

G-DRG-Systementwicklung aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 17.11.2010

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

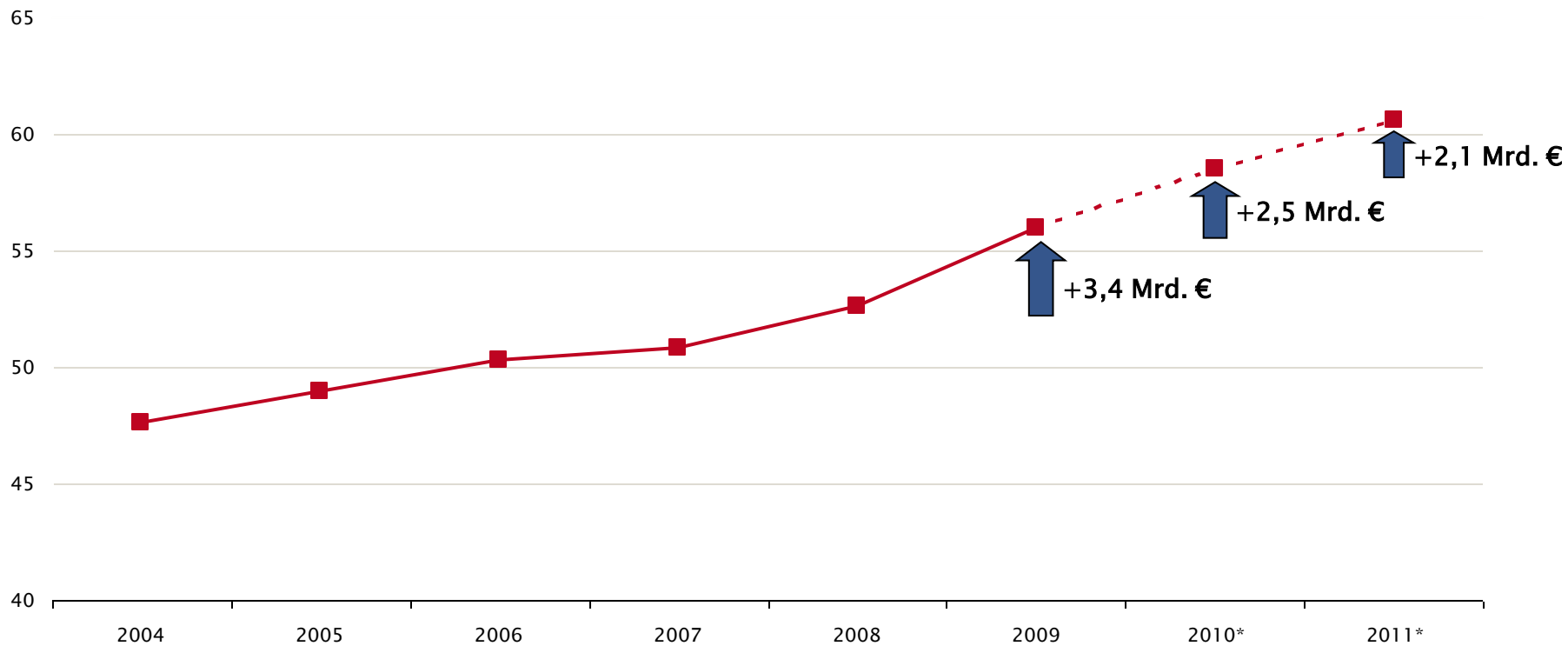
- 1 GKV–Finanzierungsgesetz
- 2 Arrondierung des DRG–Systems
- 3 Psych–Entgeltsystem: „DRG reloaded“
- 4 Spezialärztliche Versorgung
- 5 Gesundheitspolitische Trendprognose

GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

- Beitragserhöhung von 14,9 % auf 15,5 %
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 7,3 %
- Zusatzbeiträge der Versicherten in Euro und Cent, nicht mehr prozentual
- Sozialausgleich, sofern Zusatzausgleich 2 % des Mindesteinkommens überschreitet
- moderate Begrenzung der Ausgabendynamik in der Einführungsphase der Zusatzbeiträge

GKV-Ausgabenentwicklung im Bereich Krankenhäuser

Krankenhausausgaben in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ1; *Schätzungen für 2010 und 2011, eigene Darstellung

Gewinne in den Kliniken

Alle News
03.11.09, 07:53 dpa-AFX

Fresenius erhöht Ausblick für Krankenhaussparte Helios - weitere Sparten

BAD HOMBURG (dpa-AFX) - Der Medizinkonzern Fresenius hat nach den ersten neun Monaten seinen Ergebnisausblick für die Krankenhaussparte Helios erhöht und die Prognosen für seine zweitwichtigste Sparte Kabi bekräftigt. Fresenius Helios rechnet für 2009 unverändert mit einem Umsatz von mehr als 2,3 Milliarden Euro, während der Ertragsbeitrag vor Zinsen und Steuern (EBIT) auf mehr als 200 Millionen Euro ansteigen wird. Die Sparte Kabi wird am Dienstag mit. Bisher ist ein Umsatzanstieg von 10 Prozent festgestellt. Während der Umsatz der Sparte Helios um 1,768 Milliarden Euro anwuchs, verzeichnete die Sparte ein Plus von 39 Prozent auf 1,768 Milliarden Euro.

Home | Politik & Gesellschaft | Medizin | Praxis & Wirtschaft | Panorama | K...

Abrechnung | Finanzen/Steuern | E-Card | IGeL | Klinik-Management | Personal | EDV | Praxisführung | Rech...

Sie befinden sich hier: Home > Praxis & Wirtschaft > Klinik-Management

Ärzte Zeitung, 04.05.2010
Kommentare (0) ☆☆☆☆

Anzeigen von Google
Medizincontrolling (B.Sc)
Privat und praxisnah stud
www.businessschool-po

Klinikkonzern Vivantes bleibt auf der Erfolgsspur

2,6 Millionen Euro Gewinn für kommunalen Träger

In der 2008 durch die Milli:

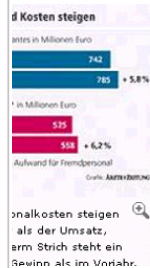
BEPI IN (h/m) Zum sechsten Mal in Folge hat Deutschland größter kommunaler Arbeitgeber. Ein Unternehmen steht

Asklepios steigert Umsatz und Gewinn auf Rekordhoch

21. Mai 2010, 08:24 Uhr

Klinikbetreiber hat 40 Millionen Euro in Hamburg investiert

HAMBURG. Der Erfolg von Asklepios kann sich sehen lassen. Der Krankenhausbetreiber hat 2009 in Deutschland beim Umsatz und Ergebnis neue Rekordwerte erzielt. Die Klinikgruppe, die mit einem Marktanteil von mehr als 20 Prozent zu den drei größten privaten Betreibern von Kliniken in Deutschland zählt



Handelsblatt Login Depot/Service
Suchbegriff / W

Startseite | Finanzen | Unternehmen | Politik | Technologie | Meinung | Karriere | Magazin

Industrie | Banken + Versicherungen | Handel + Dienstleister | IT + Medien | Mittelstand | Management

VORLÄUFIGE ZAHLEN
Rhön-Klinikum auf Erfolgskurs

Der fränkische Klinikbetreiber hält nach einem Umsatz- und Gewinnplus im abgelaufenen Geschäftsjahr an seinen Zielen für 2009 fest. Rhön-Klinikum verbuchte einen Umsatzanstieg von gut fünf Prozent.

Sana Kliniken AG

- Home
- Medizin & Gesundheit
- Wir über uns
- Ärzteliste
- Jobs

Pressecenter

↳ Presseforum

- Aktuelles
- Archiv 2009
- Archiv 2008

→ MediaCenter

→ Zahlen und Fakten

→ Wofür wir stehen

→ Pressefotos

→ Publikationen

↳ Redaktionspool

↳ Service

← zurück

04.03.2010, München

München, Sana Kliniken AG legt erneut zweistellig zu

Trendmeldung

- ▶ Rekordjahr: Umsatz wächst im vierten Jahr in Folge
- ▶ Aktionäre statten Sana mit weiterem Kapital aus
- ▶ Für Privatisierungen aufgestellt
- ▶ Konzerntarifvertrag beteiligt Mitarbeiter am Erfolg
- ▶ Vernetzung als Zukunftsperspektive

Beflügelt durch eine erfolgreiche Akquisitionsbilanz sowie ein organisches Wachstum von mehr als 7 Prozent punktierte die Sana Kliniken AG im Geschäftsjahr 2009 mit einem Umsatzwachstum um 18 Prozent auf 1,25 Milliarden Euro. Insgesamt wurden 1.150.000 Patienten behandelt, was gegenüber dem Vorjahr einem Plus von 16 Prozent entspricht. Der Klinikkonzern beschäftigte 2009 über 19.000 Mitarbeiter. Das sind 16 Prozent mehr als 2008.

Begrenzung der Mehrausgaben im Krankenhaus (in Mio. Euro)

Ausgaben	2011 ohne GKV-FinG	2011 mit GKV-FinG	Einsparungen
Grundlohnrate	1,15%	0,90%	
Grundlohnrate	670	526	-144
Mehrleistungen	930	650	-280
Zw.Summe	1.600	1.176	-424
restliche Effekte	909	909	
Mehrausgaben	2.509	2.085	-424
in %	4,29%	3,56%	-0,72%

Basis: KH Ausgaben 2010: 58,5 Mrd. Euro

Reduzierung der Grundlohnrate

- 2011: um 0,25 % verminderte Veränderungsrate (von 1,15 % auf 0,9 %)
- 2012: um 0,5 % verminderte Veränderungsrate
- Auswirkungen in 2011:
Der Einsparbeitrag durch die Reduzierung der Grundlohnrate liegt in 2011 bei ca. 150 Mio. Euro.
- Trotz deutlicher Abschwächung der Einsparmaßnahmen fordert die DKG weiterhin eine Öffnungsklausel für die Refinanzierung kommender Tarifsteigerungen.

Mehrleistungsabschlag

- in 2011: 30 % Vergütungsabschlag für zusätzlich vereinbarte Leistungen
- Einsparbeitrag liegt in 2011 bei ca. 280 Mio. Euro.
- ab 2012: Höhe des Abschlages ist von den Vertragsparteien zu vereinbaren.
- Ausnahmeregelungen:
 - bei Entgelten mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Drittel
 - bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms der Länder
 - zur Vermeidung von „unzumutbaren Härten“

Mehrleistungsabschlag

Kritikpunkte (1)

→ Ausnahmeregelungen

- Da die Ausnahmen schiedsstellenfähig sind, ist damit zu rechnen, dass viele Kliniken versuchen werden, den Mehrleistungsabschlag mit dem Hinweis auf **unzumutbare Härten** entweder ganz zu vermeiden oder den Abschlag zu verringern.

→ Falscher Prozentsatz

- Der variable Kostenanteil beträgt 35 %, der Fixkostenanteil 65 % (Mehrerlösausgleich).
 - 30 % sachlich nicht begründbar!

Mehrleistungsabschlag Kritikpunkte (2)

Richtungswechsel:

- Tendenzielle Rückkehr zur Selbstkostendeckung:
Das Geld folgt nicht mehr der Leistung.

Konflikt zwischen Haus- und Landesebene:

- Verhandlung auf Hausebene konterkariert Verhandlung auf Landesebene.
- Ordnungspolitische Maxime: Der Mehrleistungsabschlag gehört auf die Landesebene, nicht auf die Hausebene.

Weitere Aspekte des GKV–FinG

→ Einheitlicher Bundesbasisfallwert kommt nicht

Die Verpflichtung des BMG, das Verfahren zur Anpassung der LBFW an den BBFW ab dem Jahr 2015 vorzulegen, entfällt ersatzlos.

→ Pflegestellen–Förderprogramm

Klarstellung bezüglich der zu Prüfzwecken vorzulegenden Nachweise zur Stellenbesetzung

→ positiv für die Transparenz der Berichterstattung

→ Inkassoverfahren bei Krankenhauszuzahlungen

Das Vollstreckungsverfahren wird wieder vollständig den Krankenkassen übertragen.

→ Unzureichend, da grundsätzlich die Krankenhäuser das komplette Verfahren durchführen sollten. Ein erneutes Absinken der Einzugsquote der Krankenhäuser ist zu befürchten.



Spitzenverband

GKV–FinG – Eine Kurzbewertung

Gesamturteil: Keine Katastrophe, aber nichts worauf man besonders stolz sein könnte.

Die Beitragserhöhungen wären durch Ausgabenbegrenzungen vermeidbar gewesen.

Zusatzbeiträge senken die gesellschaftliche Akzeptanz von Ausgabensteigerungen.

Der Reformbedarf:

- GKV–PKV
- Wettbewerbliche Neuordnung
- Erodierende Investitionsfinanzierung
- Psychiatrie–Vergütung
- Spezialärztliche Versorgung

Mehrleistungsabschlag Lob: Einsparmaßnahme

- Der Mehrleistungsabschlag spart dann etwas, wenn zusätzliche Leistungsmengen vereinbart werden.
- Der Mehrleistungsabschlag spart ab 2011 direkt und unmittelbar ca. 30 % der Ausgaben für zusätzlich vereinbarte Leistungsmengen auf der Hausebene.
- Größtenteils gibt es gute Erfahrungen mit dem Mehrleistungsabschlag als Einsparmaßnahme.

Reformbedarf 1

GKV – PKV



Die Dichotomie zwischen dem „Umverteilungssystem GKV“ und dem „reinen Versicherungssystem PKV“ bedarf langfristig einer Bereinigung.

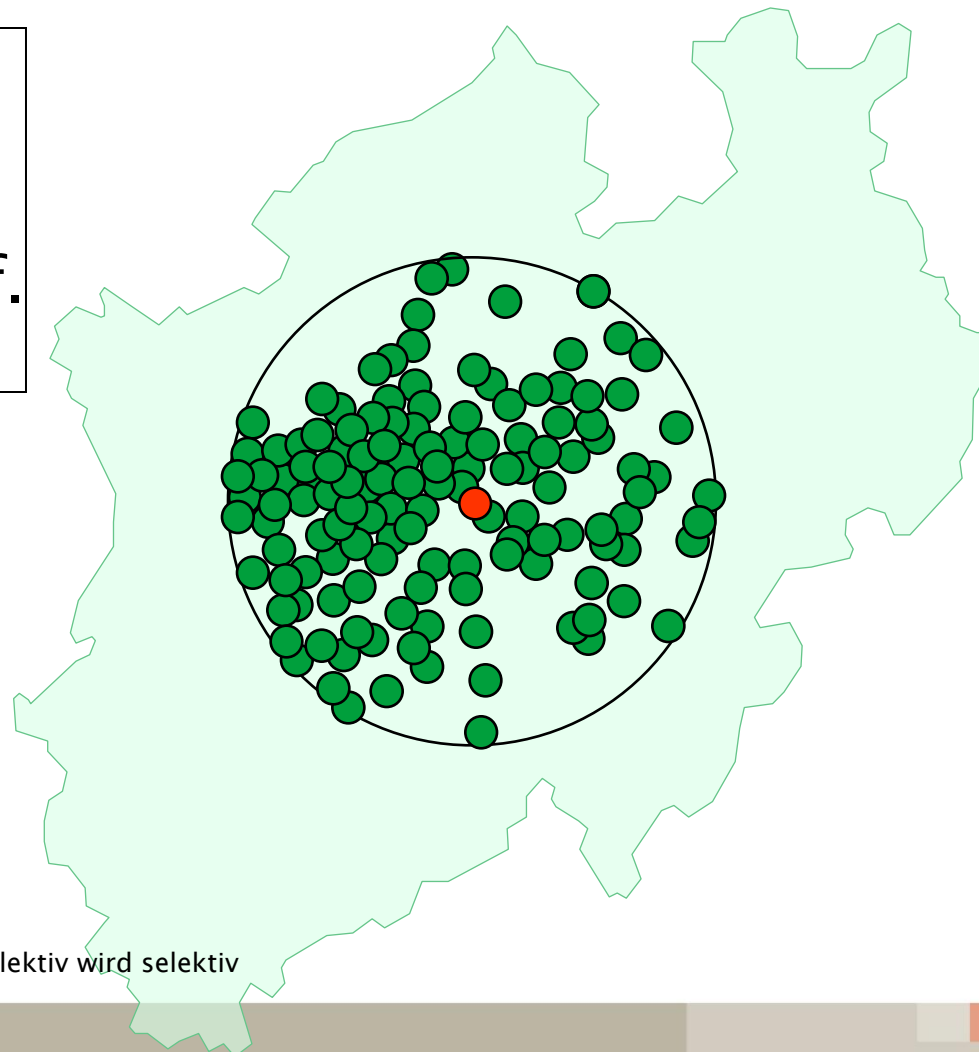
Beamte und Besserverdienende sollten aus Gründen der „Steuergerechtigkeit“ Teil des Umverteilungssystems sein.

Die private Zusatzversicherung wird an Bedeutung gewinnen.

Reformbedarf 2

Wettbewerbliche Neuordnung

Knie-TEP
im Umkreis
von Essen Hbf.



Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Ausschreibung von Elektivleistungen

- zum Konzept vgl. „Elektiv wird selektiv“
(vgl. Leber/Malzahn/Wolff in KH-Report 2007)
- gleichsinnige Konzepte diverser Kassenarten sowie von Sachverständigenrat und Monopolkommission
- Grundidee: Die Krankenkassen schreiben regional den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten aus. Je nach Ergebnis des Bieterverfahrens erhalten alle oder ein Teil der Krankenhäuser den Zuschlag.
- Die Leistungen werden gemäß DRG-Systematik vergütet. Der LBFW hat als Höchstpreis Bestand. Es werden in der Regel kassenspezifische Rabatte verhandelt. Die Qualitätsstandards sind Teil der Ausschreibung.

Gang der Handlung

- 1 GKV-Finanzierungsgesetz
- 2 Arrondierung des DRG-Systems
- 3 Psych-Entgeltsystem: „DRG reloaded“
- 4 Spezialärztliche Versorgung
- 5 Gesundheitspolitische Trendprognose

Anzahl G-DRGs Entwicklung 2003 bis 2011

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
DRGs (ges.)	664	824	878	954	1082	1137	1192	1200	1194
Änderung (absolut zum Vorjahr)		+ 160	+ 54	+ 76	+ 128	+ 55	+ 55	+ 8	-6
Änderung (in Prozent zum Vorjahr)		+ 24%	+ 7%	+ 9%	+ 13%	+ 5%	+ 5%	+ 1%	-0,5%
Hauptabteilung	664	824	878	952	1077	1132	1187	1195	1189
– Bewertet	642	806	845	912	1035	1089	1146	1154	1149
– Unbewertet	22	18	33	40	42	43	41	41	40
Teilstationär	0	0	0	2	5	5	5	5	5
– Bewertet	0	0	0	1	1	1	1	1	2
– Unbewertet	0	0	0	1	4	4	4	4	3
Belegabteilung	642	739	762	748	771	933	882	873	857

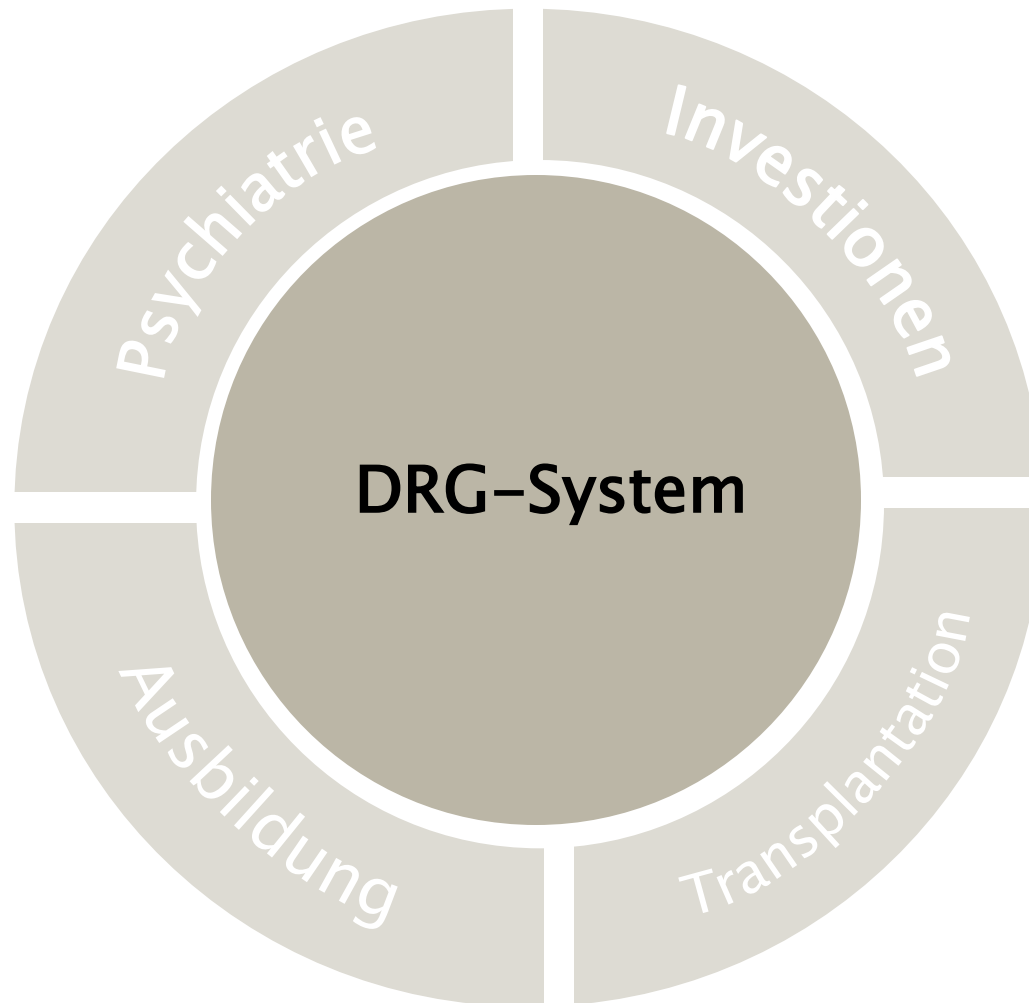
Zeitraum 2003 – 2011:

→ nahezu Verdoppelung der Anzahl an DRGs seit 2003, erstmals Rückgang in 2011

KEA-AG Systementwicklung

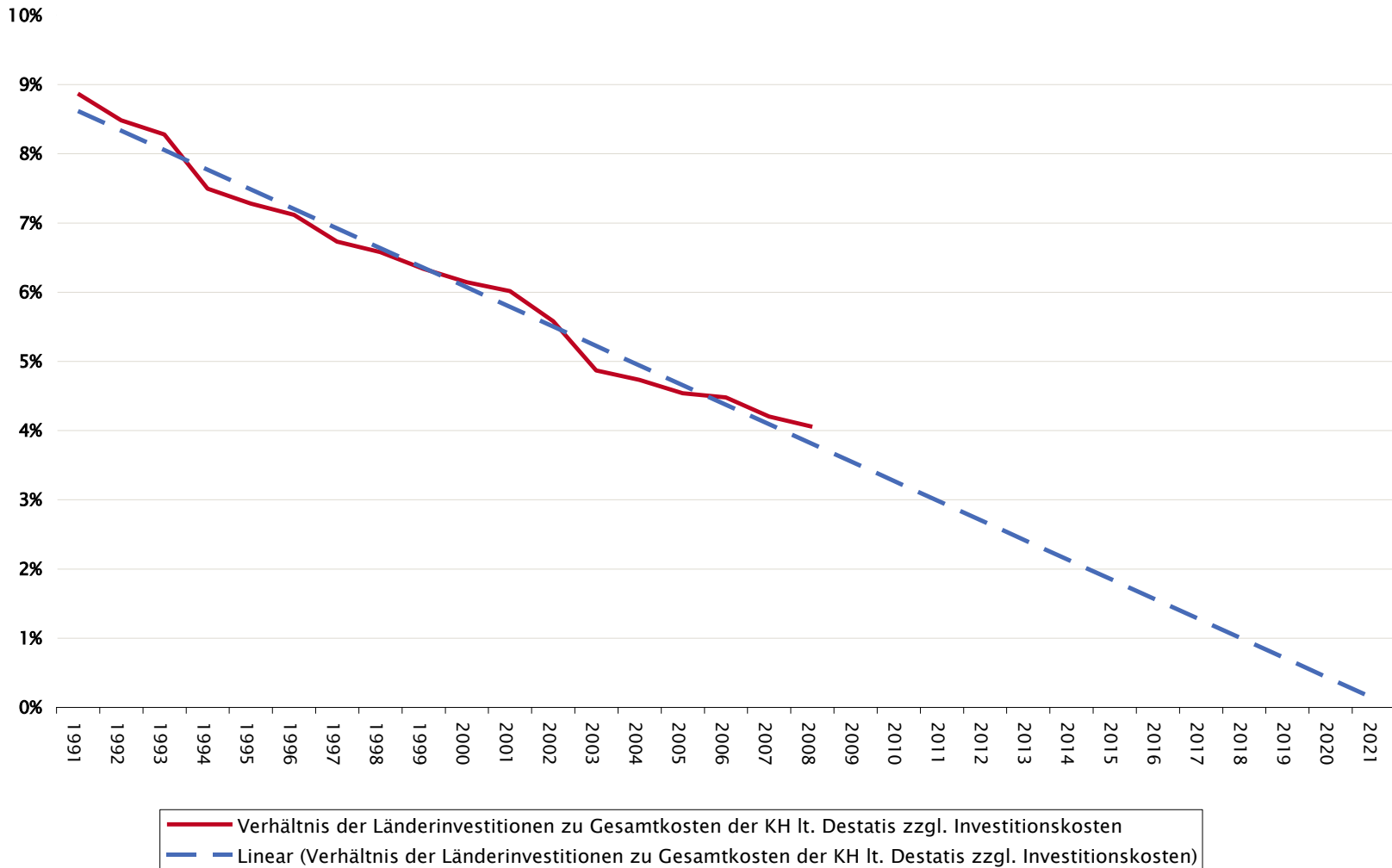
- ➔ Notwendigkeit der Weiterentwicklung des DRG-Systems unter Berücksichtigung von Trends, wie z.B. Technischer Fortschritt, Entwicklungen in anderen Leistungssektoren und durch die DRG-Fallpauschalen selbst ausgelöste Trends (Verweildauerrückgang)
- ➔ Verständigung von DKG, PKV und GKV-SV auf eine KEA-AG Systementwicklung
- ➔ 1. Termin der AG am 24.11.2010
- ➔ Themen: Stundenfälle von Tagesfällen trennen, Verlegungsabschläge prüfen, Extremkosten, ...

Arrondierung des DRG-Systems



Reformbedarf 3

Erosion der Investitionsfinanzierung



Investitionsbewertungsrelationen

Die Verteilung der pauschalen Investitionsmittel soll ab 2012 bzw. 2014 über leistungsorientierte Investitionspauschalen erfolgen:

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{Investitions-} \\ \text{fallwert} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{Investitions-} \\ \text{casemix} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{Investitions-} \\ \text{erlös} \\ \hline \end{array}$$

Landesebene:

Entwicklung von Grundsätzen und Kriterien für die Ermittlung des Investitionsfallwertes bis Ende 2009 (gemäß § 10 Abs. 1 KHG)

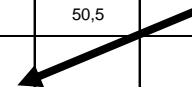
Bundesebene:

Vereinbarung der Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen inklusive Kalkulationsverfahren bis Ende 2009 (gemäß § 10 Abs. 2 KHG)

Ausschnitt fiktiver DRG-Katalog

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabteilung	Investitions-bewertungsrelation	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer	
							Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungs-relation/Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems								
B01Z	○	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	6,520		0,575	23,8		
B02A	○	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei Neubildung	9,294		0,929	50,5		
B02B	○	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, außer b. Neubildung od. ohne Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 Jahre od. Alt. < 18 J. m. großem intrakraniellen Eingr., m. äußerst schw. CC, b. Neubildung	7,383		0,618	28,1	8	0,610
B02C	○	Komplexe Kraniotomie od. Wirbels.-Op. oh. Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 J. oder Alt. < 18 J. mit gr. intrakran. Eingr., mit auß. schw. CC, auß. bei Neub. oder Alt. > 5 J., oh. auß. schw. CC, mit kompliz. Konst. od. verschiedenart. kompl. Prozedur	4,374		0,618	14,0	4	0,552
B02D	○	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur	3,460		0,590	13,9	4	0,538
B03A	○	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetraplegie od. Eingriffe an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. äußerst schweren od. schw. CC od. Eingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie m. auß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.	3,025		0,579	13,8	4	0,359
B03B	○	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie	2,808		0,403	15,2	4	0,369
B04A	○	Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	3,146		0,365	14,4	4	0,488

eine Invest-BWR je DRG



Finanzierung von Ausbildungskosten gemäß § 17a KHG

- ➔ Abschluss Rahmenvereinbarung 02/2009
(zu finanzierende Tatbestände, Kalkulationsschema)
- ➔ Handbuch zur Kalkulation der Ausbildungskosten 08/2009
- ➔ erste Kalkulationsergebnisse des InEK 08/2010:
 - nur für zwei Ausbildungsberufe (Kranken- und Kinderkrankenpflege)
 - nur für Ausbildungsstätten (keine Mehrkosten der Ausbildungsvergütung)
 - lediglich ein Typ Ausbildungsstätte (Typ A = Ausbildung für eigene Schüler des KH)
 - nur vereinzelt landesbezogene Angaben möglich

Matrix Ausbildungsberufe

	Ausbildungsstättenotyp A											Ausbildungsstättenotyp B													
	Ergotherapeut, Ergotherapeutin	Diätassistent, Diätassistentin	Hebamme, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	Ergotherapeut, Ergotherapeutin	Diätassistent, Diätassistentin	Hebamme, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	
Baden-Württemberg																									
Bayern																									
Berlin																									
Brandenburg																									
Bremen																									
Hamburg																									
Hessen																									
Mecklenburg-Vorpommern																									
Niedersachsen																									
Nordrhein-Westfalen																									
Rheinland-Pfalz																									
Saarland																									
Sachsen																									
Sachsen-Anhalt																									
Schleswig-Holstein																									
Thüringen																									
Deutschland gesamt																									

Erste Kalkulationsergebnisse

	Ausbildungstättentyp A										Ausbildungstättentyp B									
	Ergotherapeut, Ergotherapeutin, Diätassistent, Diätassistentin, Hebamme, Entbindungspfleger, Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin,	Orthoptist, Orthoptistin,	MTA für Funktionsdiagnostik	Ergotherapeut, Ergotherapeutin, Diätassistent, Diätassistentin, Hebamme, Entbindungspfleger,	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin,	Orthoptist, Orthoptistin, MTA für Funktionsdiagnostik		
Baden-Württemberg		8.817 €																		
Bayern		10.151 €																		
Berlin																				
Brandenburg																				
Bremen																				
Hamburg																				
Hessen																				
Mecklenburg-Vorpommern																				
Niedersachsen		9.812 €	10.378 €																	
Nordrhein-Westfalen		9.018 €																		
Rheinland-Pfalz																				
Saarland																				
Sachsen																				
Sachsen-Anhalt																				
Schleswig-Holstein																				
Thüringen																				
Deutschland gesamt		9.327 €	10.854 €																	

Anmerkung: alle Kalkulationsergebnisse enthalten keine Mehrkosten für Ausbildungsvergütung

Aufwandspauschalen 2010

→ Die DSO bezahlt an die Spenderkrankenhäuser leistungsdifferenzierte Aufwandspauschalen:

▪ Abbruch auf Intensivstation wegen Ablehnung	208 Euro
▪ Abbruch auf Intensivstation nach Zustimmung	1.321 Euro
▪ Abbruch im OP	2.175 Euro
▪ Einorganentnahme	2.175 Euro
▪ Mehrorganentnahme	3.506 Euro

→ Die Kassen bezahlen an die DSO eine Pauschale je transplantiertem Organ in Höhe von 1.080 Euro (ohne Ausgleich).

→ Das Gesamtvolumen der Aufwandsrückerstattung für Spenderkrankenhäuser beträgt 2010 rund 4,4 Mio. Euro.

Gang der Handlung

- 1 GKV-Finanzierungsgesetz
- 2 Arrondierung des DRG-Systems
- 3 Psych-Entgeltsystem: „DRG reloaded“
- 4 Spezialärztliche Versorgung
- 5 Gesundheitspolitische Trendprognose

KHRG–Auftrag (§ 17d KHG)

Für die Fachgebiete

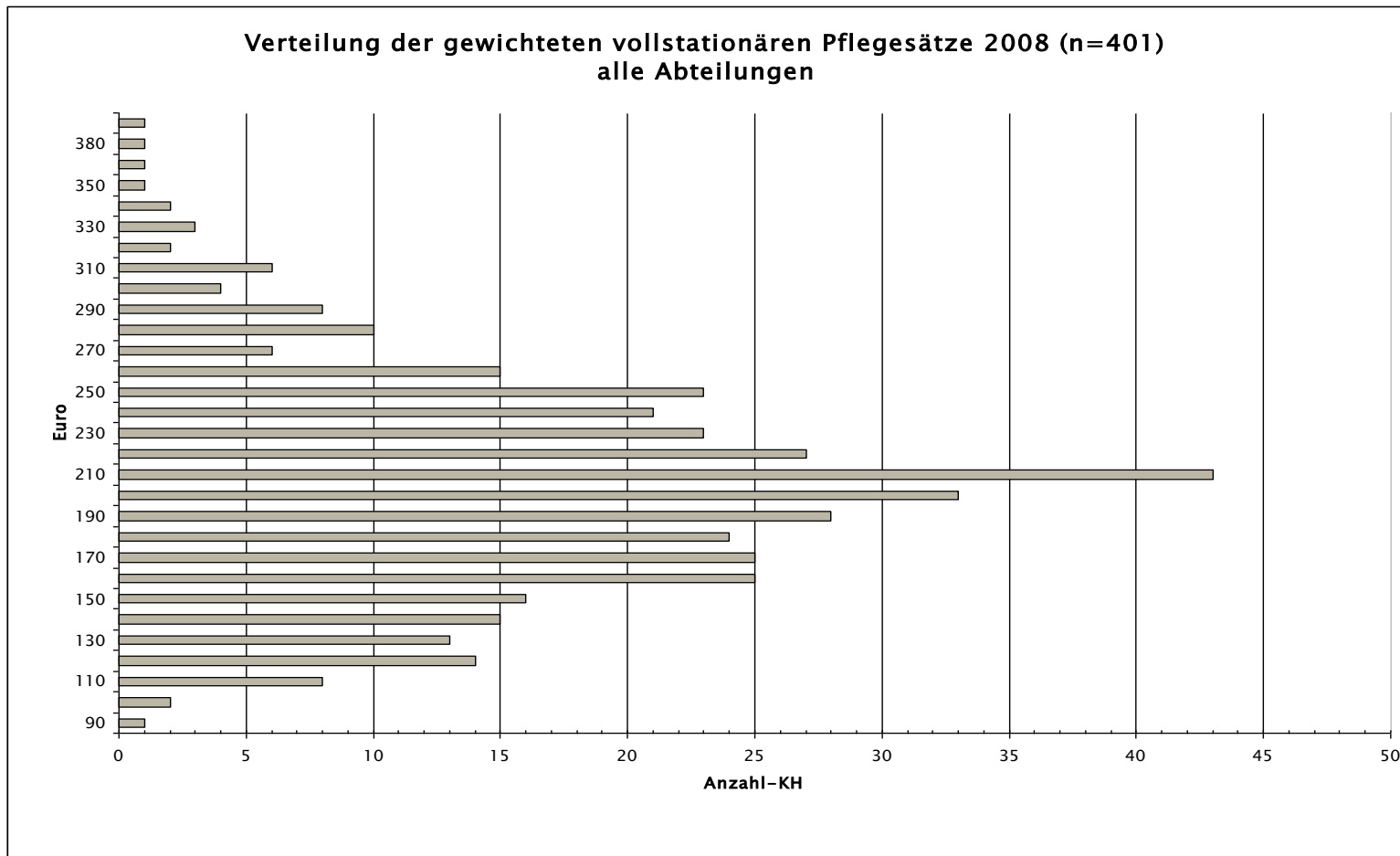
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder– und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

soll ein

durchgängiges,
leistungsorientiertes und
pauschalierendes Vergütungssystem

der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage von **tagesbezogenen Entgelten** eingeführt werden.

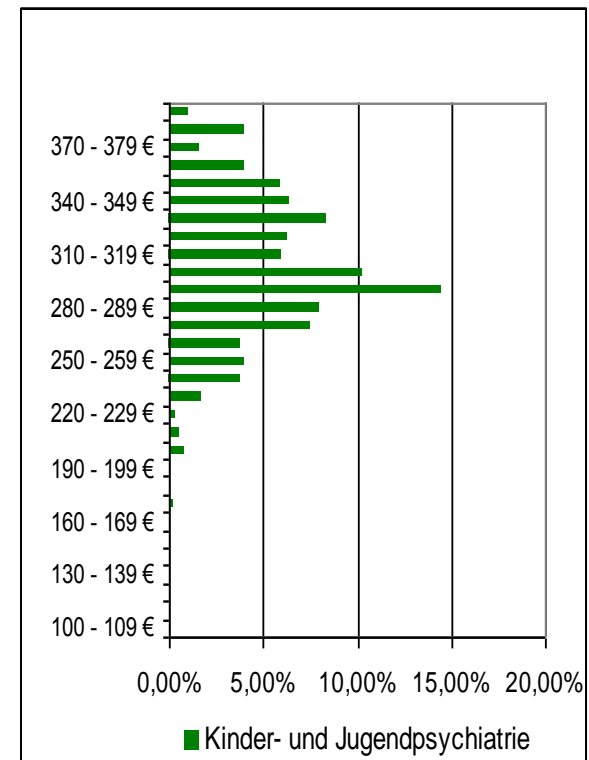
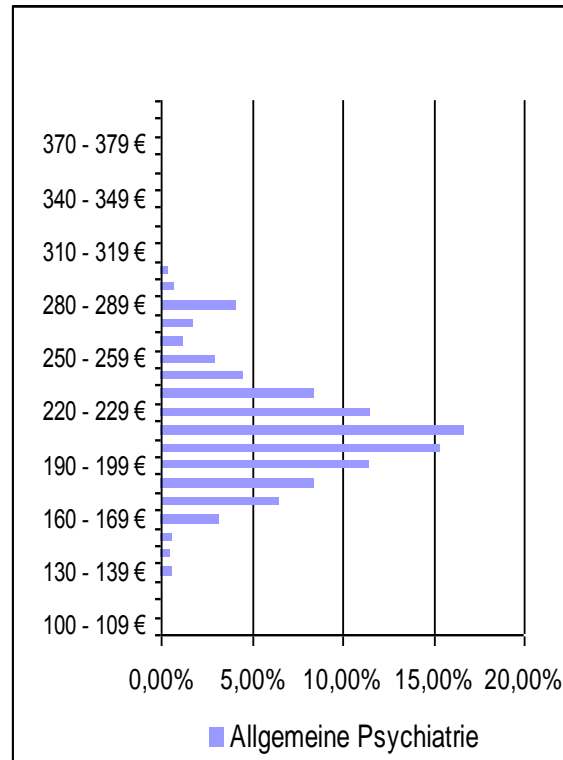
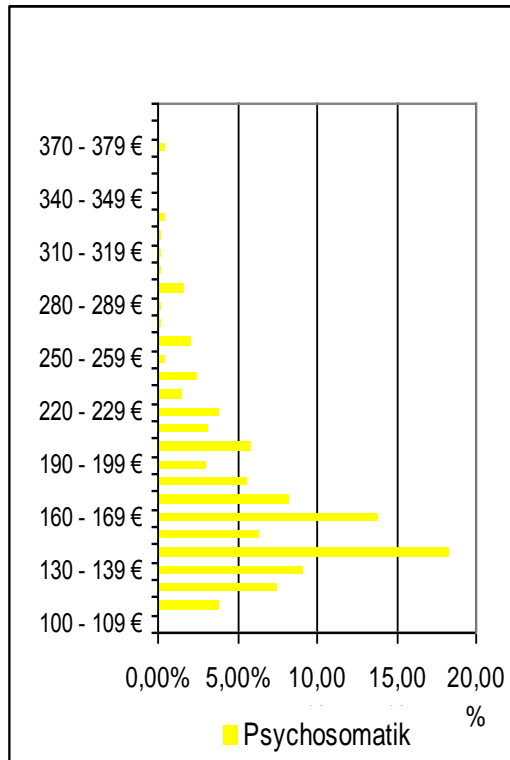
Tagesgleiche Pflegesätze (Häufigkeitsverteilung 2008)



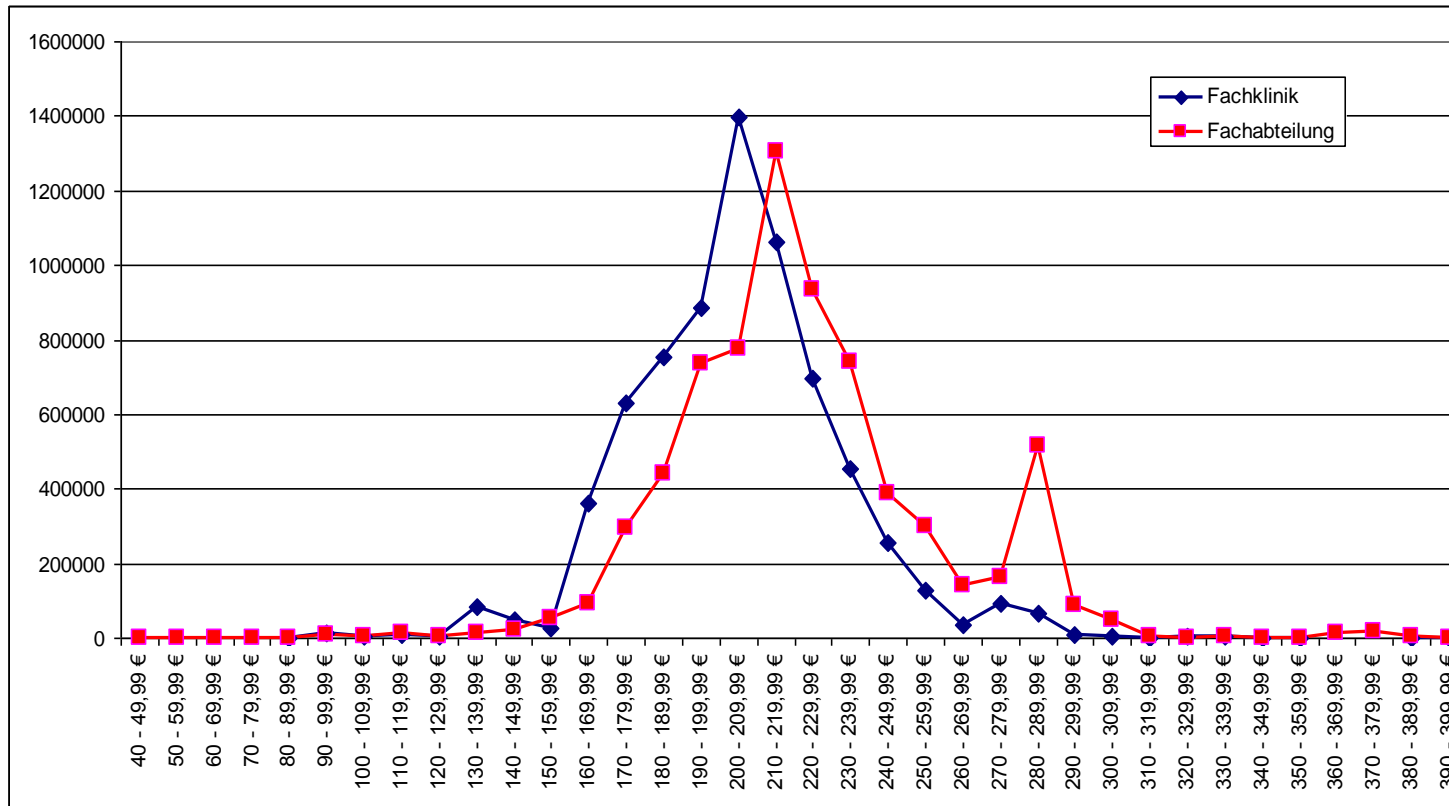
Quelle: Entgeltstrukturdatei der Krankenkassen (ESE-DB) 2008, eigene Darstellung

Tagesgleiche Pflegesätze

(Häufigkeitsverteilung gewichtet nach Abrechnungstagen 2008)



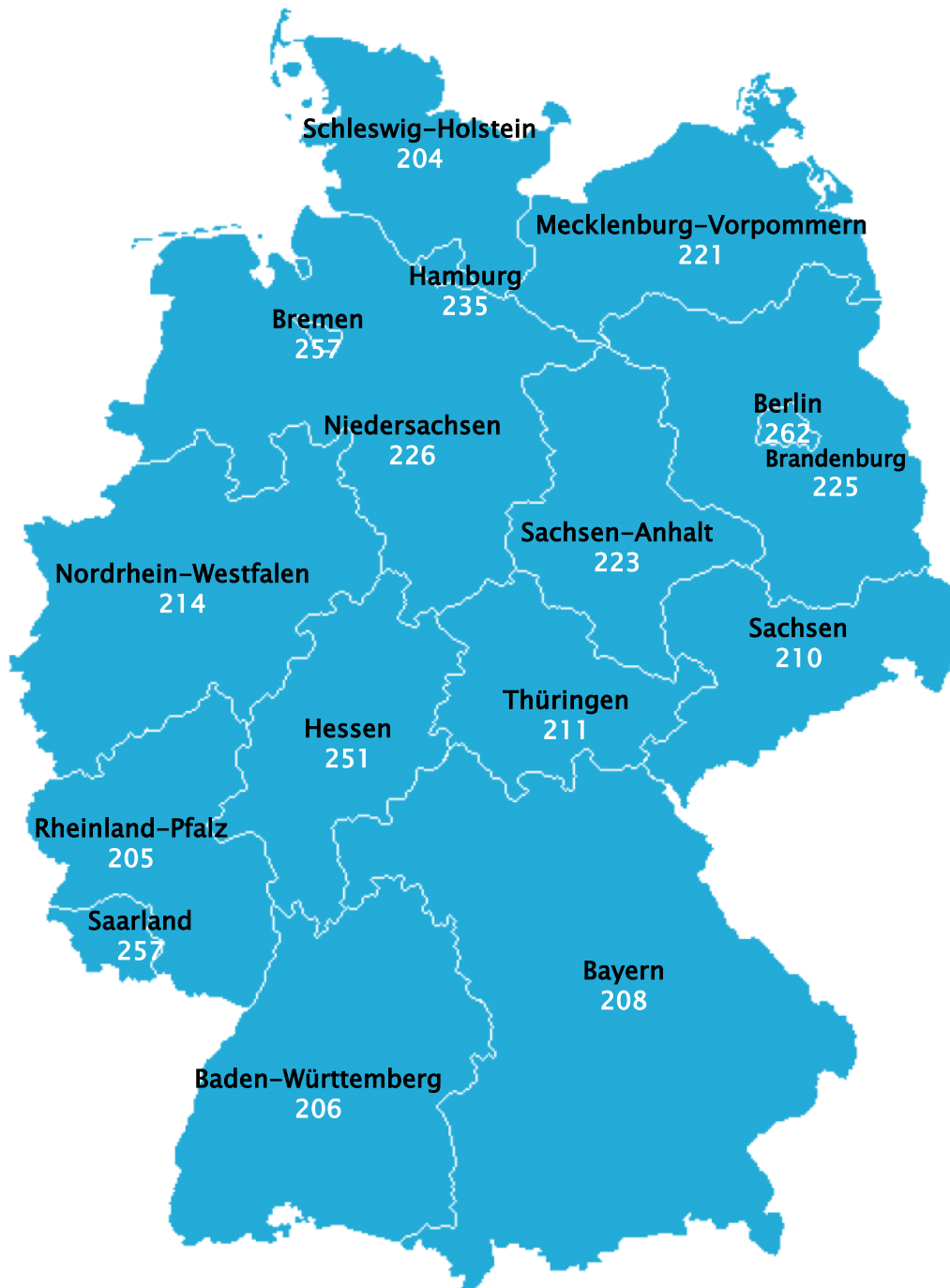
Tagesgleiche Pflegesätze (Vergleich Fachkliniken und Fachabteilungen)



Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)



Spitzenverband



Pflegesätze nach Bundesländern (Fallgewichtung)

Literaturvorschau



Antje Haas
Wulf-Dietrich Leber

„Konturen künftiger Psych-Entgelte“

Erscheint Dezember 2010

Entwicklung Psych-Entgelte



Spitzenverband

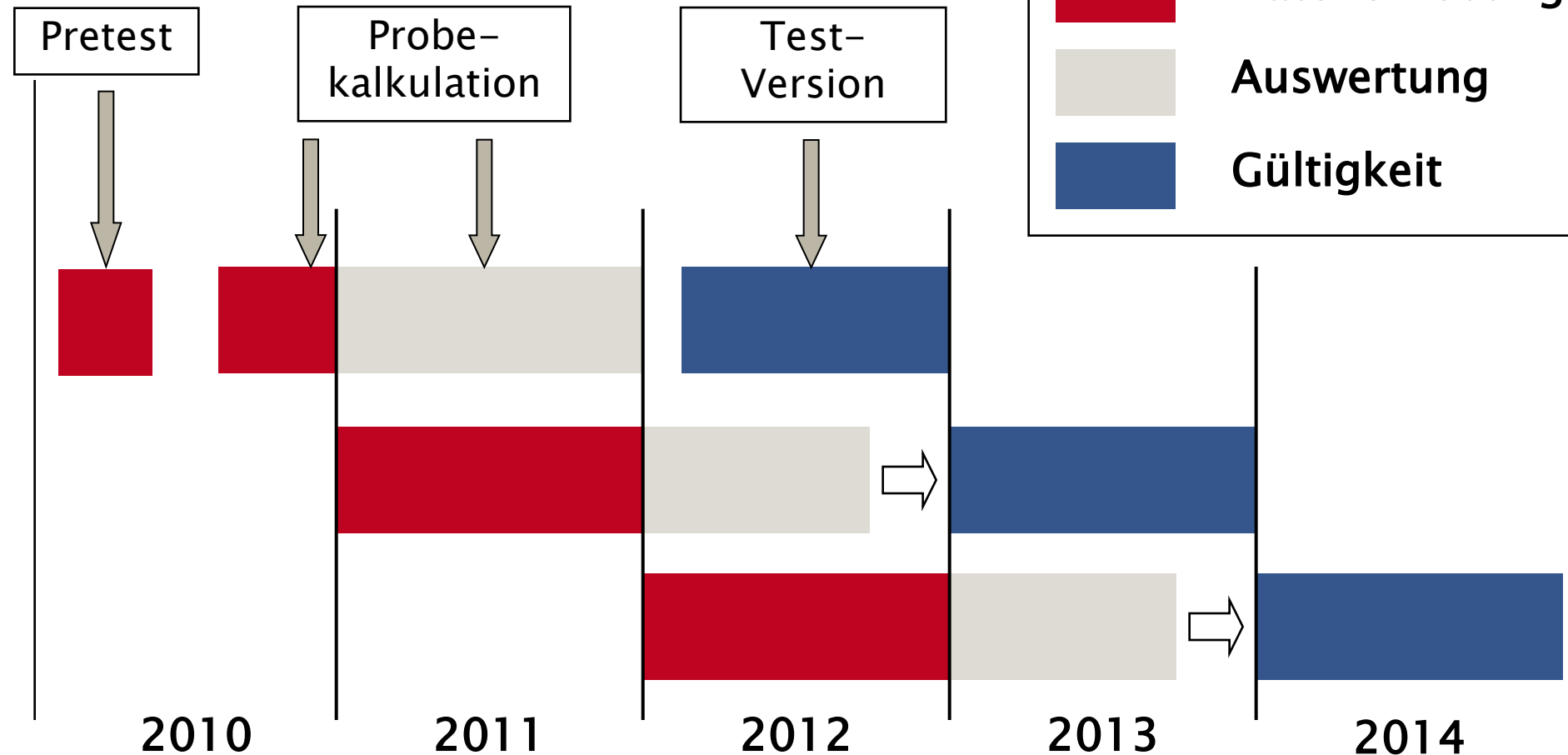


Abbildung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen im OPS-Katalog ab 2010

Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 b KHG

wie bisher 9-40 ... 9-41, Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapien
Neu: ausschließlich für „§ 17 b“

Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d KHG

Neu ab 2010, ausschließlich für „§ 17 d“
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

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
- **Therapiedauer Einzeltherapie Gruppentherapie** Mindestens 25 min 1 Therapieeinheit ¼ Therapieeinheit Mindestens 50 min 2 Therapieeinheiten ½ Therapieeinheit Mindestens 75 min 3 Therapieeinheiten ¾ Therapieeinheit u.s.w.
- Leistungen, die durch Mitarbeiter in Ausbildung erbracht werden (Psychologen im Praktikum (PiP, PiA), (Kinder-)Krankenpflegeschüler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter im Anerkennungs-jahr 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 Hilfekoordination 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

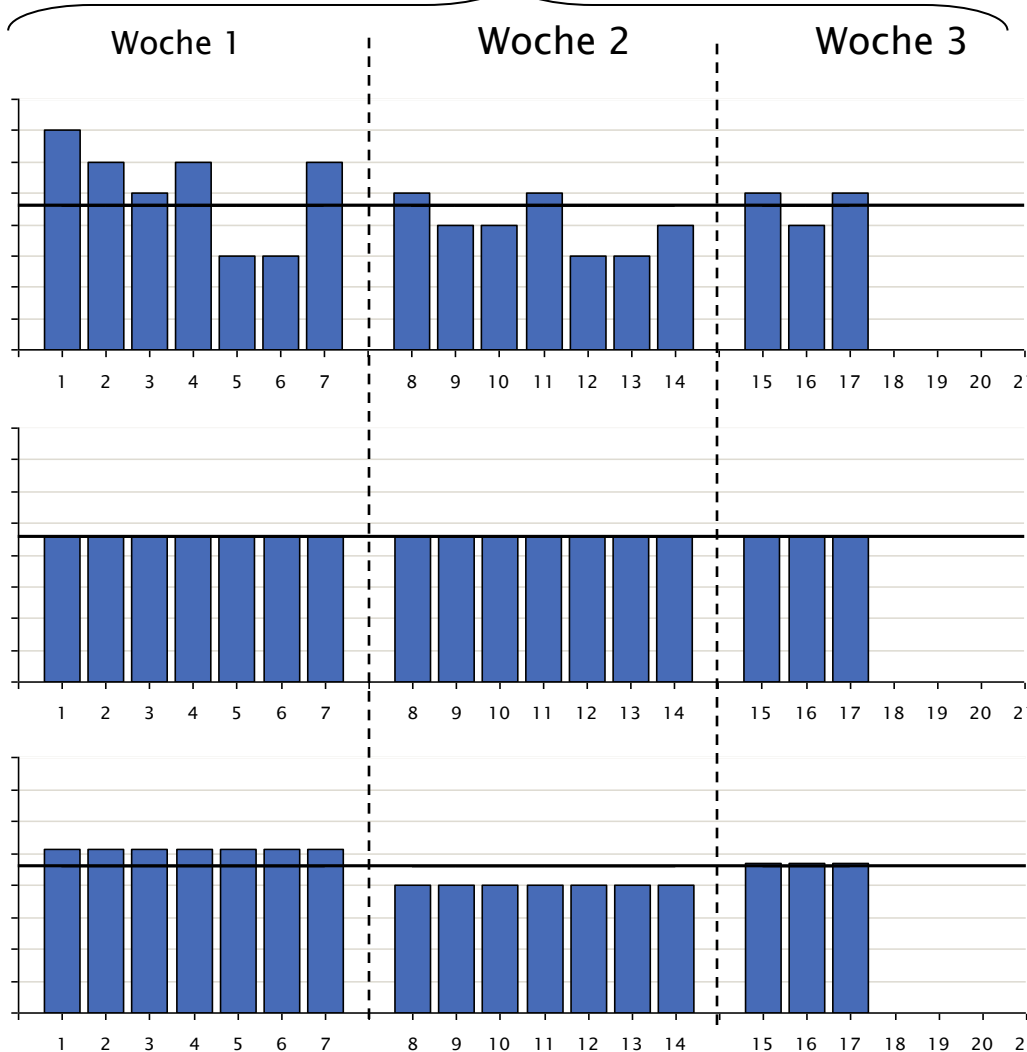
Vergütungsvarianten der Tagespauschale

Tages-, Wochen- oder Fallgroupierung



Spitzenverband

Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



Tagespauschale:
täglich wechselnd

Tagespauschale:
pro Fall (Gesamtdurchschnitt)

Tagespauschale:
pro Fall (Wochendurchschnitt)

Datum bei „Wochen–OPS“

→ Pretest–Ergebnis: Kuddelmuddel

→ Regelung in Kodierrichtlinien 2011 (PB005b):

Bei Wochenkodes „ist als Bezugsdatum für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der erste Tag der vom Kode bestimmten Periode anzugeben.“

Beispiel in DKR–Psych 2011

Tabelle zu PP005b (Multiple Prozeduren)

Leistungsperiode	Behandlungsart	Leistungsinhalt	Leistungserbringer, Anzahl TE (ab 25 Minuten)	Datum der TE (ab 25 Minuten)	OPS-Kode	Bezugsdatum
1: Do. 04.08. bis Mi. 10.08.	Intensivbehandlung (Merkmale: Gesetzliche Unterbringung, akute Selbstgefährdung durch Suizidalität und akute Fremdgefährdung)	Aufnahme Häufige Kurzkontakte, hoher Gesprächs-, Pflege- und Überwachungs- aufwand	0 TE	entfällt	9-614.0	Do. 04.08.
2: Do. 11.08. bis Mo. 15.08.	Intensivbehandlung (Merkmale: Gesetzliche Unterbringung, akute Selbst- und Fremdgefährdung)	Zusätzliche therapeutische Einzelkontakte ab 25 Minuten Dauer	Arzt: 1 TE Pflege: 2 TE	Mo. 15.08. So. 14.08. Mo. 15.08.	9-614.10 9-614.20	Do. 11.08. Do. 11.08.
Wechsel der Behandlungsart						
3: Di. 16.08. bis Mo. 22.08.	Regelbehandlung	Weitergehende therapeutische Arbeit (z.B. Gruppe „Psychoedukation“, geleitet durch Arzt)	Arzt: 3 TE Pflege: 5 TE	Mi. 17.08. Do. 18.08. Fr. 19.08. Mi. 17.08. Do. 18.08. Fr. 19.08. Sa. 20.08.	9-605.1 9-606.2	Di. 16.08. Di. 16.08.
4: Di. 23.08. bis Fr. 26.08.	Regelbehandlung	Weiter Besserung, Entlassungsvorbereitung	Arzt: 3 TE Pflege: 4 TE	Mi. 24.08. Do. 25.08. Mi. 24.08. Do. 25.08.	9-605.1 9-606.1	Di. 23.08. Di. 23.08.

Psych-OPS 2011

- ➔ kein grundlegender Wandel gegenüber OPS 2010
- ➔ Erfassung von Intensivpsychiatrie unterhalb von 25 Minuten Therapieeinheiten durch „Punkt-Null“-Kode
9-614.0 Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche
- ➔ alle „Setting-Kodes“ auch ohne Therapieeinheiten kodierbar
- ➔ Zusammenfassung von Berufsgruppen:
 - Ärzte und Psychologen
 - Spezialtherapeuten und Pflegekräfte

Bewertung OPS 2010 durch die GKV

- immerhin ein Anfang, aber medizinisch nicht gerade
gehaltvoll
- zu starke Inputorientierung und zu viel „Türschild-OPS“
- zu hoher Kodieraufwand in Richtung Leistungs-
Vollerfassung
- Wochenbezug richtungsweisend für die Groupierung

Trenner „Unterbringung“?

- Wahrscheinlich verursachen Patienten mit gesetzlicher Unterbringung („Zwangseinweisung“) erhöhte Kosten.
- als Kostentrenner nur verwendbar, wenn via 301 übermittelt
- Zeitspanne notwendig (also Aufnahmegrund, ... nicht verwendbar)
- Lösung: Pseudo-Fachabteilung
- keine Umsetzung für 2011, dafür insuffiziente Aufnahme von „Gesprächen mit Richtern“ im OPS 2011

Kodierquantität Diagnosen

(Anteil in % aller Fälle)

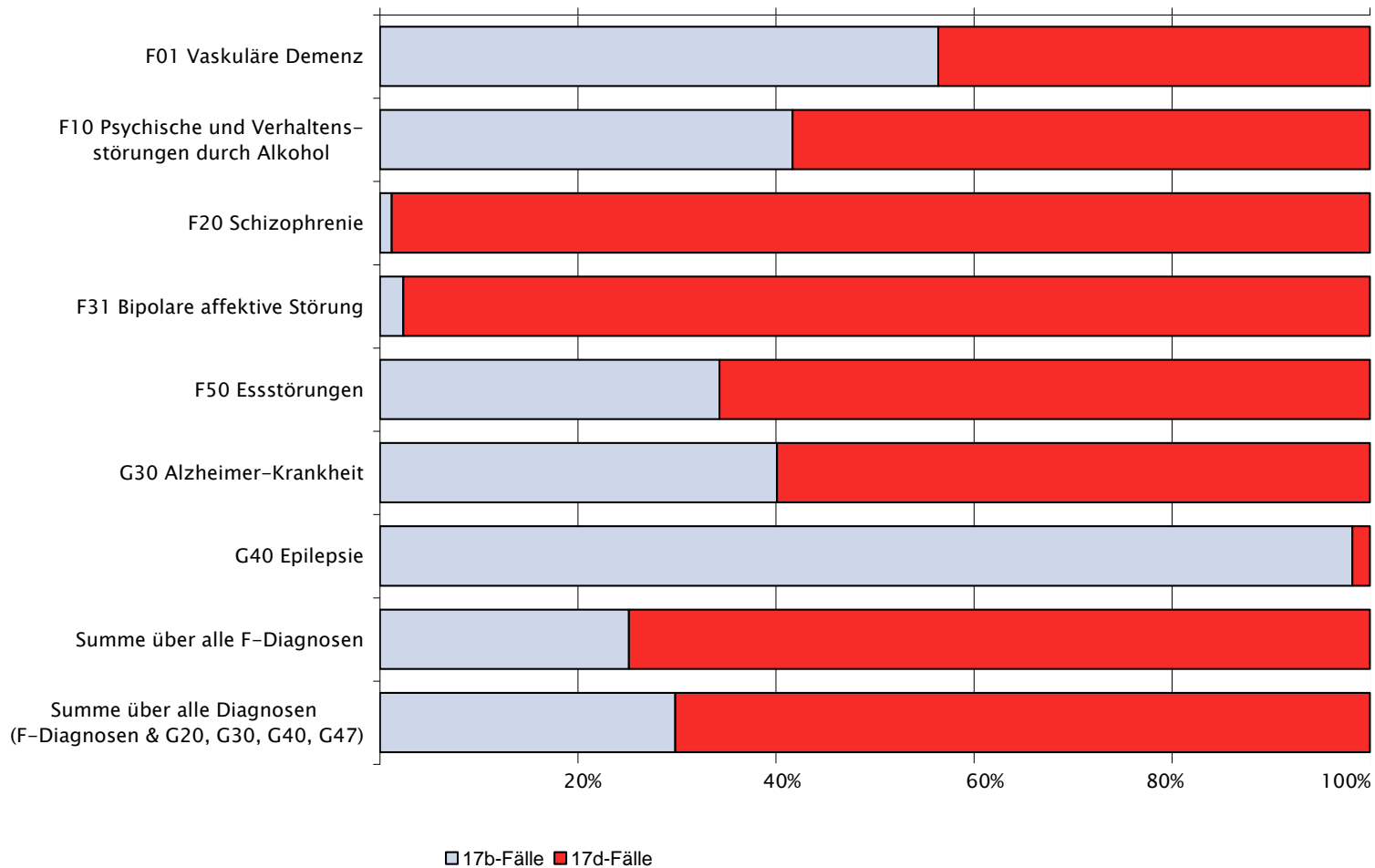
Psychiatrie	Nur Haupt-Diagnose	Nebendiagnosen				
		1	2	3	4	< 4
Fachkliniken						
Allgemein	40%	26%	15%	8%	5%	6%
Kinder/Jugend	49%	31%	13%	5%	2%	1%
Psychosomatik	34%	15%	14%	11%	8%	18%
Fachabteilungen						
Allgemein	35%	25%	16%	9%	6%	9%
Kinder/Jugend	45%	30%	15%	6%	3%	2%
Psychosomatik	23%	24%	19%	13%	8%	14%
Gesamt						
Psychiatrie	37%	25%	15%	9%	5%	8%
Zum Vergleich (DRG-Bereich)						
Unfallchirurgie	13%	19%	15%	13%	10%	31%
Innere Medizin	7%	9%	11%	11%	11%	51%

Quelle: Daten gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Fatale Anreizwirkung

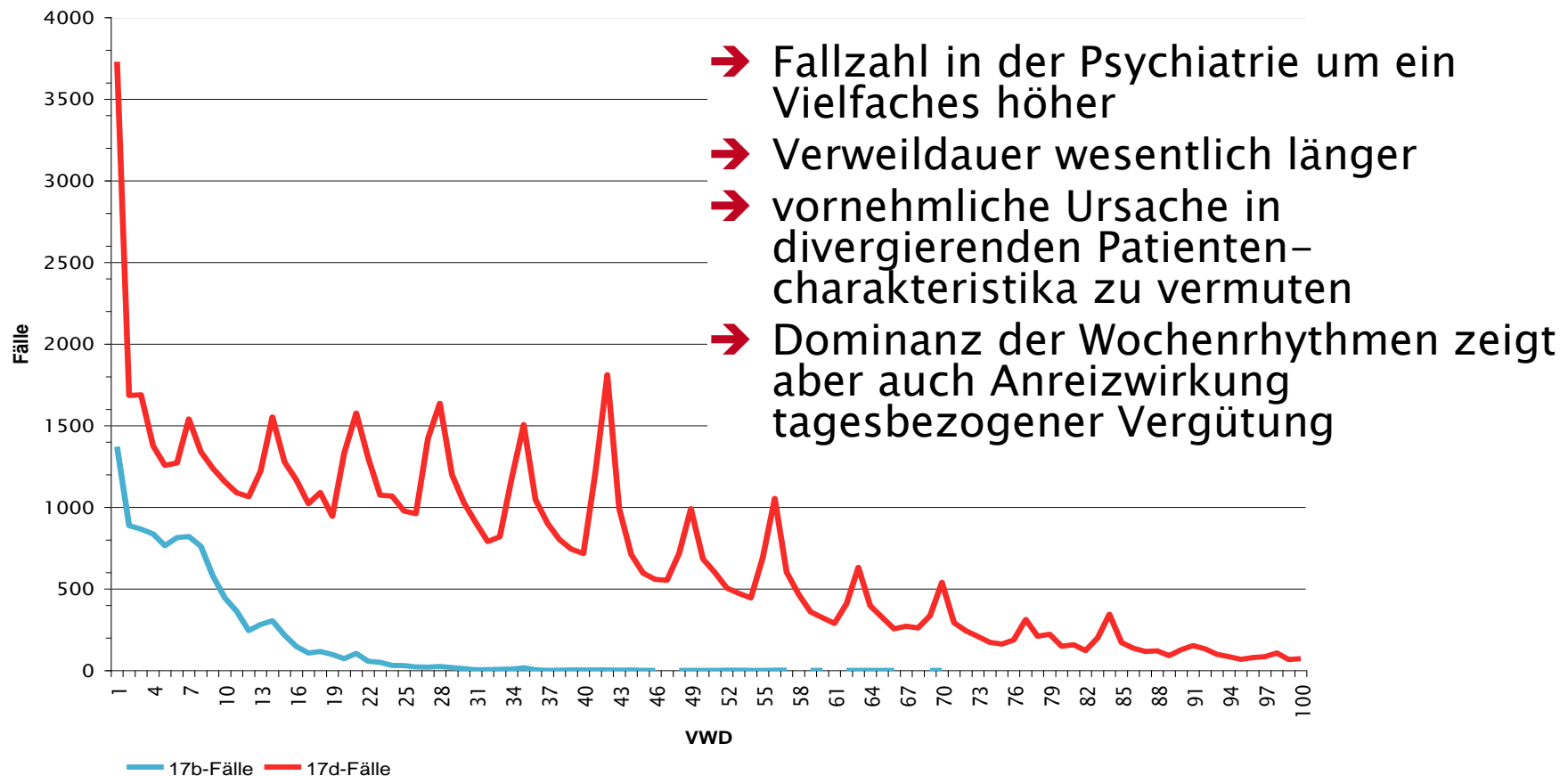
Wer ein tagespauschalierendes System mit Anreiz zur Maximierung von Psychiatrie-Tagen schafft und wer dann noch ein Abrechnungssystem mit Anreiz zu Maximierung des Aufwands je Tag schafft, der braucht sich nicht wundern, wenn am Ende zu wenig Geld für die Kranken zur Verfügung steht.

Arbeitsteilung: Behandlungsfälle in 17 d und 17 b



Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Verweildauer bei Hauptdiagnose F32 Depressive Episode im 17 d- und 17 b-Bereich



Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Anmerkungen zur Anreizwirkung alternativer Abrechnungspauschalen

- Das Regionalbudget eignet sich für die indonesische Inselwelt – für sonst nichts.
- Nicht alle psychiatrischen Krankheiten sind gleich.
- Wer Jahrespauschalen will, muss den Kreis der „unheilbar psychisch Kranken“ definieren.
- Wer ein Bett bezahlt, wenn es nicht benutzt wird, veruntreut Beitragsgelder.

Ordnungspolitischer Rahmen

- Gesonderte Gesetzgebung
- Preisgröße: „Basistageswert“
- Konvergenz möglicherweise kürzer
- Sofort Bundesbasistageswert?
- Andere Vergütungsformen ebenfalls abbildbar

Gang der Handlung

- 1 GKV-Finanzierungsgesetz
- 2 Arrondierung des DRG-Systems
- 3 Psych-Entgeltsystem: „DRG reloaded“
- 4 Spezialärztliche Versorgung
- 5 Gesundheitspolitische Trendprognose

Deutsches Ärzteblatt

12

GKV
Spitzenverband

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe A

20. März 2009



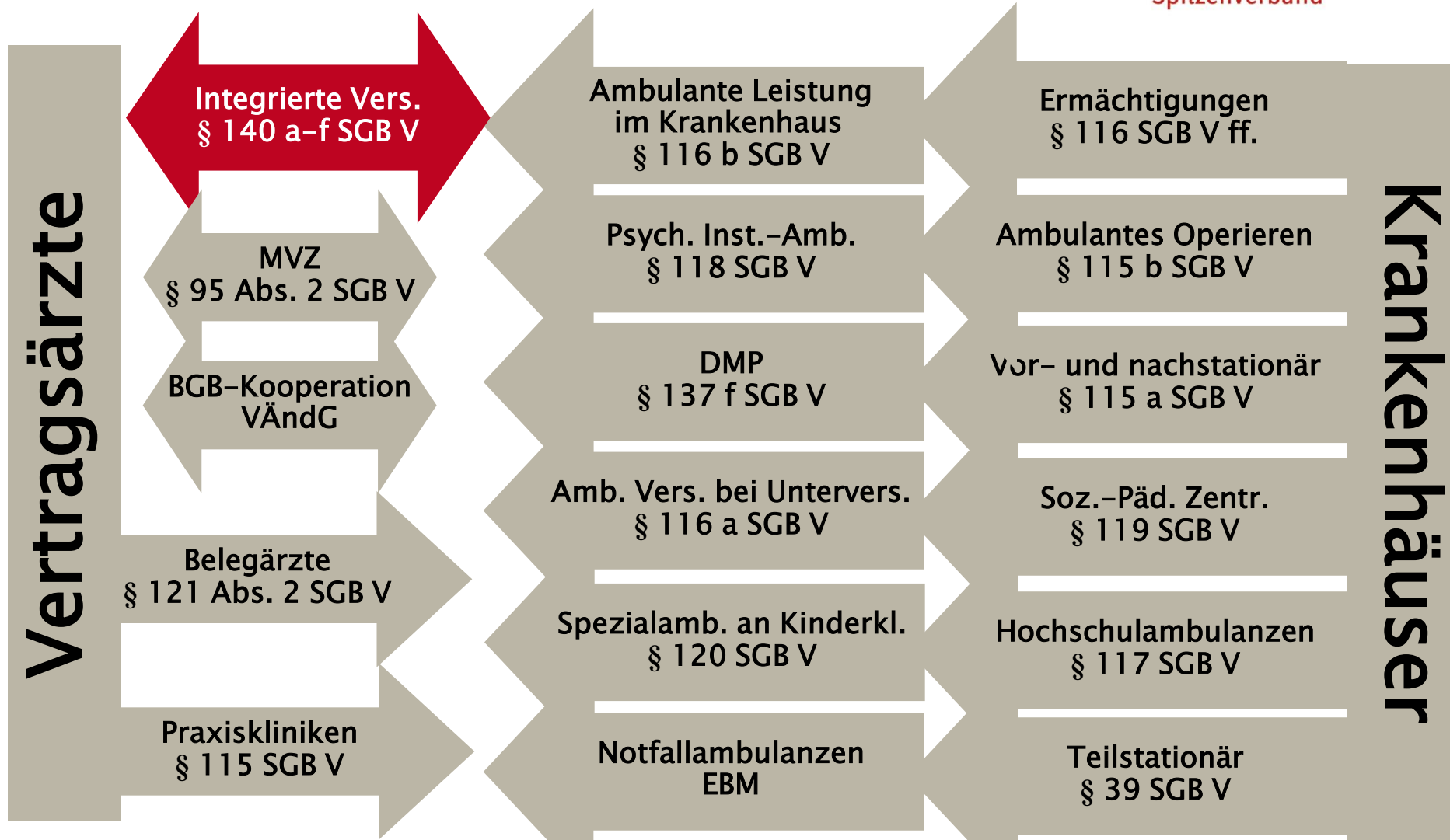
Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b

Ungleicher Kampf

Ambulant-stationärer Grenzbereich



Spitzenverband



Stationäre Leistungen sind kein Wachstumsmarkt mehr

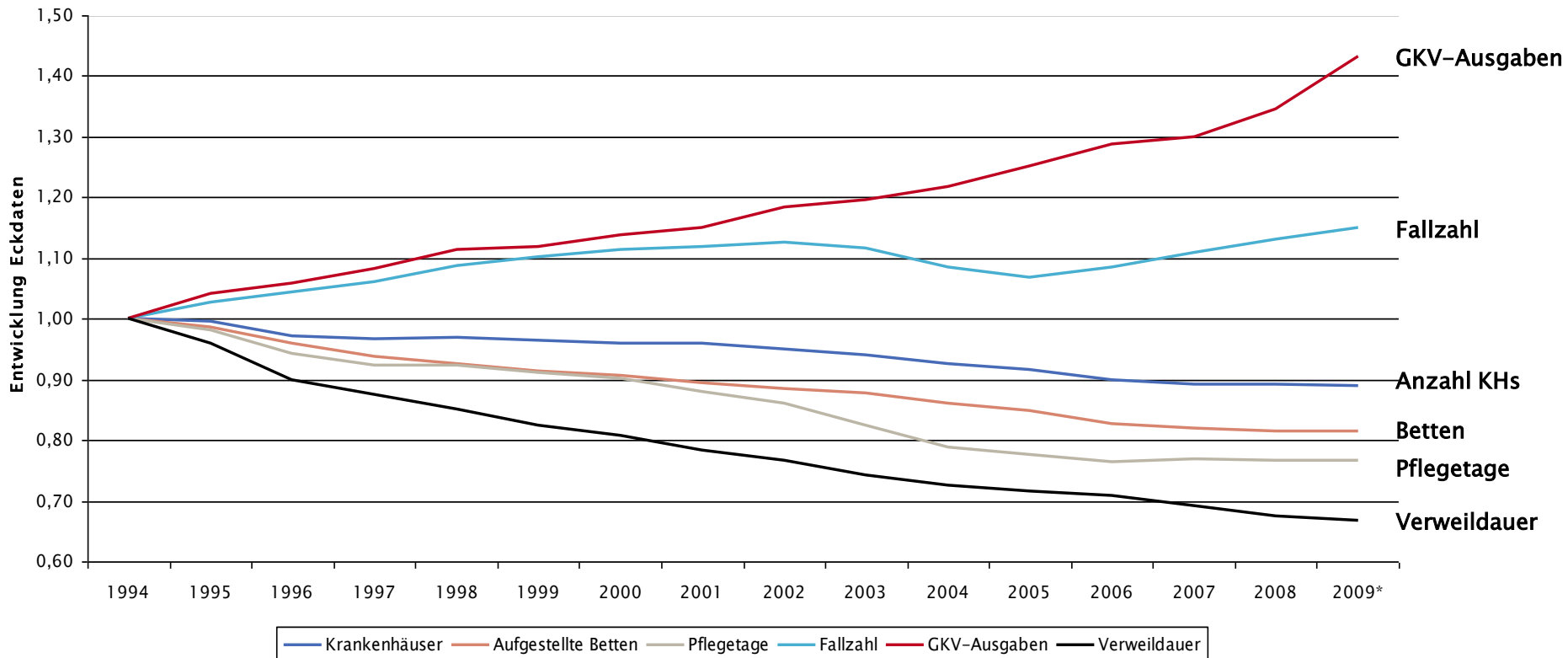
Entkopplung von demografischer Entwicklung und stationären Krankenhausleistungen:

„Wir werden alle älter.“

bedeutet nicht

„Wir liegen mehr im Krankenhaus.“

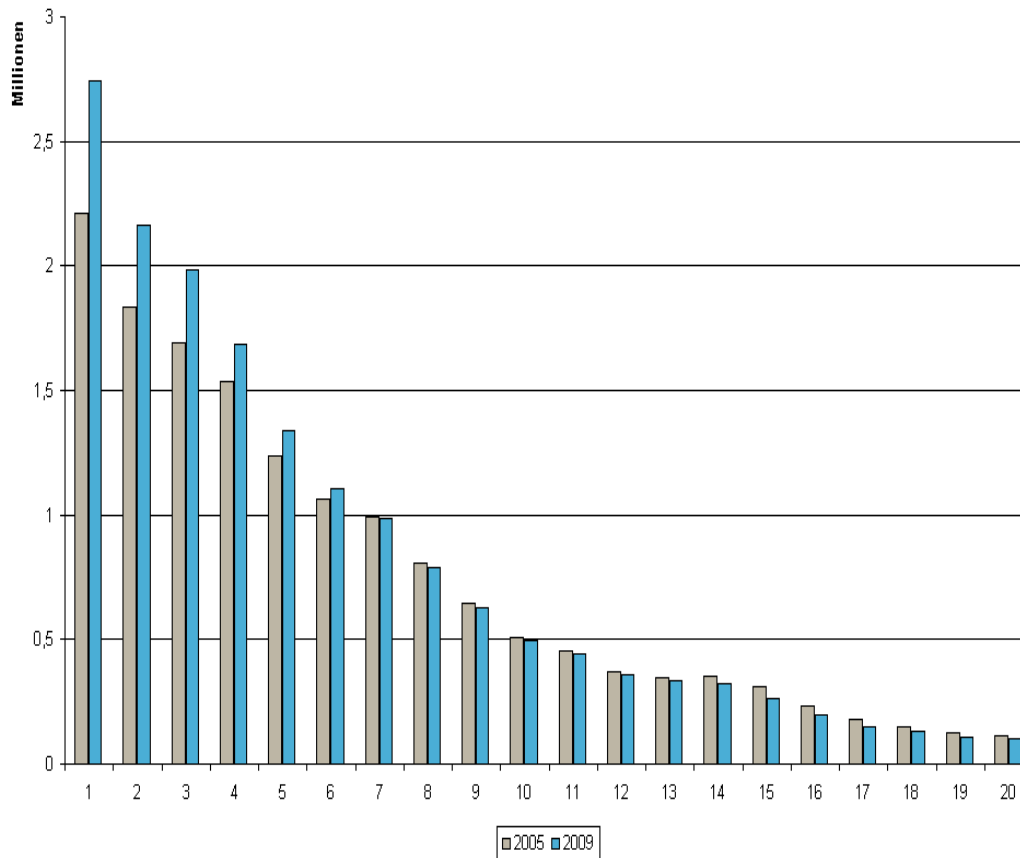
Indikatoren der Krankenhausversorgung



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMG, *vorläufige Daten für 2009, eigene Darstellung

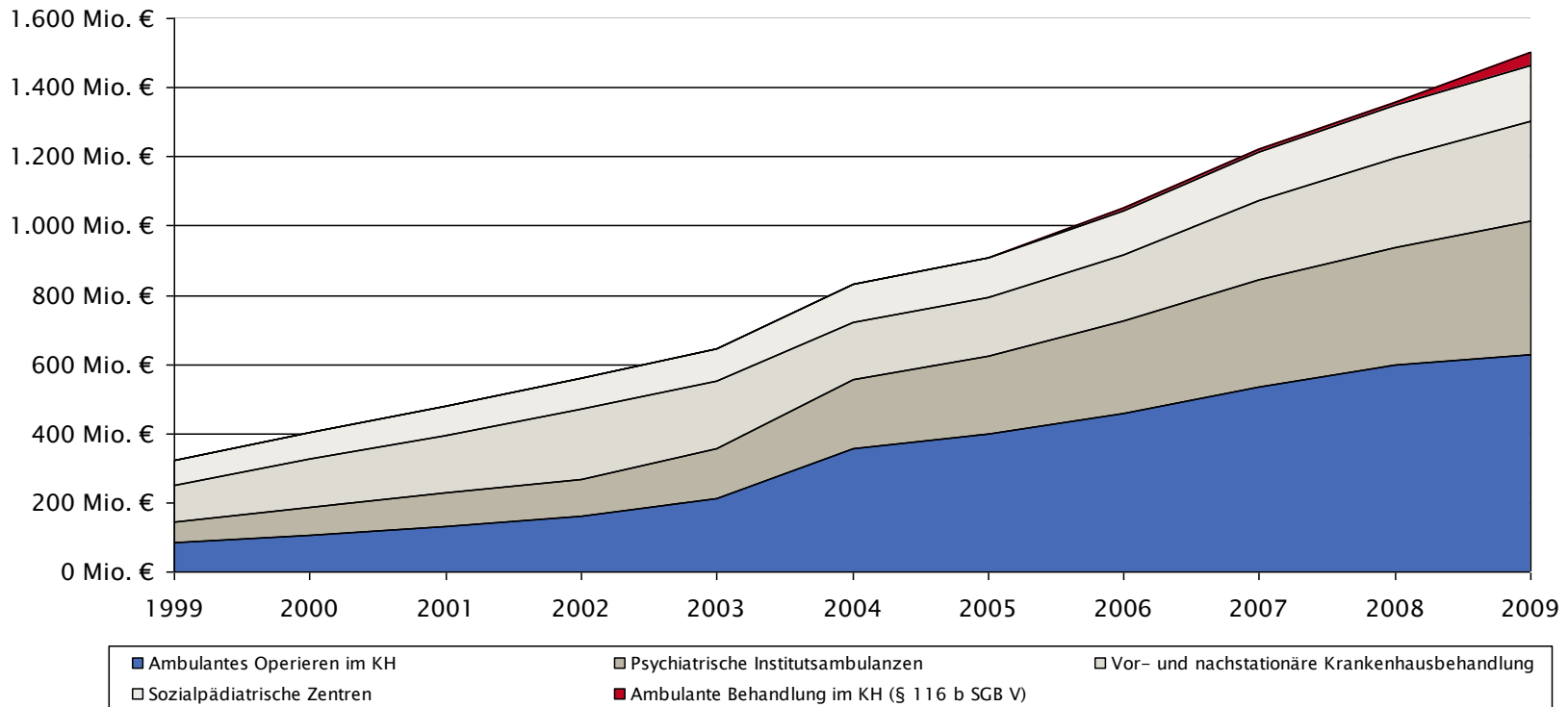
Heute ein Tag – morgen ambulant

- ➔ Stationäre Verweildauer 2009
- ➔ Fallzahl: 17,2 Mio. Fälle
- ➔ Ca. 2,5 Mio. Fälle besitzen nur 1 Tag Verweildauer!
Stundenfälle: 240.000



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen

GKV–Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus



Quelle: Kontenrahmen GKV, eigene Darstellung

Neuer „sektorübergreifender Sektor“



Ausgewählter Regelungsbedarf

1. Abgrenzung der spezialärztlichen Versorgung
Gesetzliche Vorgabe, Konkretisierung durch Selbstverwaltung
Ausgangspunkt Status quo
2. Vergütung und Mengensteuerung
Systematik: EBM-DRG-Hybrid
Beseitigung vergütungstechnischer Schmutzdecken
Mengenvereinbarung auf Landesebene
Mengenbegrenzende Elemente (Mehrleistungsabschlag, ...)
3. Zulassung und Versorgungssteuerung
Beseitigung von Über- und Unterversorgung
Zulassung nicht auf ewig
Zulassungsausschuss als auf Landesebene (KV + LKG : GKV)
4. Abgrenzung kollektiv/selektiv
Prinzip: Notfall kollektiv, „elektiv wird selektiv“

Gang der Handlung

- 1 GKV-Finanzierungsgesetz
- 2 Arrondierung des DRG-Systems
- 3 Psych-Entgeltsystem: „DRG reloaded“
- 4 Spezialärztliche Versorgung
- 5 Gesundheitspolitische Trendprognose

Versuch einer Trendprognose (1 / 2)

- Demografische Entwicklung und GKV–Ausgabenentwicklung werden entkoppelt – so wie vor einiger Zeit Wirtschaftswachstum und Energieverbrauch entkoppelt wurden.
- Generell wird die gesellschaftliche Akzeptanz von Ausgabensteigerungen durch Zusatzbeiträge sinken.
- Stationär stagniert, ambulant floriert.
- Die spezialärztliche Versorgung muss neu und einheitlicher geregelt werden. Dabei werden komplexe „industrialisierte“, medizinische Versorgungszentren die Einzelpraxis verdrängen. Das ist unromantisch, aber schafft „Gesundheit für alle“.

Versuch einer Trendprognose (2/2)

- Das Verhältnis der Politik zum Kassenwettbewerb bleibt zwiespältig.
- Mit einer Zunahme von kassenspezifischen („selektiven“) Verträgen ist in allen Bereichen zu rechnen – auch im Krankenhaus.
- Die Ausschreibung elektiver (planbarer) Krankenhäuser wird kommen. Sie ist das strukturinnovative Komplement zur Ausgabenbegrenzung. Es wird eine Mehrjahresentwicklung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de