



Spitzenverband

Einführung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Bundespsychotherapeutenkammer
Berlin 17.03.2010

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung



- 1 KHRG–Auftrag: Psychiatrische Tagespauschalen
- 2 Elemente des Vergütungssystems
- 3 OPS 2010
- 4 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

KHRG–Auftrag (§ 17d KHG)

→ § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG:

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein **durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen.**“

→ Bewertungsrelationen als bundseinheitliche Relativgewichte



Spitzenverband

Prüfaufträge

- Andere Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereich
- Einbeziehung von Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen

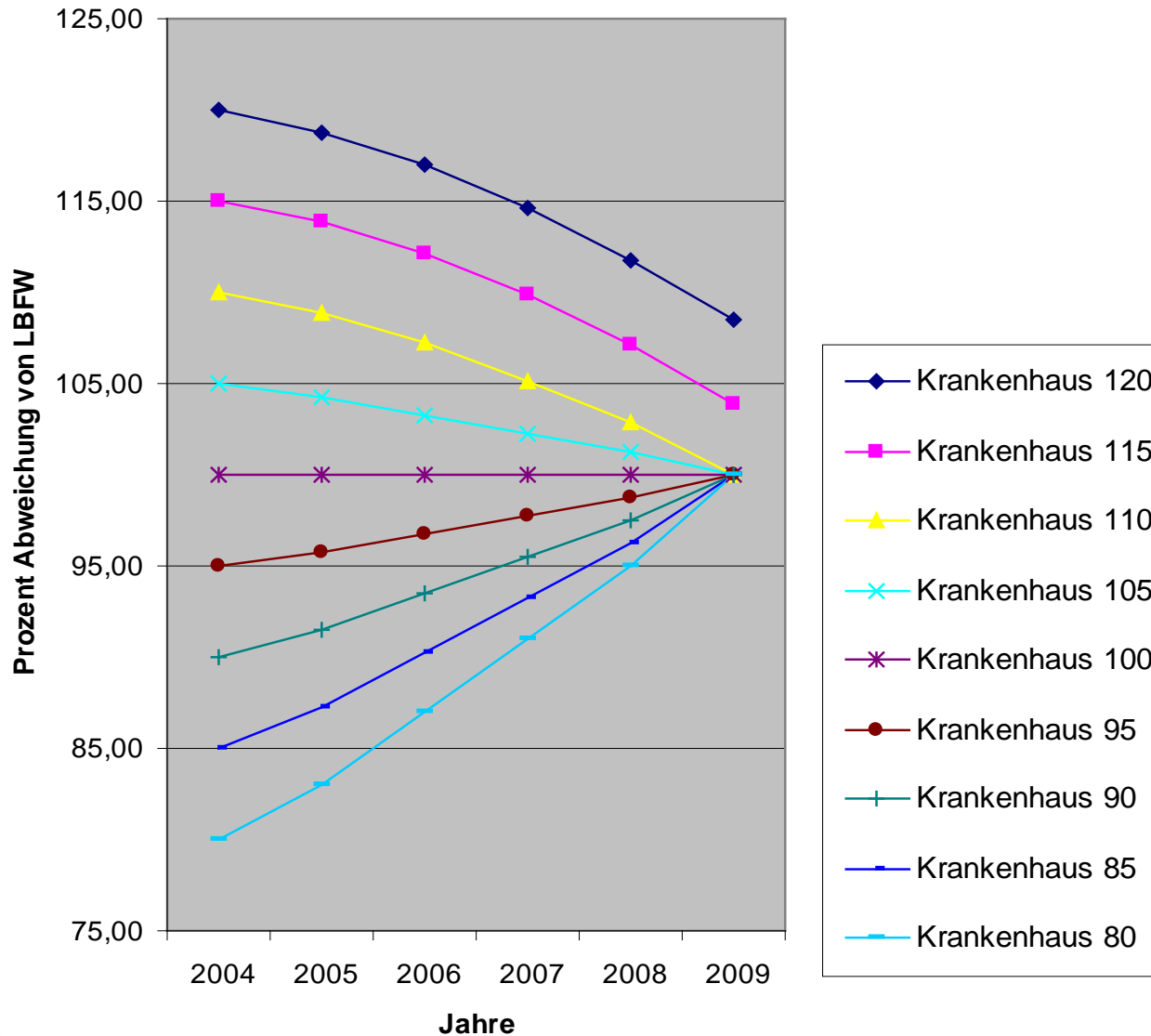
DRG–analoge Regelungen (§ 17d Absatz 2 KHG)

- Abbildung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen
- Möglichkeit von Zusatzentgelten
- Vereinbarung von Gewichten vor Ort, wenn bundeseinheitlich nicht möglich
- Besondere Einrichtungen
- Zu- und Abschläge
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen
- Sicherstellungszuschläge möglich

Projektskizze 17b

- 1999 Parlamentsbeschluss zur DRG-Einführung (§ 17 b KHG)
(10 Zeilen)
- 2000 Entscheidung der Selbstverwaltung für AR-DRGs
- 2002 Festlegung des Ordnungsrahmens im FPG
- 2003 Optionsmodell
- 2004 Budgetneutrale DRG-Abrechnung in allen Häusern

Konvergenz mit Kappung (2. FPÄndG)



Entwicklungsauftrag an das InEK (§ 17d Absatz 3 und 4 KHG)

- Jährliche Weiterentwicklung und Anpassung
- Entwicklungsauftrag an das InEK
- Ausgangspunkt: Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung
- Vereinbarung der Grundstrukturen bis Ende 2009
- Vereinbarung bis 30. September 2012
- Budgetneutrale Einführung für 2013

- Ersatzvornahme durch BMG

Datengrundlage

- Datenlieferung nach § 21 KHG
- „Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die **tagesbezogene Einstufung** der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der **Psychiatrie-Personalverordnung** zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.“ (§ 17d Absatz 9 KHG).

Fahrplan für die Einführung psychiatrischer Tagespauschalen



2013: Budgetneutraler Umstieg

2012: Kalkulation

2011: OPS-Dokumentation

2010: Psych-PV-Doku, OPS-Erweiterung

2009: KHRG-Initialbeschluss, Grundzüge

Bewertung aus Kassensicht

- Der 17d ist das Beste im KHRG.
- Der gesetzliche Auftrag kann von der Selbstverwaltung bewältigt werden.
- Die Bezüge zur (normativen) PsychPV sind eher ein Hindernis für die streng empirische Berechnung von Relativgewichten.
- Die Einbeziehung psychiatrischer Institutsambulanzen ist kurzfristig unwahrscheinlich.

Gang der Handlung



- 1 KHRG–Auftrag: Psychiatrische Tagespauschalen
- 2 Elemente des Vergütungssystems
- 3 OPS 2010
- 4 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

Systemelemente der Vergütung

1. Klassifikation
 2. Grupper-Definition
 3. Zusatzentgelte
 4. Abrechnungsregeln
 5. Kalkulationshandbuch
 6. Kodierregeln
 7. Besondere Einrichtungen
 8. Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen
- ➔ ... und vieles mehr (Qualitätssicherung, strukturierter Dialog zur Weiterentwicklung,....)

Systemelement 1: Klassifikationen

- Das Vergütungssystem erkennt nur, was im Rahmen definierter Klassifikationen kodiert wurde. Aber: Mehr Kodierung bedeutet insgesamt nicht mehr Geld für die Psychiatrie.
- Die Klassifikationshoheit liegt nicht bei der Selbstverwaltung.
- Der ICD ist schwerer zu ändern als das Grundgesetz. Also hängt alles am OPS. Dieser muss aufwandshomogene Gruppen schaffen, ohne zur Einzelleistungsvergütung zu werden.
- Evtl. müssen auch weitere Klassifikationen angepasst werden (z.B. Aufnahmegrund: Einweisung nach PsychKG).

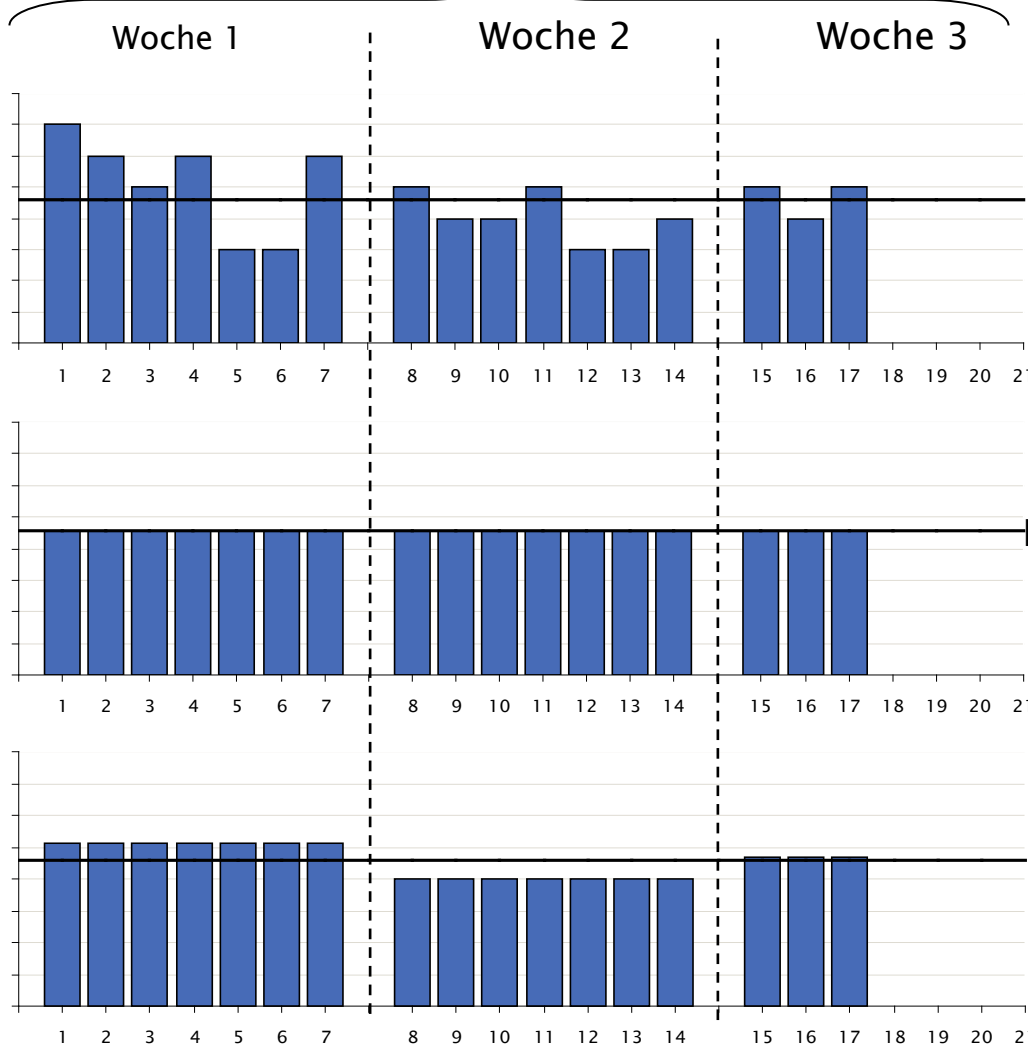
Systemelement 2: Grouper-Definition

- Der Grouper ist das Herzstück des Vergütungssystems. Er verdichtet die Unendlichkeit von Diagnose- und Prozedurenkombinationen auf eine handhabbare Gruppenszahl.
- Man versteht den Grouper in der Regel nicht.
- Die Weiterentwicklung des Groupers basiert ausschließlich auf empirischen Daten.

Vergütungsvarianten der Tagespauschale

Tages-, Wochen- oder Fallgroupierung

Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



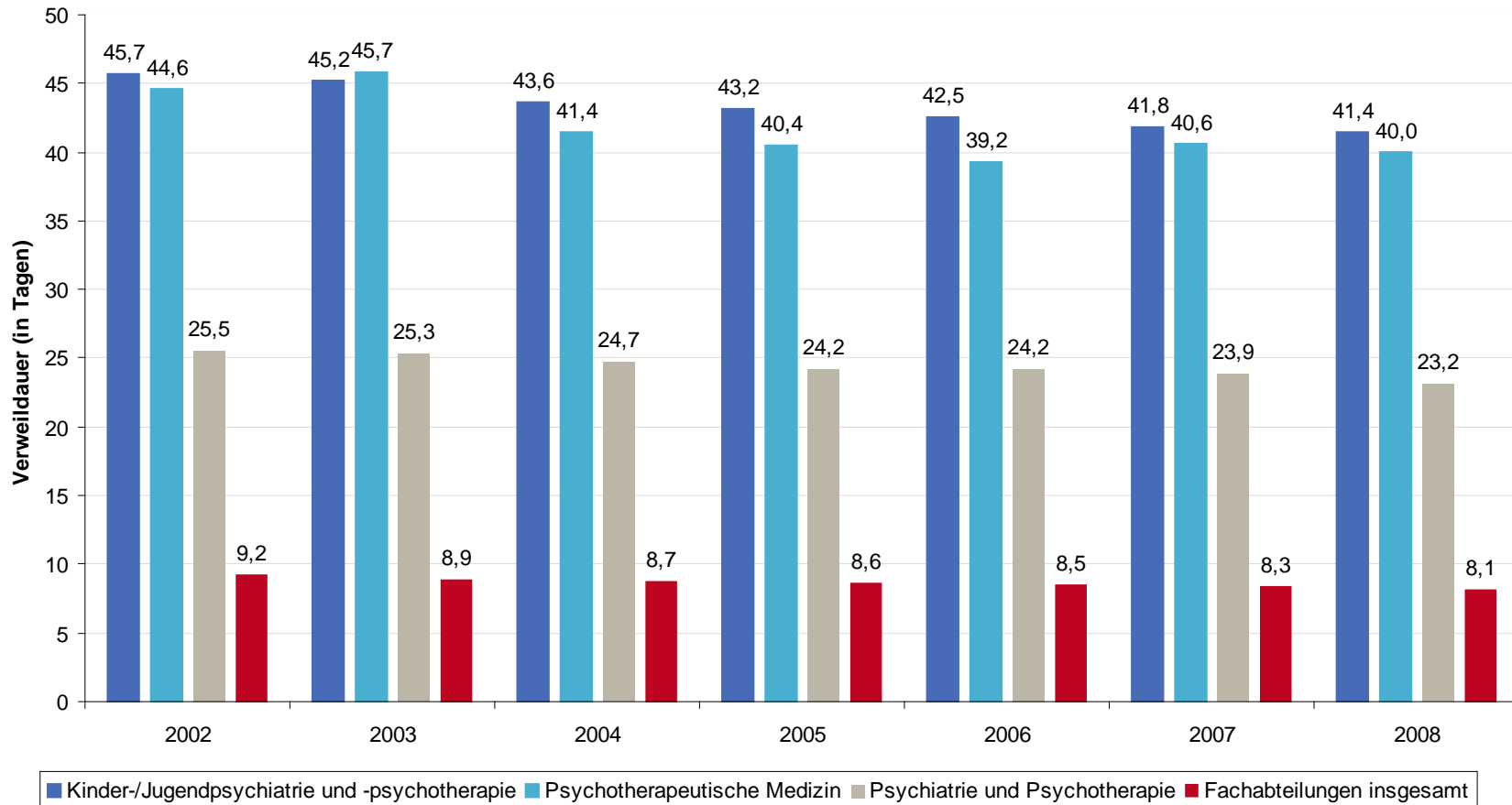
Tagespauschale:
täglich wechselnd

Tagespauschale:
pro Fall (Gesamtdurchschnitt)

Tagespauschale:
pro Fall (Wochendurchschnitt)

Verweildauerentwicklung (1)

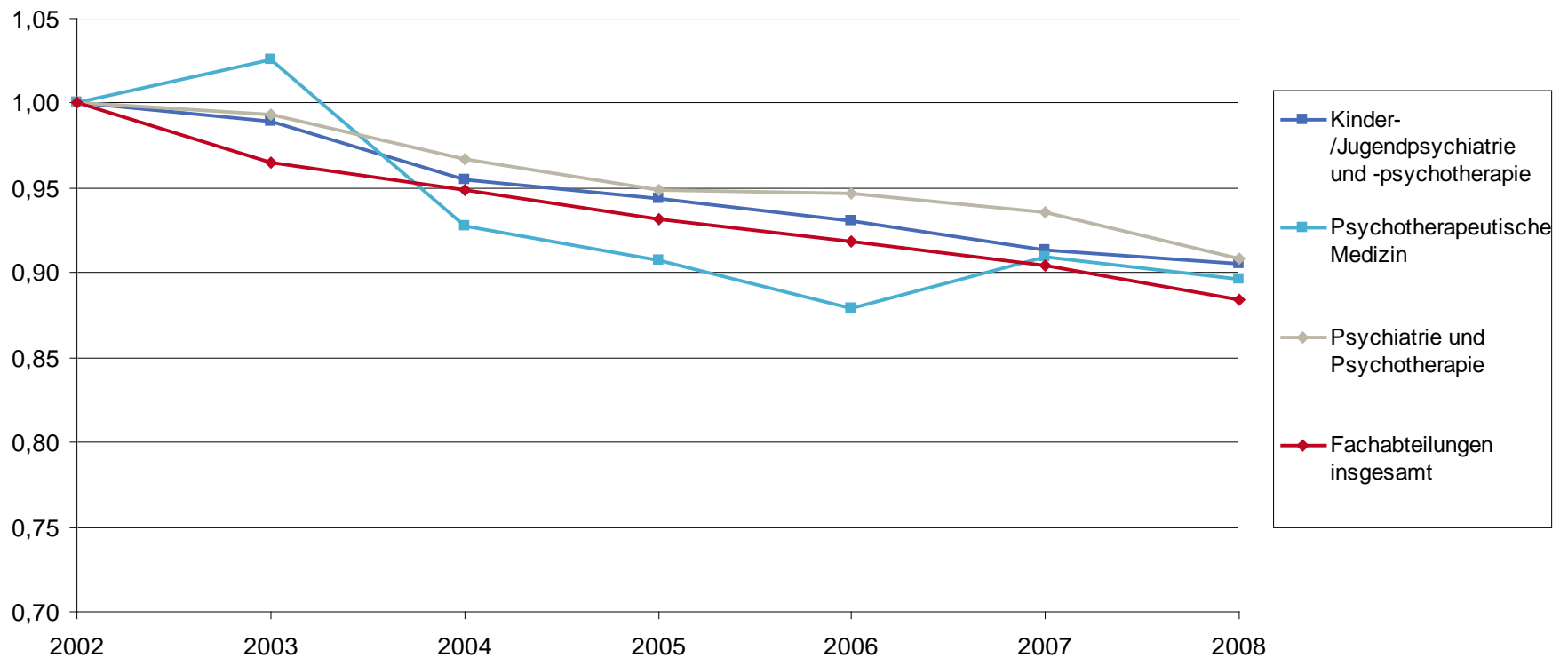
Psychiatrische Fachabteilungen vs. Fachabteilungen insgesamt



Quelle: destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 der Jahre 2002–2008, eigene Darstellung

Verweildauerentwicklung (2)

Psychiatrische Fachabteilungen vs. Fachabteilungen insgesamt

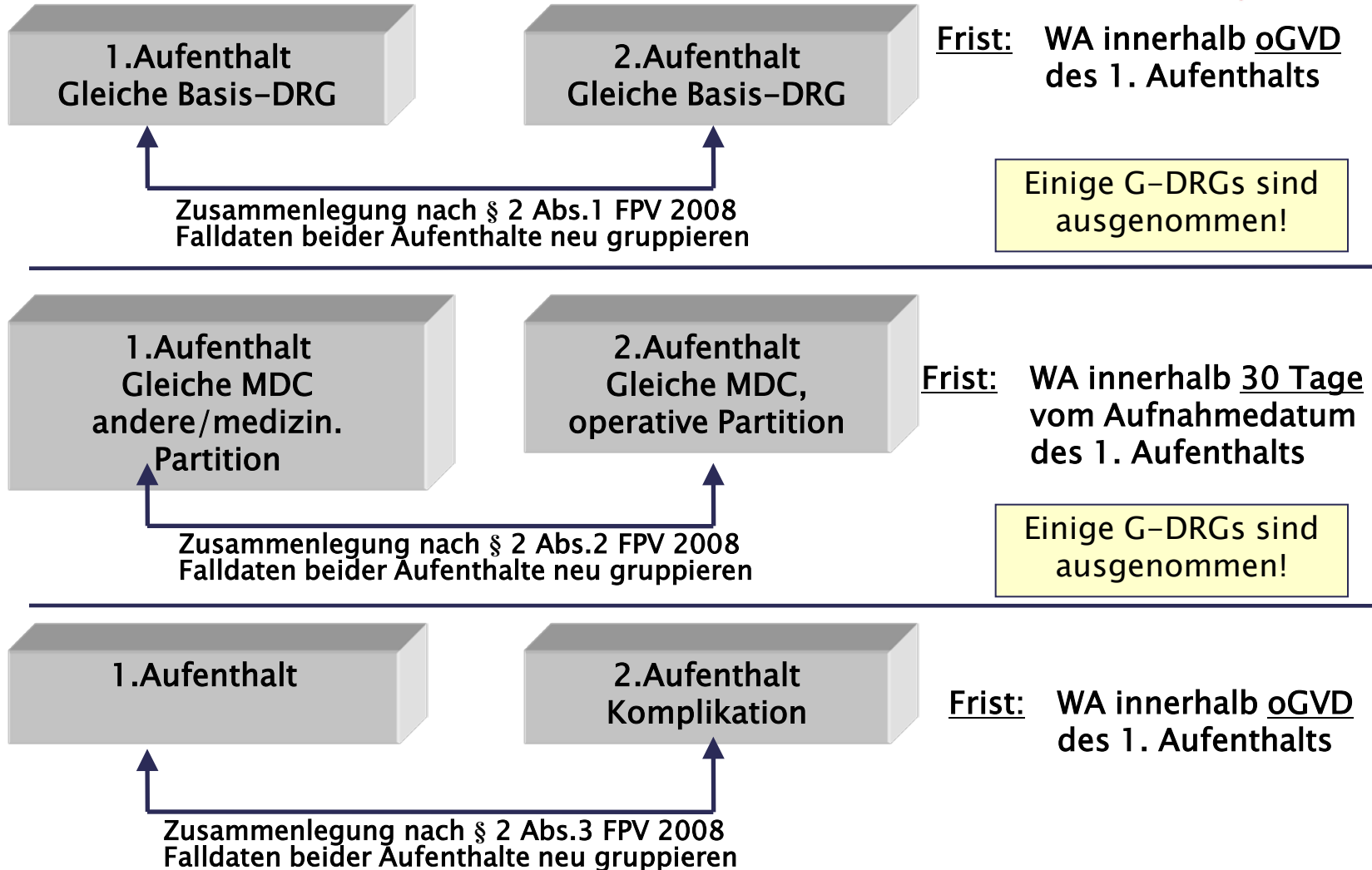


Quelle: destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 der Jahre 2002–2008, eigene Darstellung

Systemelement 3: Zusatzentgelte

- Zusatzentgelte bringen kein zusätzliches Geld.
- Zusatzentgelte können die Anzahl der DRGs reduzieren, wenn eine Leistungen (z.B. ein Medikament) in Kombination mit vielen Basis-DRGs erbracht wird.
- Für Zusatzentgelte gelten vergleichsweise strenge Anforderungen (Schwellenwerte)
- Zusatzentgelte dürften in der Psychiatrie eine eher untergeordnete Rolle spielen

Systemelement 4: Abrechnungsregeln (vgl. FPV 2009)



Systemelement 5: Kalkulationshandbuch

- Das Kalkulationshandbuch war von Anfang an ein Schmuckstück des deutschen DRG-Systems.
- Jeder Fall wird kalkuliert. Tagespauschalierung könnte bedeuten, dass auch jeder Tag eines Fall kalkuliert werden muss.
- Die Anforderungen an die Kalkulation sind über die Jahre stark gestiegen (mehr direkte Kostenzurechnung statt Schlüsselung über innerbetriebliche Leistungsverrechnung).
- Für die Psychiatrie wird es zunächst ein eigenes Kalkulationshandbuch geben.

Fallkalkulation analog zu DRGs

- im Grundsatz wie bei der DRG-Kalkulation incl. Finanzierung: Teilnahme freiwillig und mit einer Aufwandsentschädigung alimentiert.
- Jeder Fall wird kalkuliert.
- Auswahl der Pretesthäuser ist bereits erfolgt.
- Kalkulationshandbuch im 2. Halbjahr 2010
- 17 b/d-Mischeinrichtungen sollen beide Bereich kalkulieren (Ausnahmeregelung falls Betten ganz überwiegend im 17 d-Bereich)

Systemelement 6

Kodierregeln

- Deutsche Kodierrichtlinien entstanden zunächst als Übertragung der australischen Kodierrichtlinien.
- Kodierregeln werden auf Spitzenverbandsebene vereinbart.
- Die bisherigen Kodierregeln für psychiatrische Erkrankungen sind sehr übersichtlich (vgl. Kapitel 5 „Psychische und Verhaltensstörungen“ der speziellen Kodierrichtlinien 2009).
- Es wird zunächst separate Kodierrichtlinien für die Psychiatrie geben, aber Teile der DKR haben ebenfalls Gültigkeit.

Systemelement 7: Besondere Einrichtungen

- Besondere Einrichtungen (ggf. auch Abteilungen) können vom DRG-System ausgenommen werden.
- Zum Teil keine Einigung zwischen den Spitzenverbandspartnern und deshalb BMG-Ersatzvornahme
- Besondere Einrichtungen sind z.B. Einrichtungen für Schädel-Hirnverletzte; Kinderkrankenhäuser sind inzwischen keine besondere Einrichtungen mehr.
- Der Begriff „Besondere Einrichtung“ hat eine gewisse Anziehungskraft.

Systemelement 8: Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen

- InEK prüft, ob NUB schon in der Kalkulation der DRGs berücksichtigt ist.
- Stetig steigende Anzahl von Anfragen (2009 über 11.000).
- In 2009 6795 Anfragen (87 NUBs) mit Status 1 (Angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen. Eine Integration in das DRG-System wird geprüft)
- Relevanz für Psychiatrie derzeit unklar.

Gang der Handlung



- 1 KHRG–Auftrag: Psychiatrische Tagespauschalen
- 2 Elemente des Vergütungssystems
- 3 OPS 2010
- 4 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

OPS 2010

- ➔ Konsens: Eine OPS-Erweiterung ist zur Abbildung der psychiatrischen Versorgung notwendig.
- ➔ Tendenz zum zweistufigen Vorgehen: erste Erweiterung für 2010, zweite Erweiterung für 2011.
- ➔ Seit Frühjahr 2009 Diskussion in diversen Konstellationen (BMG, DIMDI, InEK, DKG, GKV, Fachgesellschaften,...)
- ➔ Finale Entscheidung und Bekanntmachung durch DIMDI

Abbildung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen im OPS-Katalog 2010

Einrichtungen im
Geltungsbereich des
§ 17 b KHG

wie bisher, z.B. Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologischer und psychotherapeutische Therapien
9-40 ...9-41

Einrichtungen im
Geltungsbereich des
§ 17 d KHG

Neu ab 2010 , ausschließlich für „§ 17d“
9-60 ..9-69

Einrichtungen,
die im Anwendungsbereich der
Psych-PV liegen

Neu ab 2010 , unabhängig von der Stichtagserhebung zur Personalbemessung: Übermittlung der Einstufung bei Aufnahme und bei jedem Wechsel als OPS : **9-98..9-99**

Psych-PV-Gruppen im OPS 2010

	Allgemeine Psychiatrie		Abhängigkeits- kranke		Geronto- psychiatrie	
Regelbehandlung	9-980.0	A1	9-981.0	S1	9-982.0	G1
Intensivbehandlung	9-980.1	A2	9-981.1	S2	9-982.1	G2
Rehabilitation	9-980.2	A3	9-981.2	S3	9-982.2	G3
Langdauer Behandl.	9-980.3	A4	9-981.3	S4	9-982.3	G4
Psychotherapie	9-980.4	A5	9-981.4	S5	9-982.4	G5
Tagesklinik Behandl.	9-980.5	A6	9-981.5	S6	9-982.5	G6

Psych-OPS 2010 (Ausschnitt 1)

- **9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**
- Exkl.: Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)
- Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62)
- Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)
- Hinw.: Ein erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen beim Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren
- Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung) werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert
- Sofern Therapieverfahren an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen
- Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit
- Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer ¼ Therapieeinheit. Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 9 Patienten begrenzt
- **TherapiedauerEinzeltherapieGruppentherapie**Mindestens 25 min1 Therapieeinheit¼ TherapieeinheitMindestens 50 min2 Therapieeinheiten½ TherapieeinheitMindestens 75 min3 Therapieeinheiten¾ Therapieeinheitu.s.w.
- Leistungen, die durch Mitarbeiter in Ausbildung erbracht werden (Psychologen im Praktikum (PiP, PiA), (Kinder-)Krankenpflegeschüler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter im Anerkennungsjahr etc.) werden bei der Berechnung der Therapieeinheiten nicht berücksichtigt
- Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Es ist für jede Berufsgruppe der entsprechende Kode anzugeben
- Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden
- Mindestmerkmale:
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachkräfte
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation)
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierte Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachkräfte gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche
 - Behandlung durch die spezialisierte psychiatrische Pflege (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training oder psychophysiologischen Techniken wie Biofeedback)
 - Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
 - Übende Verfahren und Hilfefkoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und psychologische Gespräche (z.B. Visite) und die somatische und psychiatrische Grundpflege. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Anwendung der Verfahren der ärztlich-psychologischen Berufsgruppen und der anderen Berufsgruppen

Psych-OPS 2010 (Ausschnitt 2)

- **9-602** Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
- 9-602.0 $\frac{1}{4}$ bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.1 Mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.2 Mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.3 Mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.4 Mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.5 Mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.6 Mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.7 Mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.8 Mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.9 Mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.a Mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.b Mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.c Mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche

Bewertung durch die GKV

- Den Deutschen ist es nicht gegeben, einfache Lösungen zu finden.
- Zu starke Inputorientierung (tautologische Gruppenbildung, Anreize zur Leistungsausweitung, Selbstkostendeckung in neuem Gewand)
- Der Wochenbezug ist richtungweisend für die Groupierung
- Eine Revision ist sinnvoll, wird aber zu keinem völlig anderem System führen.

Intensitätsstufen im OPS 2010

Behandlungsarten

- Regelbehandlung
- Intensivbehandlung
- Psychotherapeutische Komplexbehandlung
- Psychosomatisch–psychotherapeutische Komplexbehandlung
(standardisierte Diagnostik; somatisch–medizinische Aufnahmeuntersuchung; fachärztliche Visite)
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen

17 d-Bereich im OPS 2010

Gemeinsamkeiten der neuen OPS-Codes 9-60..9-69

- Nur für Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d
- Mindestmerkmale zur Struktur- und Prozessqualität (z.B. multiprofessionelles Team, fachärztliche Leitung)
- Wochenweise Erfassung der Therapiedauer, unterschieden nach vier Berufsgruppen :
 - Ärzte, Psychologen, Spezialtherapien, Pflege
- Definition der anwendbaren Therapien und Berufsgruppen

Unterjährige OPS–Revision 2010

- ➔ Vorbedingungen des BMG
 - Gemeinsamer Vorschlag der Selbstverwaltung
 - Überleitbarkeit der Codes vor und nach 1.7.2010
 - Frist 15.2.2010

- ➔ Gemeinsamer Vorschlag von GKV, PKV und DKG:
 - Therapieeinheiten unabhängig von Komplexcodes
 - Zusammenfassung von Berufsgruppen

- ➔ Unterjährige OPS–Revision schwer prognostizierbar

Leistungsabbildung zu stark inputorientiert

- Kodes in „25 Minuten-Schritten“ zwar sehr exakt, aber inhaltsleer.
- Aussage zur zeitlichen Bindung von Personal bestimmter Lohngruppen
- Anreizproblematik: Maximierung des Personaleinsatzes belohnt, Behandlung in drei statt vier Wochen ökonomisch nicht lohnenswert, kein Anreiz zur Kostensenkung, Selbstkostendeckung in neuem Gewand
- Achtung: Inputorientierung lässt sich durch OPS-Revision in 2010 nicht lösen.

Gang der Handlung



- 1 KHRG–Auftrag: Psychiatrische Tagespauschalen
- 2 Elemente des Vergütungssystems
- 3 OPS 2010
- 4 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

„Psych-Grundlagenvereinbarung“

- Gesetzesvorgabe: Selbstverwaltungspartner vereinbaren Grundstrukturen bis Ende 2009.
- Zahlreiche Diskussionsrunden. Keine Einigung in der Jahresmitte über Initialmaßnahmen.
- Einigung im Spitzengespräch am 17.11.2009.
- Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

Neue Psych-Entgelte am Start

*Die Einigung auf Grundstrukturen
aus Sicht der Krankenkassen*



Psych DRG

■ Dr. A. Haas, Dr. W.-D. Leber

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) sind neue Regelungen für die Vergütung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik geschaffen worden. Der neue § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) enthält einen umfangreichen Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten mit budgetneutraler Umsetzung für das Jahr 2013. Die Entwicklung und Anpassung des Systems wird im Wesentlichen durch das DRG-Institut (InEK) zu leisten sein. Als Ausgangspunkt sind die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu nutzen.

Die neuen Entgelte sind 2013 budgetneutral einzuführen. Der Zeitplan, der sich aus dieser gesetzlichen Vorgabe ergibt, ist eng (Abb. 1). Das System muss in 2012 auf der Basis



Januar 2010

Eckpunkte der Psych-Entgelt- Vereinbarung vom 30.11.2009

- Erwähnung der PsychPV-Umsetzung unter Wahrung der Rechtspositionen
- InEK-Beauftragung analog zum DRG-System
- Datenübermittlung PsychPV via 301
- Zeitplan gemäß gesetzlicher Vorgabe
- Gemeinsame Initiative gegenüber BMG zwecks OPS-Revision zum 01.07.2010

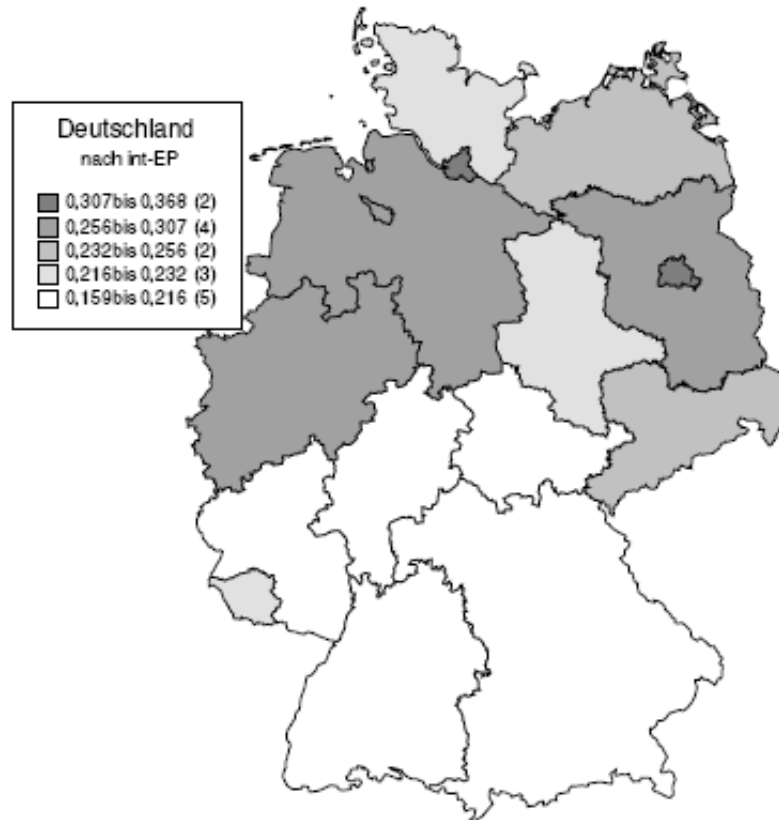
OPS-Kodierung bis 01.07.2010 sanktionsfrei

- § 1 Abs. 6: „Die Vertragspartner treten kurzfristig an das Bundesministerium für Gesundheit heran, um eine unterjährige Revision der OPS-Kodes für den Geltungsbereich nach § 17 d KHG des amtlichen OPS Version 2010 mit einer Reduktion des Dokumentations- und Administrationsaufwandes zum 1. Juli 2010 zu erreichen. Aus diesem Grunde wird im 1. Halbjahr 2010 auf Sanktionen bei fehlender oder fehlerhafter Übermittlung der OPS 9–60 bis 9–69 sowie 1–903 und 1–904 verzichtet. Die Rechnung darf nicht aus diesem Grund abgewiesen werden.
- Achtung!
- Der OPS ist nicht ausgesetzt.
 - Sanktionsfreiheit bezieht sich nicht auf Psych-PV-Ziffern
 - Die Nichtkodierung ist „rechtswidrig, aber straffrei“
 - Allen Häusern kann man die Kodierung nur empfehlen – insbesondere den Kalkulationshäusern

§ 3 Psych-PV-Einstufung

- ➔ Kodierung und Übermittlung via 301-DTA ab 01.01.2010.
- ➔ § 3 Abs. 2:
„... Die Vertragspartner beabsichtigen zum Zwecke der Systementwicklung eine ergänzende gemeinsame Empfehlung für die Psych-PV-Eingruppierung bis Ende 2009 bereit zu stellen.“
- ➔ Ausschließliche Verwendung für das neue Vergütungssystem, also
 - nicht für Verhandlung der Krankenhausbudget
 - nicht für Einzelfallprüfung

Regionale Variabilität der Intensivbehandlung



Erwachsene in A2/S2/G2

→ Bedarfsillustration für
Psych-PV-
Einstufungskriterien

Fritze 2009
Daten einer Kooperationsgemeinschaft von im Jahr
1991 81 und 2008 248 Einrichtungen



Spitzenverband

Empfehlungen zur Psych-PV

„Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17 d KHG“

Vom 18.12.2009

Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

§ 4 Kodierrichtlinien

- „... Die erste Ausfertigung dieser Richtlinien wird zur Anwendung und Schulung ab 01.01.2010 veröffentlicht.“
- Stress in der Selbstverwaltung
- „Deutsche Kodierrichtlinie Psychiatrie/Psychosomatik 2010“ im Januar 2010 veröffentlicht.
- Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

§ 5 Kalkulation

- Im Grundsatz wie bei der DRG-Kalkulation incl. Finanzierung
- Pretest im 1. Halbjahr 2010
Probekalkulation auf Basis des 2. Halbjahres 2010
„Erstkalkulation auf Basis von 2011
- Kalkulationshandbuch im 2. Halbjahr 2010
- 17b/d-Mischeinrichtungen sollen beide Bereiche kalkulieren
(Ausnahmeregelung falls Betten ganz überwiegend im 17d-Bereich)

§ 7 Teilstationäre Leistungen

- Im somatischen Bereich ist keine Abbildung gelungen. Aber in der Psychiatrie sind alle hoffnungsfroh.
- „Nach übereinstimmender Einschätzung der Vertragspartner stellen die teilstationären Leistungen einen wichtigen Bestandteil in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung dar. Sie sind daher von Beginn an bei der Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems zu berücksichtigen. Nach übereinstimmender Einschätzung der Vertragspartner stellen die teilstationären Leistungen einen wichtigen Bestandteil in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung dar. Sie sind daher von Beginn an bei der Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems zu berücksichtigen.“

§ 8 PIAs

- Konsens: PIAs erst später einbeziehen.

- Gegen eine schnelle PIA–Einbeziehung spricht:
 - Der Fallbegriff ist anders (Quartal)
 - Bei der PIA–Abgrenzung gibt es die KBV als weiteren Verhandlungspartner; für die Vergütung gibt es keine klare bundespolitische Gesetzesvorgabe
 - Ambulante Leistungen haben bei DRGs auch nicht funktioniert.

- Eine bundesweit einheitliche Dokumentation soll zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden.

§ 9 Begleitforschung

→ Diesmal rechtzeitig.

Gang der Handlung

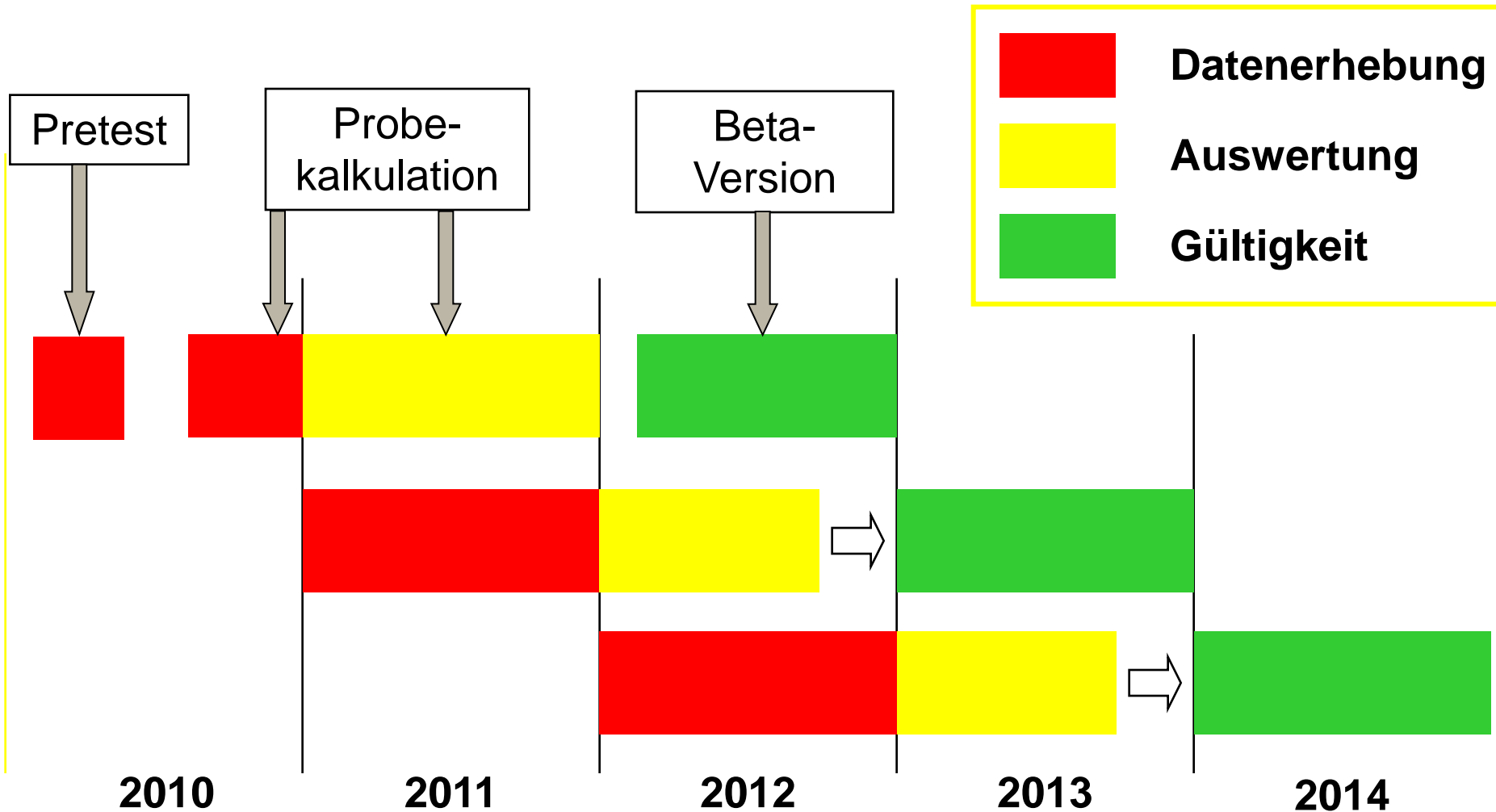


- 1 KHRG–Auftrag: Psychiatrische Tagespauschalen
- 2 Elemente des Vergütungssystems
- 3 OPS 2010
- 4 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

Entwicklung Psych-Entgelte



Spitzenverband



Vorläufiges Resümee

- Der gesetzliche Auftrag ist vergleichsweise klar und realistisch.
- Das eigentliche Problem, nämlich die Vergütungssystematik nach dem budgetneutralen Übergang, hat der Gesetzgeber noch nicht angefasst.
- Blockaden in der Selbstverwaltung und Irritationen via Bundesrat sind nicht unwahrscheinlich.
- Immerhin: Es ist gelungen, fristgerecht einen Grundlagenvertrag abzuschließen.
- Alles wird nur funktionieren, wenn die Kalkulation und die Entwicklung der Leistungsdokumentation von einigen engagierten Krankenhäusern in Zusammenarbeit mit InEK und Kassen vorangetrieben wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de