



Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e. V.

Fachgruppe Psychiatrie

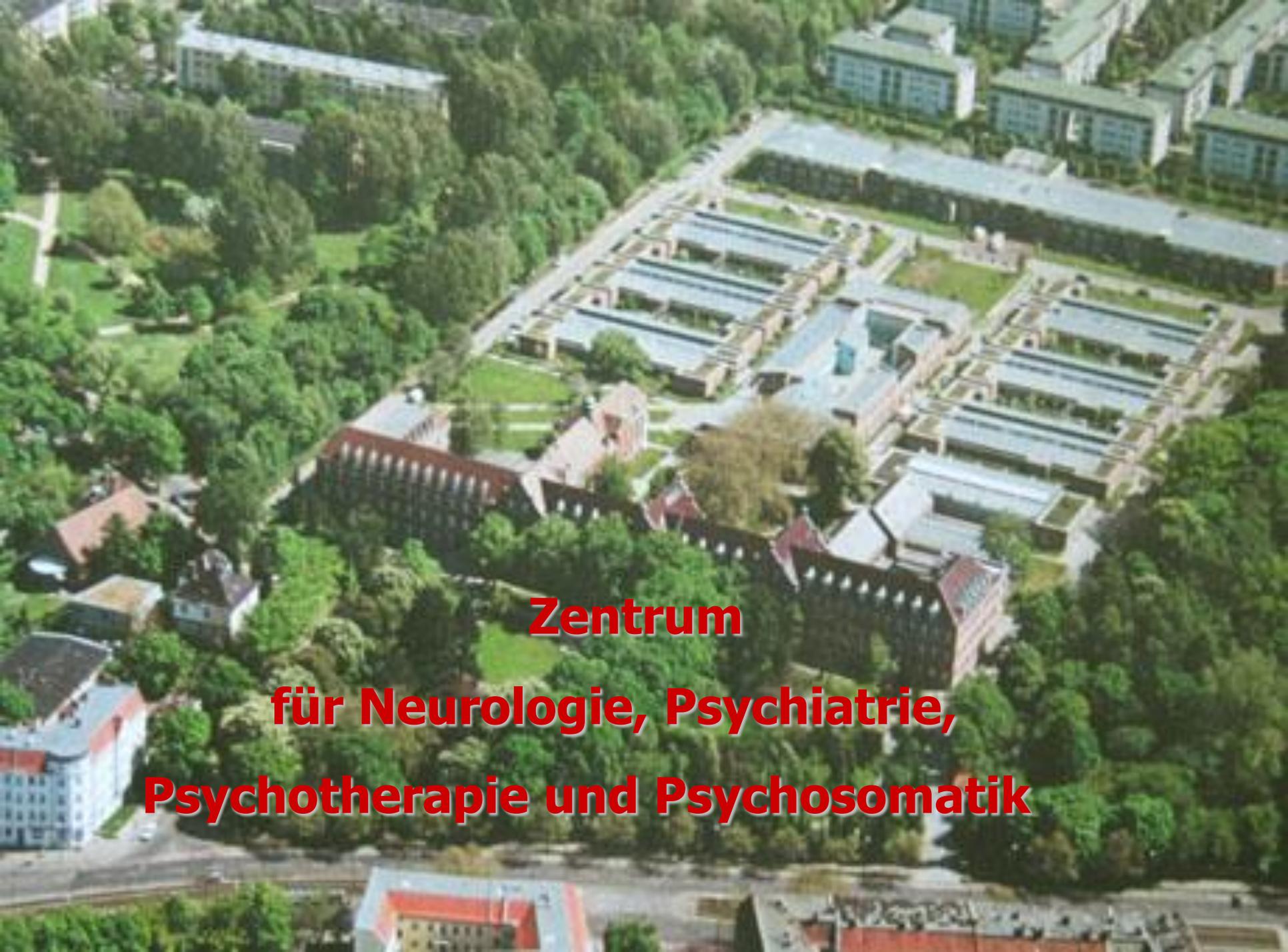
13.10.2011, LWL- Klinik Lengerich

Derzeitiger Stand der Regelung zum neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie

Dr. med. I. Hauth

Vorstandsmitglied der DGPPN
– Versorgung

Vorsitzende der
Bundesdirektorenkonferenz



**Zentrum
für Neurologie, Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik**

1. Historie

2. Regelung des § 17 d KHG

2.1 OPS

2.2 Stellungnahmen

3. Kalkulationsprozess

4. Diskussion um Weiterentwicklung der Versorgung

1. Historie

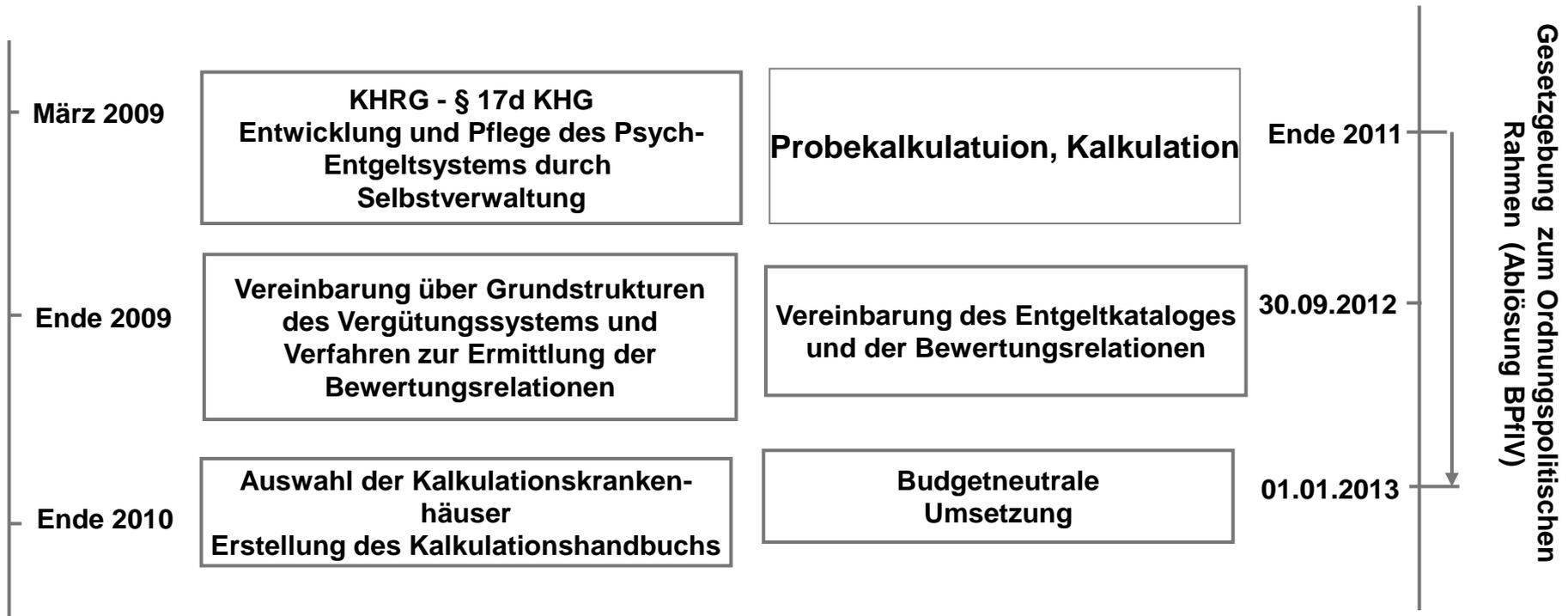
- 2004 Gespräche der Aktion psychisch Kranke, DGPPN, BDK, AQUA mit dem BMG – Verbesserung der Personalausstattung
- 2005/2006 Umfrage der APK zur Umsetzung der PsychPV: 25 % der Kliniken weniger als 85 % Personal nach PsychPV
- Absprache mit dem BMG
 1. Gesetzliche Änderung der Bundespflegegesetzverordnung § 6 Abs. 4 zur Nachverhandlung des fehlenden Personals
 2. Fachgesellschaften und Verbände versprochen bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems mitzuarbeiten

2. § 17 d KHG

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie / Psychosomatik

- Vergütung allgemeiner Krankenhausleistungen an Fachkrankenhäusern und selbständigen gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern
- Durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten
- Prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten sinnvoll
- Prüfen, ob ambulante Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz einzubeziehen (PIA nach § 118 b SGB V)
- Praktikabler Differenzierungsgrad
- Bundeseinheitliche Definition der Entgelte und Relativgewichte
- Ergänzende Vergütungskomponenten analog § 17 b KHG
- Entgelte für vollstationäre und teilstationäre Leistungen

- Zeitplan zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (- § 17d KHG)**



Bisherige Aktivitäten der DGPPN

- Gründung einer Arbeitsgruppe 2008
- nach Veröffentlichung des §17 d KHG April 2009:

➔ Auftrag an die Fachgesellschaften, Leistungsbeschreibung in der Logik der OPS vorzunehmen

➔ Stellungnahme zum Ordnungspolitischen Rahmen, Gründung „Konsensusgruppe“, Referat Entgelt

2. 1 Überlegung zu OPS

- keine Abbildung von Einzelleistungen (z. B. OPS für Verhaltenstherapie, OPS für Gruppentherapie, OPS für Tanztherapie)
 - bei chronisch Kranken in der Somatik z. B. Komplex-Code Geriatrie – Entwicklung von Komplex-Code´s
 - Zugriff auf die bekannten Kategorien PsychPV: Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapie
 - zusätzliche Beschreibung intensiven Personalaufwands bei Kriseninterventionen der Intensivbetreuung (1:1)
 - Wunsch, einige normative Elemente z. B. Facharztstandard, Qualitätssicherung aufzunehmen
- cave: nicht zu detailliert

OPS-Version 2010

Geltungsbereich § 17 d KHG

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

9-60 Regelbehandlung

9-61 Intensivbehandlung

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

9-64 Zusatzinformationen

9-640 Erhöhter Behandlungsbedarf

9-641 Kriseninterventionelle Behandlung

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

Kritik an bisherigen OPS-Codes:

- die Therapieeinheiten sind nicht ausreichend relevant um aufwandshomogene Gruppen zu bilden
- Überbewertung der Therapieeinheiten – ungerechte Ressourcenallokation wird zementiert
- hoher bürokratischer Aufwand

Risiken und Nebenwirkungen des neuen Entgeltsystems

- höherer Dokumentations- und Kodieraufwand
 - mehr Bürokratie
 - noch weniger Zeit für Patienten
- Gefahr, dass OPS den tatsächlichen Aufwand der Behandlung nicht abbilden und die Vergütung nicht sachgerecht wird
- Anreize aufwändige Diagnostiken und Therapien durchzuführen und abzurechnen ungeachtet dessen, ob der Patient die Leistungen benötigt
- Benachteiligung der schwerer kranken Patienten, deren Aufwendung für Diagnostik und Therapie nicht in Therapieeinheiten darzustellen ist
- schon vor Einführung des neuen Entgeltsystems wird sich die Versorgungsrealität verändern
- Begleitforschung!!!

Aufgaben Krankenhäuser

- Patientenbezogene Psych-PV Einstufung (nur KH die Psych-PV bisher anwenden; voll- und teilstationäre Fälle, bei Aufnahme und Wechsel)
 - für § 21 KHEntgG an InEK
 - für § 301 SGB V als Pseudo-OPS 2010 an Krankenkasse
- Berücksichtigung Psych-PV und Empfehlungen zur Psych-PV-Einstufung
- Vollständige Diagnosenverschlüsselung entsprechend ICD-10-GM
- Dokumentation neuer „Psych-OPS“ und „somatischer OPS“
- Berücksichtigung Deutsche Kodierrichtlinie (DKR-Psych)
- Aufbau interner Dokumentation-/Leistungserfassung (ICD, OPS, planbare Leistungen (TE), inklusive Software)
- Ggf. Teilnahme als Kalkulationshaus



Umfassende Schulungsmaßnahmen

Ansteuerung über Menübaum oder Strg 1

Rihm, Michael [BERL/ 1 - Station 1] - Patientenverwaltung NEXUS / KIS

Arbeitsplatz Extras Hilfe

Auswahl | **HTML-Designer**

Rihm, Michael
135571-001 [O] - 1 (PSY)
männlich - (46) - 29.05.1963
ST - 08.02.2010 - einlegend
08.02.2010 - einlegend (8 Tage)

Stationsbereich - Admin-Tools
 Admin-Tools
 Textmarken-Designer
 Textbaustein-Designer
 Textbaustein-Konverter
 HTML-Designer
 Pflegeprozess Builder
 MCP Auswertung Bado Dr. Godemann
 Auswertung Statische Formulare
 MCP-Leistungserfassung und Bewertung
 Leistungserfassung und -bewertung
 MCP Termine verwalten
 Termine verwalten
 TerminHistorie verwalten
 MCP LEP-Auswertung
 Auswertung Pflegeleistungen
 Auswertung Pflegeleistungen Patient
 Auswertung Pflegeleistungen Uhrzeit
 Stationsbereich - Stammdaten
 Stammdaten
 Einweisende Ärzte
 Betreuerdaten
 Mitarbeiter KH
 Geburtstagsliste

Leistungserfassung im Rahmen des Entgeltsystems
Rihm, Michael · männlich · 29.05.1963 · PSY · 1/C 123

16.02.2010 13:11 (gofr)

Aufnahmedatum: 08.02.2010 Entlassdatum:

Verlaufseinträge:	Verlauf Pflege	Verlauf Arzt / Psychologe	Verlauf Sozialarbeiter	Verlauf Ergotherapie
	Verlauf Gruppentherapien	Verlauf Physiotherapie		

Spezialtherapeuten (Ergotherapie, Physiotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Sozialarbeiter, Tanztherapie etc.)

				0

Gesamte Woche = 7 Tage: 0 %

Ärztliche Leistungen

				0

Gesamte Woche = 7 Tage: 0

Pflegerische Leistungen

Fertig | Vorschau | DIV | GDA_ALL_PSY_EntgeltLeistungserfassung.htm | GDA_ALL_PSY_EntgeltLeistungserfassung

BERL 1 | gofr (GOFR) | 8.00.00.7003 | 16.02.2010 | 13:29

Start | Posteingang - Microsoft ... | Rihm, Michael [BERL/1 - ...] | Rihm, Michael [BERL/ ...] | Rihm, Michael [BERL/ 1 ...] | Microsoft PowerPoint - [...] | 13:29

Mehrstufige Eingabe: Assistenzarzt und andere Berufsgruppen – „OPS-Eingabe“ - Oberarzt

[BERL/7 - St. 7] - Leitstand NEXUS / KIS

Arbeitsplatz Anmeldung Ansicht Extras Hilfe

Info x Patientenliste x Arbeitslisten sortiert x

7 (St. 7)
Betten gesamt 18
Betten frei -6

Schnellsuche
Name
Barth, Renate
Dittmann, Christine
Dommach, Helmut
Geistert, Gertrud
Harke, Gisela
Heidenreich, Gabrie
Hoffmann, Irmgard
Holweger, Gisela
Kahnke, Charlotte
Klünder, Ingelore
Korn, Waltraud
Krombholz, Ingebo
Manzau, Hildegard
Neumann, Monika
Nowak, Elfriede
Palz, Hans-Werner
Schoodt, Christel
Schulze, Ingeborg
Schwierczyna, Rud
Senf, Lore
Tress, Ilse
Vietz, Eva
Zerbin, Anneliese
Zschirner, Wolfgan

Auswahl
Stationsmanagement
... Globale Patientensuche (Arch
... Terminkalender (planbar) Stat
+ Fachinformationen
+ Übersichten
+ Aufnahmen
+ Arbeitslisten
... Arbeitslisten allgemein
... Arbeitslisten sortiert
... Arbeitslisten - Entlassbrief
... Arbeitslisten - Behandlung:
... Anforderungen freigeben
... Arbeitsliste med. Freigabe
... Termine Arbeitslisten zentr
+ Vorgangsverwaltung
Patientenakte

Arbeitslisten Dezentral verwalten
Nachrichten Suchen
Ausgewählte Nachrichten – benutzerspezifische Anzeige-/Sucheinstellungen
Nachricht markieren und Funktion starten

Prio	Bmk	AufnahmeNr	Name	TerminartBez	KategorieBez	Datum	Org.Einheit
03		127659-004	Dommach	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010	7
03		127659-004	Dommach	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010	7
03		133440-002	Tress	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010	7
03		133440-002	Tress	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010	7
00		135304-001	Krombholz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010	7
00		135304-001	Krombholz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010	7
00		135338-001	Dittmann	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010	7
00		135338-001	Dittmann	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010	7
00		109093-035	Barth	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010	7
00		109093-035	Barth	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010	7
00		130460-002	Vietz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	21.02.2010	7
00		130460-002	Vietz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	21.02.2010	7
00		135383-001	Schwierczyna	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	24.02.2010	7
00		135383-001	Schwierczyna	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	24.02.2010	7
00		135552-001	Geistert	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	25.02.2010	7
00		135552-001	Geistert	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	25.02.2010	7
03		135533-001	Mücke	Entlassungssatz	Med. Freigabe	16.02.2010	7
01		103428-033	Meyer	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	24.01.2010	7
01		135197-001	Hartmann	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	28.01.2010	7
01		135032-002	Paasch	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	03.02.2010	7
00		122611-020	Tischer	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	15.02.2010	7

Fertig Fertig TmArbeitDezentral_sortiert

Station BERL 7 gofr (GÖFR) Mi 17.02.2010 16:19

Zusammenfassung der Neuerung 2012

1. Bei der Formulierung der Psych-PV (9-980 ff) ist es in den Formulierungen zu einigen Klarstellungen gekommen. Die einzelnen Einstufungen werden korrekt mit dem Begriff **Behandlungsbereich** benannt. Außerdem wird ausgeführt, dass ein Wechsel der Einstufung auch zwischen verschiedenen Behandlungsbereichen (z.B. Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie) erfolgen kann.
2. Die **Kriterien für die Intensivbehandlung** haben sich geändert. Allein die gesetzliche Unterbringung ist kein hinreichendes Kriterium, um als Intensivpatient eingestuft zu werden. Stattdessen führt die **Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen** zu einer Einstufung als Intensivpatient. Dieses Kriterium wird dann auch in der Beurteilung der Schwere als Punktwert berücksichtigt. Neben der **akuten Suizidalität** findet sich gleichrangig jetzt auch die **schwere Selbstverletzung**.
3. Es war im **Basiskode 9-62 (psychotherapeutischer Komplexkode)** bisher nicht geregelt, wenn die drei Therapieeinheiten / Woche nur nicht erreicht wurden, weil der Betrachtungszeitraum unterhalb von sieben Tagen lag. In den Kode wurde aufgenommen, dass dann die Therapieeinheiten nur anteilig erbracht werden müssen.
4. Es wurde noch einmal versucht klar zu stellen, wann die Leistungen von **Psychologen** (und anderen Berufsgruppen) als Therapieeinheiten erfasst werden können. Dabei ist Voraussetzung, dass eine **Vergütung entsprechend des Grundberufes** erfolgt.
5. Innerhalb der Komplexkodes wird durch die explizite Aufstellung klar gestellt, dass auch die **Leistungen von Physiotherapeuten** als Therapieeinheiten zu erfassen sind.

Zusammenfassung der Neuerungen 2012

6. Der Begriff Pflegefachkräfte wurde durchgängig durch **Pflegefachpersonen** ersetzt.
7. Bei den **diagnostischen Zusatzcodes (1-903 und 1-904)** erfolgt die **Erfassung im Tagesbezug**. Es muss folglich nicht mehr aufwendig geprüft werden, wie viele Tage innerhalb einer Woche die Kriterien dieses Codes erfüllt sind. Zusätzlich ist der **informierte Konsens** nicht mehr Voraussetzung für diesen Code (z.B. bedeutsam bei Menschen mit dementiellen Syndromen).
8. Der Code 1-903 (diagnostischer Zusatzcode bei Kindern und Jugendlichen) schreibt nicht mehr zwingend vor, wie der diagnostische Prozess auszusehen hat. Die Aufzählung der diagnostischen Verfahren ist als eine exemplarische Liste zu verstehen.
9. Der erhöhte Betreuungsaufwand hat einige wesentliche Änderungen erfahren. Bei der **1:1-Betreuung können die Zeiten von mehreren Personen, die gleichzeitig die Betreuung durchführen, addiert werden**. Gleichzeitig findet Berücksichtigung, dass die **Überwachung von selbst- und fremdgefährdeten Personen häufig in Kleingruppen bis zu drei Personen** stattfindet. Daher ist dies jetzt möglich zu kodieren (9-640.1).
10. In **akuten Krisensituationen** können mit dem neuen Katalog auch **Spezialtherapeuten und Pflege ihre Leistungen erbringen, wenn sie an einem Tag 1,5 h überschreiten** (9-641.1 bei den Erwachsenen und 9-690.1 bei Kindern und Jugendlichen). Dies war bisher nur möglich, wenn die Leistungen von Ärzten oder Psychologen erbracht wurden.

Herausforderung für psychiatrische und psychosomatische Kliniken bei der Umsetzung des neuen Entgeltsystems

- lückenlose Erfassung aller erbrachter Leistungen (OPS-Kodes)
- vollständige Erfassung aller Diagnosen
- Kodierauffälligkeiten detektieren und abstellen
- eigene Leistungsdaten gut kennen
- flexible Strategien bei veränderten Finanzierungsbedingungen vorbereiten

Eigene Leistungsdaten gut kennen!

- Optimierungen der eigenen Leistungen? Ja!!
- Veränderungen nur zur Optimierung der Leistungsdaten? Nein!!
- Begründung:
 - Es ist völlig unklar, welche Variablen eine Erläsoptimierung bewirken?
 - Die Veränderungen der OPS sind zu dynamisch – Änderungen müssen möglicherweise zurück genommen werden

Benchmarking- Projekte z.B. IGES

z.B:  *Alexianer*

schickt die Daten verschlüsselt

Die Auswertungen stehen innerhalb kurzer Zeit (Ziel: < 72 h) zur Verfügung.



sammelt Daten und bereitet sie auf



Berlin • Dortmund • Wiesbaden

integriert die Daten in ein Auswertungstool
verwaltet die Datenserver
stellt die Daten den Krankenhäusern zur Verfügung (webbasiert)

PSY_WL_v001_04.qvw - QlikView - Microsoft Internet Explorer bereitgestellt von Ges. der Alexianerbrüder

https://webservice.gsg-consulting.com/QvAJAXZfc/AccessPoint.aspx?open=&id=QV5@qliktech%7CPSY_WL_v001_04.qvw&client=Ajax

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

PSY_WL_v001_04.qvw - QlikView

Select Bookmark Select Report

Start Hinweise Übersicht ASG-Analyse 1 ASG-Analyse 2 OPS-Analyse OPS-Behandlungstypen ICD-Analyse Sichere Kodierauffälligkeiten 1 Sichere Kodierauffälligkeiten 2 Sichere Kodierauffälligkeiten 3
Sichere Kodierauffälligkeiten 4 Strukturanalyse Organisation Falldaten Arbeitsblatt17

AGWL-Leistungsbenchmarking Psychiatrie

Daten von 06.2010 bis 12.2010
Layout 12.04.2011

Arbeitsgemeinschaft Westfälischer Krankenhausverbände

Die Auswertung der Arbeitsgemeinschaft der westfälischen Krankenhausverbände wird erstellt durch den

Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V.

Dördelweg 10
58038 Iserlohn
Tel.: (0 23 71) 7 72 68-0
Mail: info@zvsw.de
Web: www.zvsw.de

Der Benchmarkingteil "Medizinische Kodierqualität" wird in Kooperation durchgeführt mit der

GSG Consulting GmbH
Dortmund - Berlin - Wiesbaden

Fallgatter 3
44369 Dortmund
Tel.: 02 31 / 28 66 11 00
Mail: info@gsg-consulting.com
Web: www.gsg-consulting.com

Die technische Umsetzung erfolgt durch den Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. mit Unterstützung der Firma GSG Consulting GmbH.

Fertig

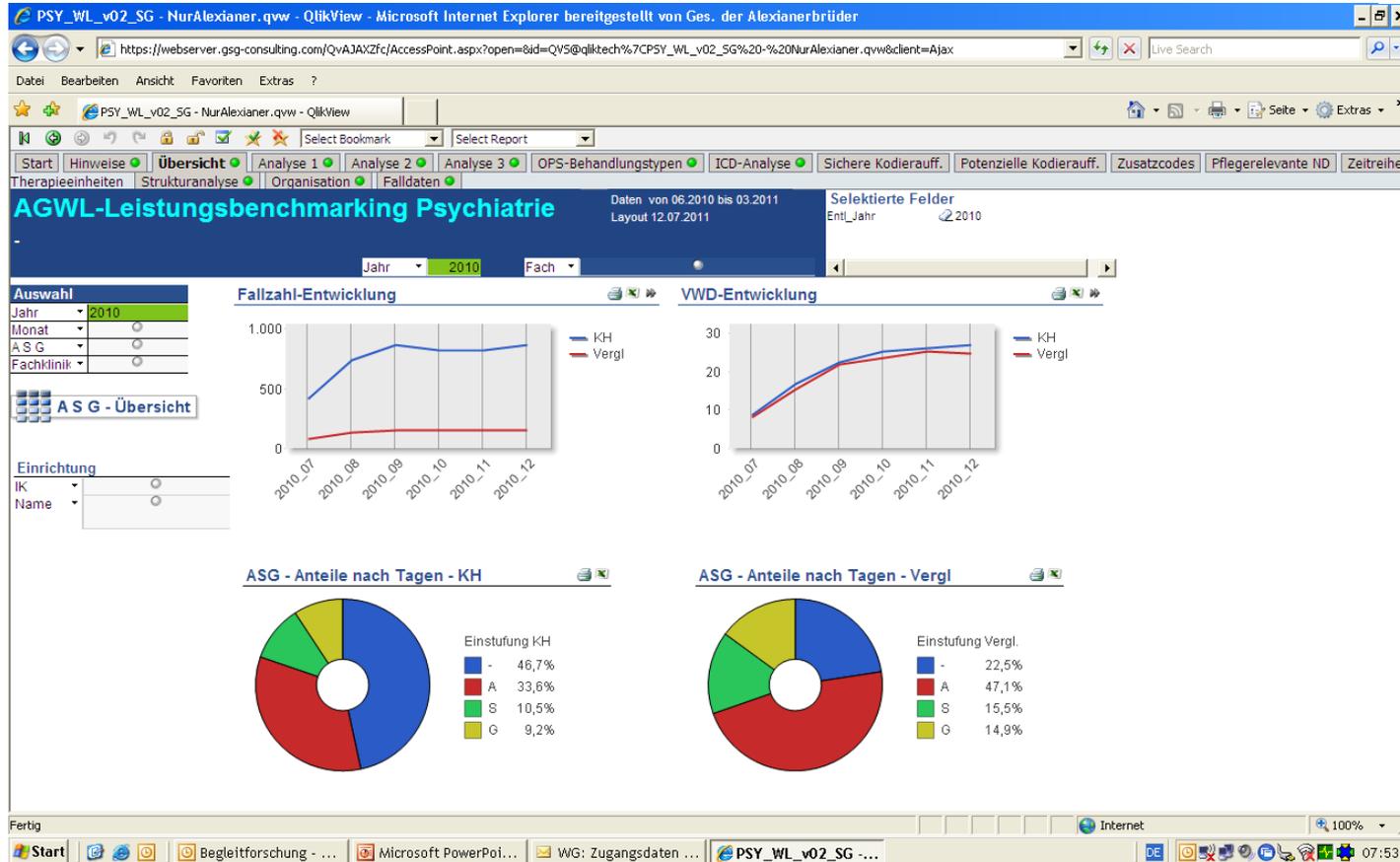
Internet 100%

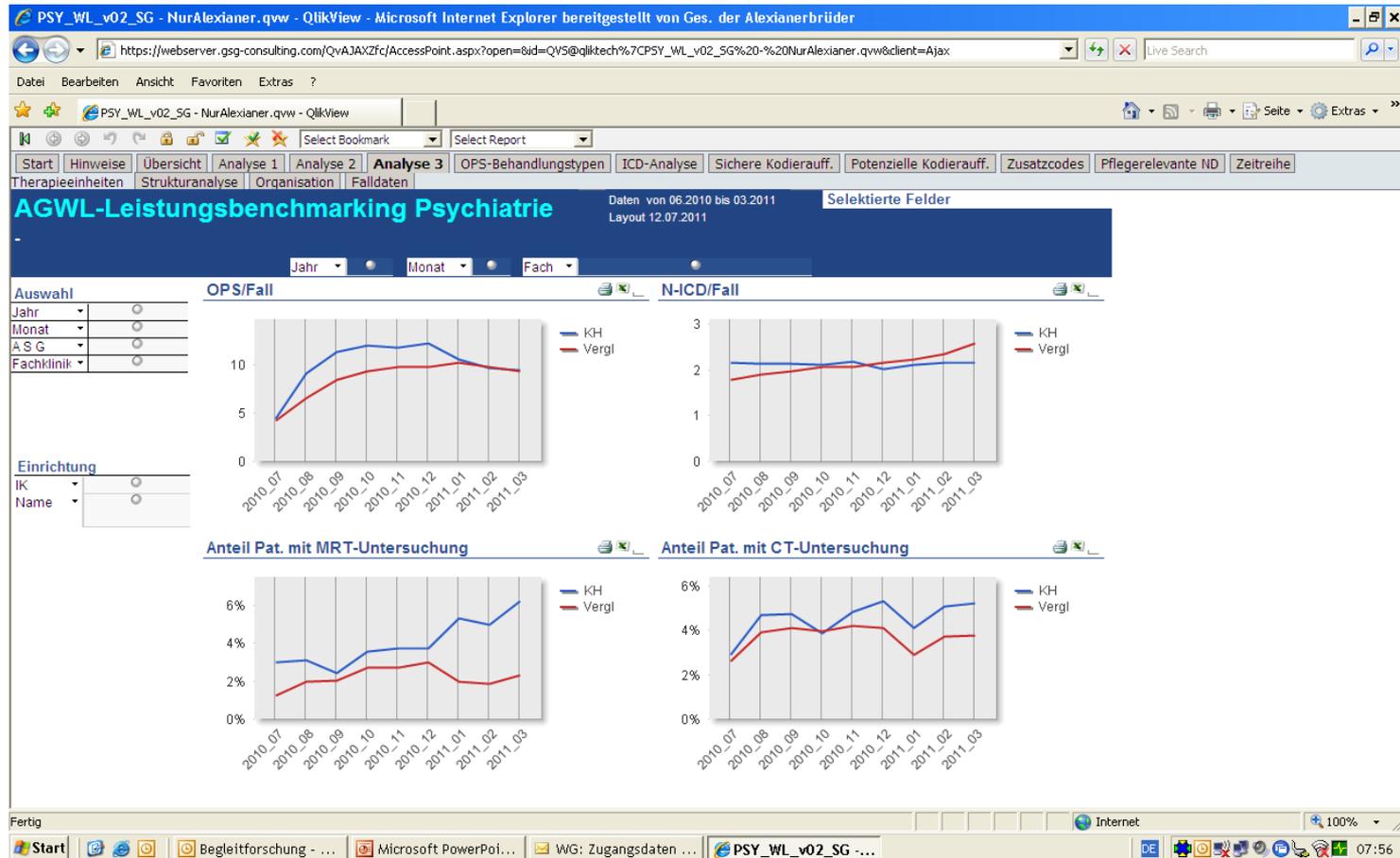
Start Begleitforschung - ... WG: Zugangsdaten ... PSY_WL_v001_04...

08:10

Alle Abteilungen - Vergleich

- Wie hoch liegt der Anteil an Patienten im Intensiv-, Regel- bzw. Psychotherapiekode?
- Wie häufig werden in anderen Kliniken die „kleinen“ Zusatzcodes generiert?
- Wie liegen ich mit meinem Leistungsspektrum im Vergleich zu anderen Kliniken?
- Welche Berufsgruppen erbringen Leistungen über / unter dem Durchschnitt





PSY_WL_v02_SG - NurAlexianer.qvw - QlikView - Microsoft Internet Explorer bereitgestellt von Ges. der Alexianerbrüder

https://webservice.gsg-consulting.com/QvAJAXZfc/AccessPoint.aspx?open=&id=QV5@qliktech%7CPSY_WL_v02_SG%20-%20NurAlexianer.qvw&client=Ajax

Start | Hinweise | Übersicht | Analyse 1 | Analyse 2 | Analyse 3 | OPS-Behandlungstypen | ICD-Analyse | Sichere Kodierauff. | Potenzielle Kodierauff. | Zusatzcodes | Pflegerelevante ND | Zeitreihe

Therapieeinheiten | Strukturanalyse | Organisation | Falldaten

AGWL-Leistungsbenchmarking Psychiatrie

Daten von 06.2010 bis 03.2011
Layout 12.07.2011

Selektierte Felder
Fachklinik Ja

Fach

Auswahl

Jahr

Monat

ASG

Fachklinik Ja

Einrichtung

IK

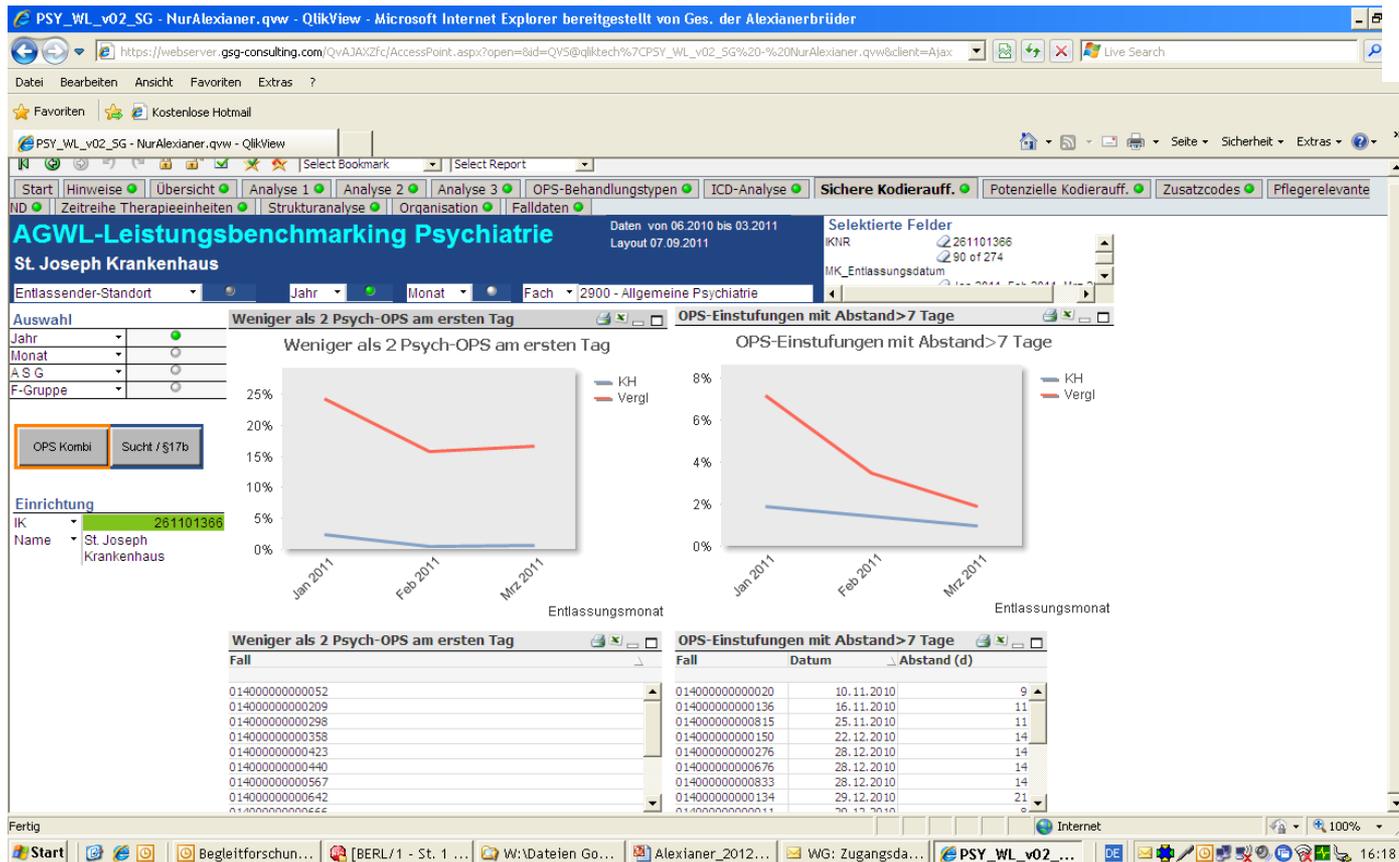
Name

OPS-Behandlungstypen

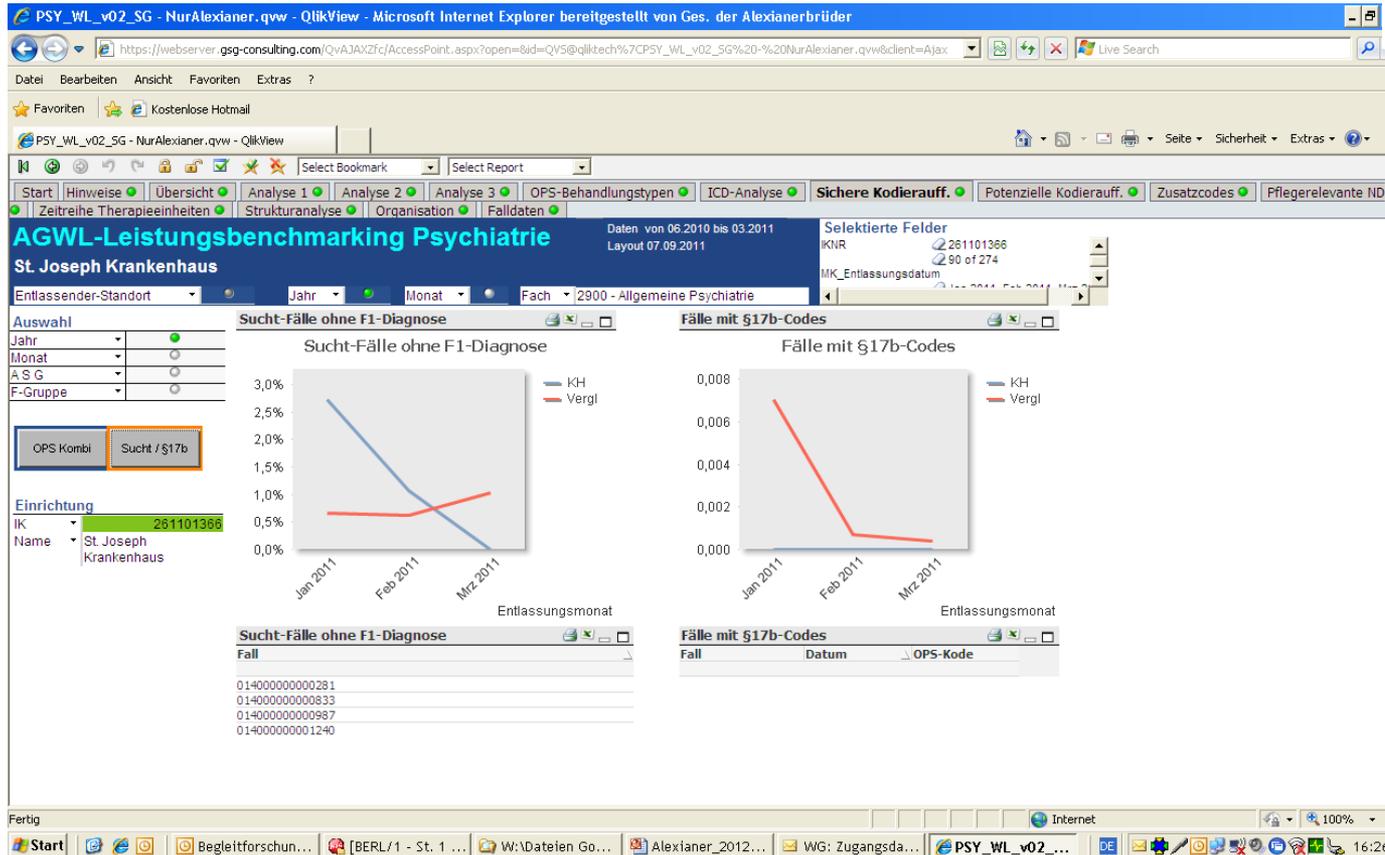
Behandlungstyp	Fälle	Anteil	Vergl_Anteil	Abw.
960 Regelbehandlung	1931	80,6%	76,6%	4,0%
961 Intensivbehandlung	652	27,2%	31,4%	-4,2%
962 Psychotherapie Komplex	215	9,0%	12,4%	-3,4%
963 Psychosomatisch Komplex	1	0,0%	0,1%	-0,0%
964 1:1 Behandlung Erwachsene	81	3,4%	3,1%	0,2%
964 2:1 Behandlung Erwachsene	2	0,1%	0,0%	0,0%
964 3:1 Behandlung Erwachsene	2	0,1%	0,0%	0,0%

Fertig

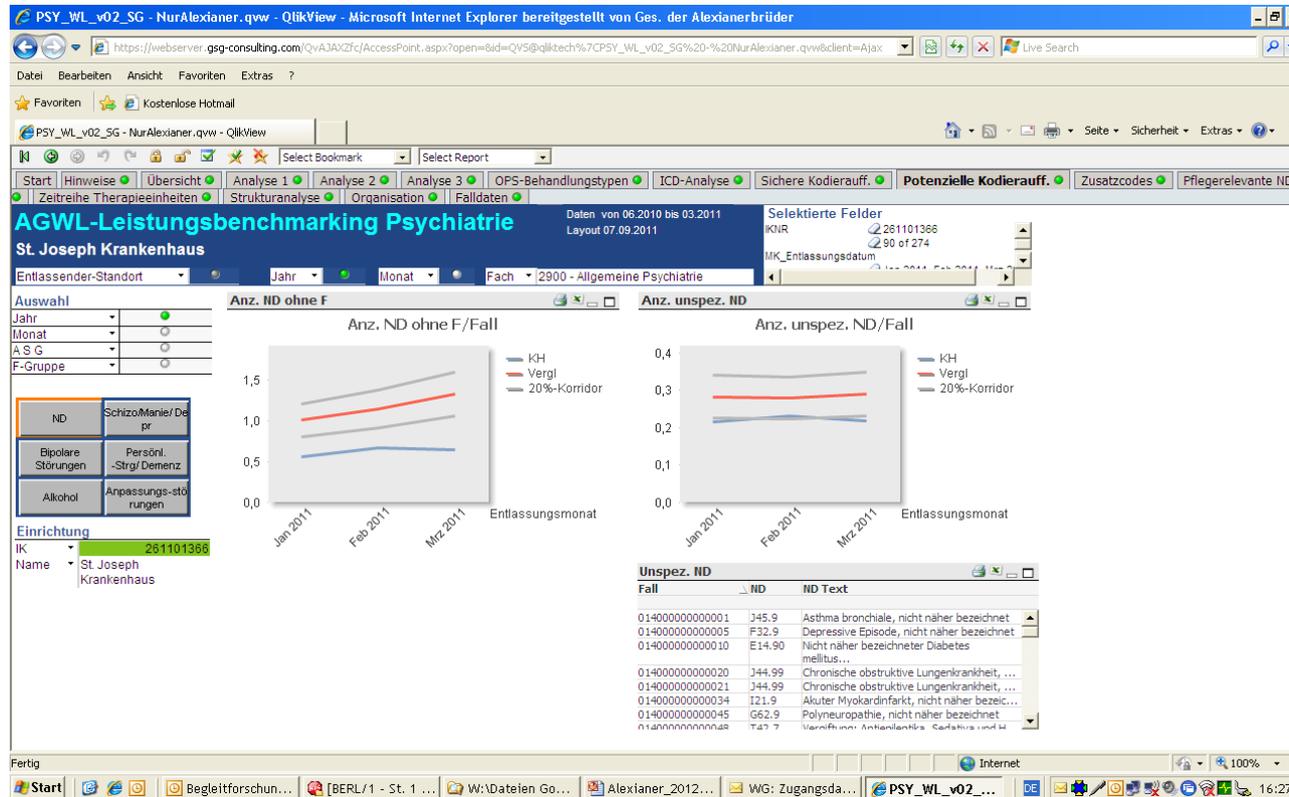
Start | Begleitforschung - ... | Microsoft PowerPoi... | WG: Zugangsdaten ... | PSY_WL_v02_SG - ... | Internet | 100% | 07:57



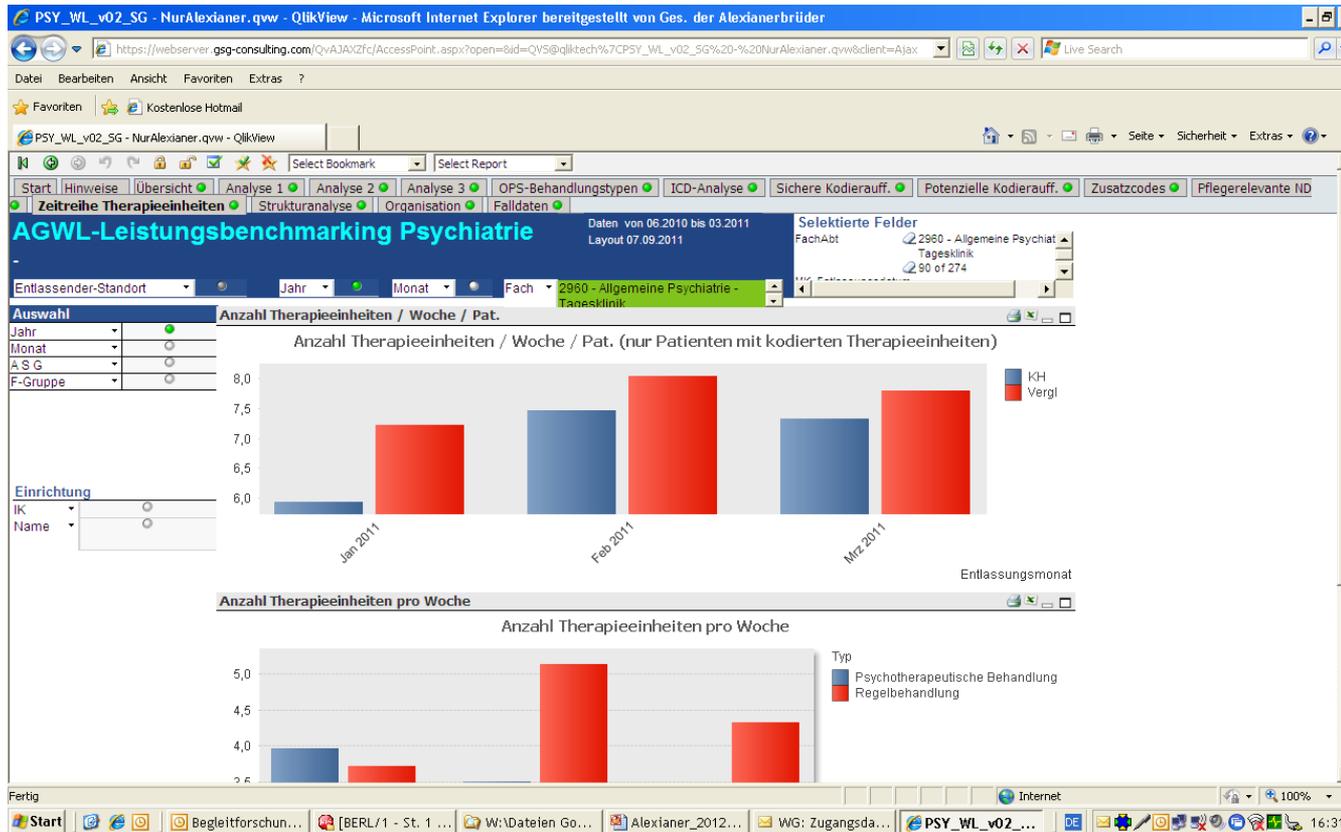
Konsequenz: Analyse der einzelnen Daten



Problem gelöst



Konsequenz: Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes
Unterstützung bei der Dateneingabe



Konsequenz: Genau beobachten! Ggfs. Therapiepläne analysieren!

Ärztliche Einzelleistungen

Infotext	W	# Ls	1	2
ärztliche Therapie / Einzel	1	350	18,24	17,63
ärztliche Therapie / Einzel	2	340	23,14	16
ärztliche Therapie / Einzel	3	348	25,56	16,86
ärztliche Therapie / Einzel	4	366	22,29	15,35
ärztliche Therapie / Einzel	5	297	25,59	16,1
ärztliche Therapie / Einzel	6	383	26,06	16,33
ärztliche Therapie / Einzel	7	316	25,56	18,52
ärztliche Therapie / Einzel	8	397	24,61	19,14
ärztliche Therapie / Einzel	9	322	20,33	22,98
ärztliche Therapie / Einzel	10	316	22,86	15,4
ärztliche Therapie / Einzel	11	288	21,62	13,73
ärztliche Therapie / Einzel	12	261	20	17,21
ärztliche Therapie / Einzel	13	254	25,17	16,5
ärztliche Therapie / Einzel	14	277	27,79	17,5
ärztliche Therapie / Einzel	15	243	21,38	16,79
ärztliche Therapie / Einzel	16	276	24,86	15,48

Leistungen Pflege / Monat

Januar	pflegerische Therapie / Einzel	5088
Februar	pflegerische Therapie / Einzel	18412
März	pflegerische Therapie / Einzel	16668
April	pflegerische Therapie / Einzel	17414
Mai	pflegerische Therapie / Einzel	16960
Juni	pflegerische Therapie / Einzel	20601
Juli	pflegerische Therapie / Einzel	7285
Januar	pflegerische Therapie / Gruppe	248,22
Februar	pflegerische Therapie / Gruppe	420
März	pflegerische Therapie / Gruppe	741,66
April	pflegerische Therapie / Gruppe	310 ³¹
Mai	pflegerische Therapie / Gruppe	570,16

Abfrage des Berliner Senats

PAT-Geschlecht	M	W
1.1. Anzahl der Fälle PsychKG	66	80
2. durchn VWD	0,50	0,28
3.1. ärztlicher Beschluss	4	7
3.2. freiwillig weiterbehandelt	4	6
4. Aufenthalt mit mind. 1 Fixierung	44	31
5.1. Unterbringung Bezirksamt	4	1
5.2. Unterbringung Polizei	1	1
6. Unterbringung nach BGB	4	6
7.1. Verstorbene Patienten	2	4
7.2. davon Suizid bei PsychKG	0	0
7.3. davon Suizid ohne Unterbringungsstatus	0	0
8.1. Angriff Mitarbeiter durch Patienten ohne	0	0
8.2. Angriff Mitpatienten durch Patienten mit	6	1
8.3. Angriff Mitarbeiter durch Patienten mit U	6	6
8.4. Angriff Mitpatienten durch Patienten ohn	0	0

QlikView x64 - [D:\NIS\5JW\QVDokumente\Bado\MediCap_Rel_3.04_Basis_oEL.qvw*]

Datei Bearbeiten Ansicht Auswahl Layout Einstellungen Lesezeichen Reports Extras Objekt Fenster Hilfe

Belegung (allg) MedDokuVerlauf (allg) DRG DokQ I DRG DokQ II DRG DokQ III DRG Abi KTR DRG Abi E Statistik Erlöse (allg) Falldaten Basisdokumentation - soziodemographische Daten

Basisdokumentation - Rechtssituation Angaben zur Therapie Statistik Sturz- und Dekubitus Erfassung Strichliste Institutambulanz QS-Bögen Besondere Vorkommnisse **Qualitätsindikatoren**

Qualitätsindikatoren Test Pflegeüberleitungsbogen Entgelt Senatsauswertung Dr. Godemann

Selektionen

- EntJahr
- EntMonat
- EntDatum
- Mandant BERL
- FB Entl
- E12_BEDROHU...
- Behandlungsart
- Behandlungsart...
- EPS_KzDRGfall
- E14A_FIXIERUNG

uswahlstatus

Werte

PS-AufnJahr 2011

RH-Kurzname ST. JOSEPH

Selbstgefährdendes Verhalten

Fixierungen

Selbstgefährdende Ereignisse pro 1000 Entlass...

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufnahmen	Fälle pro Tausend
BERL	28	10433	2,68

Fixierungen pro 1000 Patiententage

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Patie...	Fälle pro ...
BERL	75	58973	1,27

Selbstgefährdende Ereignisse pro 1000 Patie...

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Patie...	Fälle pro ...
BERL	28	58973	0,47

Fixierungen pro 100 Entlassungen

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufn...	Fälle pro ...
BERL	75	10433	0,72

Suizide pro 1000 Patiententage

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Patie...	Fälle pro ...
BERL	3	58973	0,05

Suizidversuche pro 1000 Patiententage

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Patie...	Fälle pro ...
BERL	9	58973	0,15

Fremdgefährdendes Verhalten

Ungelante Abgänge ges pro 1000 Entlassungen

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufn...	Fälle pro ...
BERL	297	10433	28,47

Fremdgefährdende Ereignisse pro 1000 Entlassu...

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufn...	Fälle pro ...
BERL	18	10433	1,73

Entlassung gegen ärztlichen Rat pro 1000 Entlas...

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufn...	Fälle pro ...
BERL	270	10433	25,88

Fremdgefährdende Ereignisse einl. Bedrohun p...

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufn...	Fälle pro ...
BERL	103	10433	9,87

Entweichungen pro 1000 Entlassungen

KH_Mandant	Anzahl	Anzahl der Aufn...	Fälle pro ...
BERL	32	10433	3,07

Drücken Sie F1 für Hilfe

27.08.2011 08:50:37*

Start Kalkulations... Microsoft Po... WG: Zugang... Auswertunge... Citrix XenAp... OPSvsLeistu... QlikView x6... DE 08:06

2.2 Stellungnahmen – 10 Punkte-Papier der DGPPN

1. Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland bewegt sich im Vergleich zu anderen, insbesondere europäischen Ländern, auf einem insgesamt qualitativ guten Niveau.
2. Das aktuelle System zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland muss qualitativ weiterentwickelt, nicht jedoch grundsätzlich geändert werden.
3. Es wird an einer Versorgungsstruktur mit ambulanten, teilstationären und stationären Elementen festgehalten. Dies beinhaltet eine Setting übergreifende Versorgung durch das Krankenhaus und integrierte Versorgungsangebote.
4. Ein neues Entgeltsystem muss die Breite des komplexen Behandlungsbedarfs aller Menschen mit psychischen Erkrankungen abbilden. Auch psychisch Kranke haben das Recht, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Das neue Entgeltsystem muss sicherstellen, dass die Konsequenzen aus dem medizinischen Fortschritt, dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen höheren Behandlungsbedarf ausreichend finanziert werden.
5. Finanzieller Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung des bestehenden Entgeltsystems nach PsychPV muss die vollständig gegenfinanzierte einhundertprozentige (lohnkostenadaptierte) Erfüllung der PsychPV in den stationären und teilstationären Einrichtungen sein. Die Umschichtung der Finanzierung muss mindestens budgetneutral bleiben.

6. Die DGPPN und die DGGPP stehen für eine Evidenz basierte Medizin. Jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung hat den Anspruch auf eine qualitativ und quantitativ angemessene Behandlung. Die Qualität der Behandlung darf nicht den ökonomischen Erfordernissen geopfert werden. Der Kodier- und Dokumentationsaufwand muss maßvoll bleiben, um die Qualität der unmittelbaren Therapiezeiten des Patienten nicht zu gefährden.
7. Tagesbezogene Entgelte stellen die präferierte Budgetform dar. Dies trägt der fehlenden Voraussagbarkeit der notwendigen Behandlungsdauer Rechnung. Diagnosen sind dabei für die Bildung kostenhomogener Gruppen belegtermaßen nicht geeignet. Fallbezogene Entgelte führen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu Fehlanreizen und zur Fehlsteuerung.
8. Das neue Entgeltsystem muss im Sinne der Patienten und im Sinne der Versorgungskonsistenz durchgängig Psychiatrie und Psychosomatik erfassen. Fachspezifische Unterschiede in Hinblick auf die Entgeltstruktur sind kontraproduktiv.
9. Die Begleitforschung zur Einführung des Entgeltsystems muss frühzeitig implementiert werden. Die Ableitung der für das Entgeltsystem relevanten Merkmalslisten und Scores sind dabei eine medizinisch wissenschaftliche Aufgabe und sind auch von diesen Fachgebieten zu leisten. Die DGPPN und die DGGPP setzen sich aktiv für die Entwicklung von indikationsspezifischen, sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren ein.
10. Die jetzige Einführung des Entgeltsystems folgt einem zu ambitionierten Zeitplan. Zur inhaltlichen Beratung und besseren zeitlichen Disposition des Prozesses schlägt die DGPPN dem Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung einer Expertenkommission des BMG vor, welcher ärztlich-psychiatrisch tätige Vertreter aus den beteiligten Verbänden (DGPPN, DGGPP, DGKJP, BDK, ACKPA, APK) angehören.

**Gemeinsame Positionen zum aktuellen und zukünftigen Entgeltsystem für
Krankenhausleistungen in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
für alle Altersgruppen,**

Aktion Psychisch Kranke (APK), Bonn

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an
Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA), Hamm

Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosoma-
tik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
(DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin

Konferenz der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter deutscher Kliniken für Psychiatrie und
Psychotherapie „Bundesdirektorenkonferenz“ (BDK), Berlin



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
Tel.: 030/24047720
Fax: 030/240477229
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
Internet: www.dgppn.de



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
Jägerstr. 51
10117 Berlin
Tel.: 030/20648243
Fax: 030/20653961
E-Mail: info@dgpm.de
Internet: www.dgpm.de



Gemeinsame Stellungnahme zum Psych-Entgeltsystem

**der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und
der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)**

Vorschläge für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Stand 31.08.2011

Aus Sicht der Fachgesellschaften **positiv** sind

- die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Psych-Entgeltsystem werden eigenständig in einer Rechtsgrundlage geregelt abhängig vom DRG-Fallpauschalsystem
- die Einführung im Sinne eines „lernendes Systems“ gestaltet über 4 Jahre budgetneutrale Phase sowie 5jährige Konvergenzphase
- Einführung einer Kappungsregelung für konvergenzbedingte Budgetverminderung



- Öffnungsklauseln für neue Untersuchungen und Behandlungsmethoden und besondere Einrichtungen
- eigenständiger Landesentgeltwert und Nichtübernahme des Landesbasisfallwertes
- Einführung eines Orientierungswerts anstelle der bisherigen Grundlohnrate

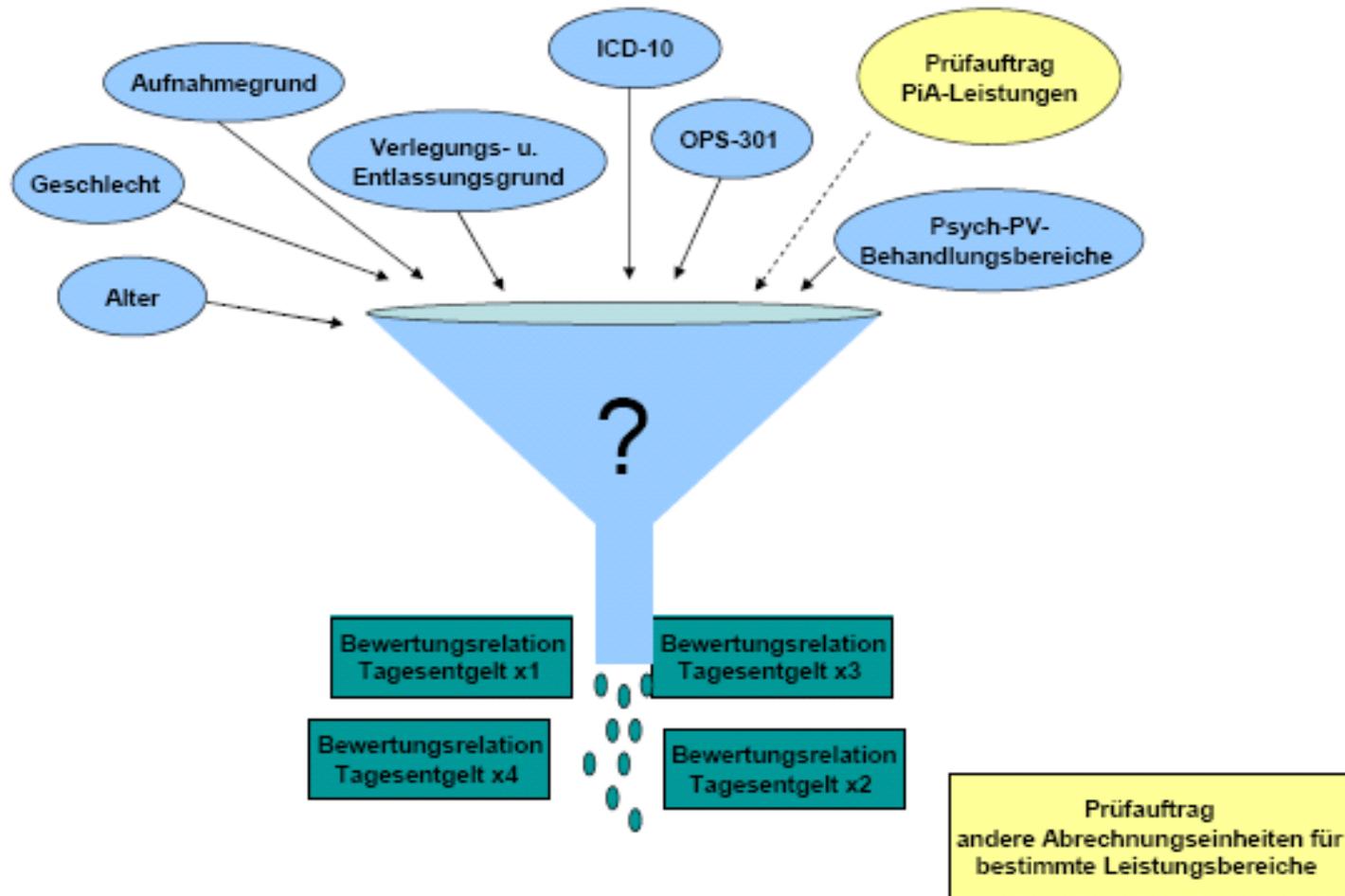


- Stärkung sektorenübergreifende Ansätze im Rahmen von Modellvorhaben, Gesetzgebungsverfahren für die Vorgaben von Modellvorhaben, Dokumentationsvorgaben gelten auch für Modellvorhaben
- gemeinsamer Bundesausschuss wird beauftragt, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anzugehen (Auftrag an das AQUA-Institut)

Kritische Punkte:

- nur die Optionshäuser, die schon 2013/14 in das neue Entgeltsystem einsteigen, erhalten Möglichkeiten der Nachverhandlung von Personalstellen nach PsychPV
- Einrichtungen von Institutsambulanzen an psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen nach § 118 SGB V
- sektorübergreifende Fallsteuerung für Krankheitsbildern mit aufwendigen Versorgungsverläufen: Empfehlung für Interventionszeitpunkte, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen kann (Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit, Schweigepflicht!)
- ggf. kritisch zeitnahe Einführung einer flächendeckenden Dokumentation der Leistungen aller PIA´s

3. Kalkulationsprozess



Kalkulationsmodell PSY

Grundsätze

Einige bereits für das DRG-Kalkulationsmodell geltenden Grundsätze werden übernommen:

- Ableitung der Kostendaten aus dem testierten Jahresabschluss
- Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Kostenanteile
- Gewährleistung des unmittelbaren und vollständigen Zusammenhangs von Kosten- und Leistungsdaten (100 %-Ansatz)
- Modulare Kostengliederung

Differenziertes Kalkulationsmodell

Differenzierte und vollständige interne Leistungserfassung

Stationäre
Betreuung

Therapeutische
Kernleistung

Körperliche
Diagnostik

Aufwandsgerechte
Kostendarstellung

???

Korrekte
Kodierung

OPS

Leistungsbereiche

Gesamt-Behandlungsumfang		
Stationäre Betreuung	Therapeutische Kernleistung	Körperliche Diagnostik
Leistungsdokumentation ?	Leistungskataloge z. T. individuell z. T. standardisiert	Leistungskataloge Standard-Tarifwerke
Leistungsbereich Station	Leistungsbereich Therapie	Leistungsbereich Diagnostik
Kurzkontakte	Psychotherapie	EEG, EKG, EMG
Teambesprechung	Ergotherapie	Röntgen
Visiten ...	Physiotherapie ...	Labor ...

Personal,
Sachmittel,
Infrastruktur

Leistungsbereich Station

Bezugsgröße für fallbezogene Kostenzurechnung

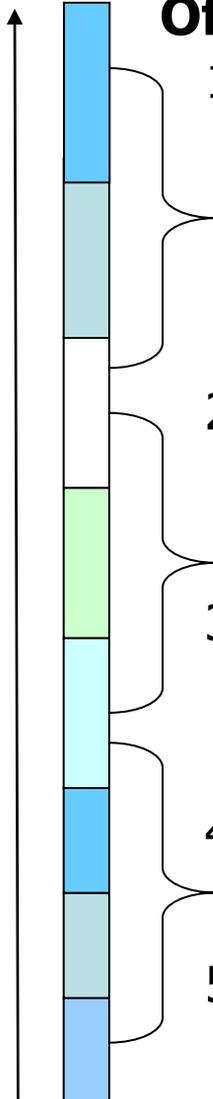
- Gewichtete Verweilzeit
- Vorgaben im Kalkulationsmodell:
 - für die Gewichtung heranzuziehende Kriterien
 - Differenzierungsgrad ???
- Grundlage: Erfassung der gewichtungsrelevanten Kriterien???
- Festlegung der Gewichtungsfaktoren durch die Einrichtungen???

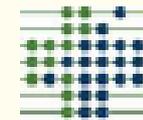
Leistungsbereich Station

Sachgerechte Kalkulation

- **Betreuungsintensität:** Unterschiedlicher Behandlungsaufwand durch den unterschiedlich hohen zeitlichen Umfang der Betreuung durch die Berufsgruppen
- Variiert von Patient zu Patient und teilweise von Tag zu Tag
- Abbildung dieser Variation in den Tageskosten von entscheidender Bedeutung für die Güte der Kalkulation

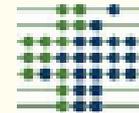
Offene Fragen Entgeltsystem

- 
1. Welche Klassifikationsmerkmale (Psych-PV, ICD, OPS, Alter, Aufnahmestatus, etc.) tragen wie zur Definition der Tagespauschalen bei und erklären wie viel % Kostenunterschiede zwischen den Patienten und Behandlungstagen?
 2. Wie viel % der kalkulierten (abgeleiteten) täglichen Kosten werden tatsächlich tagesspezifisch und patientenbezogen verursacht?
 3. Wie viel % der kalkulierten täglichen Kosten werden pauschal über unterschiedliche Verteilungsschlüssel abgeleitet? Welche Schlüssel werden eingesetzt (z. B. VWD)?
 4. Umgang mit ergänzenden Vergütungskomponenten (z. B. ZE für teure Arzneimittel; Fall-/ oder Tagesbezug)?
 5. Wie viele definierbare Tagespauschalen kann das InEK für 2013 identifizieren und kalkulieren?



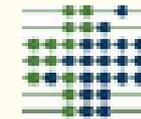
Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Einrichtungen

➤ Einrichtungen mit Vereinbarung	55
➤ Einrichtungen mit einer Zusage zur Kalkulationsdatenlieferung	49
- davon Prä-Test Teilnehmer	15
- davon Teilnehmer DRG-Kalkulation	24
➤ Später Rückzug der Zusage	3
- Gründe: EDV-technische Probleme, fehlende Leistungsdokumentation	



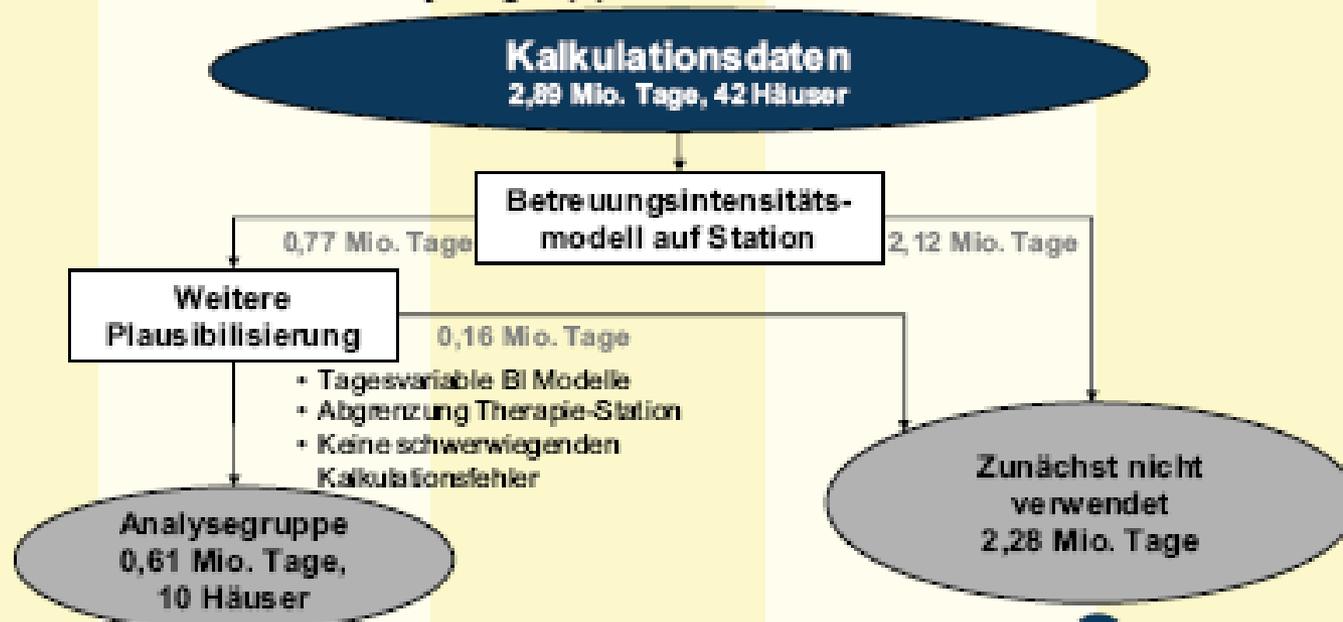
Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Einrichtungen

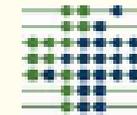
➤ Einrichtungen mit erfolgter Datenlieferung	46
- davon als Fachabteilung	23
- davon als alleinstehendes PSY Krankenhaus	23
- davon Fachabteilung KJP (inklusive teilstationäre Plätze)	20
- davon Fachabteilung Psychosomatik (inklusive teilstationäre Plätze)	18



Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik

Definition Analysegruppe





Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Plausibilisierung

ausgeblendet

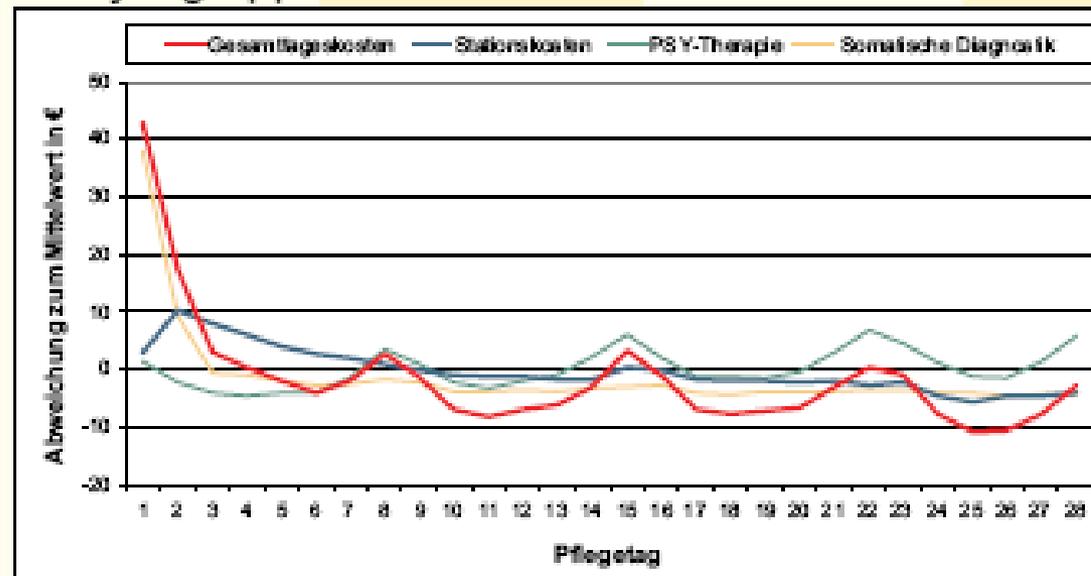
Grundsätzliche Probleme:

- Technische Probleme (keine Korrekturmöglichkeit) und schwerwiegende Kalkulationsmängel (Probleme mit Kalkulationssoftware)
- Unvollständige Datenübermittlung

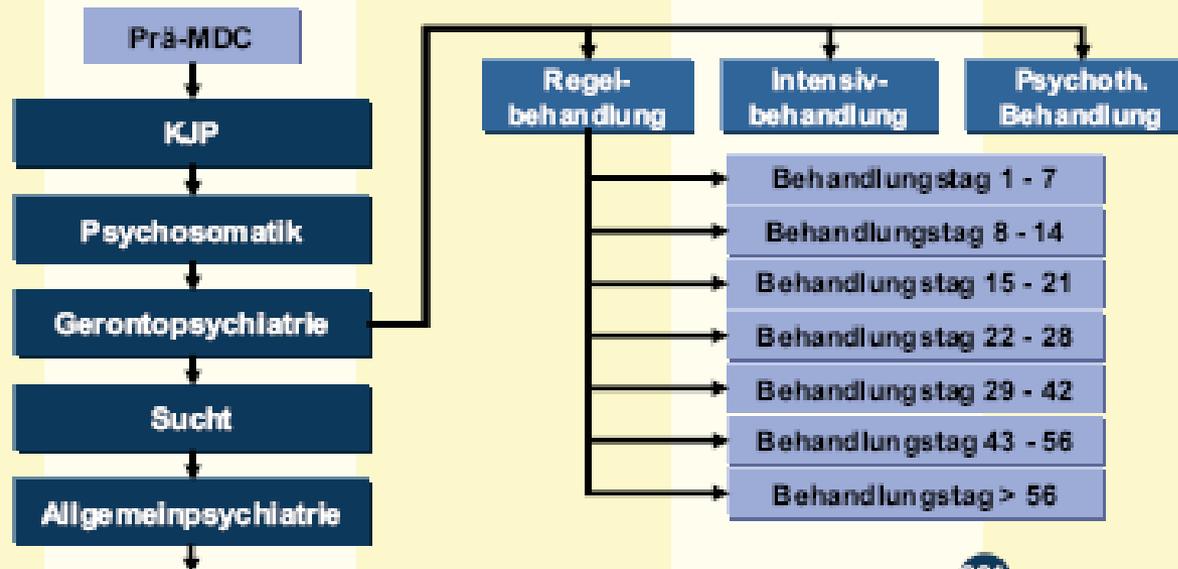
Problem Kodierung:

- OPS-Kodes lückenhaft erfasst
- Unvollständige Erfassung der Psych-PV Codes

Kostenunterschied je Pflegetag Analysegruppe



Erste systematische Analysen Synopsis - Aufbau*



* Insgesamt ca. 140 Klassen bzw. nur 20 Klassen

Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik

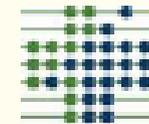
Zwischenfazit

- Datenqualität nur einer kleinen Analysemenge vertrauenswürdig
- Unterjährige Verbesserung der Datenqualität erkennbar
- Hypothese, dass sich rein aufenthaltsstabile Modelle nicht als kostentrennend eignen, wurde bestätigt
- Erste Schritte zur Identifikation von Kostentrennern

Erste systematische Analysen

Synopse - Ergebnisse

- Trennung nach Aufenthaltswoche und Art der Behandlung ergibt ein deutlich verbessertes Basissystem
- Weitere Diagnosenplits, z.B. anhand schwerer affektiver Störungen oder Psychosen weisen uneinheitliche Kostenunterschiede auf
- Identifikation weiterer möglicher Kostentrenner



InEK

Erste systematische Analysen

Weitere Analysen

- Komorbiditäten
 - Neuropsychiatrisch
 - Somatisch
- Analyse über explizite Abfrage und einer Matrix analog CCL-Matrix im G-DRG System



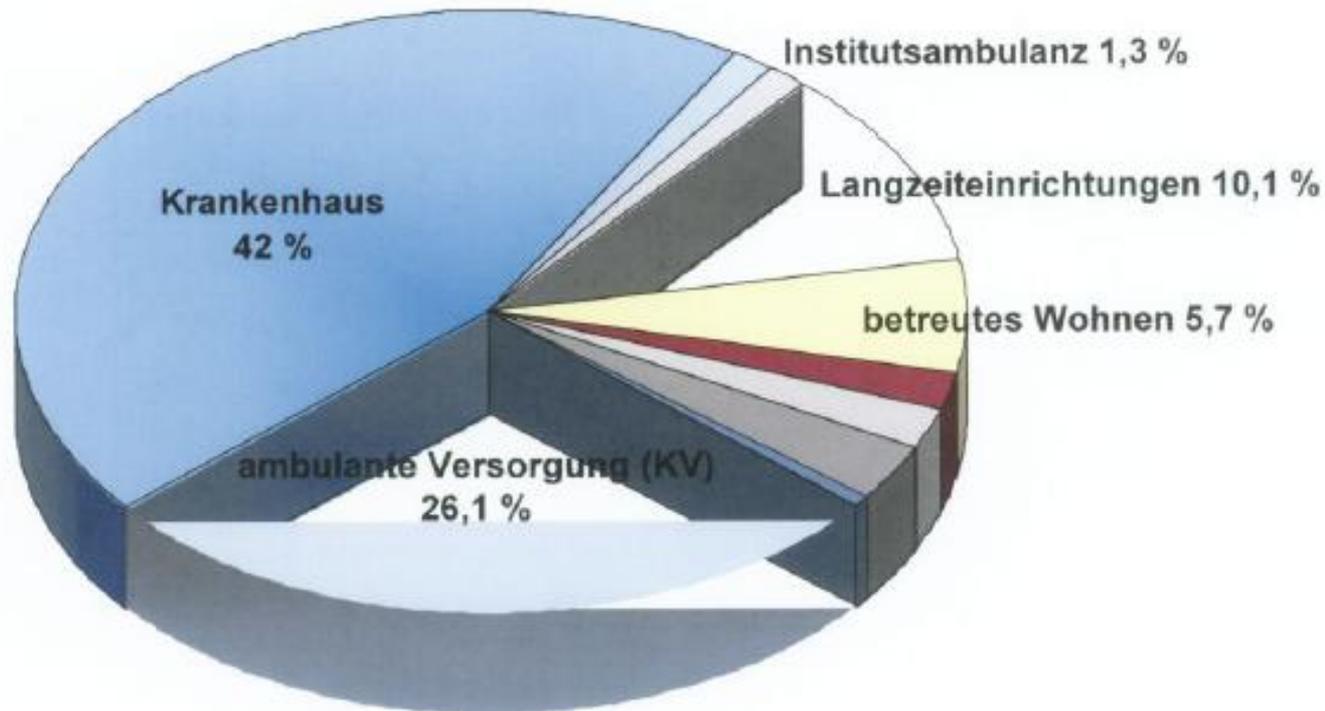
4. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Kontrovers diskutierte Fragestellungen

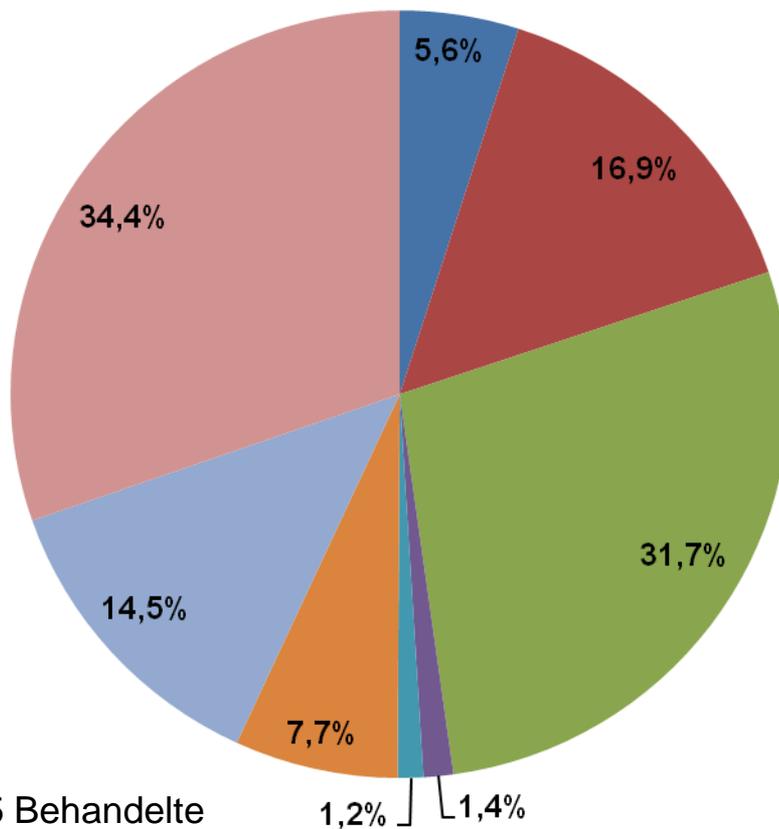
	Pro	Kontra
Einbeziehung der PIA	Flexibilisierung der Behandlung, PIA Behandlung muss integriert, Reduktion der Konkurrenz mit Vertragsärzten	Bisher eigenständige Behandlungsform, Casemanagement, zentrale Funktion, Vergütung wird eigenständig verhandelt
Pflichtversorgung	höhere Aufwände, Vorhaltekosten müssen in der Kalkulation berücksichtigt werden	Ca. 90 % der Kliniken Pflichtversorgung, sind Abschläge wie in der Somatik sinnvoll
„ Regionalbudget“	Über mehrere Jahre sicheres Budget für das KH, Reduktion der MDK-Prüfungen, Flexibilisierung der Behandlung durch Klinik	Festlegung auf Region, überregionale Angebote entfallen, problematisch in Großstädten, Patientenhopping, keine Leistungserweiterung
Personenzentriertes Budget (Pauschale pro Quartal oder Jahr)	Flexibilisierung der Behandlung in Regie der Klinik, Verlagerung von stationär nach teilstationär und ambulant	Ggffs. zutreffend für chronische Patienten, die mehrfach im Jahr stationär behandelt werden (10 %?), nicht sinnvoll für einmalige stationäre Aufenthalte
Hometreatment	Behandlung im Umfeld der Patienten mit dem multiprofessionellen Team zu Hause, wünschen alle Patienten	Frage, für welche Patienten/ Diagnosen? 15 % der Fälle?
Abrechnungseinheiten Tagespauschalen	Keine Verweildauerbegrenzung wie bei Fallpauschalen	Größerer Verwaltungsaufwand? Hoher Doku-Aufwand?
Abrechnungseinheiten wöchentlich	Verwaltungstechnisch günstiger? Siehe Probekalkulation	Vorlage zu Fallpauschalen
Fallpauschalen	Annäherung an die Somatik	Internat. alle Versuche gescheitert

Psychiatrische Versorgung: wohin fließt das Geld?

Krankenkassen/Sozialhilfeausgaben nach Sektoren 2000
hochgerechnet aus Daten des Bezirks Oberbayern



Quelle: Melchinger et al. 2006

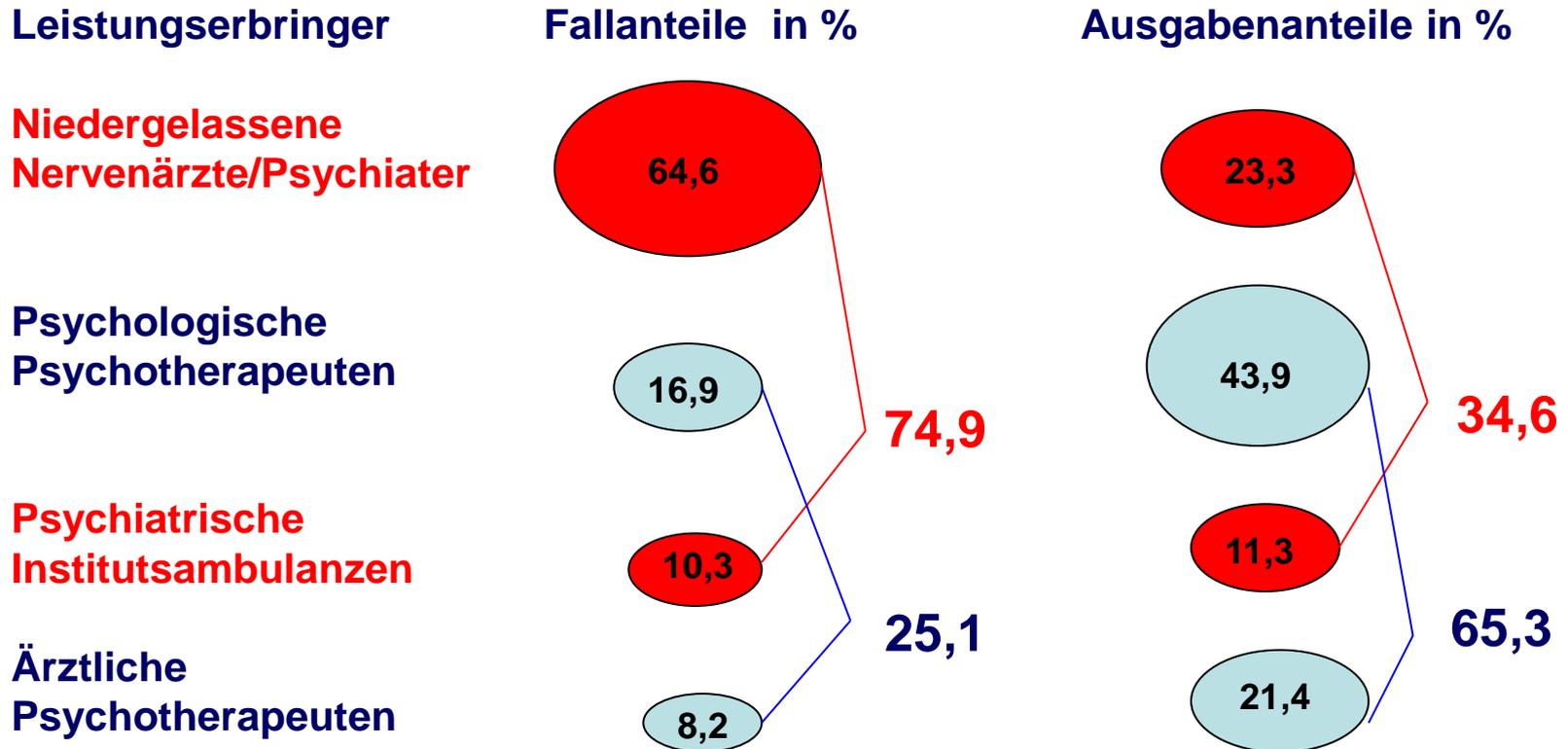


- nur stationär
- stationär und ambulant
- Nervenarzt
- Psycholog. Psychotherapeut
- Ärztlicher Psychotherapeut
- Psychiatrische/psychotherapeutische Ambulanzen
- nur Hausarzt
- andere

N= 565 Behandelte

Ambulante psychiatrische Versorgung

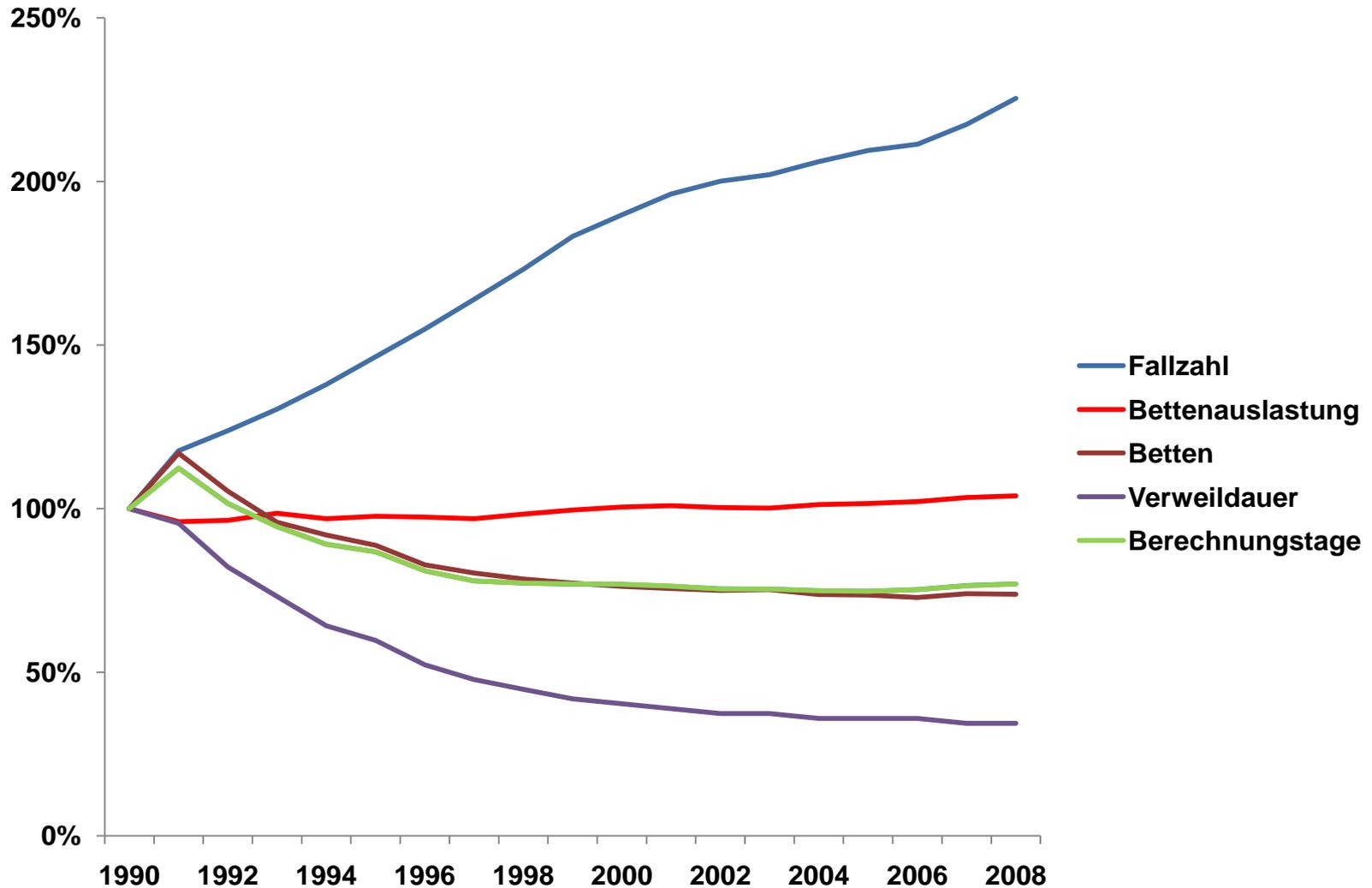
Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile am Bsp. Bayern



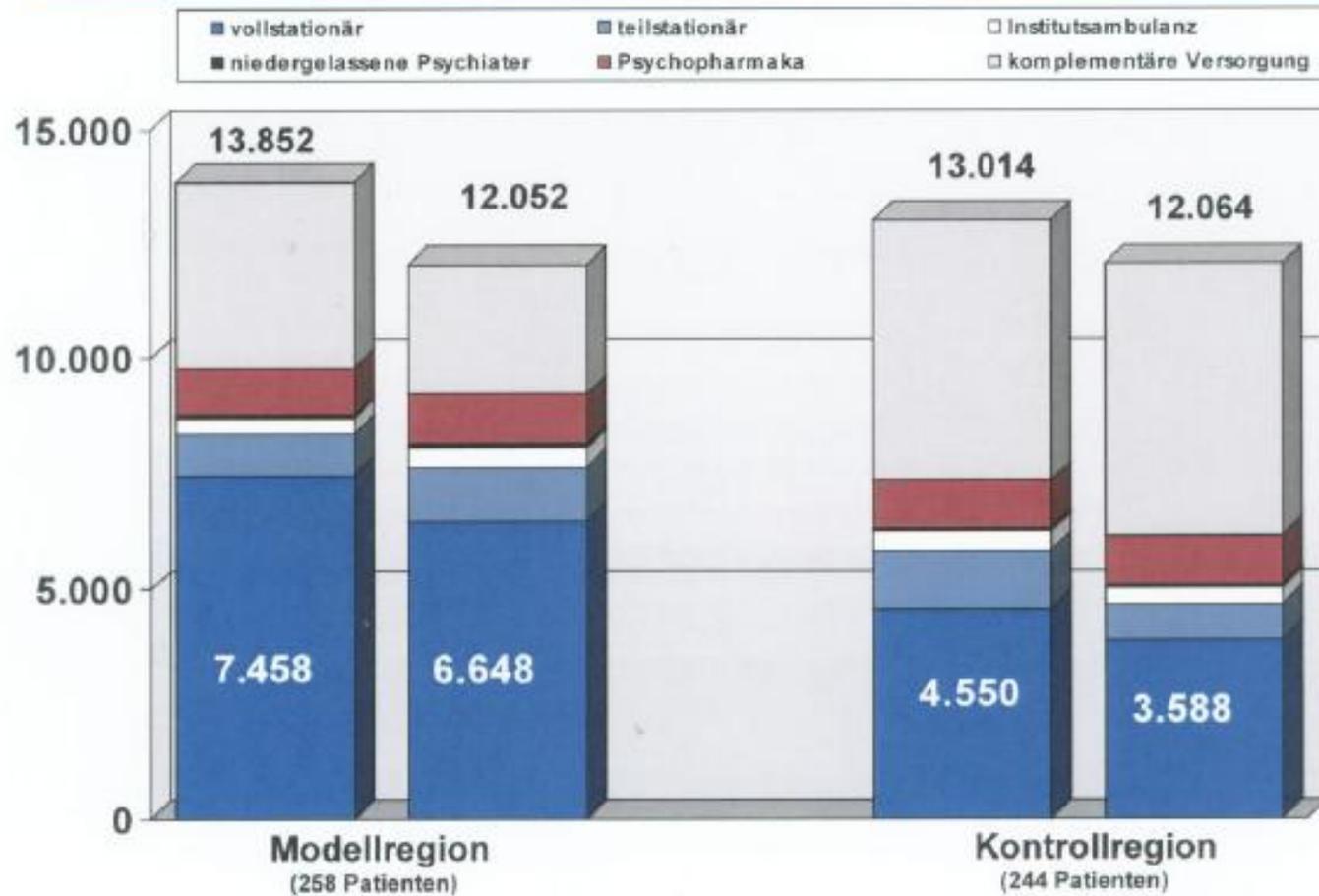
Fachärztliche Psychiatrie: Für $\frac{3}{4}$ der Fälle $\frac{1}{3}$ der Honorare

Entgeltssystem

Entwicklung der Leistungsdaten psychiatrischer Kliniken 1990-2008 [%]



Regionales Psychiatriebudget (RBB)



Quelle: Roick et al. 2008

Regionales Psychriatriebudget (RBB)

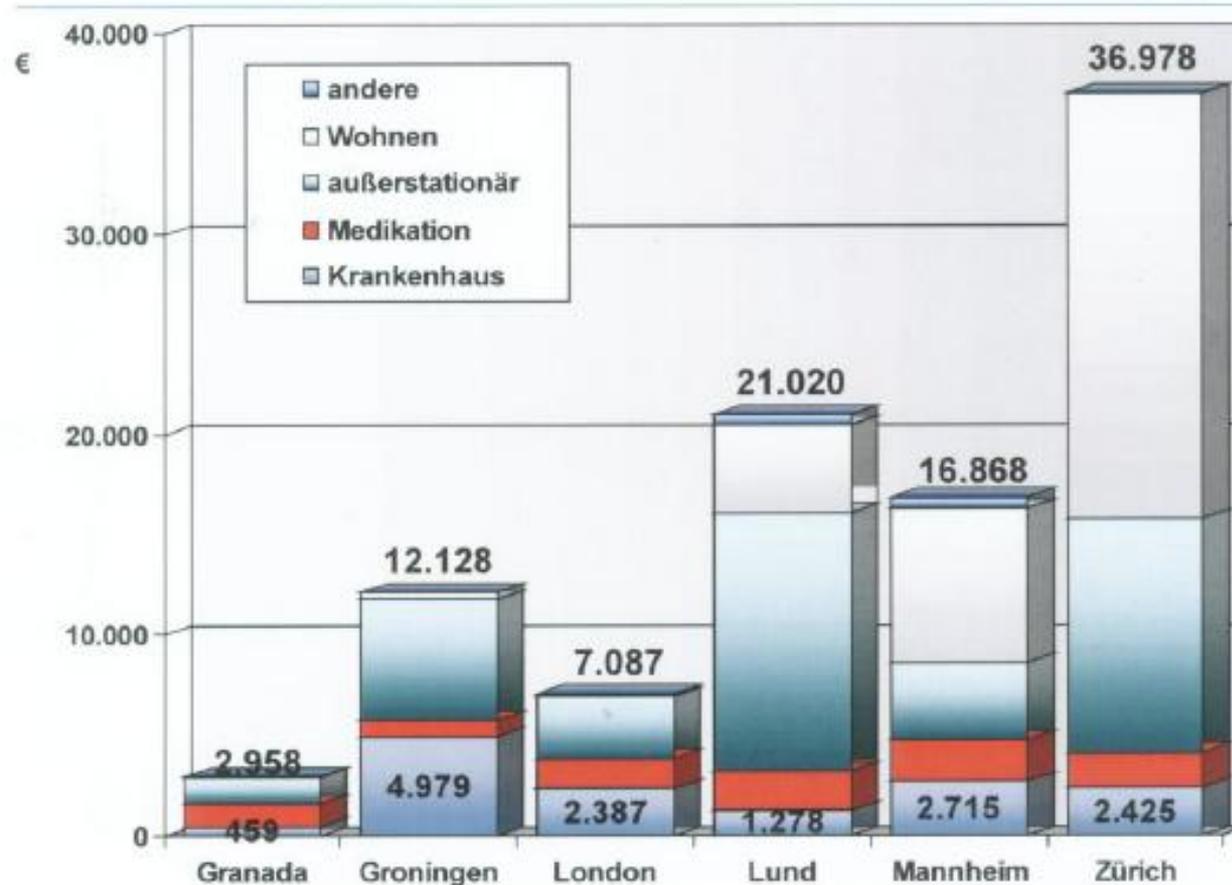
Indikatoren der Versorgungsqualität

Veränderung zwischen
Modell und Kontrollregion
im Projektverlauf

<i>Funktionsniveau</i> Global Assessment of Functioning (GAF)	Verbesserung in Modellregion p=0.001
<i>Gesamtbeurteilung</i> Clinical Global Impression Scale (CGI-S)	kein Unterschied
<i>Schweregrad</i> Global Severity Index (GSI)	kein Unterschied
<i>Lebensqualität</i> Visuelle Analogskala (EQ-5D VAS)	kein Unterschied

Schizophrenie - mittlere Versorgungskosten pro Jahr

DIALOGUE-Studie



Quelle: Salize et al. 2009, Schizophrenia Bulletin

Schlussfolgerungen

- **Entgeltsysteme in einzelnen Behandlungssektoren sollten unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das (begrenzte) Gesamtbudget weiterentwickelt werden**
- **Entgeltsysteme, die eine Transzendierung von Behandlungssektoren und Finanzierungsträgerschaften offen halten, haben vermutlich langfristig strategische Vorteile**
- **Ergänzung der fachlichen Stellungnahmen um solche Aspekte (komplementärer u. rehabilitativer Bereich) ?**

Nervenarzt 2007 · 78:665–671
DOI 10.1007/s00115-006-2115-x
Online publiziert: 5. Juli 2006
© Springer Medizin Verlag 2006

K. Stamm⁴ · H. J. Salize⁴ · M. Härter¹ · S. Brand³ · P. Sitta¹ · M. Berger¹ · W. Gaebel² ·
F. Schneider³

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg

² Klinik u. Poliklinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen

⁴ Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Ressourcenverbrauch stationärer Episoden bei depressiven Störungen

Eine Analyse aus Sicht der Krankenkassen

Analysen zu Versorgungsfragen und Behandlungskosten bei psychischen Erkrankungen gewinnen angesichts der gegenwärtigen Kostendebatte in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Dabei entstanden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2002 über alle Erkrankungen hinweg im stationären

Groups (DRGs) wird eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen zu einer überschaubaren Anzahl von Fallpauschalen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand zusammengefasst. Definitionsgrundlage bilden medizinische Diagnosen-, und ergänzend, Operationen- und Prozedurenschlüssel. Zusätzlich werden

Personalkosten – aber auch Sachkosten wie Wartung von Großgeräten, abgegolten [14].

Vor diesem Hintergrund hat der im § 5 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vorgeschriebene Klinikvergleich für den psychiatrischen Sektor in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen. Dabei war und

Ermittlung von Kostenprädiktoren mittels individueller Krankheits- und Behandlungsdaten

- Lassen sich die stationäre Episodenkosten durch Aufnahmemerkmale voraussagen ?
- Wie hoch ist die Aufklärung der Kostenvarianz bei Berücksichtigung von Merkmalen des Behandlungsverlaufs ?

Stichprobe und Einschlusskriterien

➤ **1.202 Behandlungsepisoden**

10 Kliniken, davon

4 Fachkrankenhäuser

4 psychiatrische Abteilungen

2 Universitätskliniken

➤ **ICD–10 Diagnose affektive Störung oder
Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion**

Alter 18 Jahre

Abhängige Variable: Gesamtkosten

Kosten pro Episode

Mittelwert	10.679 €
Std.-Dev.	9.041 €
Range	558 – 72.086 €

Kostenprädiktoren: Aufnahme Merkmale

R^2 (adj.) = 0,16

- Persönlichkeitsstörung
- Schweregrad der Erkrankung ***
- Chronischer Zustand
- Länger bestehende Psychiatrische Auffälligkeit
- Beeinträchtigung i. d. Lebensführung***



+

Kosten

- Anpassungsstörung***
- Suizidversuch i. d. Vorgeschichte
- Fremdaggression i. d. Vorgeschichte***



-

Kostenprädiktoren Behandlungsverlauf

R^2 (adj.) = 0,45

- Rezidivierende Episode ***
- F4-Diagnose
- Schweregrad der Erkrankung
- Diagnostik: EEG ***
- Diagnostik: Serumspiegel ***
- Somatische Therapie: EKT ***
- Psychoedukation
- Angehörigengruppe
- Anzahl soziotherapeutischer Maßnahmen ***
- Gesetzliche Betreuung bei Entlassung

- Keine besonderen Vorkommnisse
- PT: keine Probleme ***
- Zusätzliche therapeutische Maßnahmen: keine
- PT: hohe Frequenz ***
- Konsile: hohe Frequenz ***
- Kognitives Training
- Medikation: geringe Wirkung
- Ambulante Weiterbehandlung: Beratungsstelle
- Entlassung gegen ärztlichen Rat ***



+

Kosten



-

Signifikante Variablenbereiche

- Krankheits- u. schweregradbezogene Variablen (*begrenzt*)
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Indikatoren der Prozessqualität
- Entlassmerkmale
- Weiterbehandlung

Nicht signifikant

- Soziodemografische Variablen
- Effektivitätsparameter (Hamilton, GAF, AMDP-Score) **!!!!**

Kostenprädiktoren Behandlungsverlauf hochsignifikante Variablen

- Rezidivierende Episode ***
 - Diagnostik: EEG ***
 - Diagnostik: Serumspiegel ***
 - Somatische Therapie: EKT ***
 - Anzahl soziotherapeutischer Maßnahmen ***
- ↑ +
- PT: keine Probleme ***
 - PT: hohe Frequenz ***
 - Konsile: hohe Frequenz ***
 - Entlassung gegen ärztlichen Rat ***
- ↓ -

Zusammenfassung

- **sehr defizitäre wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich kostenerklärender Wirkfaktoren der stationärpsychiatrischen Behandlung**
- **im bisherigen Entgeltverfahren können Behandlungsprozeduren u.ä. Variablen möglicherweise bis zu 45 % der Kostenvarianz der stationären Depressionsbehandlung aufklären**
- **im bisherigen Entgeltverfahren waren keine überzufälligen Unterschiede in den Episodenkosten zwischen Kliniktypen festzustellen**
- **keine Erklärungskraft von Outcomeparametern (Ergebnisqualität)**
- **Befunde sind nicht repräsentativ und basieren auf selektiven Dokumentationsverfahren (hoher Dokumentationsaufwand)**

Transparenz: Datenquellen

- § 21 KHEntgG (GKV + PKV/Beihilfe)
- § 295 & § 301 SGB V (nur GKV)
- §§ 303a ff Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (GMG 2003)
- § 145 SGB VI (Datenstelle der Träger der Rentenversicherung)
i.V.m. § 138 SGB VI (Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung)
- § 137(1) SGB V (QS, GKV+PKV/Beihilfe)
- § 137(3) SGB V (Qualitätsberichte)
- statistisches Bundesamt

- §§ 303a ff SGB V Versorgungsgesetz 2011???
- Begleitforschung § 17d Absatz 8 KHG

Disziplinen- und sektorenübergreifende Versorgungsanalyse mittels Routinedaten

Antragsteller: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Projektnehmer: DGPPN

Projektleiter: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

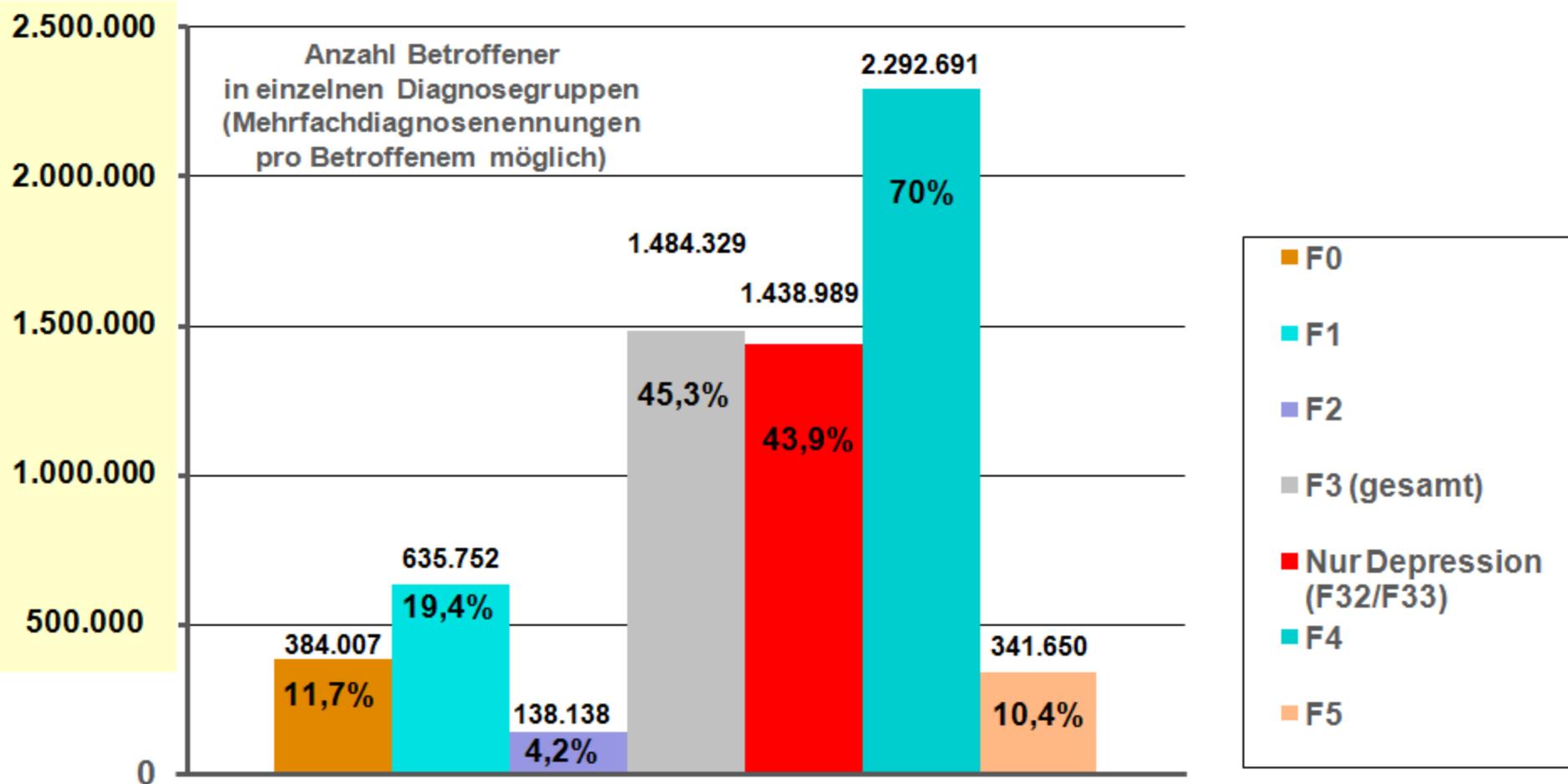
Beteiligte Wissenschaftler und Organisationen: Prof. Dr. med. J. Fritze (Pulheim), Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES Institut GmbH, Berlin), DAK – Unternehmen Leben , KKH-Allianz, Handelskrankenkasse (hkk) , Deutsche Rentenversicherung Bund, Verband der Ersatzkassen e.V.

Projektförderung: Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer

Projektlaufzeit: 12/09 – 06/11

Anzahl Versicherter mit dokumentierten psychischen Störungen (F0-F5): 3.275.399

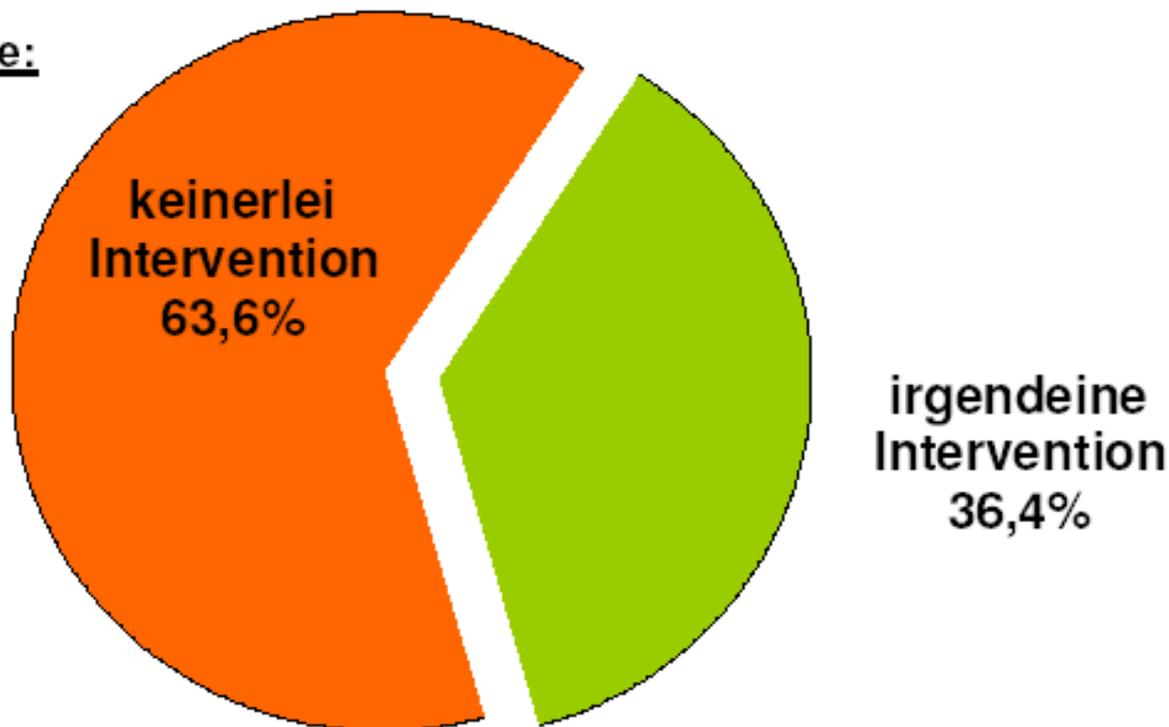
➔ d.h. für ca. 33% der 10 Mio. Versicherten wurde im Rahmen der medizinischen Versorgung eine psychische Störung dokumentiert (Haupt- oder Nebendiagnose)



Von allen Personen mit einer manifesten 12-Monatsdiagnose und Hilfesuchverhalten, erhalten

Behandlungsraten nach Diagnose:

- Suchtstörungen: 29,3%
- Eßstörungen 29,9%
- Angststörungen 36,8%
 - Panikstörung 58,2%
- Somatoforme 43,6%
- Affektive Störung 50,1%
- Psychotische St. 72,3%

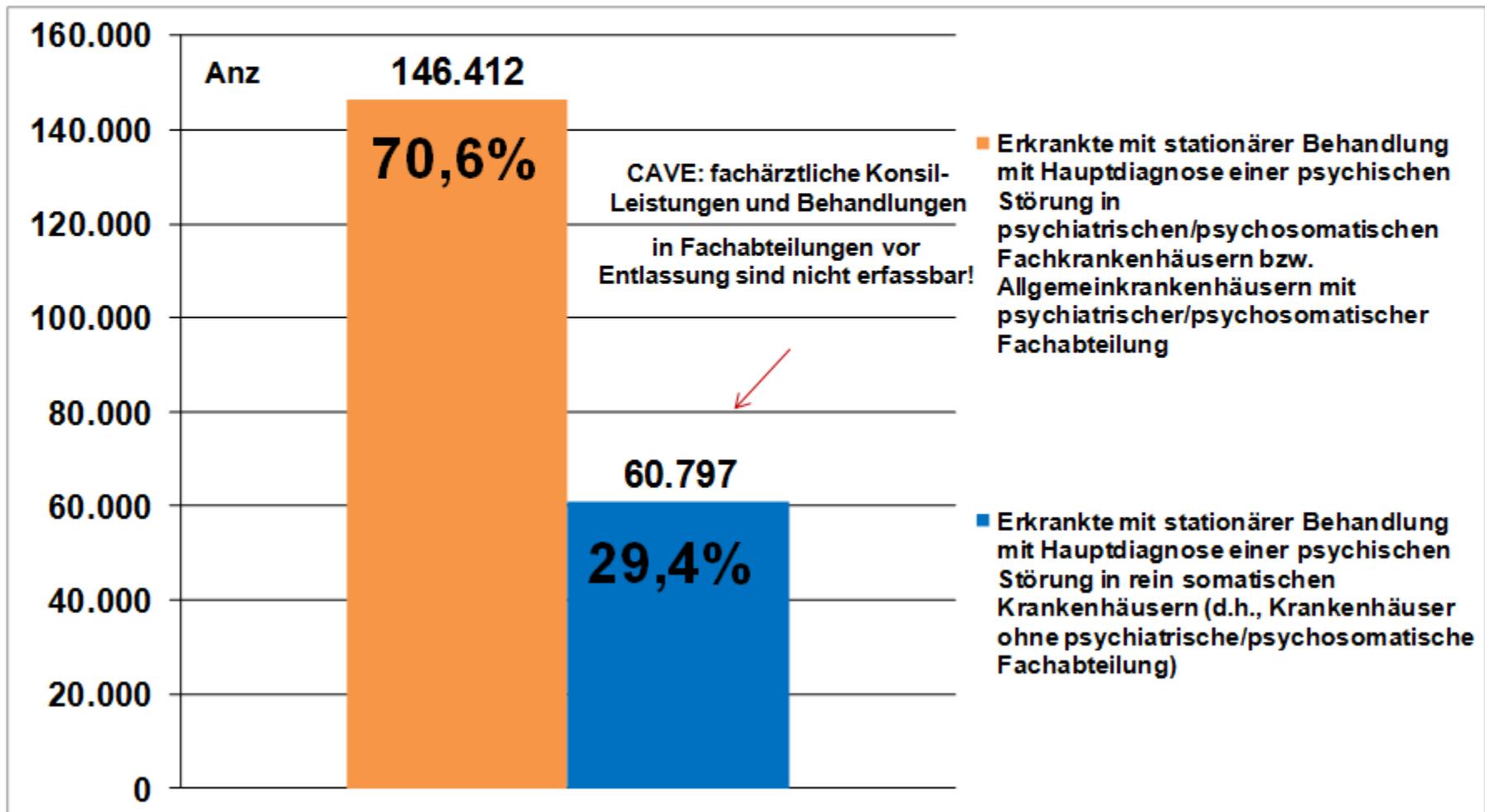


Markanter Ost-West Unterschied:

Behandlungsrate West: 39,1 versus Ost: 21%

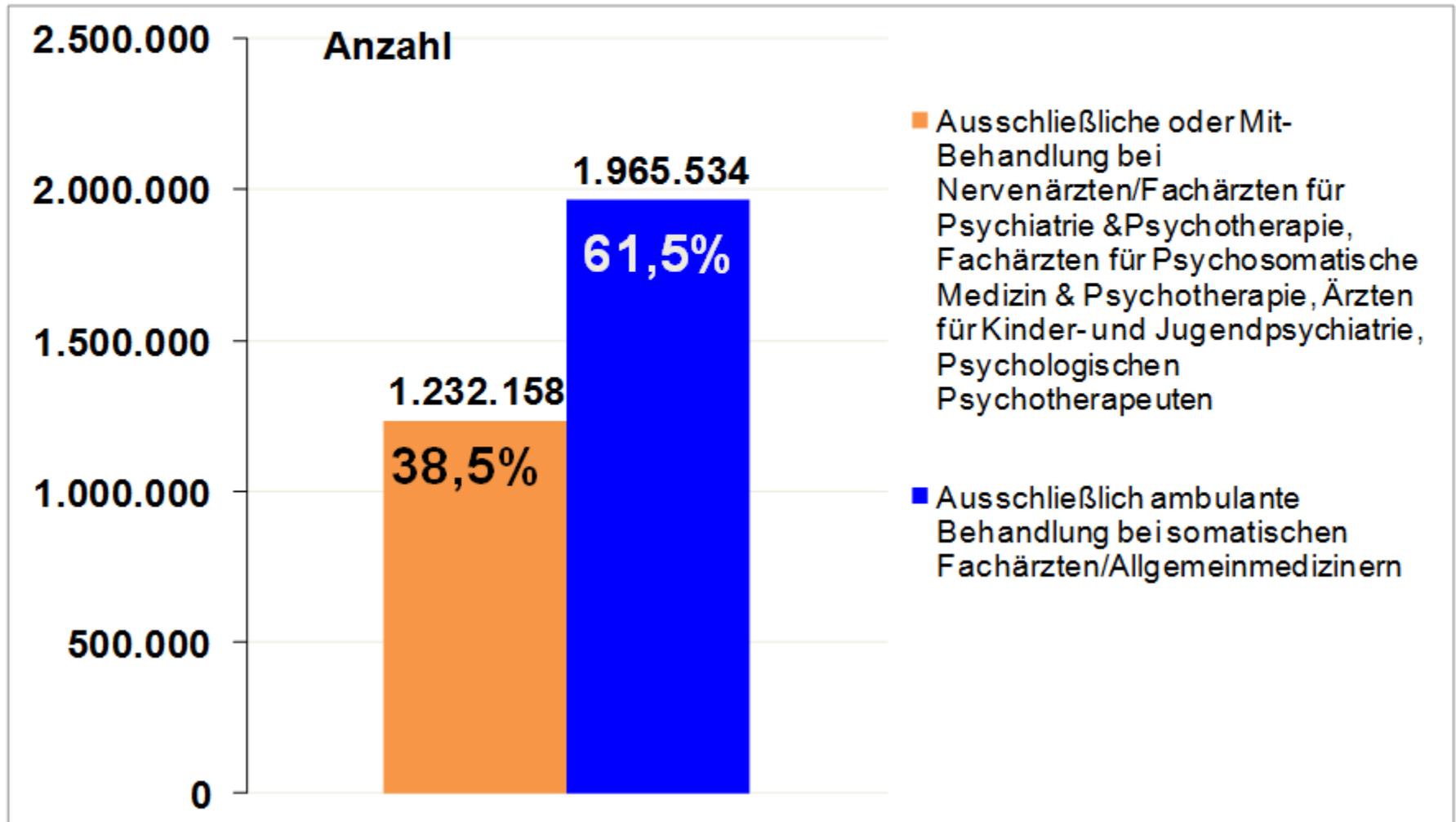
Stationäre Versorgung in Fachkrankenhäusern/Fachabteilungen

207.209 Erkrankte (6% der 3,3 Mio. von einer psychischen Störung Betroffenen) hatten mind. eine stationäre Behandlung mit der Entlassungs-Hauptdiagnose einer psychischen Störung

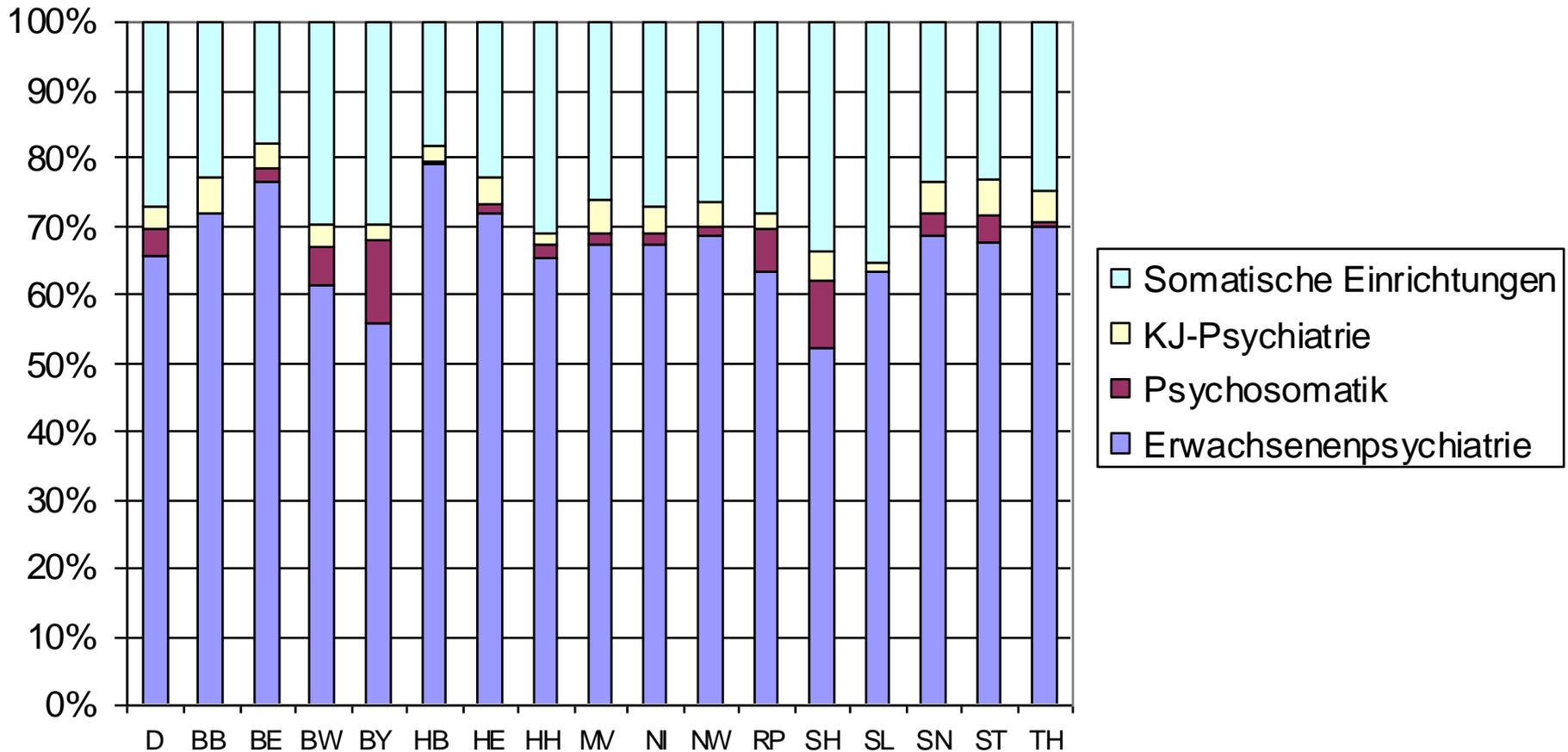


Ambulante Versorgung in unterschiedlichen Settings 2005-2007

3.179.692 Erkrankte (98% der Versicherten mit psychischen Störungen F0-F5)
mit ≥ 1 ambulanten medizinischen Versorgungskontakt wg. psychischer Störungen

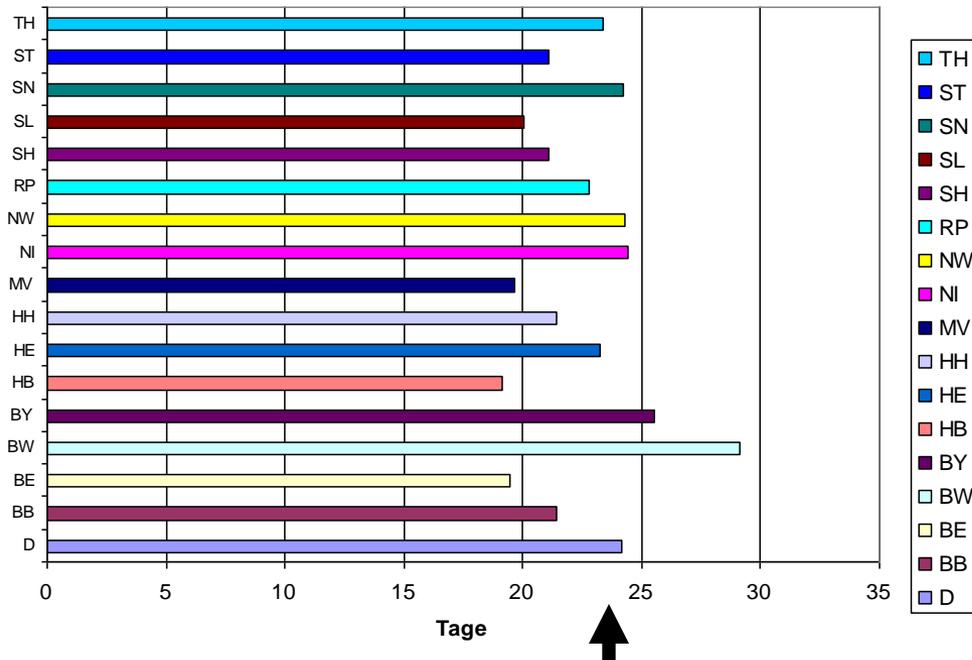


Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Bundesländern und Art der versorgenden Einrichtung 2007 (statistisches Bundesamt)



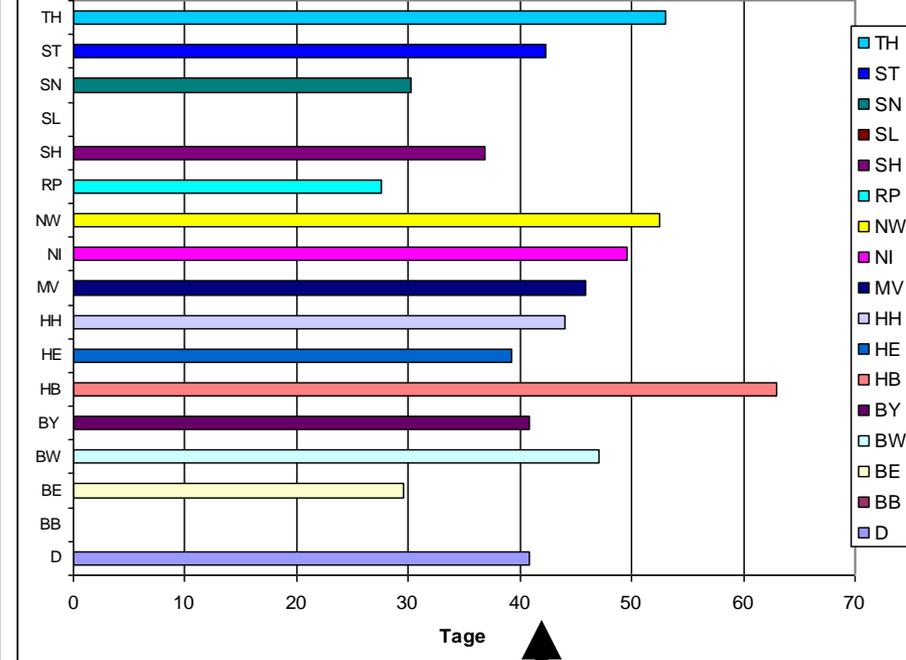
Krankenhausverweildauer

Krankenhausverweildauer in Einrichtungen der
Erwachsenenpsychiatrie 2007
(Statistisches Bundesamt)



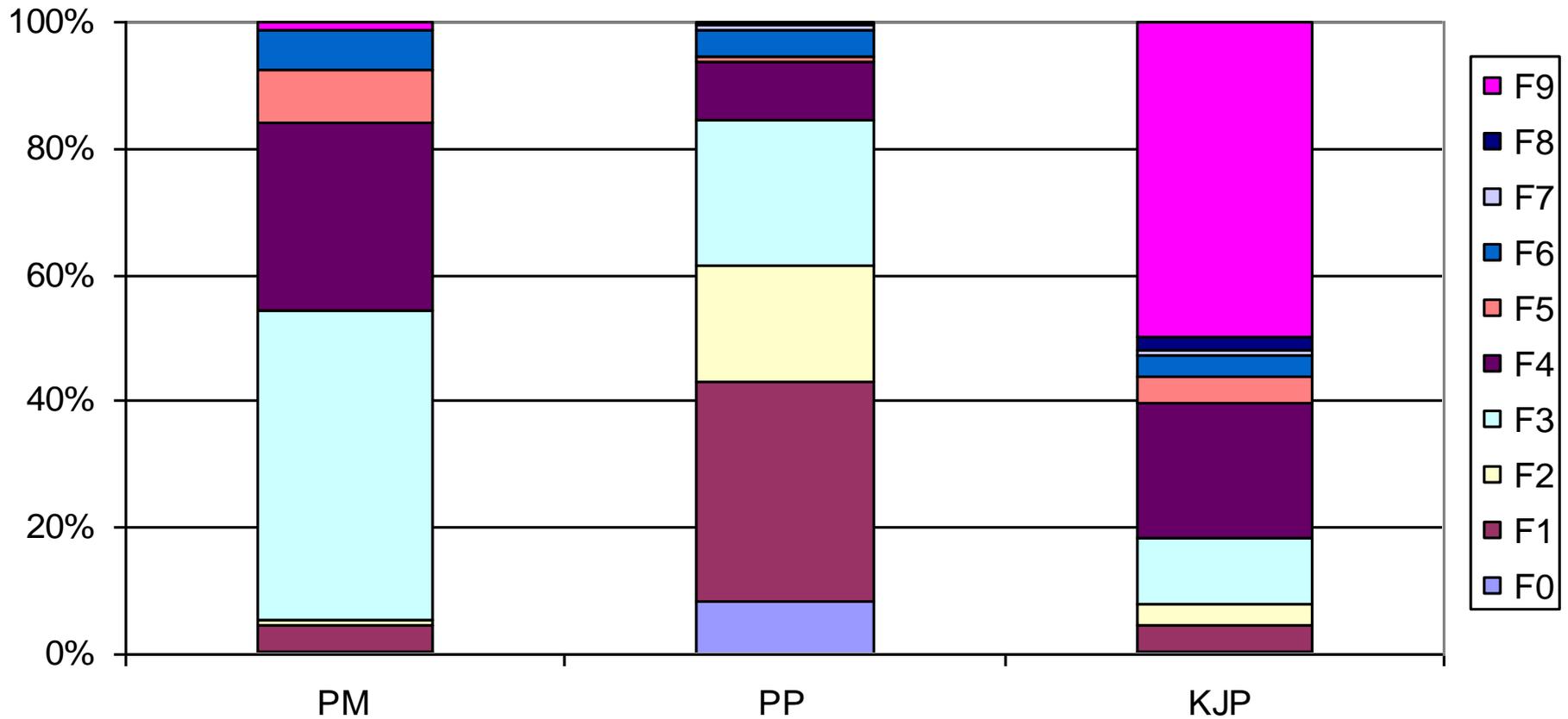
24,1 Tage

Krankenhausverweildauer in Einrichtungen der
Psychosomatik 2007
(Statistisches Bundesamt)



40,9 Tage

Diagnosespektren in der Erwachsenenpsychiatrie (PP), Psychotherapeutische Medizin (PM) und Kinder-Jugend- Psychiatrie (KJP) 2007 (Statistisches Bundesamt)

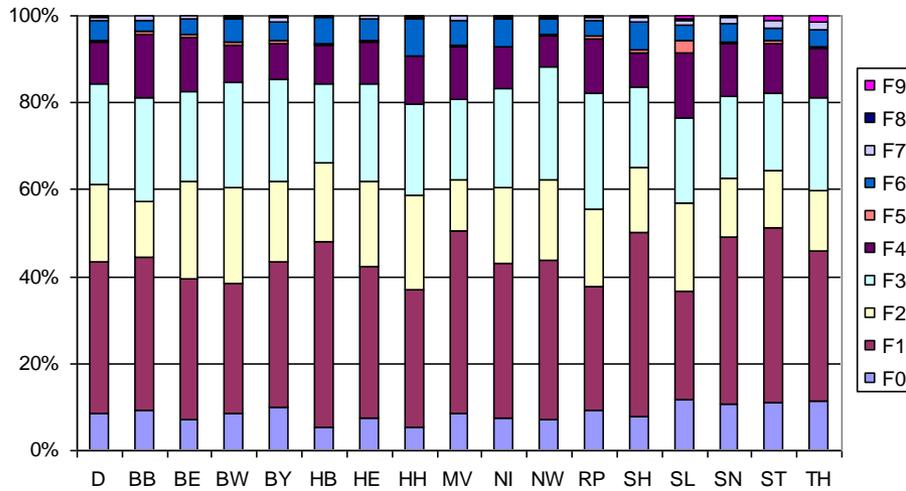


Diagnosespektren nach Bundesländern

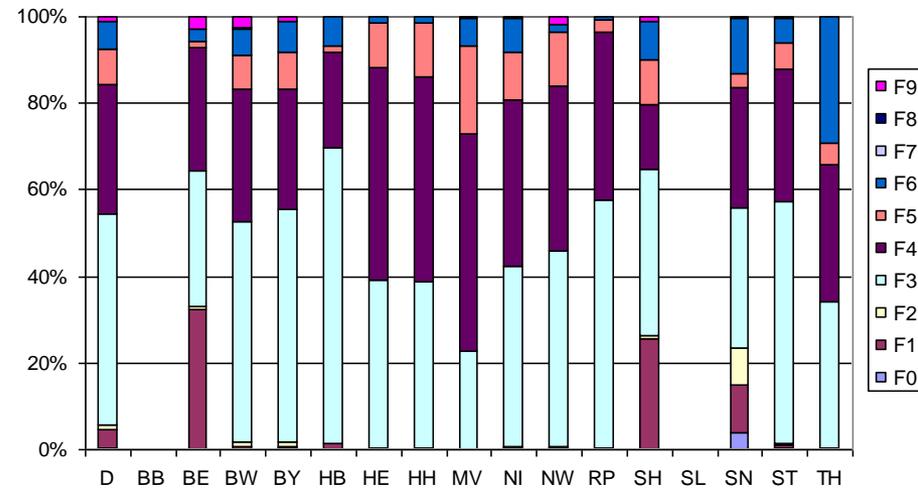
Erwachsenenpsychiatrie

Psychosomatik

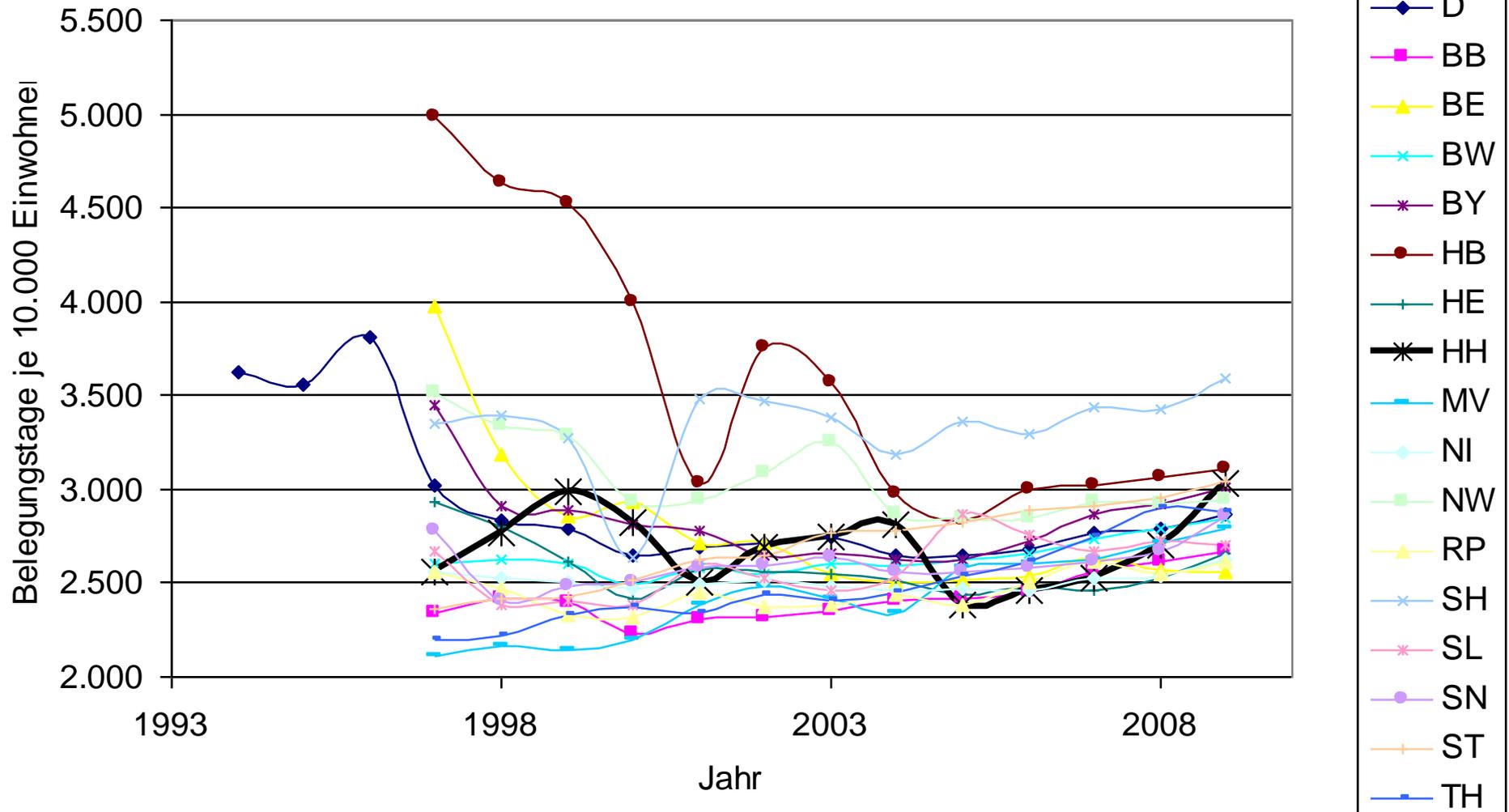
Bundesländer: Diagnosespektren Erwachsenenpsychiatrie



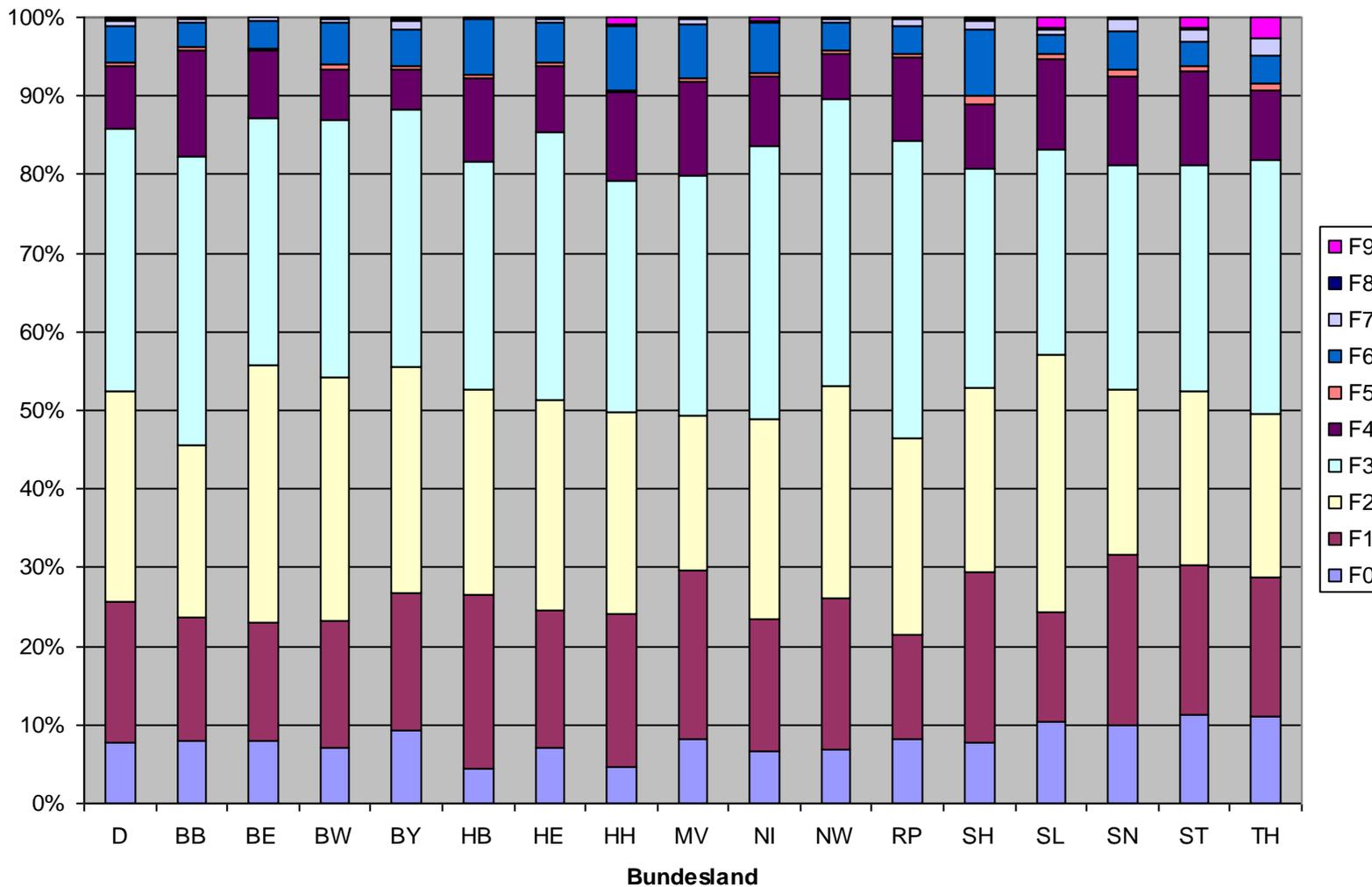
Diagnosespektren Psychosomatik 2007 nach Bundesländern



Vollstationäre Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose je 10.000 Einwohner nach Bundesländern (statistisches Bundesamt)

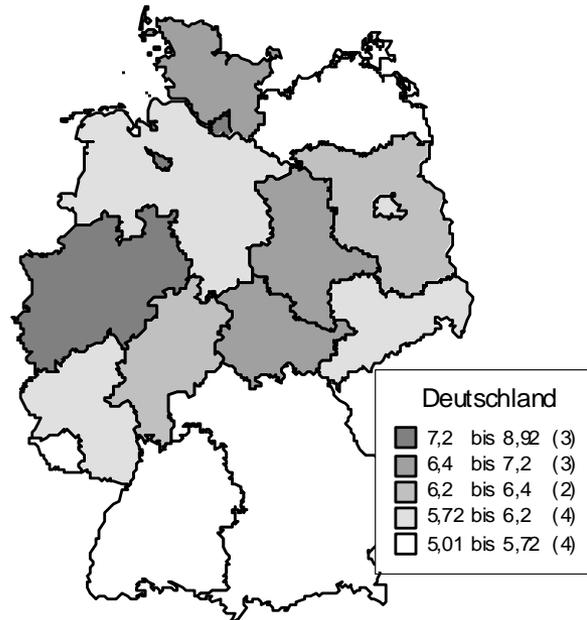


Bundesländer: Diagnosespektren nach Belegungstagen Erwachsenenpsychiatrie 2007 (statistisches Bundesamt)

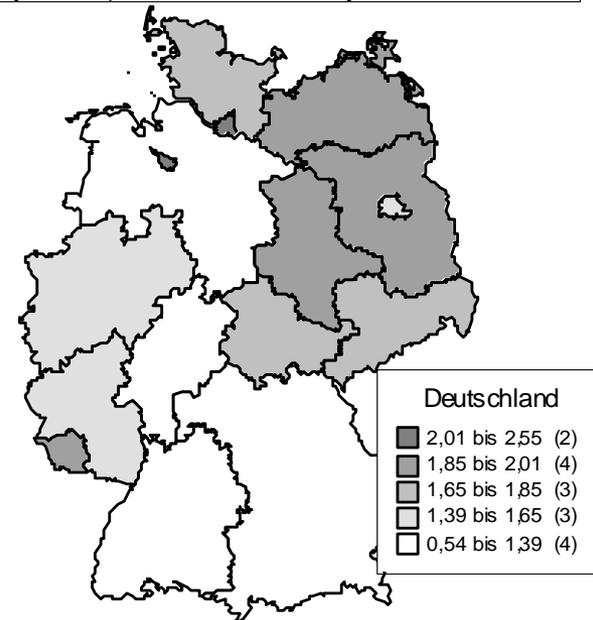


Vollstationäre (links) und teilstationäre Behandlungsplätze je 10.000 Einwohner ("Bettenmessziffer) für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie 2008 (Umfrageergebnisse der AOLG)

Psychiatrie & Psychotherapie: vollstationäre Betten je 10.000 Einwohner

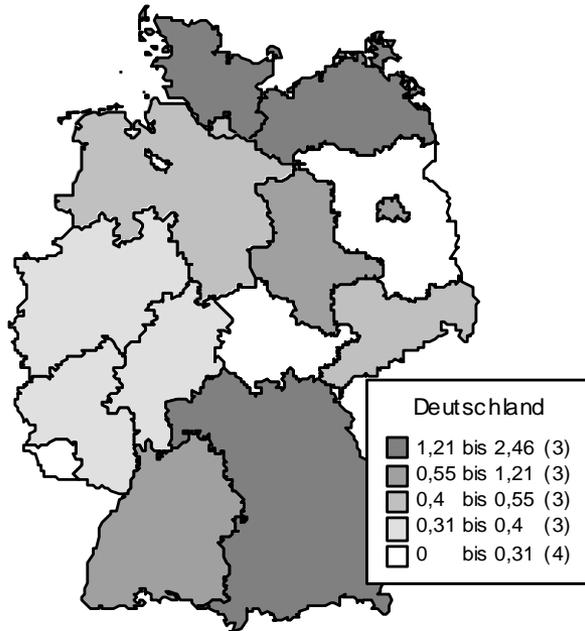


Psychiatrie & Psychotherapie: teilstationäre Plätze je 10.000 Einwohner

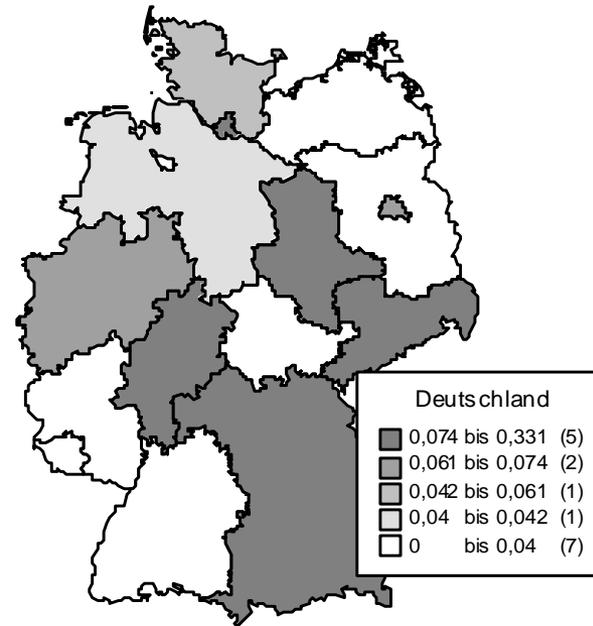


Vollstationäre (links) und teilstationäre Behandlungsplätze je 10.000 Einwohner ("Bettenmessziffer) für Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapie 2008 (Umfrageergebnisse der AOLG)

Psychosomatische Medizin: vollstationäre Betten je 10.000 Einwohner



Psychosomatische Medizin: teilstationäre Plätze je 10.000 Einwohner



Regionale Variationen der AU-Raten sowie ambulanter Diagnoseraten bei Depressionen (F32, F33), Verordnungen von Antidepressiva 2006

AU-Fälle

F32/33-Diagnose

Antidepressiva

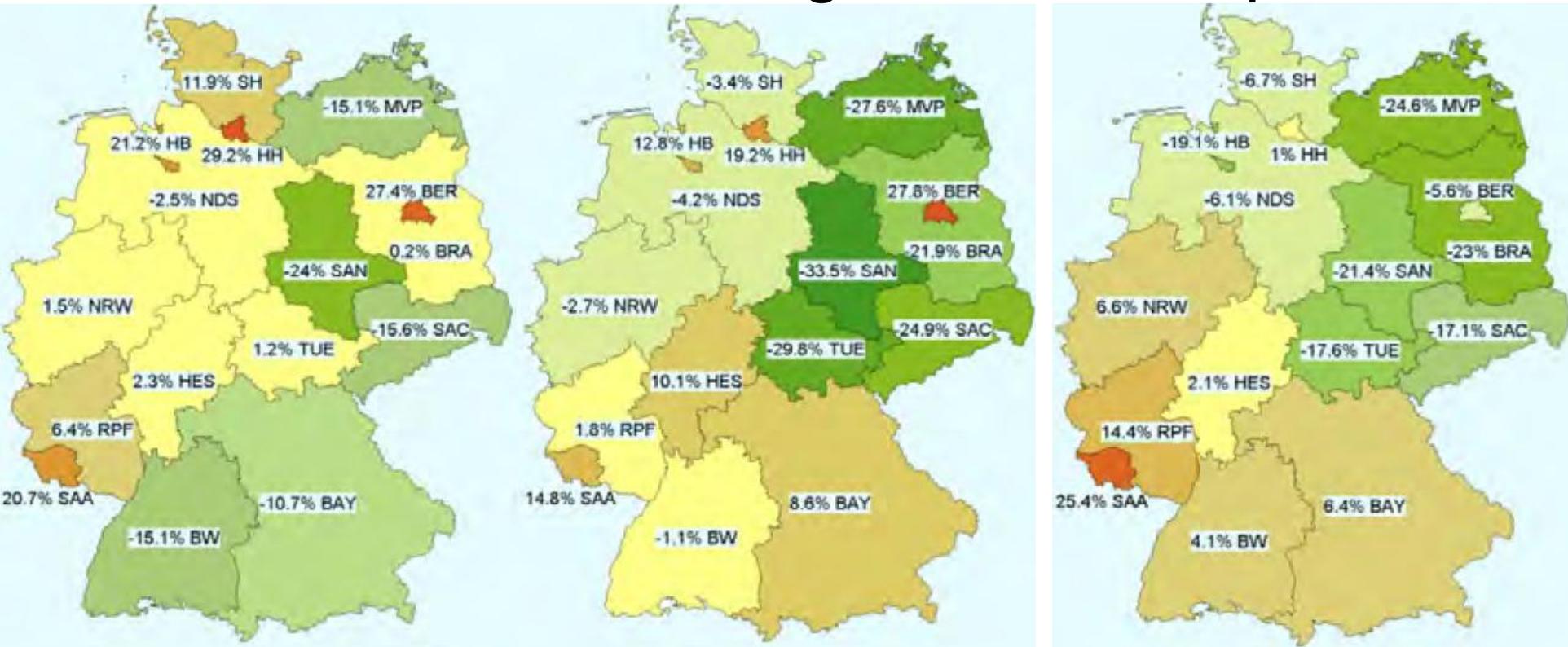


Abbildung 7 (Erwerbspersonen TK 2006; prozentuale Abweichung der Rate von Erwerbspersonen mit Depressionen (F32, F33) in einzelnen Bundesländern vom Bundesdurchschnitt nach Diagnosen von **AU-Fällen** (links) sowie nach ambulanten **Diagnosen** (rechts); Abweichungen der regionalen Verordnungsraten von **Antidepressiva** (unten); Farbkodierung Grün = unterdurchschnittlich, Gelb = nahe Bundesdurchschnitt, Braun bis Rot = überdurchschnittlich (stand.))

Forschungs-Projekt

„Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und der Psychosomatik“

Konsortium:

PD Dr. F. Godemann, Berlin

Dr. C. Wolff-Menzler, M.A., Göttingen

Prof. Dr. B. Maier, Mannheim

Gefördert durch die DGPPN u. BDK

Projekt-Ziel

- Betrachtung des Psych-Entgeltsystems unter Berücksichtigung
 - Verschiedener Routinedaten
 - §21-Daten
 - Krankenkasse
 - des ambulanten Sektors (ggfs. sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte)
 - des gesundheitsökonomischen Kontext
 - Fragebogen

⇒ Dieses Projekt hat das Ziel, auf der Basis dieser Daten die Entwicklung des Neuen Entgeltsystems zahlengestützt zu begleiten

Projekt:
**Versorgungsrelevante Indikatoren in der
Psychiatrie und der Psychosomatik**

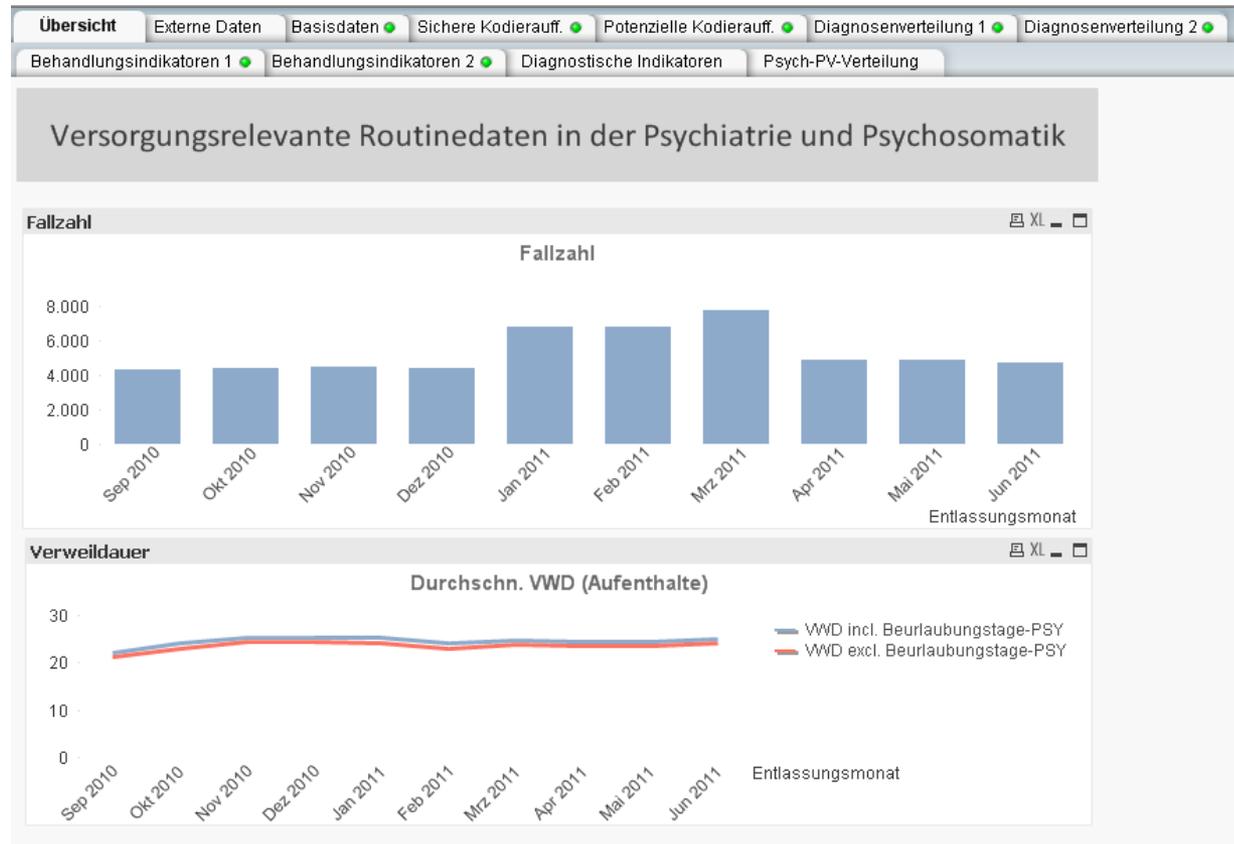
Konsortium:
• PD Dr. F. Godemann
• Dr. C. Wolff-Menzler, M.A.
• Prof. Dr. B. Maier

Projektteilnahme
f.godemann@alexius.de
cwoeff@gwdg.de
b.maier@itic.de

Ergebnisse

- Die Ergebnisdarstellung erfolgt in QlikView-Technologie

- Bsp.
 - Fallzahlentwicklung
 - Durchschn. VWD



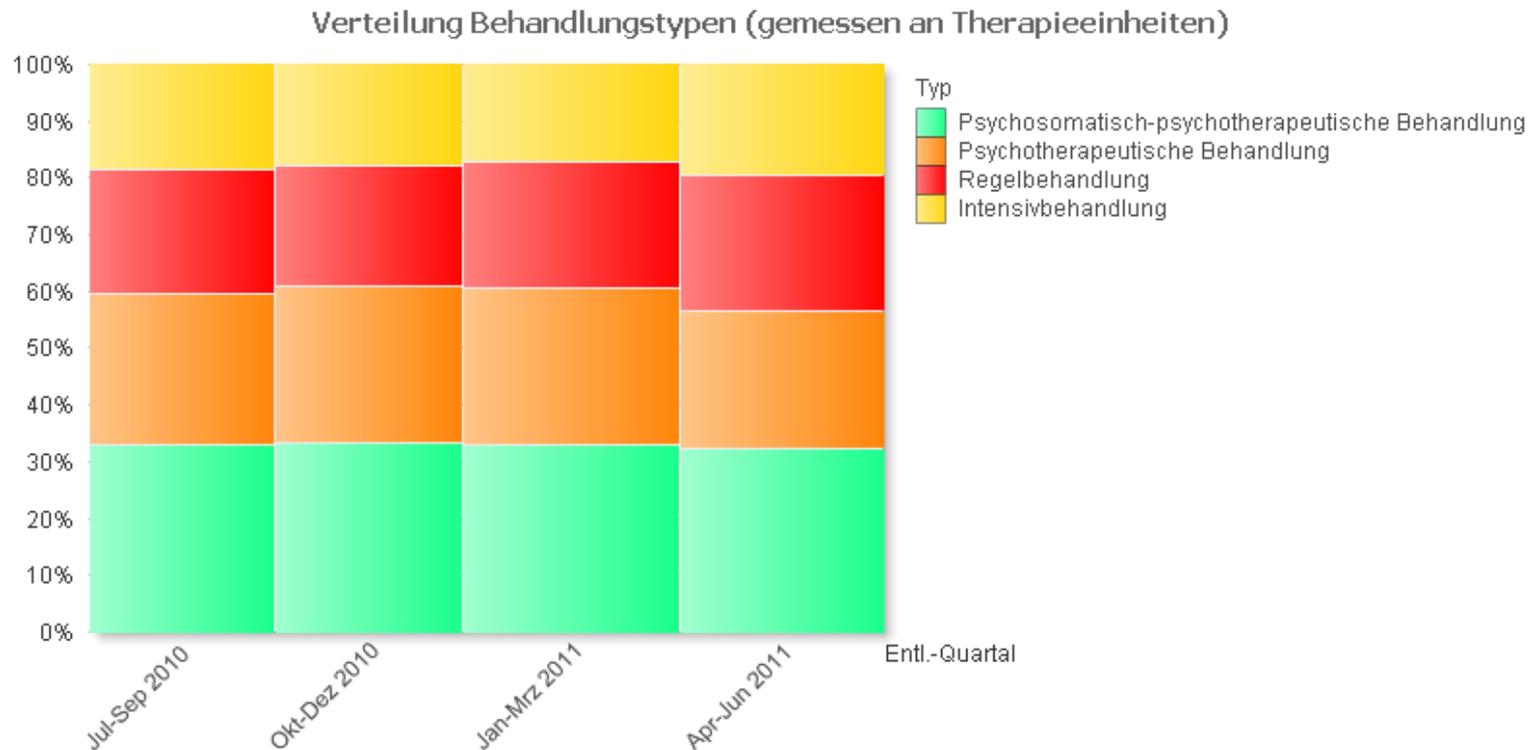
Projekt:
Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und der Psychosomatik

Konsortium:
• PD Dr. F. Godemann
• Dr. C. Wolff-Menzler, M.A.
• Prof. Dr. B. Maier

Projektteilnahme
f.godemann@alexius.de
c.wolff@gwdg.de
b.maier@itic.de

Ergebnisse

■ Verteilung der Behandlungstypen



Projekt:
**Versorgungsrelevante Indikatoren in der
Psychiatrie und der Psychosomatik**

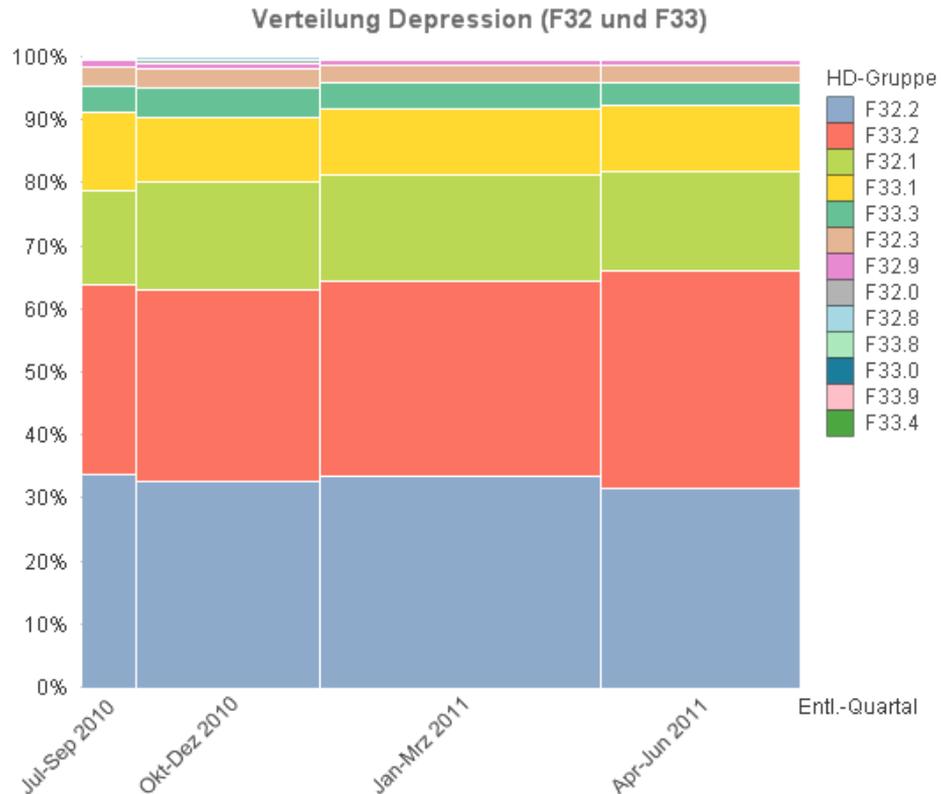
Konsortium:

- PD Dr. F. Godemann
- Dr. C. Wolff-Menzler, M.A.
- Prof. Dr. B. Maier

Projektteilnahme
f.godemann@alexius.de
c.wolff@gwdg.de
b.maier@itic.de

Ergebnisse

Verteilung der kodierten Depressions-Ausprägungen



Projekt:

Versorgungsrelevante Indikatoren in der
Psychiatrie und der Psychosomatik

Konsortium:

- PD Dr. F. Godemann
- Dr. C. Wolff-Menzler, M.A.
- Prof. Dr. B. Maier

Projektteilnahme

f.godemann@alexius.de
c.wolff@gwdg.de
b.maier@itic.de

Projekt-Kapitel

Gesundheitsökonomie

- Allg. Angaben zu Ihrer Einrichtung
- Allgemeine Versorgungsdaten
- Entwicklung der Krankenhaus- /
Betriebsstrukturen
- Controllingmethoden und –instrumente
- Planungsangaben, Daten zur Diskussion um
Weiterentwicklung der Versorgung

Projekt:

**Versorgungsrelevante Indikatoren in der
Psychiatrie und der Psychosomatik**

Konsortium:

- PD Dr. F. Godemann
- Dr. C. Wolff-Menzler, M.A.
- Prof. Dr. B. Maier

Projektteilnahme

f.godemann@alexius.de
cwofff@gwdg.de
b.maier@itic.de

Vorteile im Überblick

- Frühzeitiger Erkenntnisgewinn durch Ergebnispräsentation
- Längs- und Querschnittsbetrachtungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen
- Bezug zu Gesundheitsökonomie bzw. Versorgungsstrukturdaten
- Mitwirkung am zahlengestützten Begleitungsprozeß des Neuen Entgeltsystems

(anonymisierte Datenanalyse ist gewährleistet)

Projekt:

Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und der Psychosomatik

Konsortium:

- PD Dr. F. Godemann
- Dr. C. Wolff-Menzler, M.A.
- Prof. Dr. B. Maier

Projektteilnahme

f.godemann@alexius.de
cwofff@gwdg.de
b.maier@itic.de

Fazit

1. Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland bewegt sich im Vergleich zu anderen, insbesondere Europäischen Ländern auf ein insgesamt qualitativ gutes Niveau und sollte im Rahmen der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems nicht schlecht geredet werden.
2. Die Vorgaben des § 17d mit dem Ziel, tagesbezogene Entgelte zu entwickeln, werden grundsätzlich begrüßt, wobei die Kalkulation und die notwendigen Instrumente (OPS, Gewichtungsmodelle) noch der Verbesserung bedürfen.

3. Parallel zur Entgeltentwicklung nach § 17d sollten weiterhin Modellprojekte und integrierte Versorgungsverträge gefördert werden. Wesentlich dabei ist jedoch eine wissenschaftlich fundierte Evaluation, um den Prüfaufträgen gerecht zu werden und entscheiden zu können, welche Modelle für welche Patientengruppen und welchen Regionen mittelfristig bis langfristig sinnvoll integriert werden können.
4. Zur Versachlichung der kontroversen Diskussion bezüglich der Weiterentwicklung des Entgeltsystem nach § 17 d als auch der qualitativen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sind Datenerhebungen auch sektorübergreifend erforderlich.

5. Auch wenn die Prävalenz bestimmter Störungsbilder zunimmt (Depression, Angststörungen) und vor allem das Hilfesuchverhalten verstärkt ist und damit eine Kostenzunahme bedingt ist, dürfen Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in Zukunft nicht vom medizinischen Fortschritt und einer qualitativ und quantitativ angemessenen Behandlung ausgeschlossen werden.
6. Das neue Entgeltsystem muss sicherstellen, dass die Konsequenzen aus medizinischem Fortschritt, demographischem Wandel und damit verbundenem höheren Behandlungsbedarf ausreichend finanziert werden.

Was bringt das neue Entgelt?

Es gibt Gewinner



und Verlierer





Danke für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld !



Abschluss der
Verhandlungen am
17.11.2009

§ 17 d KHG

Vereinbarung der Grundstrukturen des Vergütungssystems

- Neues eigenes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte. Ausgangsbasis für Entwicklung bilden Psych-PV-Behandlungsbereiche. Prüfauftrag für andere Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche sowie zusätzliche Vergütungselemente
- Grundprinzip „lernendes System“ unter Berücksichtigung angemessener Qualitätsanforderungen. Sachgerechtes, transparentes und nachvollziehbares Vergütungssystem
- Forderung nach ausreichender Übergangsphase (Konvergenz) nach budgetneutraler Einführung an das BMG
- Ausreichende Finanzierung der Personalstellen in der Psychiatrie in Verbindung mit der Einführung des neuen Entgeltsystems
- Jährliche regelgebundene Anpassung an medizinische Entwicklungen, Veränderungen Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen

§ 17 d KHG

Vereinbarung der Grundstrukturen des Vergütungssystems

- Beauftragung InEK mit Pretest in 2010, Entwicklung Kalkulationsmethodik und -handbuch, sowie Kalkulation und Entwicklung Vergütungssystem)
- Systementwicklung auf der Basis empirischer Daten, der Ist-Kosten der Krankenhäuser und der Versorgungsrealität in Deutschland
- Aufwandsentschädigung für kalkulierende Krankenhäuser
- Unmittelbare Berücksichtigung teilstationärer Leistungen
- Spätere Berücksichtigung ambulanter Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)
- Frühzeitiger Beginn der Begleitforschung

Frequent asked question

1. Warum sollen OPS mit 25minütigen Therapieeinheiten kodiert werden, sie bilden den Alltag in der Psychiatrie nicht ab?

→ OPS sollen die besonderen Leistungen abbilden, Leistungen die alle Patienten auf der Station bekommen, gehen in die Residualgröße der Kalkulation ein. In der Neurologie z. B. bilden die OPS maximal 30 % der Leistungen ab.

2. Somatische Komorbiditäten fordern hohen Aufwand in Diagnostik und Therapie, wird diese abgebildet?

→ In die Kalkulation gehen die somatischen Diagnosen und OPS aus dem Katalogbereich Somatik (§17 b) ein. Wichtig bei somatischen Diagnosen und OPS zu kodieren.

3. Soll der medizinische Fortschritt z. B. Stimulationsverfahren gebildet werden?

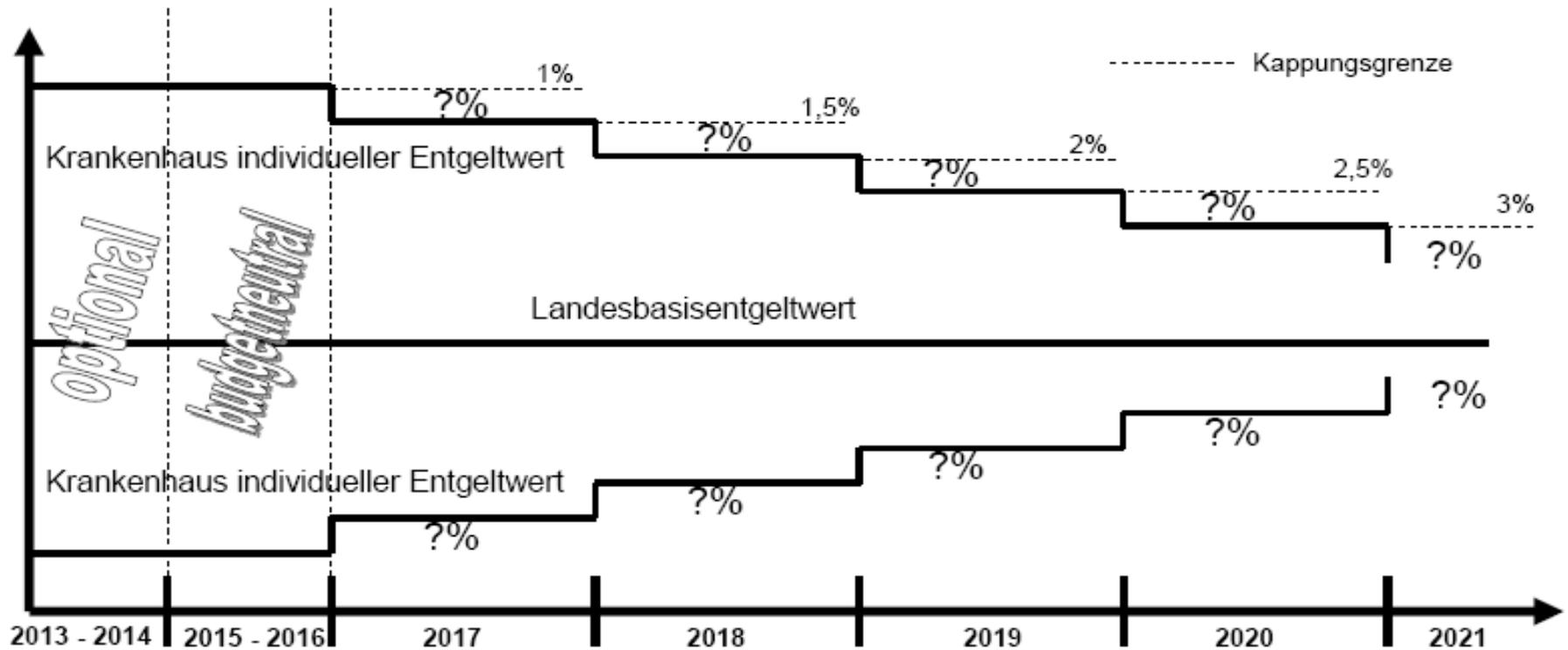
→ Jedes Jahr können neue OPS den medizinischen Fortschritt abbilden, im DIMDI eingereicht werden.

4. Wird die Pflichtversorgung, die der Aufwand nach sich zieht (Vorhalteleistungen, 24stündliche Aufnahmebereitschaft, gesetzlich untergebrachte Patienten) berücksichtigt?

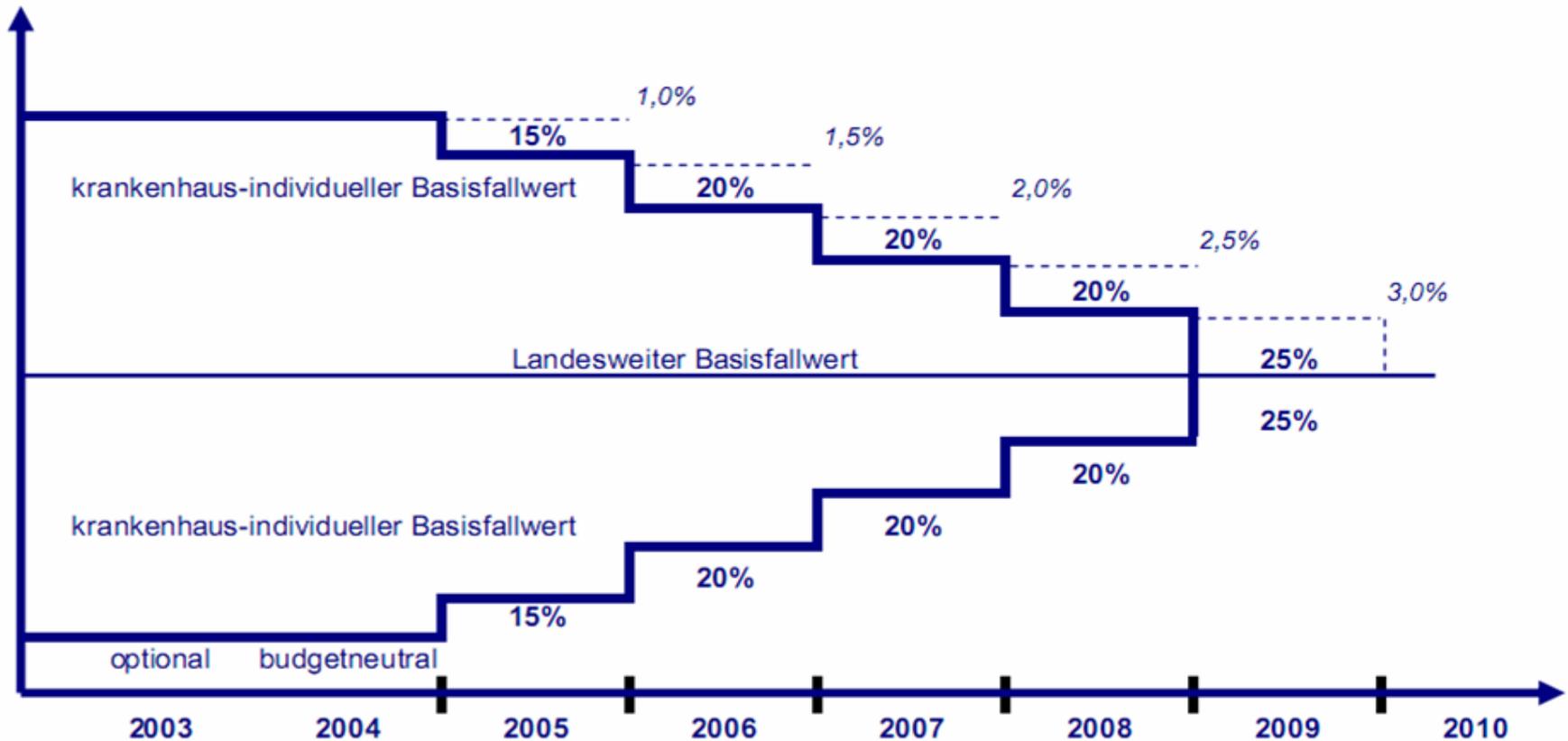
→ Pflichtversorgung ist als Institutionsmerkmal in den Daten des § 21 abgebildet. Diskussion bei der DKG nach Kriterien, um ggfls. Abschläge oder Zuschläge zu begründen.

Landeskonvergenzphase

Psych-Entgelt?



Konvergenzphase der Basisfallwerte



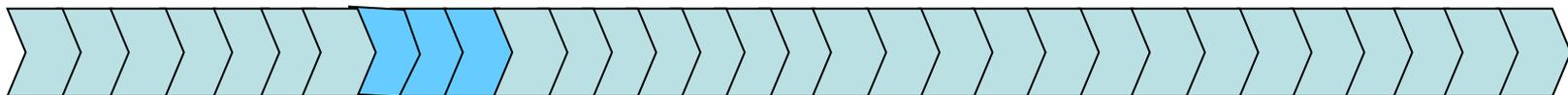
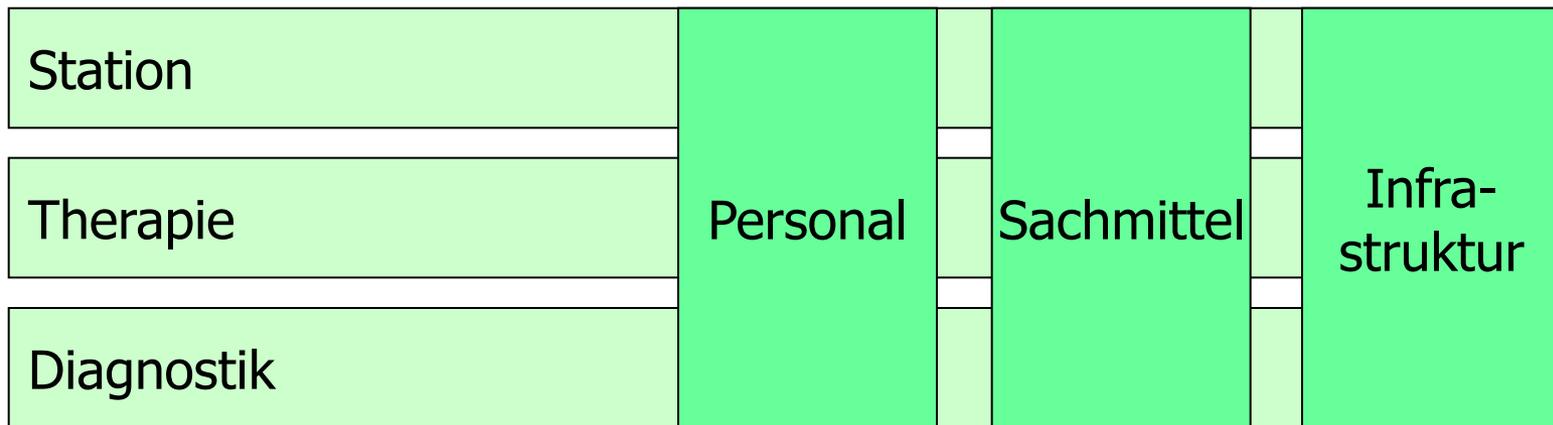


1. Aktuelles vom Gesetzgeber
2. Kalkulationsverfahren
3. Erste Ergebnisse des InEK´s

Betrachtungsebenen der Kalkulation

Leistungen, Kosten, Zeit

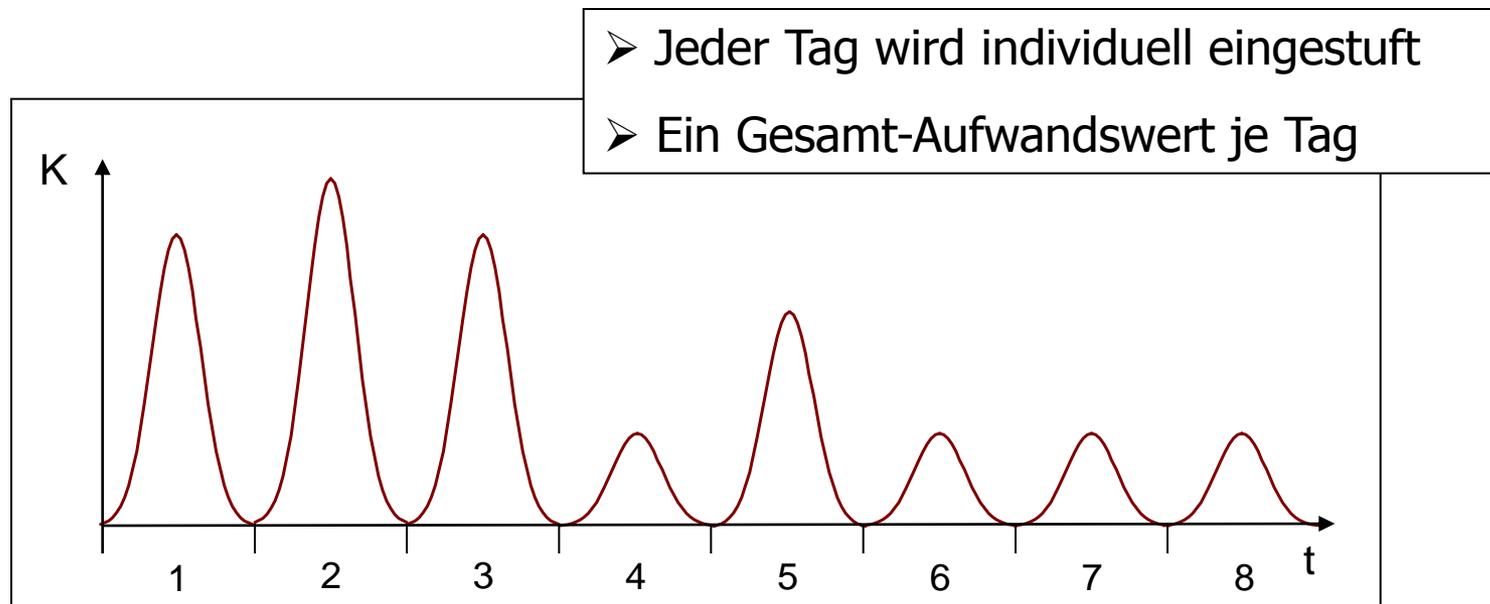
Zeitverlauf: Fallabschnitte



Zeitverlauf: Behandlungstage

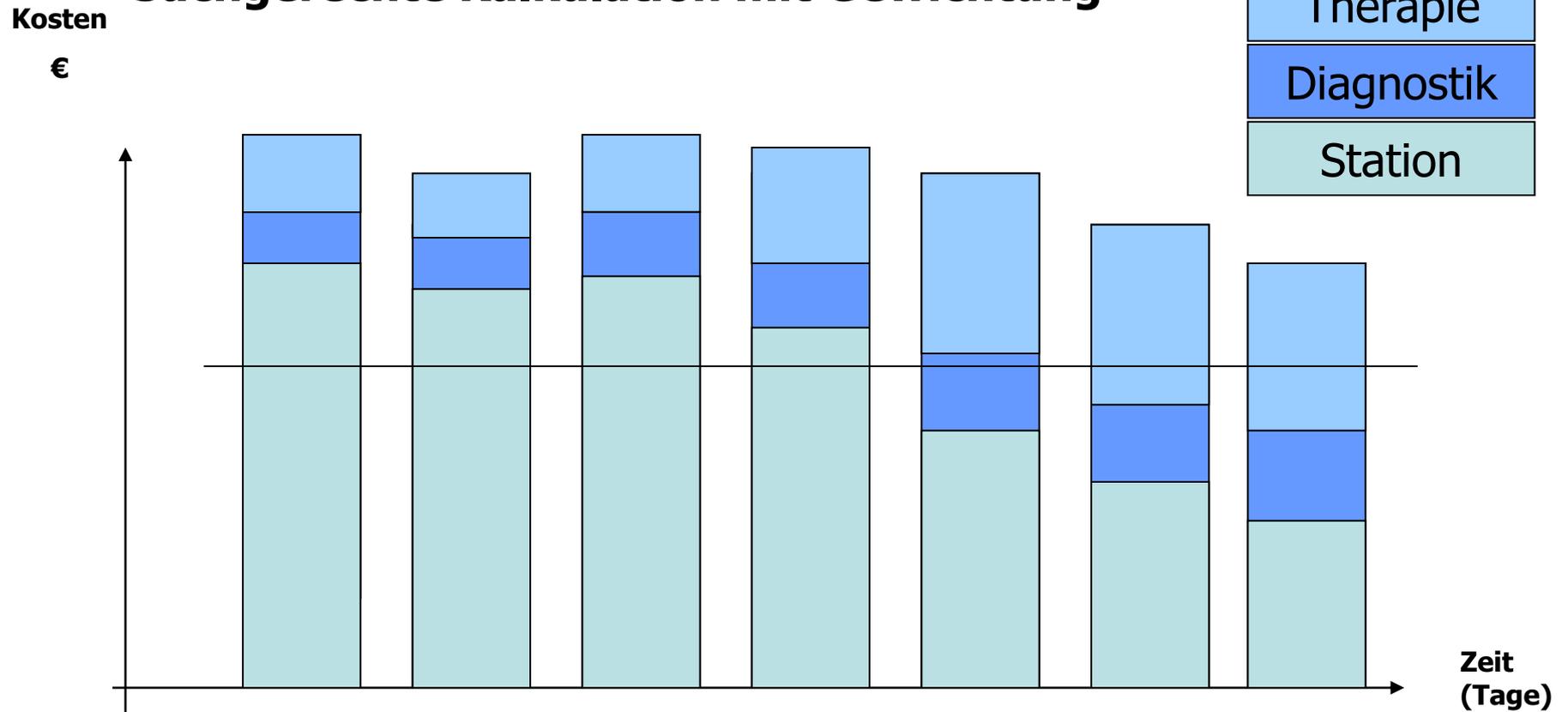
Behandlungskosten der Station je Tag

Tagesvariable Gewichtung nach Modell 1



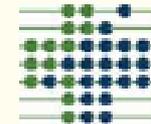
Leistungsbereich

Sachgerechte Kalkulation mit Gewichtung



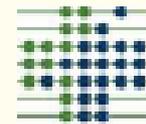


1. Aktuelles vom Gesetzgeber
2. Kalkulationsverfahren
3. Erste Ergebnisse des InEK's



Agenda

2. PSY-Entgeltsystem



Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik

Ziele

Ziele des InEK

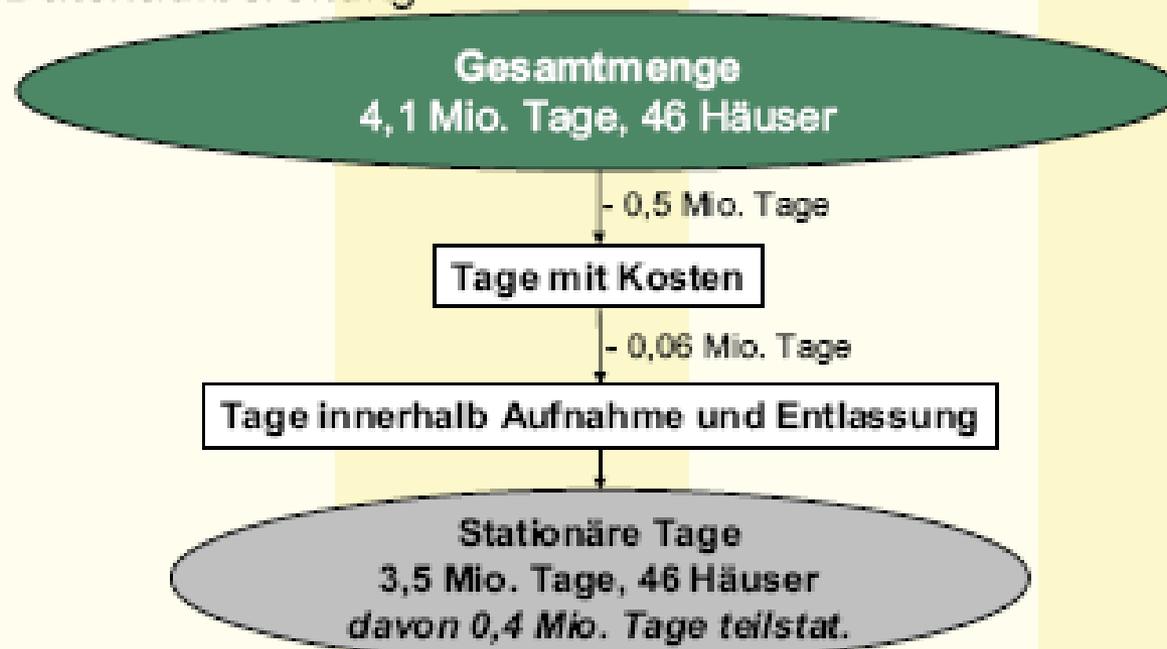
- Verbesserung der Datengrundlage für Datenjahr 2011
- Weiterentwicklung Kalkulationshandbuch
- Kalkulationsablauf und Kommunikationsprozess mit den Kalkulationsteilnehmern aufbauen
- Grouper- und Softwareentwicklung

Ziele der Krankenhäuser

- Kennenlernen der tagesbezogenen Kalkulation
- Anpassungsbedarf hinsichtlich Dokumentation und Kostenrechnung in der Einrichtung rechtzeitig identifizieren



Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Datenaufbereitung



Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Plausibilisierung

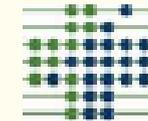


Plausibilitätsprüfungen	Anzahl Treffer (Mehrfachtreffer je Tag)
Grundlegende Fehler (z.B. nicht relevante Module bebucht, keine Stationskosten)	180.217
Innerbetriebliche Leistungsverrechnung	751.646
Personalkostenverrechnung	417.022
Sachmittel/Arzneimittel (Extremwerte)	182.779
Fehlerhafte Kodierung	109.675
Fallbezogene Fehler (z.B. EKT)	12.832
Extremkostenbereinigung	50.729

Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Prüflogik

ausgeblendet

- Prüfung der Daten auf Vollständigkeit, Konformität und Plausibilität
 - Prüfung der Fehlerdimension
 - Prüfung der Auswirkung eines Fehlers
- Prüfung der Integrität der Gesamtdaten
 - Auswirkung von Auffälligkeiten
- Berücksichtigung inhaltlicher Unterschiede
 - Betreuungsintensitätsmodell
 - Leistungserfassung (Umfang, Detaillierung)
 - Kodierung



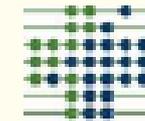
InEK

Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik Plausibilisierung

ausgeblendet

Problem Leistungserfassung oder Kalkulationssystematik:

- Leistungserfassung der Therapie unvollständig oder fehlerhaft (Gleichverteilung)
- Personalkostenverrechnung unvollständig oder fehlerhaft
- Stationsbereich fehlerhaft kalkuliert (keine Stationskosten)
- Bereich Diagnostik unvollständig oder fehlerhaft (hohe Kosten ohne OPS-Kode)
- Innerbetriebliche Leistungsverrechnung unvollständig oder fehlerhaft (kalkulatorische Kostenstellen ohne Verrechnungsschlüssel)



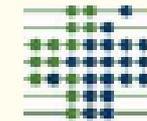
Probekalkulation Psychiatrie/Psychosomatik

Ergebnis Datengrundlage

Abwägung:

- **Betreuungsintensitätsmodell, korrekte Leistungserfassung, keine schwerwiegenden Kalkulationsfehler**
- ⇒ **Kleine Stichprobe aber vertrauenswürdig**

- **Noch Gleichverteilung der Stationskosten und teilweise der Therapiekosten**
- ⇒ **Größere Stichprobe mit unbekanntem Fehler**



Erste systematische Analysen

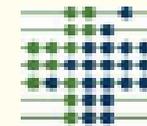
Ausgangssituation

- Kein bestehendes internationales System analog zu AR-DRG, Version 4.1
- Intensive Recherchen in der internationalen Literatur
- Internationale Vorbilder zu möglichen Klassifikationssystemen eher in Studien als zu Abrechnungszwecken

Erste systematische Analysen

Vorgehensweise Grundlagen

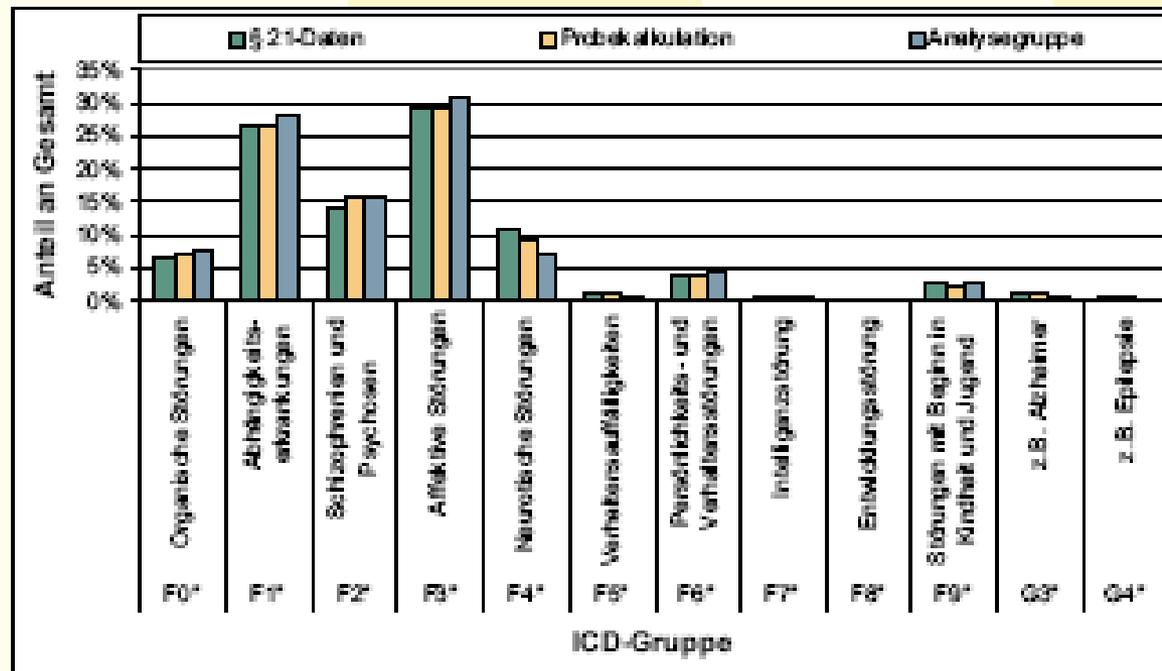
- Untersuchung unterschiedlicher Basis-Systeme
- Orientiert an gesetzlichen Vorgaben, internationalen Vorbildern und eigenen Voranalysen
- Ausdifferenzierung anhand möglicher Kostentrenner



Erste systematische Analysen Datengrundlage

- Strukturmerkmale:
 - IK, Fachabteilung
- Administrative Merkmale:
 - Aufnahme datum, Verweildauer, Aufnahme grund, Entlassungsdatum, Entlassungsgrund, Behandlungstag (berechnet)
- Demografische Merkmale:
 - Alter, Geschlecht
- Medizinische Merkmale:
 - Diagnosen, Prozeduren

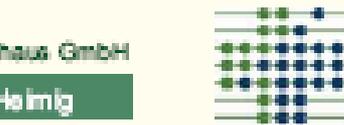
Verteilung Hauptdiagnosen



Erste systematische Analysen

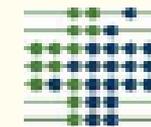
Vorgehensweise

- Untersuchte Systeme:
 - Diagnosenklassenbasiert (ICD 10, DSM IV)
 - Klassen der Psychiatrie-Personalverordnung
 - IPF PPS (US-amerikanisches Vergütungssystem)
 - Eigene Alternativen und Verknüpfungen



Erste systematische Analysen „Prä-MDC“

- Abbildung von Tagen mit spezifischen, umschriebenen Merkmalen
- Aufwendige Leistungen
- Erhöhung der Analysierbarkeit der verbleibenden Klassen



Erste systematische Analysen „Prä-MDC“

OR-Prozedur



Großgeräte, Endoskopie, kard. Diagnostik, Dialyse...



Intensivbehandlung KJP (1:1, Kleinstgruppe)



1:1-Betreuung/Krisenintervention Erwachsene



EKT

Erste systematische Analysen „Prä-MDC“

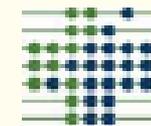
ausgeblendet

Klasse	Name	Tage	Fälle	Alter	HK Kosten
P_Z01Z	Operative Prozedur	32	29	55,1	50,0%
P_Z02A	Großgeräteleistung	2.337	2.159	55,9	72,3%
P_Z02B	Andere diagnostische Leistung	167	153	49,6	75,4%
P_Z03Z	ZE-Leistungen	7	7	52,6	61,6%
P_Z04Z	Zusatzcodes Kinder/Jugend	1.705	199	13,5	74,9%
P_Z05Z	Zusatzcodes Erwachsene	779	482	51,7	75,8%
P_Z06Z	EKT	8	8	57,9	68,8%

Erste systematische Analysen

Psych-PV - Hintergrund

- Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Personalbemessung in psychiatrischen Einrichtungen
- Klassen der Psych-PV werden seit 2010 als OPS-Kodes verschlüsselt
- In der Psychosomatik keine Anwendung der Psych-PV (und damit keine OPS-Kodierung)



InEK

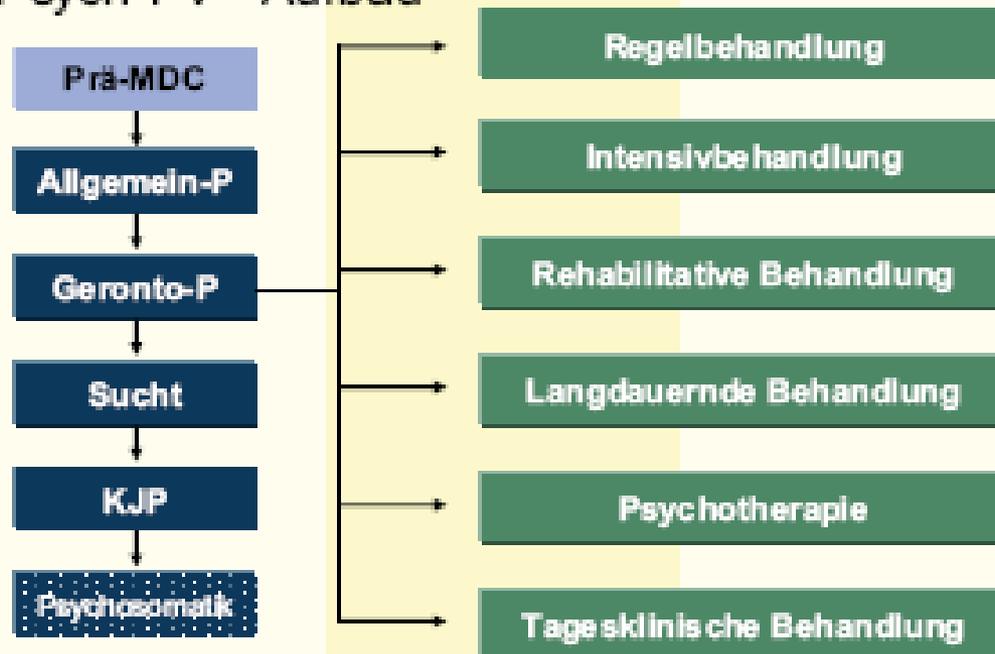
19.08.11

Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2012“

Referent: Dr. F. Helmig

Erste systematische Analysen

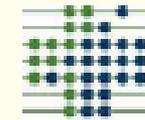
Psych-PV - Aufbau*



* Insgesamt ca. 40 Klassen

Erste systematische Analysen Psych-PV - Ergebnisse

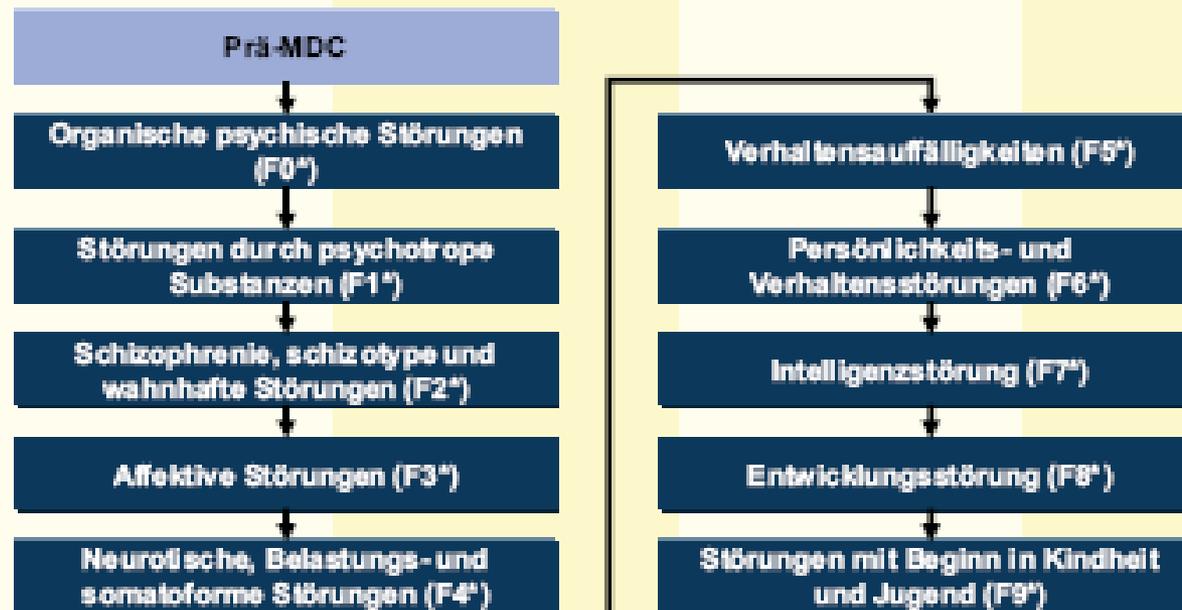
Klasse	Name	Tage	Fälle	Alter	HK Kosten
P_A40Z	Regelbehandlung Allgemeinpsychiatrie	235.348	9.896	42,7	73,4%
P_A41Z	Intensivbehandlung Allgemeinpsychiatrie	44.026	4.289	41,5	74,4%
P_A44Z	Psychotherapie Allgemeinpsychiatrie	10.611	290	35,6	71,9%
P_G40Z	Regelbehandlung Gerontopsychiatrie	60.703	2.341	75,1	75,8%
P_G41Z	Intensivbehandlung Gerontopsychiatrie	37.115	2.254	77,0	78,1%
P_G44Z	Psychotherapie Gerontopsychiatrie	41	2	57,3	70,7%
P_K40Z	Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung	12.499	340	10,8	77,3%
P_K41Z	Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	13.157	548	15,4	73,9%
P_K42Z	Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	2.393	177	15,2	77,4%
P_S40Z	Regelbehandlung Abhängigkeitskranke	56.401	4.832	45,8	76,5%
P_S41Z	Intensivbehandlung Abhängigkeitskranke	35.496	4.506	39,5	77,3%
P_S44Z	Psychotherapie Abhängigkeitskranke	1.796	37	43,2	80,0%



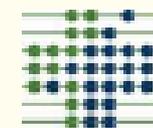
Erste systematische Analysen Diagnosenklassenbasiert

- ICD-10-GM 2010
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- Bekannte Schwächen in der klinisch differenzierten Kodierung insbesondere bei den psychiatrischen Diagnosen

Erste systematische Analysen ICD 10 Gruppen*



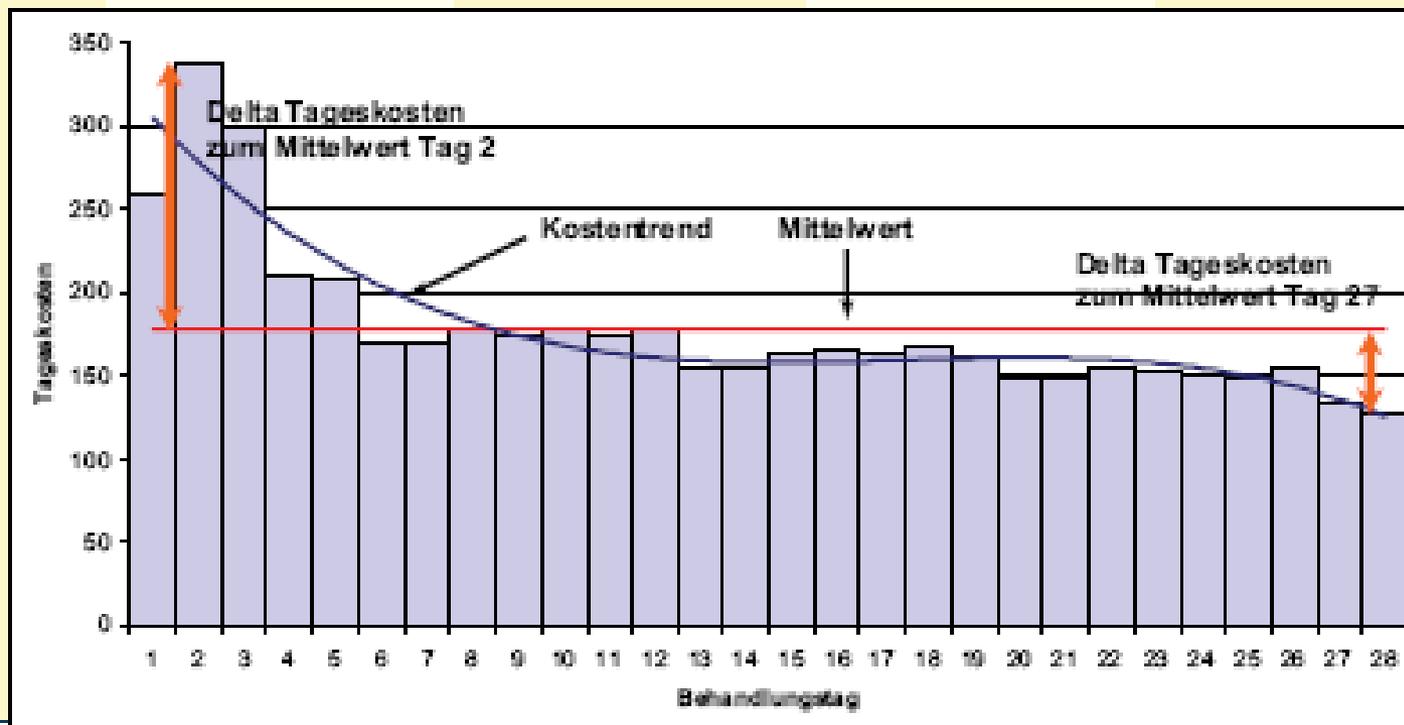
* Insgesamt ca. 20 Klassen

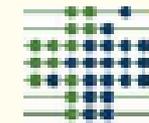


Erste systematische Analysen Diagnosenklassenbasiert: Ergebnisse

Klasse	Name	Tage	Fälle	Alter	HK Kosten
P_A40Z	Organische psychische Störungen (F0*)	46.614	2.078	75,0	77,8%
P_B40Z	Störungen durch psychotrope Substanzen (F1*)	90.347	7.783	43,5	74,8%
P_C40Z	Schizophrenie, schizoforme und wahnhafte Störungen (F2*)	116.429	4.200	44,6	74,3%
P_D40Z	Affektive Störungen (F3*)	211.299	7.016	49,6	71,9%
P_E40Z	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4*)	31.762	1.831	38,8	70,7%
P_F40Z	Verhaltensauffälligkeiten (F5*)	4.353	155	24,8	68,9%
P_G40Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6*)	24.885	1.138	34,3	71,1%
P_H40Z	Intelligenzstörung (F7*)	1.495	122	36,4	74,8%
P_I40Z	Entwicklungsstörung (F8*)	1.390	47	15,8	75,3%
P_J40Z	Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F9*)	15.444	514	12,6	77,3%

Erste systematische Analysen





Erste systematische Analysen

Synopse - Aufbau

- Identische Prä-MDC
- Trennung nach Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, KJP und Psychosomatik wird ähnlich der Psych-PV grundsätzlich beibehalten
- Identifikation von alternativen Merkmalen zur Definition dieser Klassen

Erste systematische Analysen

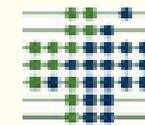
Synopse - Aufbau der Gruppen



Erste systematische Analysen

Synopse - Aufbau

- Sortierung gewinnt an Bedeutung, da Tage mehr als ein Merkmal aus den Basis-Definitionen tragen können
- Beispiel: Minderjähriger Patient mit Cannabis-Abhängigkeit
 - Fachabteilung: KJP
 - Hauptdiagnose: F12.2
- Erfüllt sowohl die Bedingung der Basis-Klasse „KJP“ als auch der Basis-Klasse „Sucht“
- Eingruppierung erfolgt aufgrund der Kostenhierarchie in die Basis-Klasse „KJP“



InEK

Erste systematische Analysen

Synopse - Aufbau

Weitere Differenzierungsebenen:

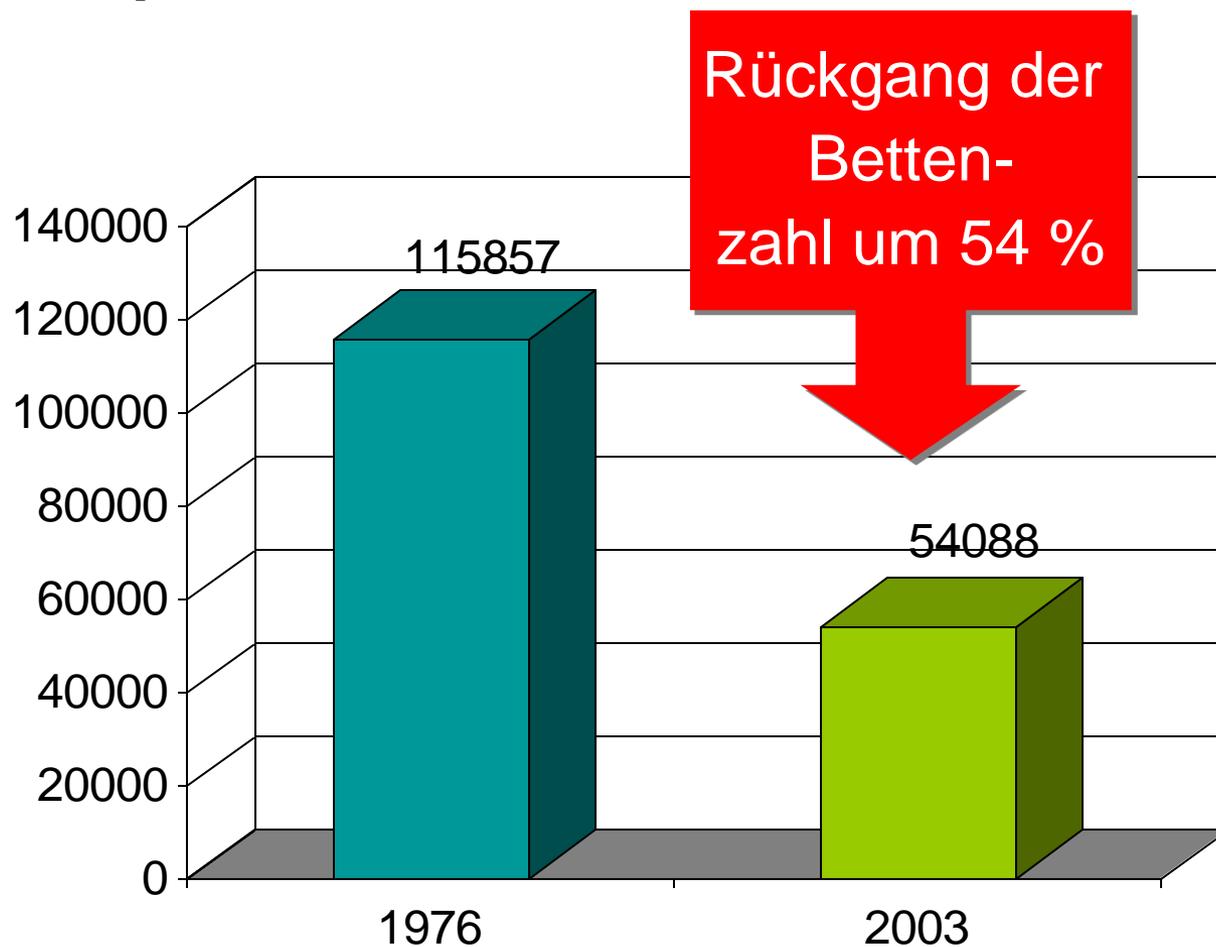
- Aufenthaltswoche
- Art der Behandlung (anhand TE-Kodes):
 - Regelbehandlung
 - Intensivbehandlung
 - Psychotherapeutische Komplexbehandlung
 - Psychosomatisch-psychoth. Komplexbehandlung
- Diagnosen



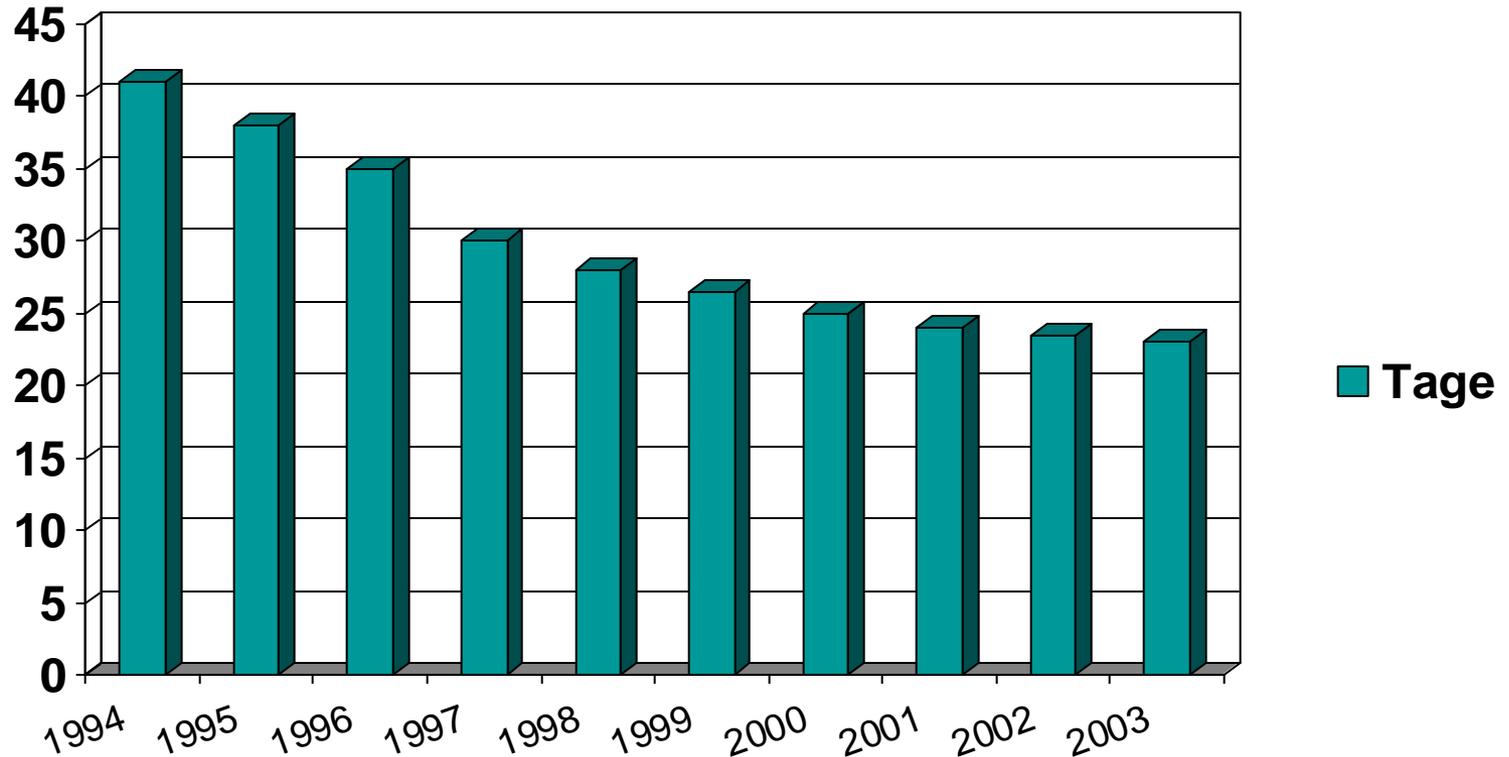
Pflegesätze nach Bundesländern (Fallgewichtung)



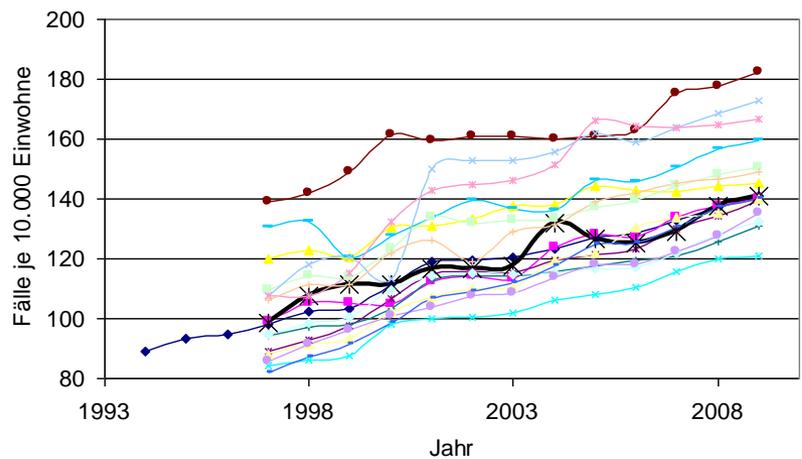
Rückgang der Bettenzahlen in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 1975 - 2003



Allein in den letzten 10 Jahren annähernd Halbierung der Verweildauern

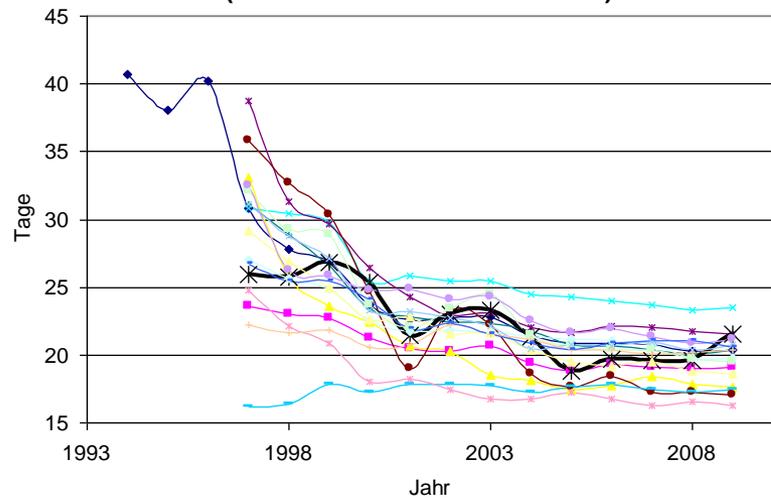


Krankenhausthäufigkeit mit psychiatrischer Hauptdiagnose vollstationär (statistisches Bundesamt 2011)



- ◆ D
- BB
- ▲ BE
- ✦ BW
- ✧ BY
- HB
- ◆ HE
- ✱ HH
- MV
- ◆ NI
- NW
- ▲ RP
- ✦ SH
- ✧ SL
- SN
- ◆ ST
- TH

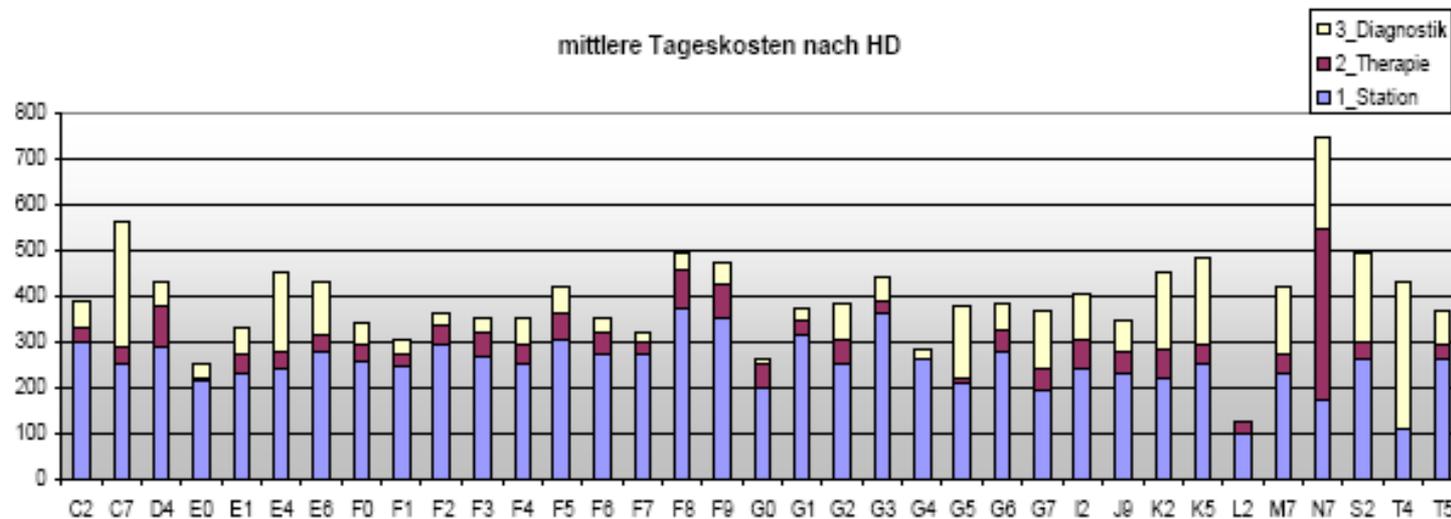
Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Bundesländern (statistisches Bundesamt 2011)



- ◆ D
- BB
- ▲ BE
- ✦ BW
- ✧ BY
- HB
- ◆ HE
- ✱ HH
- MV
- ◆ NI
- NW
- ▲ RP
- ✦ SH
- ✧ SL
- SN
- ◆ ST
- TH

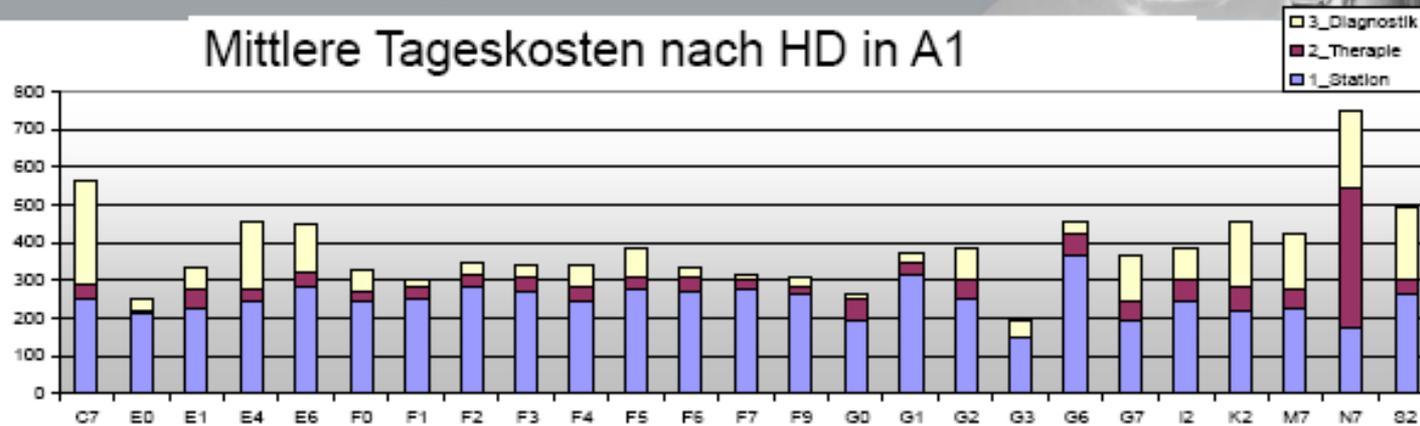
Darstellung Kostenblöcke

- ▶ Egal auf welche Darstellungen sich Auswertungen beziehen, der Kostenanteil der Station ist stets am höchsten
- ▶ Bei somatischen Hauptdiagnosen ist der Anteil der Kosten für Diagnostik höher als bei F-Hauptdiagnosen

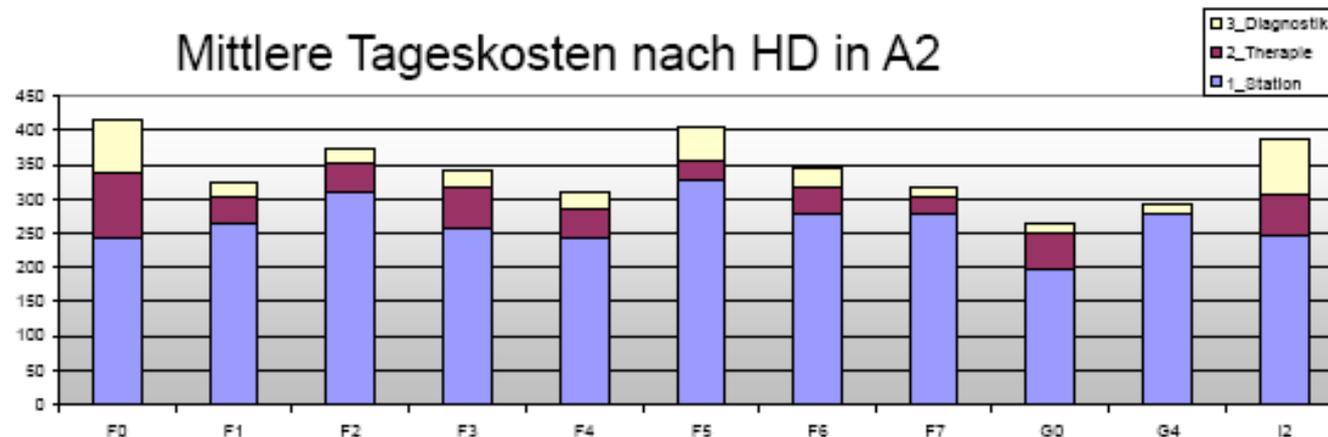


Darstellung Kostenblöcke II

Mittlere Tageskosten nach HD in A1

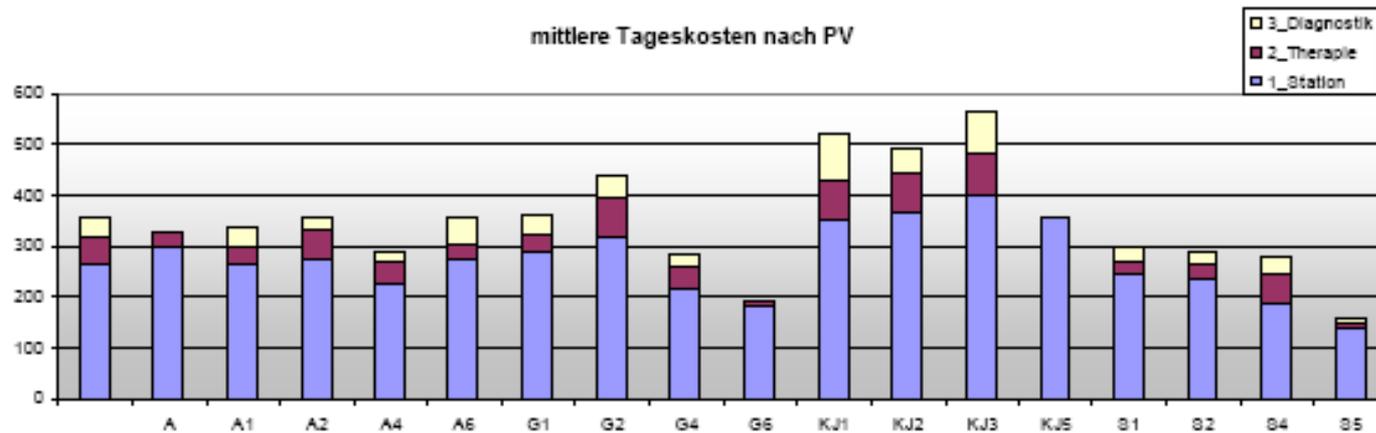


Mittlere Tageskosten nach HD in A2

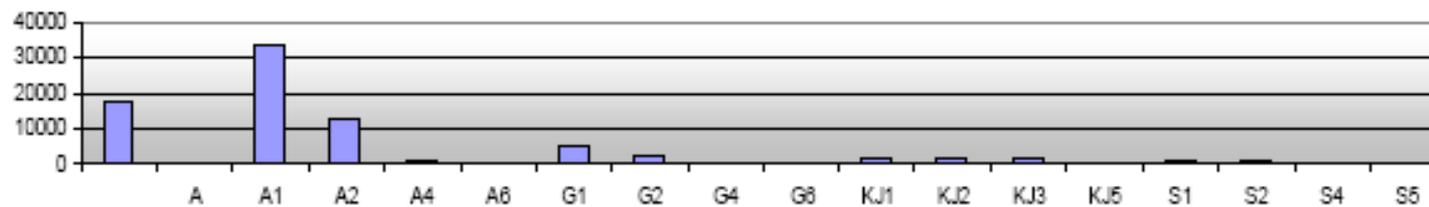


Darstellung Kostenblöcke III

mittlere Tageskosten nach PV

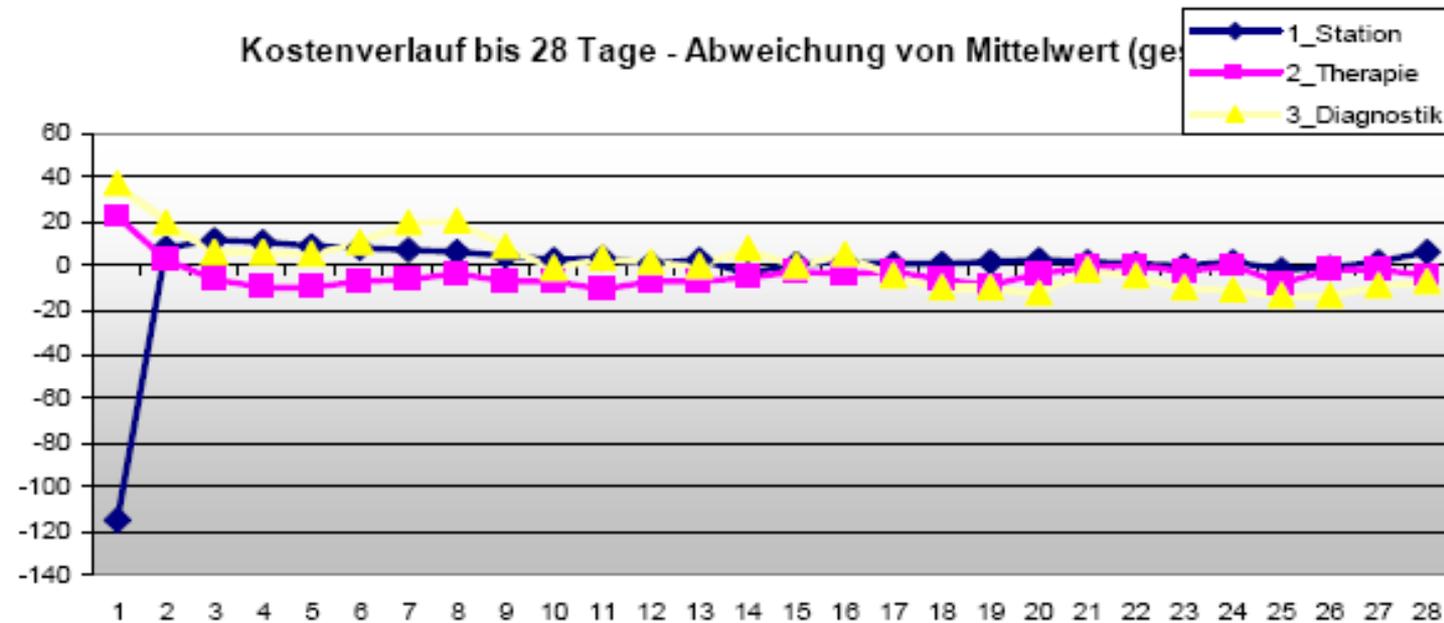


Fallzahl nach PV



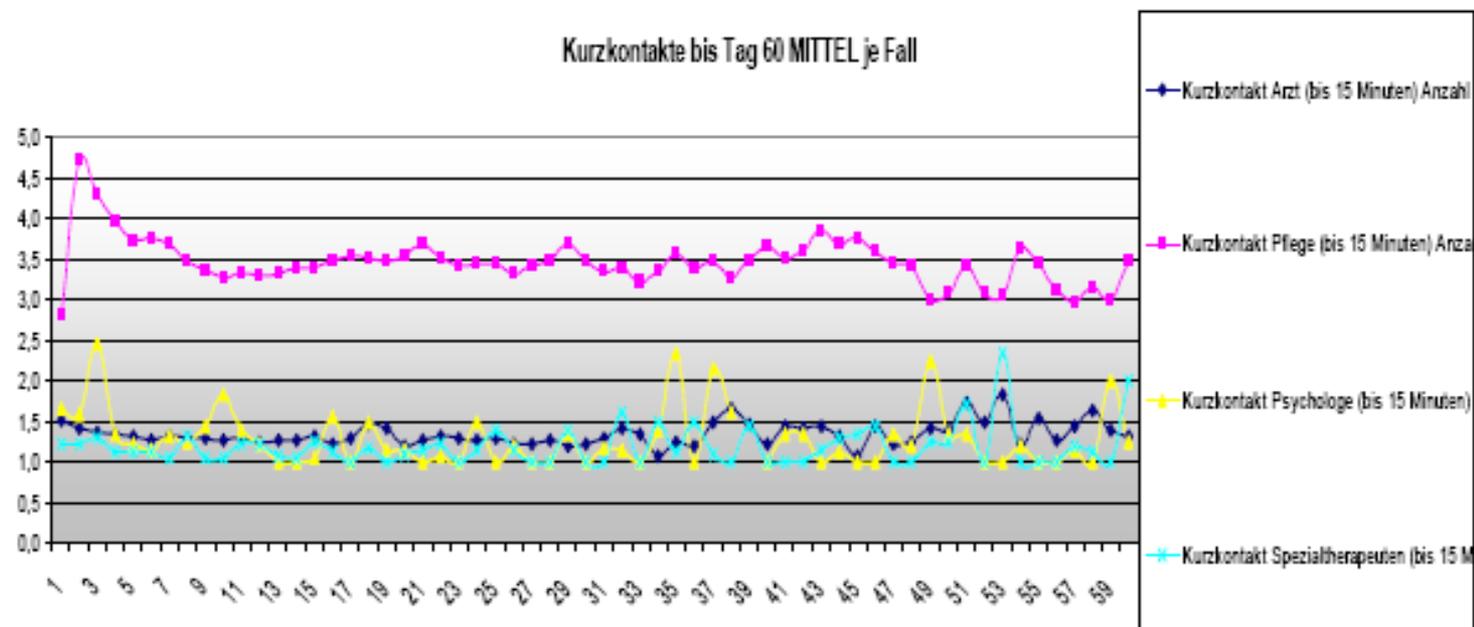
Zeitverlauf

Im Verlauf nimmt der Anteil der Diagnostik gegenüber der Therapie ab



Zeitverlauf - Kurzkontakte

Als Kurzkontakte wurden intern alle Kontakte gewertet, die therapeutischen Charakter haben, die Dauer von 5 Minuten überschreiten aber keine vollständige Therapieeinheit ergeben



3. Parallel zur Entgeltentwicklung nach § 17d sollten weiterhin Modellprojekte und integrierte Versorgungsverträge gefördert werden. Wesentlich dabei ist jedoch eine wissenschaftlich fundierte Evaluation, um den Prüfaufträgen gerecht zu werden und entscheiden zu können, welche Modelle für welche Patientengruppen und welchen Regionen mittelfristig bis langfristig sinnvoll integriert werden können.
4. Zur Versachlichung der kontroversen Diskussion bezüglich der Weiterentwicklung des Entgeltsystem nach § 17 d als auch der qualitativen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sind Datenerhebungen auch sektorübergreifend erforderlich.

5. Auch wenn die Prävalenz bestimmter Störungsbilder zunimmt (Depression, Angststörungen) und vor allem das Hilfesuchverhalten verstärkt ist und damit eine Kostenzunahme bedingt ist, dürfen Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in Zukunft nicht vom medizinischen Fortschritt und einer qualitativ und quantitativ angemessenen Behandlung ausgeschlossen werden.
6. Das neue Entgeltsystem muss sicherstellen, dass die Konsequenzen aus medizinischen Fortschritt, demographischen Wandel und damit verbundenen höheren Behandlungsbedarf ausreichend finanziert wird.

- sektorübergreifende Fallsteuerung für Krankheitsbildern mit aufwendigen Versorgungsverläufen: Empfehlung für Interventionszeitpunkte, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen kann (Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit, Schweigepflicht!)
-

GSG Consulting GmbH - InKA-Webserver Powered by QlikView - Microsoft Internet Explorer bereitgestellt von Ges. der Alexianerbrü

https://webserver.gsg-consulting.com/accesspoint/

File Edit View Favorites Extras ?

GSG Consulting GmbH - InKA-Webserver Powered by ...

GSG Consulting GmbH
InKA - Intuitive Krankenhaus Analysen

Last updated: Mittwoch, 4. Mai 2011 08:35:33 1 of 1 QVS's is running Logged in as: WEBSEVER\Godemann

Category: All Documents (3) Sort by: Name View: Thumbnails My preferred client: AJAX zero footprint

Rows: All

Rat und Tat - InKA-Technik F.A.Q.

<p>PSY_WL_v001_04.qvw</p> <p>2011-04-11 17:13</p>	<p>Psych-BM Alexianer.qvw</p> <p>2011-03-18 15:28</p>	<p>QV_BM_Psych-MedKo-Demo.qvw</p> <p>2011-04-13 18:02</p>
---	---	---

Ohne Risiken und Nebenwirkungen: Die InKA-Module der GSG Consulting GmbH

Start Begleitforschung - ... WG: Zugangsdaten ... W:\Dateien Godem... Microsoft PowerPoi... GSG Consulting G... Internet 100% 08:37

Was bringt die Konvergenzphase?

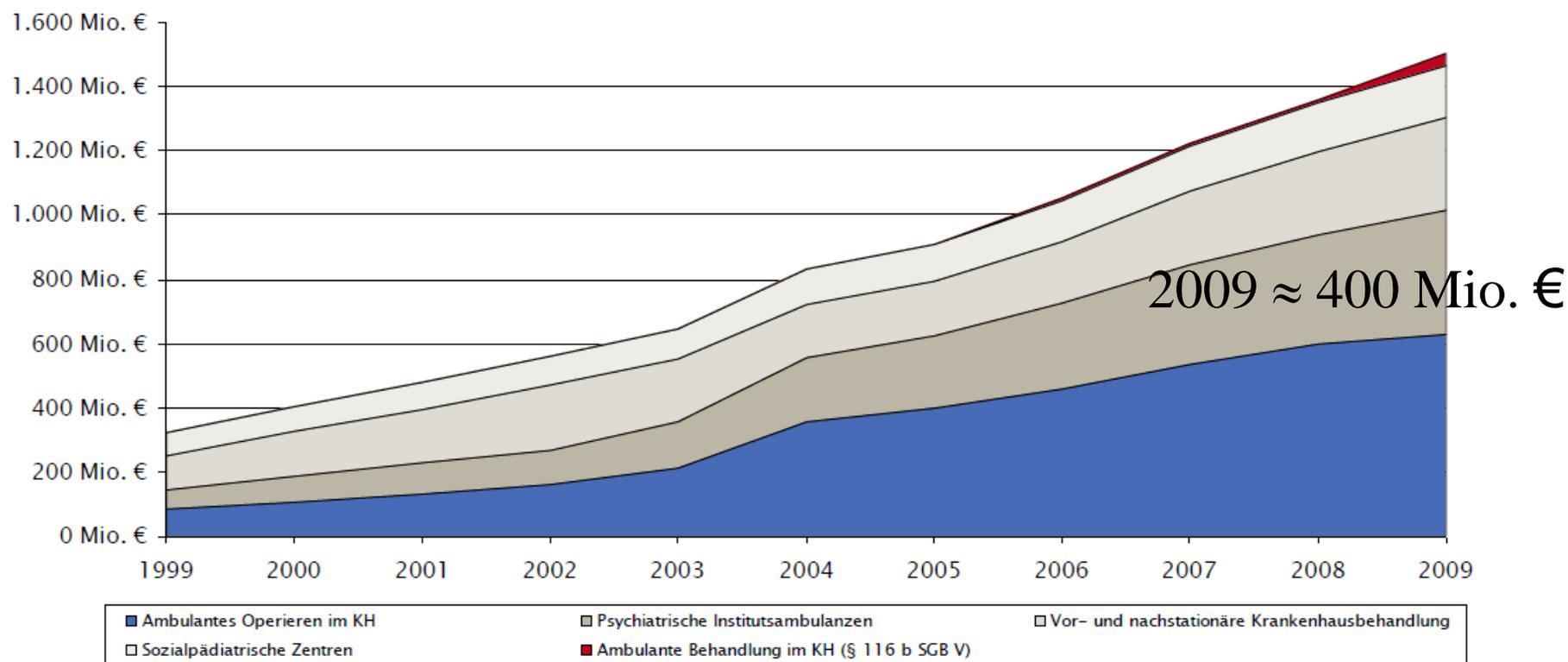
Es gibt Gewinner



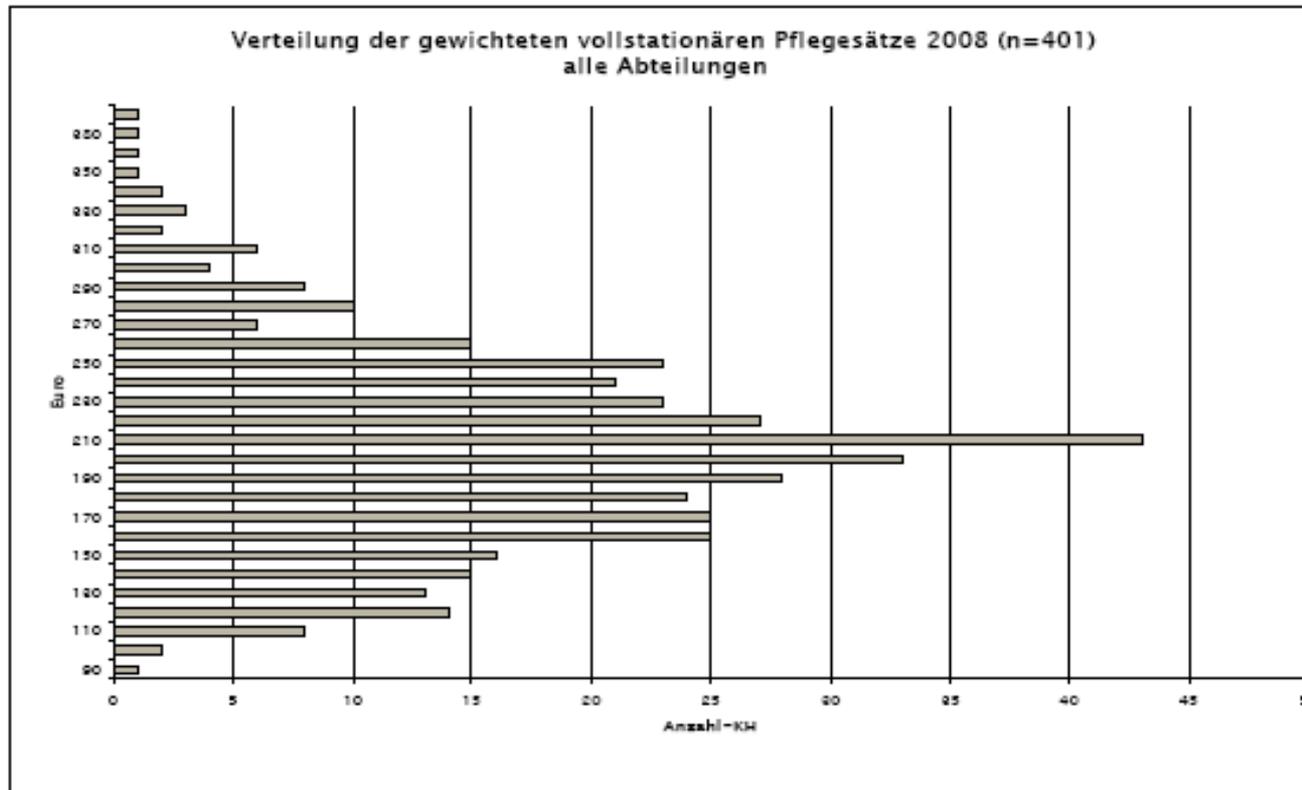
und Verlierer



GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus



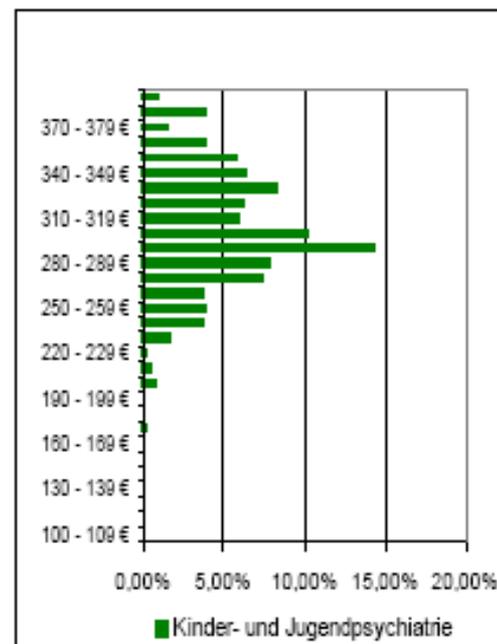
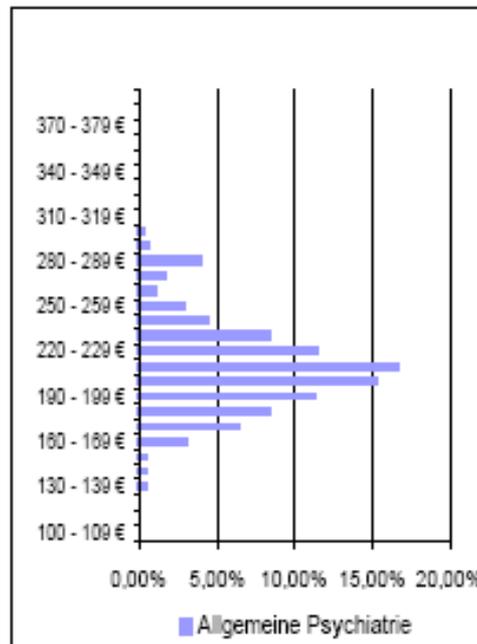
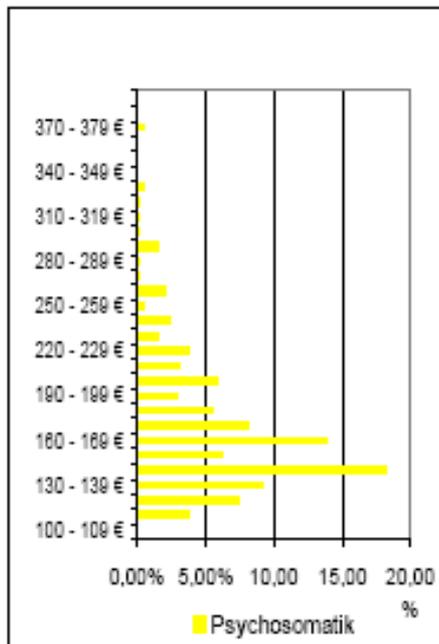
Tagesgleiche Pflegesätze (Häufigkeitsverteilung 2008)



Quelle: Entgeltstrukturdatei der Krankenkassen (ESE-DB) 2008, eigene Darstellung

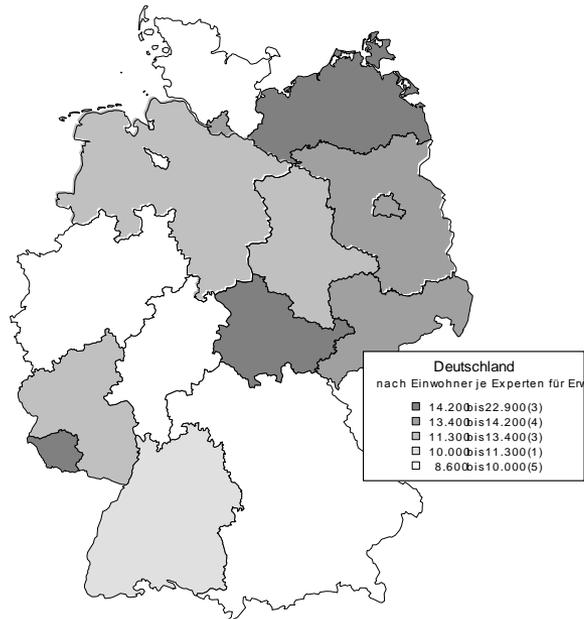
Tagesgleiche Pflegesätze

(Häufigkeitsverteilung gewichtet nach Abrechnungstagen 2008)

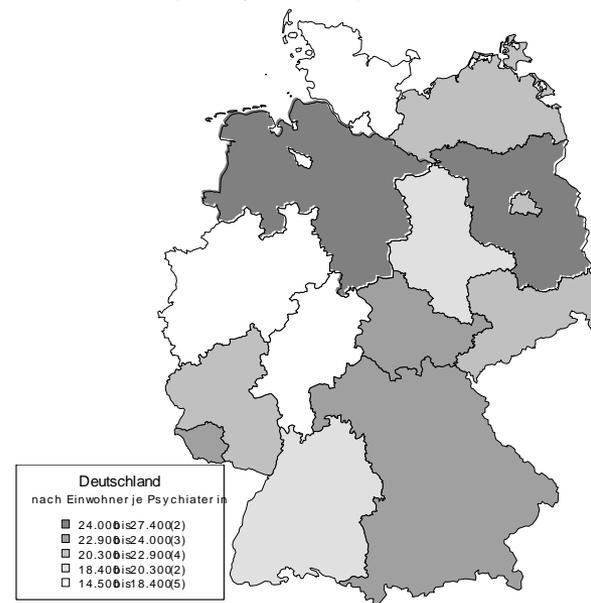


Einwohner je im Krankenhaus tätigen ärztlichen Experten (Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik & Psychotherapie, inkl. Ärzte in Weiterbildung in Fachkliniken) für psychische Krankheiten (Versorgungsgrad) nach Bundesländern im Jahr 2008 (Sonderauswertung des statistischen Bundesamtes)

Einwohner je Experten für Erwachsene



Einwohner je Psychiater (inkl. Nervenheilkunde)



Vollstationäre Belegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose je 10.000 Einwohner nach Bundesländern im Jahr 2007/2009

statistisches Bundesamt

