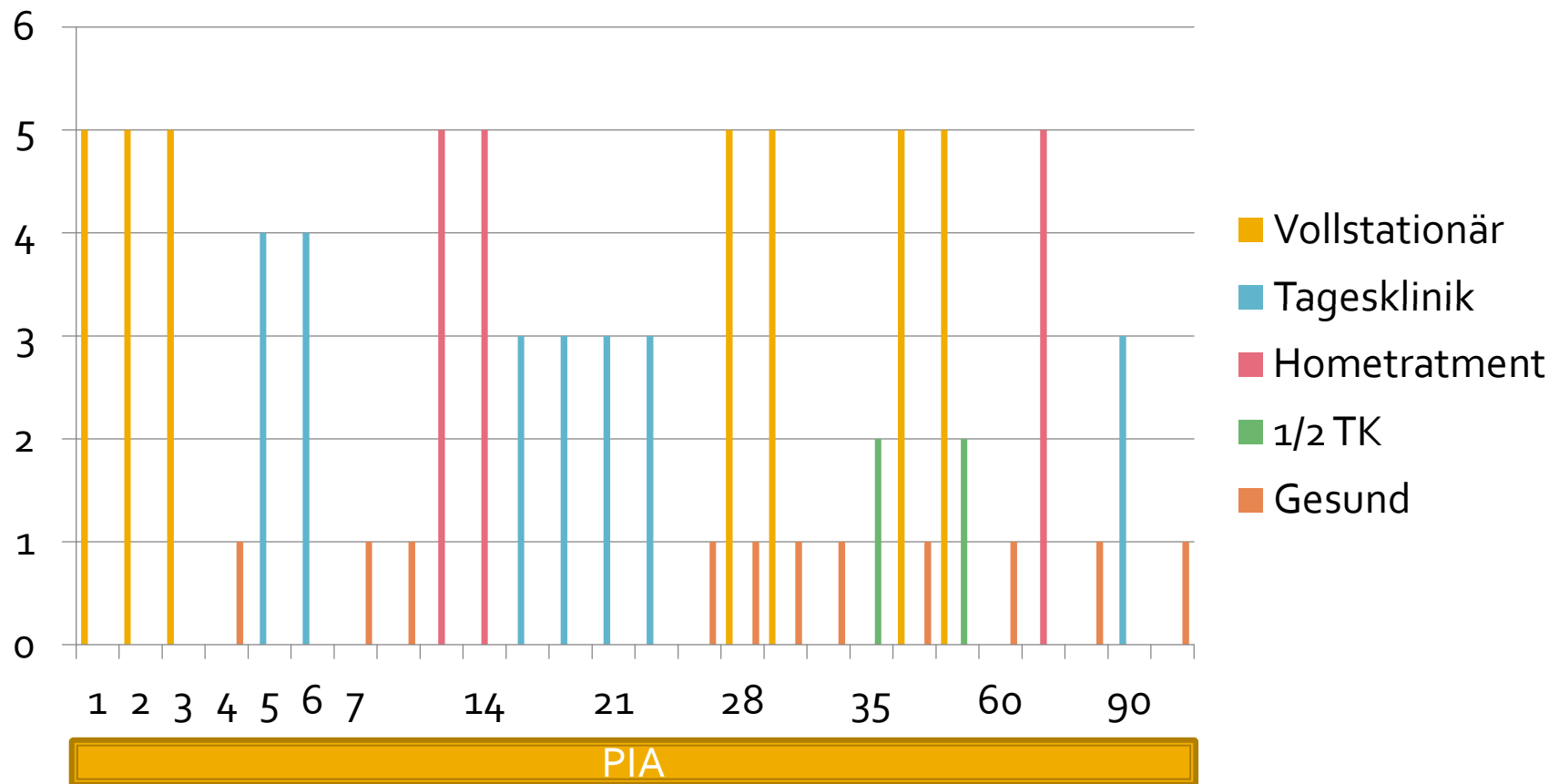
# ZfP SWZ+R

- Gemeindenahe, umfassende, vernetzte psychiatrische Versorgungsstruktur wurde in den letzten Jahren weitgehend realisiert.
- Behandlungspfade für einzelne Patientengruppen (auch sektorübergreifend) in Ansätzen implementiert
- Die wesentlichen Module sind regelfinanziert
- Problem:
  - Behandlungs**intensität** fest mit Behandlungs**setting** gekoppelt
  - Behandlung in **sektor**bezogenen Episoden
  - Soziale **Lebens**bezüge werden zu wenig einbezogen

# Bausteine, die uns fehlen

- Intermittierende Behandlung
  - Mo bis Mi stationär, sonst zu Hause
- Intermittierende tagesklinische Behandlung
  - Jeden Di. Programm für Angsterkrankungen
  - 24h / 7 Tage Krisendienst erreichbar
- halbtags Tagesklinik
  - 2 x Woche 90 min Gruppe plus 25 min Einzelgespräch
- Hometreatment
  - Intensivbehandlung zu Hause (z.B. incl. Familie)
- Stationersetzende Komplexleistung
  - Multiprofessionelles Team,
  - Hausbesuche
  - Hohe Frequenz
- Krisenwohnplätze
  - Auszeit „ohne Behandlung“ mit Bereitschaftsdienst im Hintergrund
- .....

# Intermittierende Behandlung

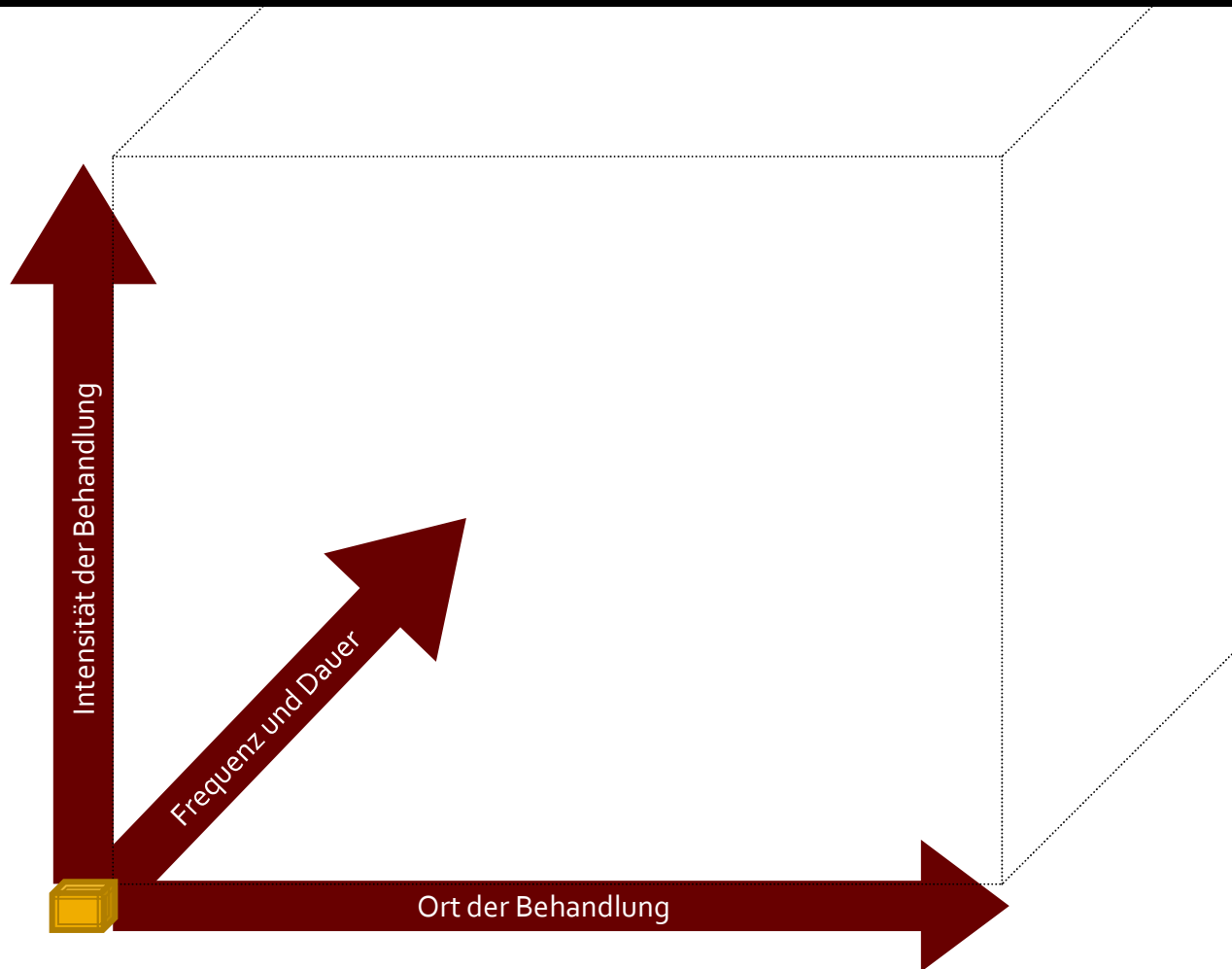


# Intermittierende KH Behandlung

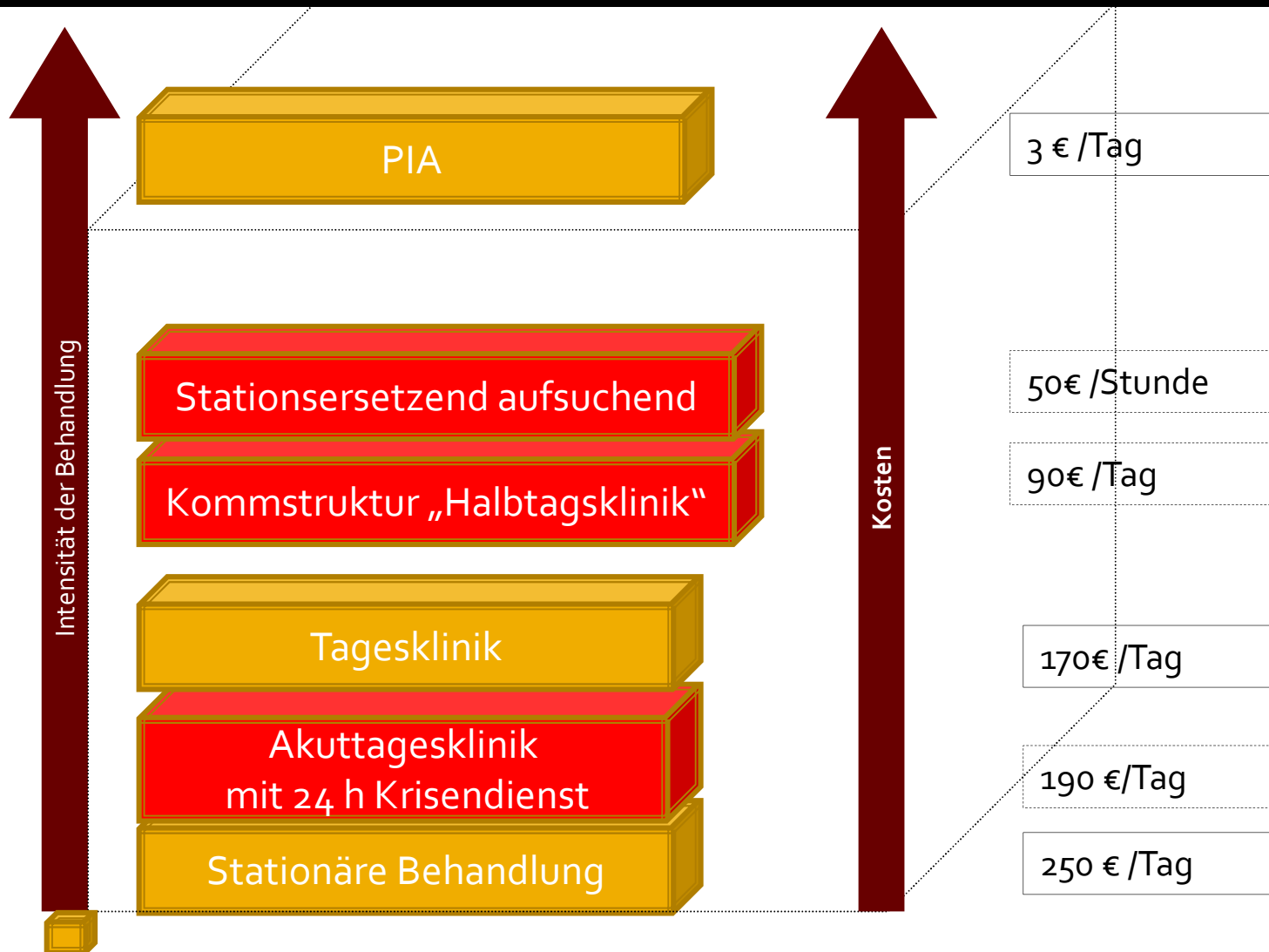
s	s	s	t	t	h	g	g	t	g	g	h	h	s	t	t	t	g	g	t	g	g	t	g	g	g	t	t	t	h	t	g	t	g				
a	a	a	k	k	o	e	e	k	e	e	o	o	t	k	k	k	e	e	k	e	e	k	e	e	k	k	k	o	k	e	/	e					
t	t	t			n	s	s	/	u	u	n	n	e				s	s	/	s	s	/	s	s	s			n	/	s	2	e					
i	i	i			e	u	u	2	s	s	e	e	t				u	u	2	u	u	2	u	u	u		r	2	u	2	s						
o	o	o			r	n	n	d	d	d	r	r	r				n	n	d	d	d	d	d	d		r	2	n	d	u							
n	n	n			e	n	n	d	d	d	e	e	e				n	n	d	d	d	d	d	d		r	2	n	d	u							
ä	ä	ä			a	n	n	d	d	d	a	a	a				n	n	d	d	d	d	d	d		r	2	n	d	u							
r	r	r			t	d	d	d	d	d	t	t	t				d	d	d	d	d	d	d	d		t	2	u									
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	.	.	.	.	.	.	.	0	

# Entwicklungsrichtungen:

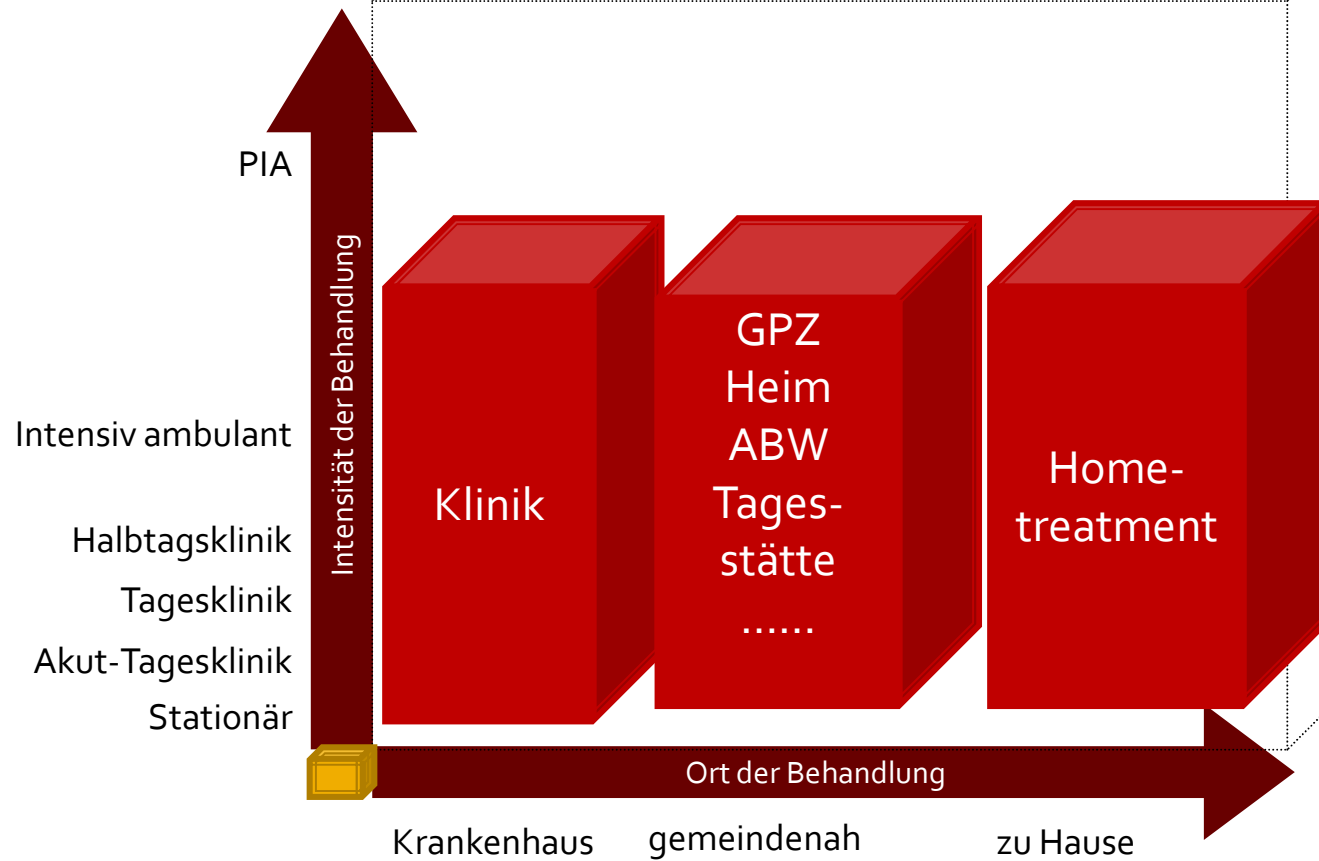
## Flexibilisierung stationärer Leistungen



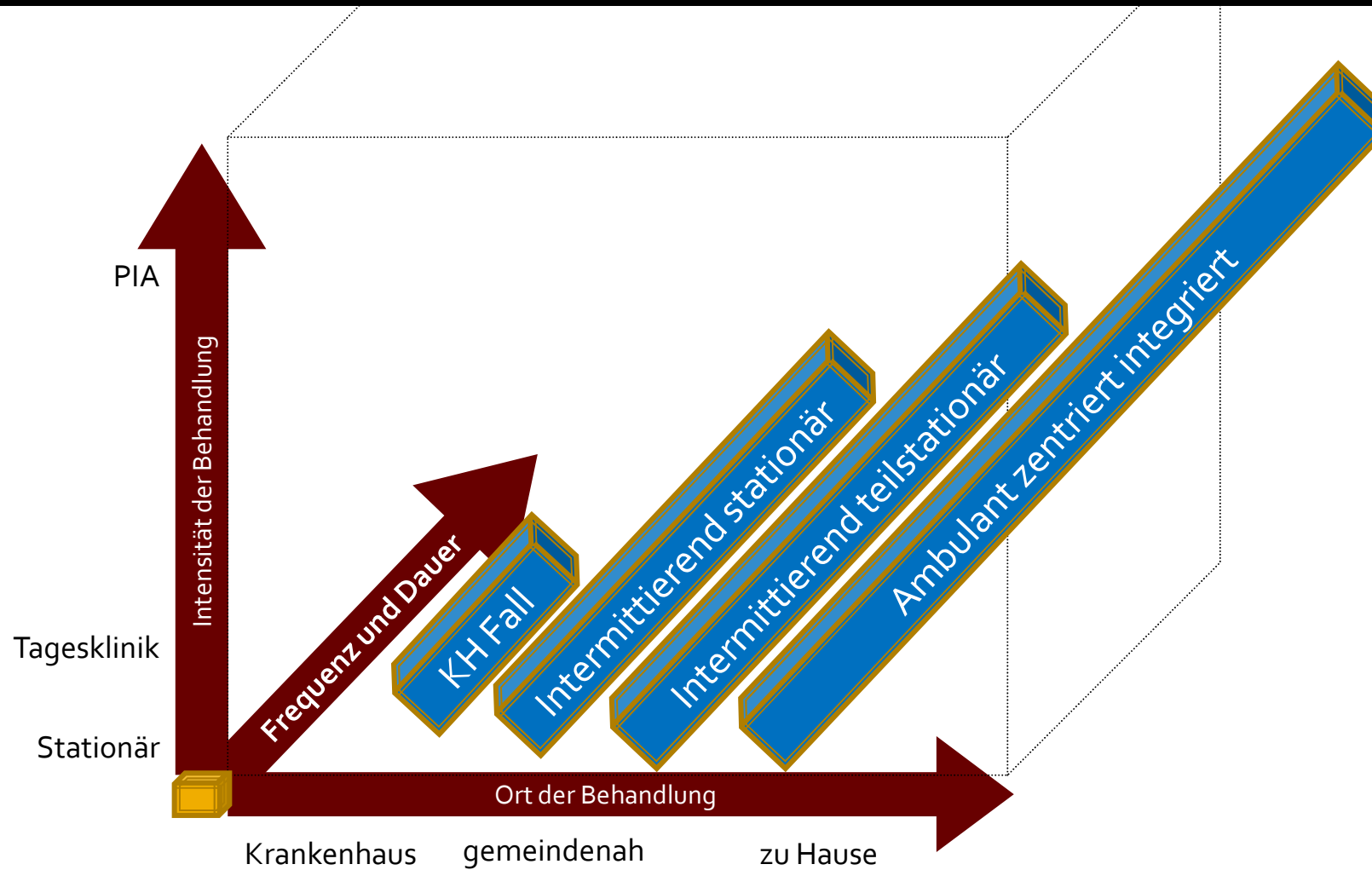
# Intensität



# Ort der Behandlung



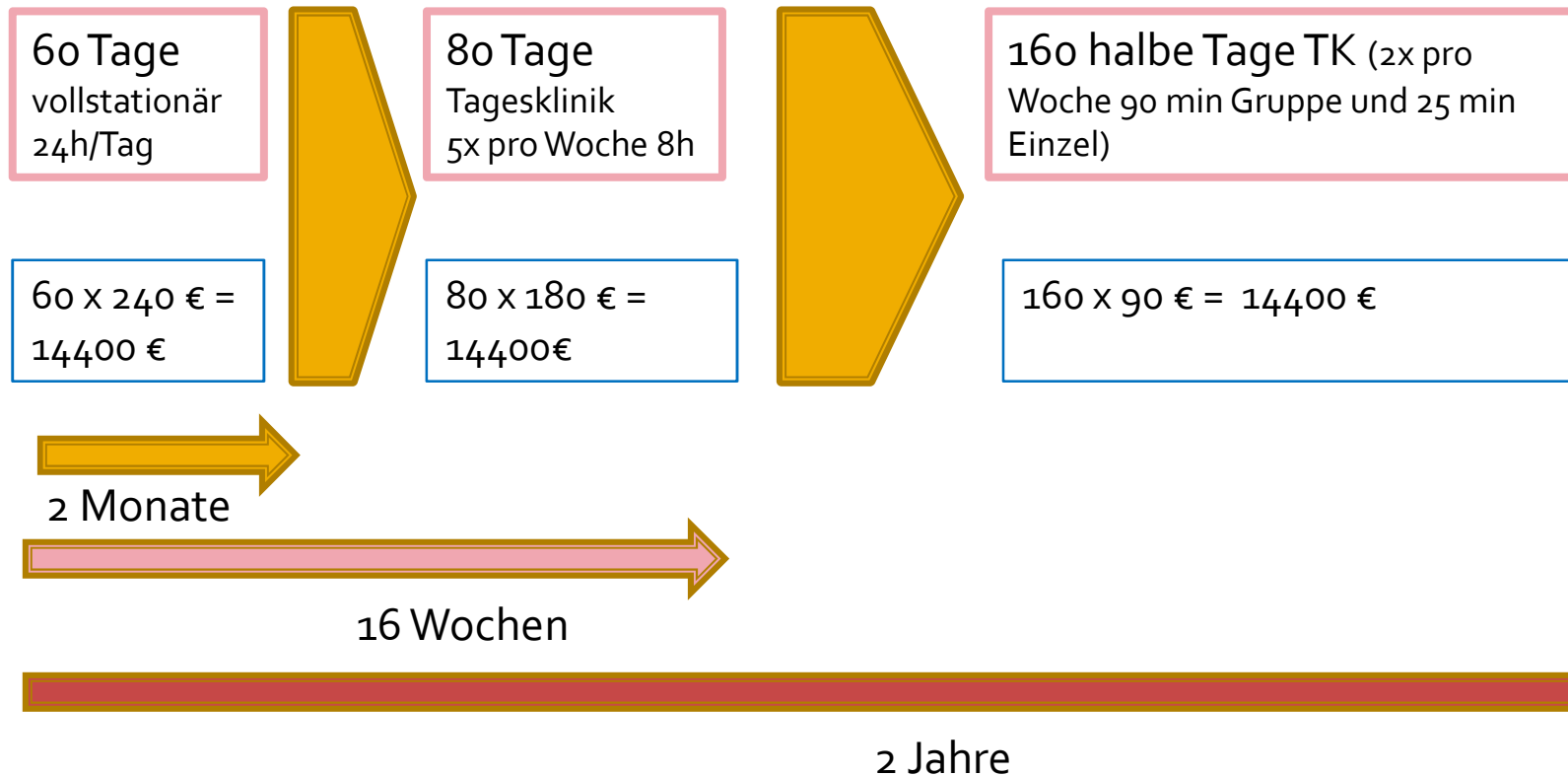
# Frequenz und Dauer



# Psychiatrie anders denken

## Intermittierende Behandlung

Behandlung einer Borderline- Persönlichkeitsstörung (F6)



*Was hilft langfristig am ehesten?*

Dr. Dieter Grupp ZfP Südwürttemberg

# Wege zur besseren Versorgung

## 1. Pauschalfinanzierungsmodelle

### ■ Pauschale Finanzierungsmodelle

#### Regionalbudget / DAK-BEK IV - Modell/

- Pro Patient und Jahr werden alle erforderlichen Leistungen über eine Pauschale abgegolten (Prinzip: Morbi-RSA)
- Einschlusskriterien:
  - stationäre Einweisung oder PIA-Kriterien im Kalenderjahr
- Anreiz:
  - Nachhaltige Behandlung
  - Hohe Intensität im ambulanten Bereich

### ■ Umbau statt Ausbau

- Neue Angebote (Med. Fortschritt) werden aus dem Abbau stationärer Betten finanziert.
- Ressourcen bleiben in der psychiatrischen Versorgung und werden für verbesserte, patientenorientierte Behandlung (z.B. Hometreatment) verwendet

# Erfahrungen *Pauschalfinanzierung*

aus dem IV – Projekt: DAK- Barmer&GEK- ZfP

- Unterschiede zur Routineversorgung
  - Case Management
    - Langfristig, nachhaltig, auch in gesunden Phasen
    - Krisentelefon
  - Flexible, sektorübergreifende Behandlung
    - Bedarfsgerecht, individuell zugeschnitten
    - Intermittierend stationär oder teilstationär (Mo. bis Mi. stationär; jeden Freitag teilstationär...)
    - „halbtags stationär“, „halbtags Tagesklinik“
    - Teilnahme an stationären und teilstationären Behandlungsmodulen für „ambulante“ Patienten

# Erfahrungen *Pauschalfinanzierung*

aus dem IV Projekt DAK –BEK- ZFP

- Unterschiede zur Routineversorgung
  - Aufsuchende Behandlung
    - Hometreatment, wenn erforderlich
    - Hausbesuche durch alle Berufsgruppen
    - Kennenlernen der sozialen Situation bereichert die Behandlung
    - Nachgehende Behandlung: warum sind sie nicht zum Termin gekommen?
  - Akutpsychotherapie
    - schneller Zugang zu Kurzzeitpsychotherapie
    - Teilnahme an teilstationären diagnosespezifischen Gruppen (Angstgruppe; Depressionsgruppe)

# Wege zur besseren Versorgung

## Probleme von IV Verträgen

- Umbau der Versorgungsstruktur
  - erfordert „Masse“. Mit nur wenigen Patienten, die in die IV Versorgung eingeschrieben werden, können keine strukturellen Verbesserungen (24-h Krisendienst, Psychotherapieclearing..) finanziert werden
- Steuerung der Patientenanzahl ist schwierig
  - Heavy-User Problematik (es schreiben sich überdurchschnittlich viele Patienten mit hohem Versorgungsaufwand ein)
  - „Mehrmengenproblematik“: wie werden zusätzliche Patienten vergütet?
  - Abrechnungslogik passt nicht auf die gängigen EDV-Systeme
    - Pauschale und § 301/§ 212 schwierig zu vereinbaren
    - Abrechnung basiert auf „Fällen“ oder „Episoden“ – Behandlung basiert auf langfristigem, nachhaltigem Case-Management
- OPS/PEPP Logik
  - mit Jahrespauschalen kaum zu vereinbaren – viele Leistungen sind nicht abbildbar

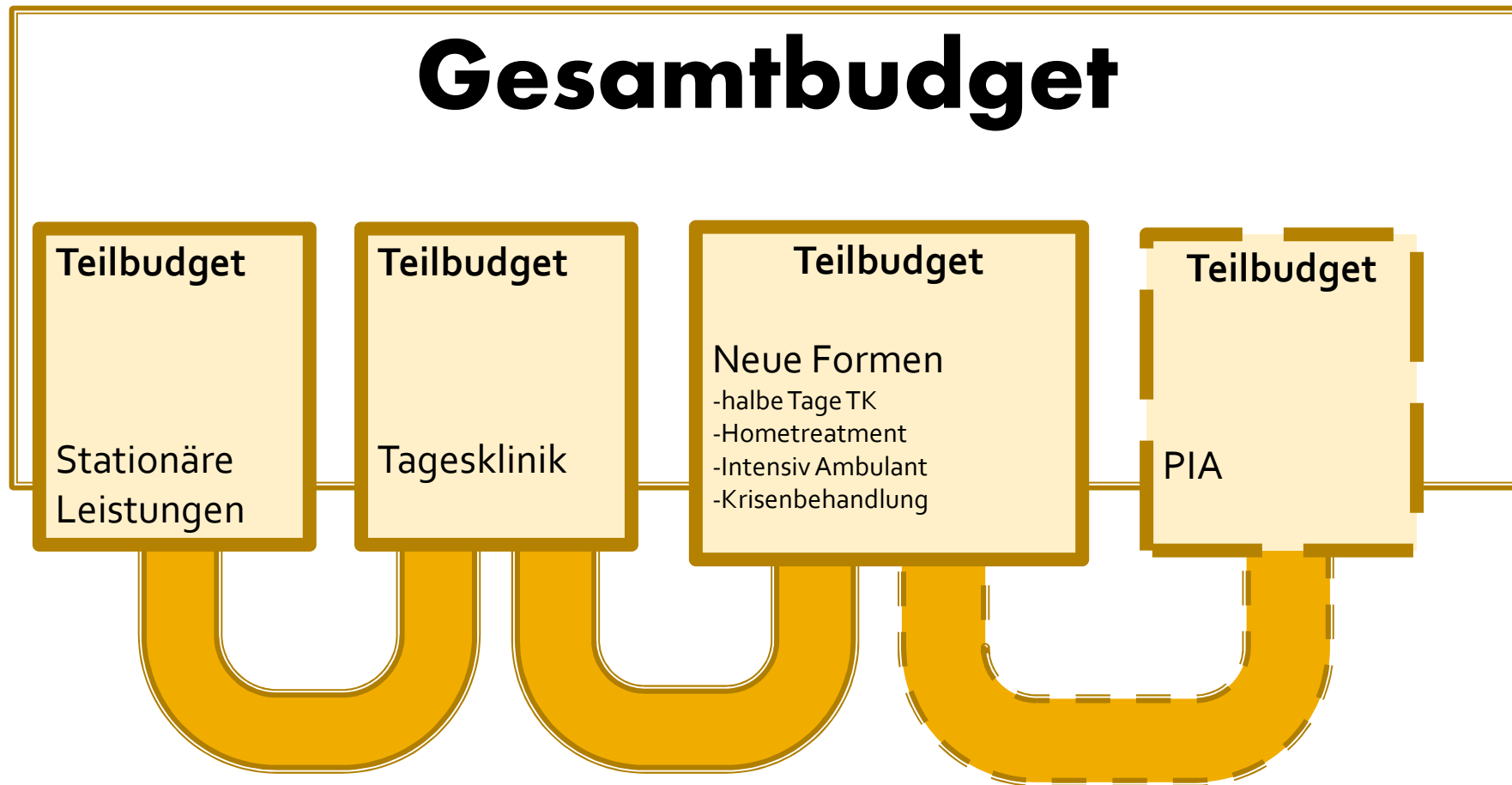
# Wege zur besseren Versorgung

PEPP*plus*

- Können die Vorteile des Regionalbudgets und der IV Versorgung auch unter PEPP Bedingungen realisiert werden?
- Erweiterung des Leistungskatalogs um zusätzliche PEPPs = PEPP*plus*
  - Erweiterte stationsersetzende ambulante Leistungen
  - Neue Elemente wie Halbtagsklinik, Hometreatment...
  - Neue Definition „Fall/Fallzusammenführung“

# PEPP<sub>plus</sub> zusätzliche Abrechnungseinheiten

- PEPP System
  - Basis für die Abrechnung stationäre und teilstationäre Leistungen
- PEPP<sub>plus</sub>
  - Zusätzliche PEPPs für
    - Strukturkategorie: *Psychiatrie, Stationersetzende Leistungen*
      - SL 001 Hometreatment
      - SL 002 ½ Tag Hometreatment
      - SL 003 ½ Tag Tagesklinik
  - Tagesbezogene Vergütung bleibt
    - Intermittierende Leistungen explizit möglich und erwünscht (ähnlich Onkologie im DRG System)
    - Fallzusammenführung 120 Tage (oder besser 1 Quartal)



### ■ Definitionen

- Hometreatment (entspricht 1 Tag Krankenhaus)
  - OPS: mindestens 3,5 h Therapieleistung vor Ort
  - (abgeleitet aus PsychPV A1) *BWR 1,0*
- Hometreatment „light“
  - OPS: mindestens 2 h Therapieleistung vor Ort *BWR 0,5*
- Tagesklinik „halber Tag“
  - OPS: 90 min Gruppe plus 25 min Einzelintervention oder 60 min Einzelgespräch *BWR 0,4*
- **Bewertungsrelation:**
  - Werden prospektiv festgelegt und nach und nach „verifiziert“

- Kleiner Fortschritt

oder

- Erfüllung aller sozialpsychiatrischen Wünsche?

- Mit PEPP*plus* können wie im Regionalbudget Behandlungsleistungen unabhängig vom belegten Bett erbracht werden.
- Ressourcen können unbegrenzt in neue „komplexambulante“ Angebote verschoben werden
- Auch bei Auflösung der gesamten stationären Kapazität bleiben die Ressourcen erhalten

- PEPP plus ist (DRG) systemkonform
  - 1. Leistungstransparenz: Sicherheit für die Kassen dass ausschließlich SGB V Leistungen erbracht werden
  - 2. Budgetneutral: Umbau statt Ausbau, aber Morbiditätsrisiko bleibt bei den Kassen
  - 3. Effektivitätsrendite: durch die Bewertung in Bewertungsrelationen werden die „Gewinne“ zu 100 % an die Kassen (oder an die Versicherten der Kassen in Form von besserer Qualität) ausgeschüttet
  - 4. Konvergenzneutral: durch die Bewertung in BWRs sind die neuen Leistungen (PEPPplus) automatisch mit dabei
  - 5. KV neutral: nur Patienten, die bereits bisher vom Krankenhaus (incl. PIA) versorgt wurden, werden zukünftig versorgt.
  - Steuerung durch Hausarzt bleibt erhalten (stat. /teilstat. Einweisung/ Überweisung PIA oder Notfall)

## ■ PIA

- PEPP und PEPP<sup>plus</sup> werden tagesbezogen abgerechnet
- Für den Steuerungsaufwand wird eine Fall -(120 Tage) oder Quartalspauschale benötigt
- Die PIA Pauschale, die additiv zu den Tagesleistungen abgerechnet werden kann erfüllt diese Voraussetzungen
- *PIA Pauschale sollte deshalb nicht in die PEPP Budgets eingerechnet werden*

- Wege zu PEPP*plus*
  - 1. DIMDI/InEK Prozess
    - Entscheidungsweg unklar
    - OPS über DIMDI/ PräPEPPs über InEK
  - 2. Modell nach §64b
    - Falls möglich kollektiv, sonst selektiv beginnen
    - Wird u.a. mit AOK Baden-Württemberg verhandelt
  - 3. Krankenhausindividuelle Vereinbarung §6 BpflV Abs 1 (3)
    - Kollektiv
    - Regional zu vereinbaren

# PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. P1400082

Vorschlagender ZfP Südwürttemberg



## Problemstellung

Die Behandlung im Krankenhaus kann die sozialen Bezüge und Interaktionen im Lebensumfeld eines Patienten nicht oder nur unzureichend therapeutisch einbeziehen. Dadurch kommt es zu unnötig langen Verweildauern. Der Transfer der erreichten Besserung in den Alltag mißlingt ganz oder teilweise, was zu erneuter Aufnahme führt usw.

Durch die aufsuchende Behandlung direkt im Lebensumfeld des Patienten vor, nach, ergänzend oder alternativ zur Krankenhausbehandlung mit Mitteln des Krankenhauses durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Team kann die Behandlung verbessert, der stationäre Aufenthalt verkürzt und eine erzielte Besserung nachhaltig gesichert werden.

## Lösungsvorschlag

Zusätzliche PEPP plus: Stationersetzende Leistungen (SL) werden in den OPS- Katalog und mit einer vorläufigen Bewertungsrelation in den PEPP-Katalog Anlage1a/2a oder als unbewertete Leistungen in PEPP 1b/2b aufgenommen

1 SL 001 „Hometreatment“:

•OPS 9-644.0: Hometreatment bei Erwachsenen - Behandlung eines Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam. Mindestens 210 Minuten Behandlungsleistungen (abgeleitet aus dem Personalaufwand PsychPV Regelbehandlung A1 über alle Berufsgruppen aufsummiert

•Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 1,0 Bewertungsrelation (entsprechend einem durchschnittlichen Tag Krankenhaus)

2 SL 002 „Hometreatment – halber Tag“

•OPS 9-644.1: 1/2 Hometreatment bei Erwachsenen: stationersetzende Behandlung eines Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam. Mindestens 105 Minuten Behandlungsleistungen i

•Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 0,5 Bewertungsrelation

3 SL 003 Tagesklinik – halber Tag

•OPS 9-644.2: ½ Tagesklinik bei Erwachsenen: Behandlung eines Patienten in der psychiatrischen Tagesklinik durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Team. Mindestens 90 Minuten Gruppenbehandlung und 25 Minuten Einzelgespräch oder: 60 Minuten Einzelgespräch.

•Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 0,4 Bewertungsrelation (1/2 Tagesklinik)

## Prozeduren

neue Prozeduren 9-644.0 bis 9-644.2

# PEPP*plus*

Dr. Dieter Gumpertz  
Südwestfalen  
wie realisierbar

## ■ Wege zu PEPP*plus*

- 1. DIMDI/InEK Prozess

### ■ 2. Modell nach §64b in Baden-Württemberg

- DAK und BEK und BKK Landesverband sind prinzipiell bereit das IV Modell in PEPP*plus* zu überführen
- AOK Baden-Württemberg: im Januar vorgestellt, seither „Bedenkzeit“
- Auf Landesebene Initiativen Vdek

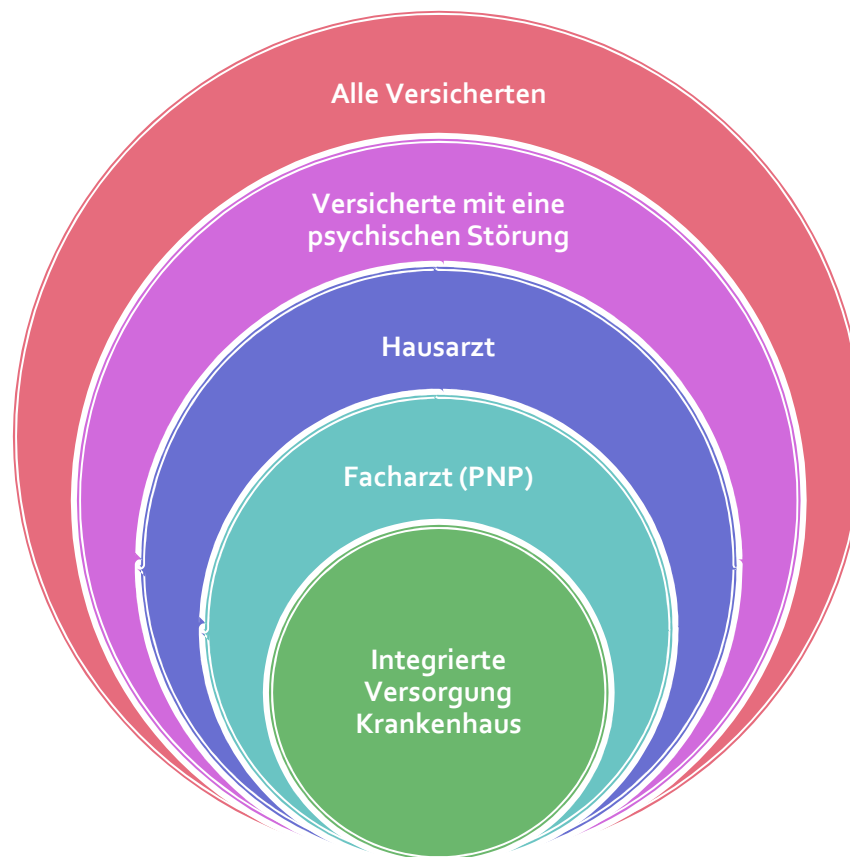
- 3. Krankenhausindividuelle Vereinbarung §6 BpflV Abs 1 (3)

# § 64 Mengen/Leistungsveränderungen

## ■ Grundgedanke

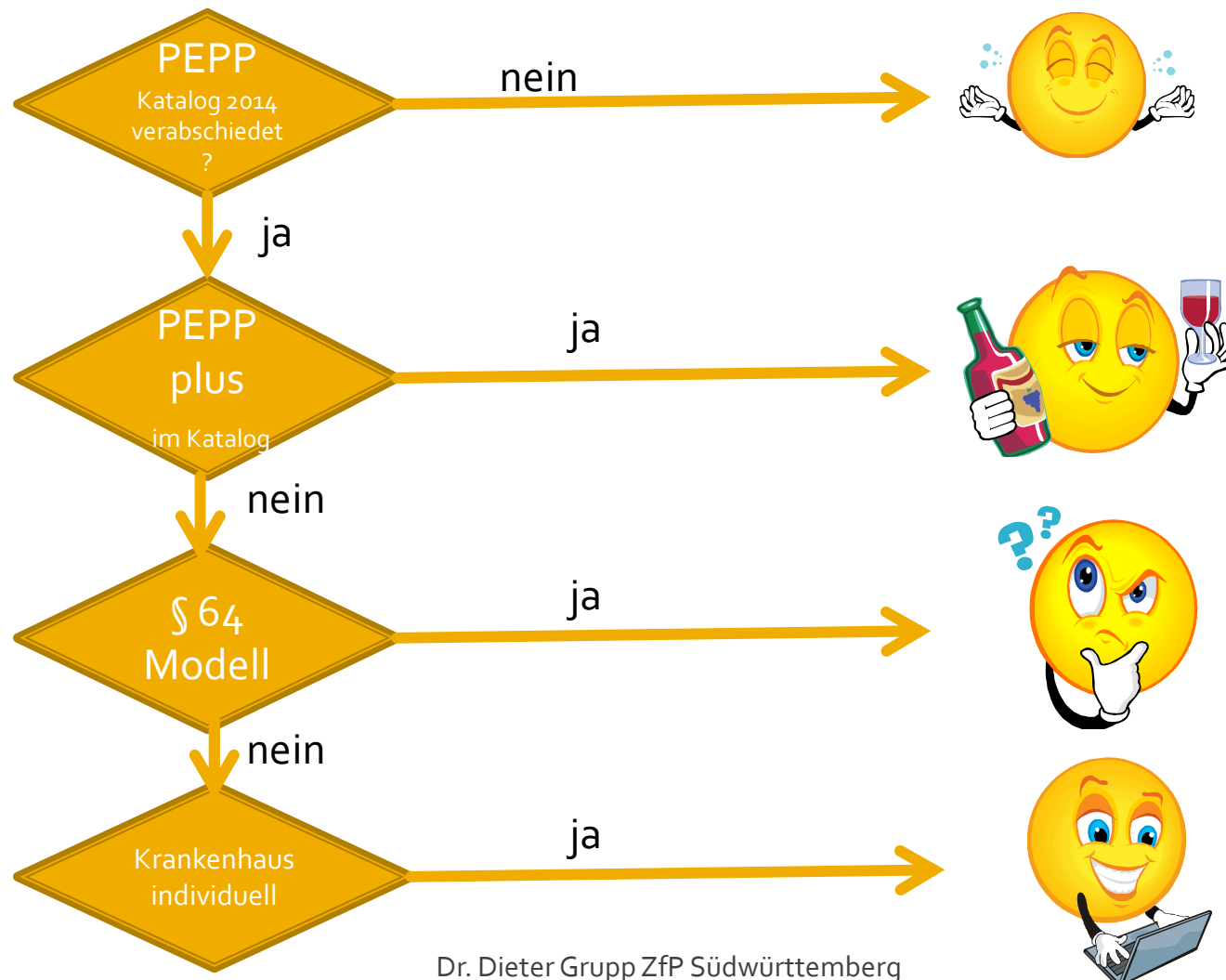
- Umbau statt Ausbau: die gegebene Leistungsmenge (Anzahl Bewertungsrelationen) darf nicht überschritten werden
  - medizinischer Fortschritt (hometreatment), verbesserte Behandlung (ambulant intensiv), erhöhte Behandlungsfrequenz, angebotsinduzierte Nachfragesteigerung usw. wird durch Umbau finanziert und nicht durch zusätzliche Ressourcen
- Morbiditätsrisiko:
  - werden mehr Menschen pro Jahr behandelt, werden mehr Ressourcen benötigt. Dieses Risiko liegt beim Kostenträger. Dabei können „Umbau- Effizienzrenditen“ verrechnet werden
  - Gleiches Prinzip wie beim Morbi-RSA

# § 64 Zielgruppendefinition



Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung auf eine Behandlung mit Mitteln des Krankenhauses (*ambulant, teilstationär oder stationär*) angewiesen sind

# Die nächsten Schritte.....

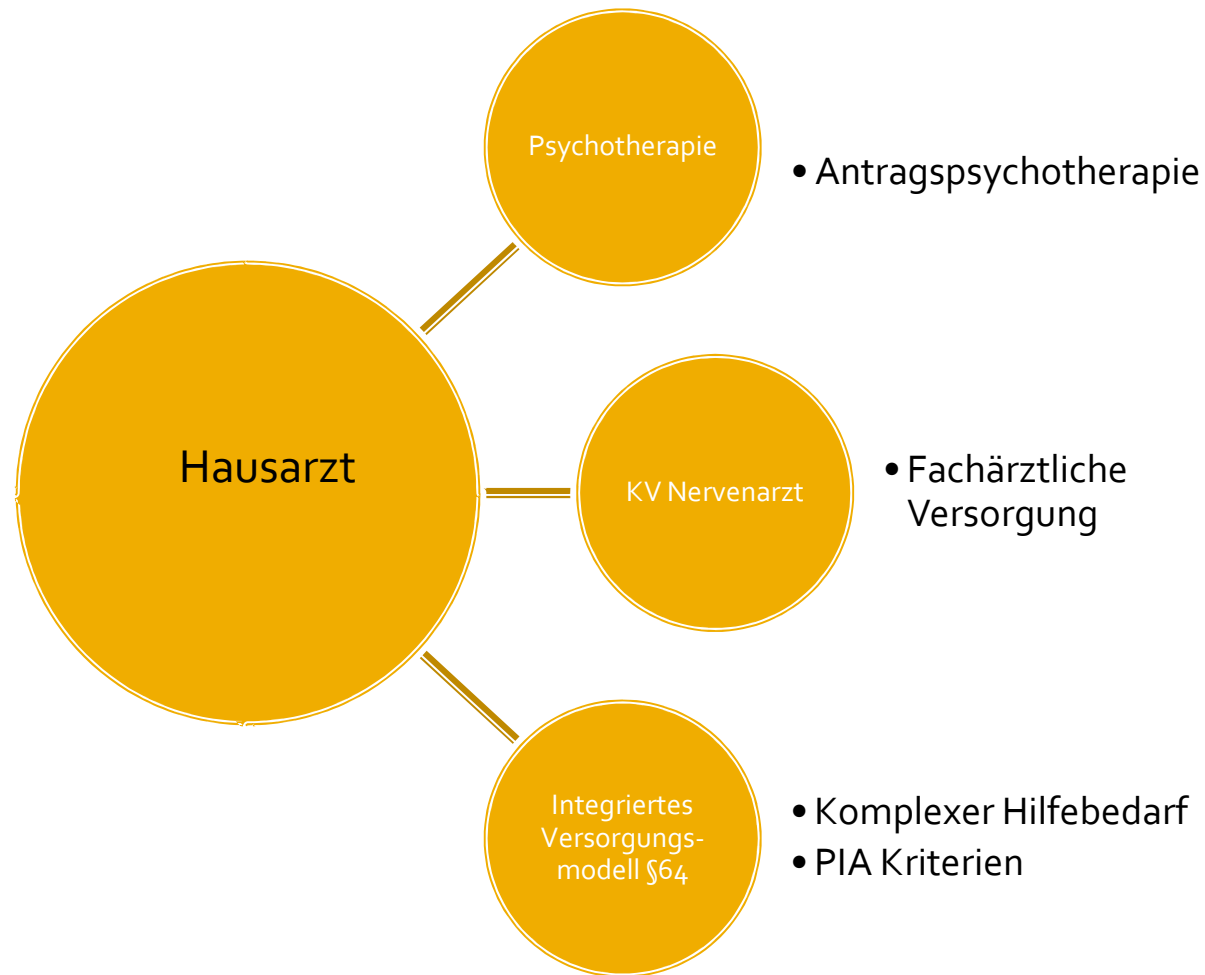


# § 64 :Die nächsten Schritte.....

- Vertragsentwurf §64
  - Umfang: ein ZfP/ eine Modellregion?
  - Definition der Zusatz PEPPs und OPS
  - Kalkulation der Zusatz PEPPs
  - Ausgangsbudget (z.B. 2012)
    - Fallzahlen/ Patientenzahlen
    - Leistungsmenge in BWR
  - Korridore (z.B. +/- 5%)
  - Zielgruppendefinition (Stationäre Einweisung/ Zuweisung wg. Art/Dauer/Schwere...)
  - Laufzeit und Rückkehr zum „Normalsystem“
  - Datenaustausch (§ 301/ § 21)
  - Wissenschaftliche Begleitung/ Evaluation

Vielen Dank

# Steuerung



# Psychiatrie anders denken

Integrierte Versorgung

- Sektorübergreifendes Pauschalbudget
  - Ressourcen bleiben im System/Prinzip der kommunizierenden Röhren

**Gesamtbudget z.B. 100 Mio**

■ Stationär ■ Teilstationär ■ Ambulant

