

Kalkulation tagesbezogener Leistungspauschalen in Psychiatrie und Psychosomatik

Agenda

- Einleitung neues Entgeltsystem
- Abrechnung ab 2013
- Voraussetzungen für die Abrechnung
- Die medizinische Aufgabe des InEK
- Die ökonomische Aufgabe des InEK
- Zusammenfassung

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

IST-Situation

- Zurzeit werden die Leistungen in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland über **tagesgleiche Pflegesätze (Tagespauschalen)** finanziert
- Pro Belegungstag wird von den Kostenträgern, unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung, der gleiche Pflegesatz vergütet
- Die Pflegesätze eines Spitals errechnen sich, indem das mit den Kostenträgern **vereinbarte Budget** für einen Pflegesatzzeitraum durch die **Summe der vereinbarten Belegungstage** dividiert wird
- Das Budget ist im Rahmen der Verhandlungen mit den Kostenträgern über viele Jahre **historisch entstanden** und von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig (z.B. Verhandlungsgeschick der Beteiligten, politische Situation in der Region, finanziellen Situation des Trägers und der Krankenkassen, Leistungs- und Morbiditätsentwicklung, Belegung des Spitals)
- **Leistungsinhalte und Fallschwere** der im Spital behandelten Fälle spiegeln sich nur sehr wenig im Budget und damit auch in den Pflegesätzen wider

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Neues Entgeltsystem Psychiatrie - KHRG

- Mit Inkrafttreten des **Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes** (KHRG) wurde im Krankenhausfinanzierungsgesetz der **§ 17d** eingefügt
- Nach diesem ist für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein
 - **durchgängiges**
 - **leistungsorientiertes**
 - **und pauschalierendes****Entgeltsystem** auf der Grundlage von **tagesbezogenen Entgelten** einzuführen
- Die Einbeziehung von ambulanten Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen ist zu prüfen
- Das Vergütungssystem soll
 - den **unterschiedlichen Aufwand** medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden
 - der **Differenzierungsgrad** soll praktikabel sein
 - zur Bewertung sind **bundeseinheitliche Relativgewichte** zu definieren

Zeitplan der Einführung lt. § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz

Die Vertragsparteien vereinbaren

- bis **zum Jahresende 2009** Grundstrukturen
 - des Vergütungssystems
 - des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen
 - des Kalkulationsverfahrens sowie
 - der sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern für die Kalkulation
- bis **30. September 2012** erste Entgelte und deren Bewertungsrelationen

„Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr **2013** budgetneutral umgesetzt“

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Konsequenzen des vorgegebenen Zeitplanes

- **Spätestens** das Jahr 2011 wird das Datenjahr für die Kalkulation sein. Alle Vorbereitungen, insbesondere die **Sicherstellung einer hohen Kodierqualität**, müssen somit in 2010 getroffen werden!
- 2013 ist das sog. „**budgetneutrale Jahr**“ – hier wird die Einführung des Entgeltsystems noch keine finanziellen Auswirkungen auf die Einrichtungen haben
- Im Anschluss an das „budgetneutrale Jahr“ muss es, wie bei der Einführung der DRG in der Somatik, eine „**Konvergenzphase**“ geben, in der die historisch gewachsenen Budgets der Krankenhäuser schrittweise in leistungsgerechte Budgets des neuen Entgeltsystems überführt werden
- Die **Dauer der Konvergenzphase** und die einzelnen Konvergenzschritte müssen durch den Gesetzgeber im Rahmen **weiterer Gesetzgebungsverfahren** noch festgelegt werden
- Im Rahmen der Konvergenzphase wird das System schrittweise seine finanzielle Wirkung entfalten

Ist-Stand der Umsetzung durch die Vertragspartner

- OPS Katalog Anpassung ist umgesetzt seit 12/2009
- Kodierrichtlinien liegen seit 01/2010 vor
- Kalkulationshandbuch: Kapitle 1-5 sind von der Somatik übernommen worden, Kapitel 6 wurde neu geschrieben (Stand 2/10) weitere Kapitel sollen alsbald folgen
- Prekalkulationskrankenhäuser sind ausgewählt
- Die Daten nach §21 sind bis zum 31.3.2010 erstmalig auch von den psychiatrischen Einrichtungen zu übermitteln (Entspricht im wesentlichen dem Datensatz nach § 301)
- Die Prozeduren (Psychotherapie und Psych-PV) sind seit 1.1.2010 zu erfassen und bis zum 31.3.2011 erstmalig für 2010 zu übermitteln
- Die Vertragsparteien wünschen eine Revision des OPS um den Dokumentationsaufwand zu reduzieren, Sanktionen bei fehlender bzw. fehlerhafter Übermittlung sind daher bis dahin (01.07.2010) ausgesetzt

Finanzielle Auswirkungen

- Mit der Umstellung auf das neue Entgeltsystem wird der **historische Pflegesatz** durch eine **leistungs- und fallbezogene Tagespauschale** ersetzt
- d.h. Fälle mit schweren Erkrankungen und kostenintensiven Therapieformen werden dann mit einer höheren Tagespauschale vergütet als „einfache Fälle“
- Wie die verschiedenen Fälle eingestuft bzw. bewertet werden, wird im Rahmen der Kalkulation durch des **InEK** anhand der tatsächlichen Einzelfallkosten der Kalkulationshäuser **errechnet**
- Da hierzu heute noch keine Daten vorliegen, ist die **finanzielle Auswirkung** der Einführung des neuen Entgeltsystems in einzelnen Einrichtungen **noch nicht absehbar**

- Sicher ist jedoch, dass es zukünftig nicht mehr ausreicht gegenüber den Kostenträgern zu proklamieren, dass man nur besonders schwere Fälle behandle
- Es wird zukünftig ausschliesslich darauf ankommen, inwieweit es gelingt die **Schwere der Behandlungsfälle** durch die **kodierten Diagnosen und Behandlungen** nachzuweisen
- Es wird also auf die **Qualität der Kodierung** ankommen

Abrechnung ab 2013

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

§17d Absatz 3 Krankenhausgesetz

- (1) 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.** ... Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.
- 3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren, ... Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, ... Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das DRG-Institut. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind.
- 9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes... Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in ... zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Voraussetzungen für die Abrechnung

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Kodierung der Diagnosen

- Die Kodierung erfolgt aktuell bereits auch in den stationären psychiatrischen Einrichtungen gemäß § 301 Abs. 2 Satz 1, Kapitel V, SGB
- Die Codes werden vom DIMDI zur Verfügung gestellt
- Die Diagnosen sind seit dem 1.1.2010 nach den Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik zu verschlüsseln, welche vom InEK herausgegeben werden.
- Die Kodierung dient der Abrechnung, nicht der medizinischen Dokumentation

Auszug aus der Einleitung der Kodierrichtlinien:

- „Die Verantwortung für die Dokumentation und die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren liegt beim behandelnden Arzt...“
- „...(Es) sind so viele Diagnosen zu verschlüsseln, wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind...“

Kodierung der Leistung

OPS 2010 differenziert Leistungen für KH § 17b und §17d KHG

Komplett neu sind die Bereiche für §17d Häuser:

- 9-80-9-83 = Psych PV (Bei Beginn der Behandlung und bei Wechsel des Behandlungsbereiches)
- 9-60-96-9 = Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen

Beispiel: 9-60: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Geregelt in dieser OPS sind: Länge der Therapieeinheit, Gruppengröße, Qualifikation des Therapeuten, Art der Teamgespräche, Wie oft der OPS pro Aufenthalt zu kodieren ist usw.

Daraus folgt:

Alle diese Kriterien sind auch zu dokumentieren!

- Die Codes werden vom BMG mit dem DIMDI als ausführende Behörde zur Verfügung gestellt
- Die Prozeduren sind seit dem 1.1.2010 nach den Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik zu verschlüsseln (InEK)

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Aufgaben der Selbstverwaltung

Einführung:

§17b Verbindliche Einführung von DRG in den somatischen Kliniken ab 1.1.2004

§17d Einführung von DRG in allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab 2013

Mit der Festlegung der Fallpauschalen hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien beauftragt. (GKV, PKV, DKG) Zur Umsetzung dieser Aufgabe wurde im Mai 2001 das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)“ gegründet.

Die Aufgabe des InEK ist medizinisch (die Bildung von Fallpauschalen (DRG)) und ökonomisch (Berechnung der Relativgewichte)

Finanzierung durch DRG Systemzuschlag

Für die Einführung in den Häusern nach §17b war die Bundesärztekammer hinzuzuziehen

Für die Häuser nach §17d ist die Bundespsychotherapeutenkammer hinzuzuziehen.

Die medizinische Aufgabe des InEK

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Kurze Geschichte der Diagnosis Related Groups (DRG)

- DRGs wurden erstmals in den 70er Jahren in den USA entwickelt.
- 1992 Erste Version der AR-DRG freigeben (Australien)
- 2003 Einführung der DRG in Deutschland (G-DRG), seit 2004 Pflicht für Einrichtungen nach §17b
- 2012 Einführung in der Schweiz von Swiss-DRG, die aus den deutschen DRG abgeleitet wurden.

Wie entsteht eine DRG?

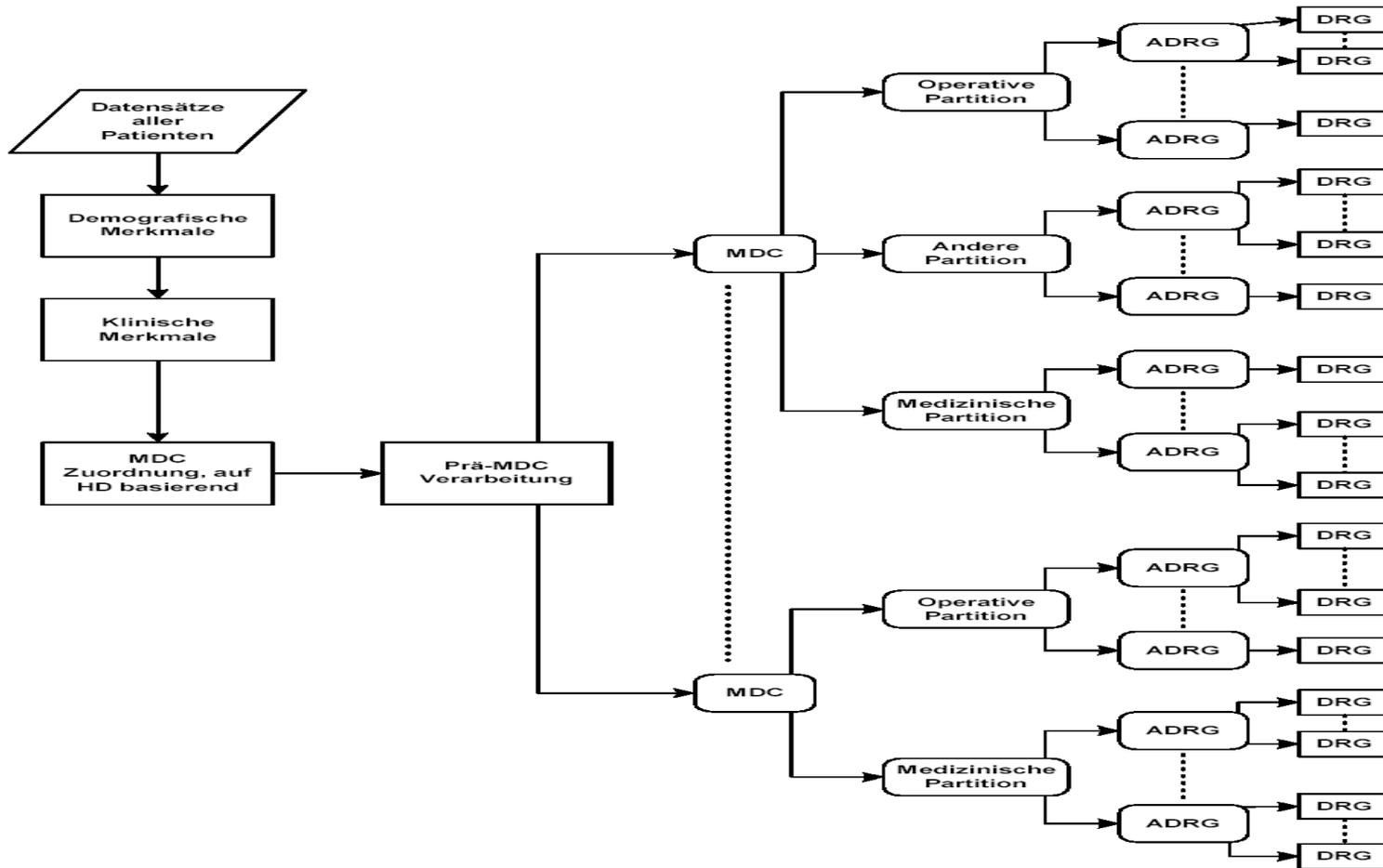
- DRGs können als eine überschaubare Anzahl von diagnosebasierten Klassen definiert werden, die sich anhand ihres klinischen Inhaltes und des Ressourcenverbrauches unterscheiden.
- **Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, das in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhaufälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt.**
- Mit Hilfe dieser DRGs lässt sich die Leistung eines Krankenhauses messen.
- Sie bilden damit eine Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung.
- Ergänzend dazu unterstützen DRGs bei der Entwicklung von Strategien zur Regelung des Zuganges zur Versorgung und der Gleichbehandlung, der Analyse der klinischen Praxis und des Kodierverhaltens sowie der Bedarfsanalysen für Medikamente sowie für Heil- und Hilfsmittel.

Definitionshandbuch des InEK

Diagnosis Related Groups

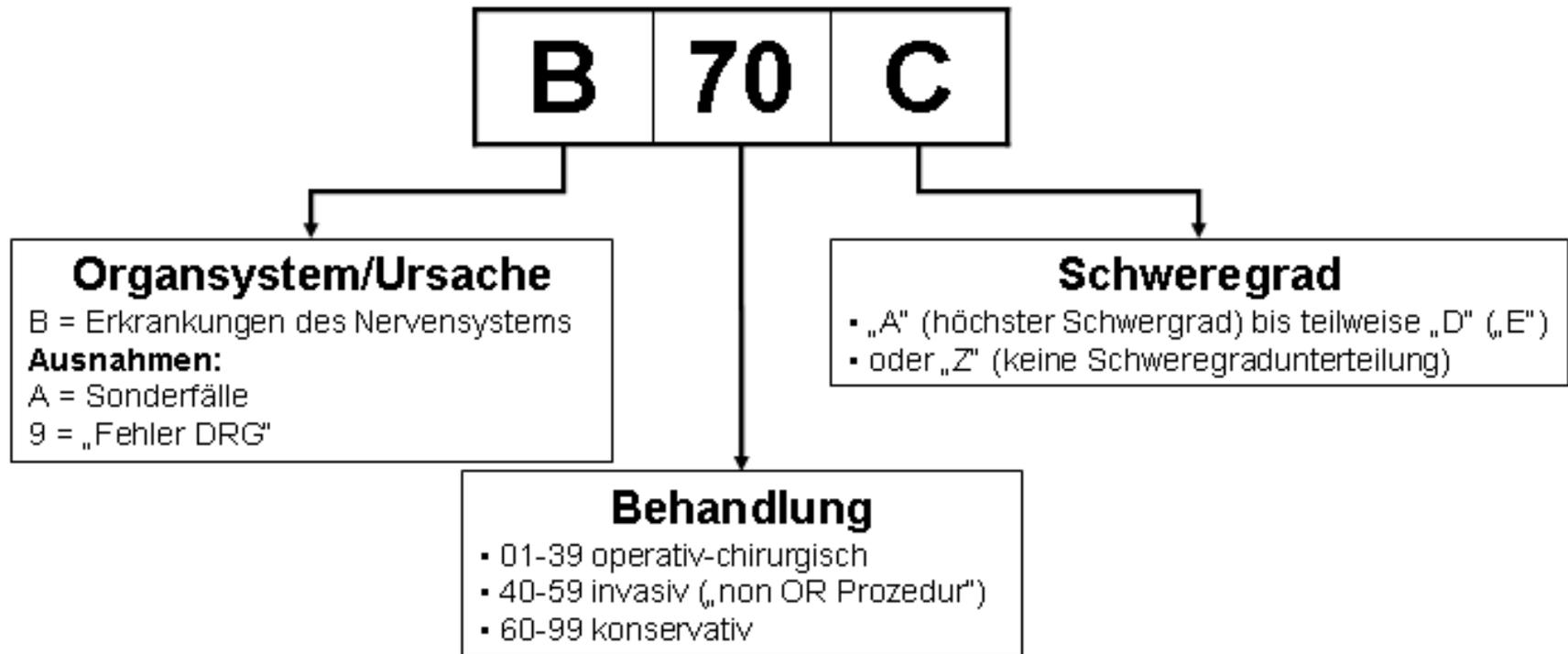
- Die DRGs sind in MDC (Major Diagnostic Categories) eingeteilt und basieren grundsätzlich auf Hierarchien von Diagnosen und Prozeduren, die in operative, „andere“ und medizinische Partitionen eingeteilt werden
- Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen.
- Um diese Methode auf einem aktuellen Stand zu halten, muss sie von Zeit zu Zeit modifiziert werden. Damit wird den geänderten medizinischen Anforderungen und Bedürfnissen bzw. einem geänderten Kodierverhalten Rechnung getragen.
- Grundlage für die Bildung von DRG ist der Datensatz nach § 21 KHEntgG der von allen Häusern nach § 17b und ab 2011 auch §17d übermittelt werden muss

DRG Hierarchie



:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Da DRG Code



Faktoren die die Bildung einer DRG beeinflussen (Grouperfutter)

- Diagnosen (ggf. mit Seitenkennzeichen)
- Prozeduren (ggf. mit Seitenkennzeichen), Prozeduren-Datum,
- Geschlecht
- Alter
- Aufnahmeanlass, Aufnahmegrund
- Verweildauer, Urlaubstage, Status der Verweildauer ein Belegungstag
- Entlassungsgrund,
- Dauer der maschinellen Beatmung, (Beatmungsstunden)
- Aufnahmegewicht/ Gewicht bei Säuglingen <13Monate
- Entlassungsart

Was macht der Grouper wenn er grouppt?

- **Überprüfung demografischer und klinischer Merkmale**
- 960Z, 961Z und 963Z bei Fehler

- . Überprüfung demografischer und klinischer Merkmale
- . MDC-Zuordnung
- . Prä-MDC-Verarbeitung
- . MDC-Partitionierung
- . Zuordnung zur Basis-DRG
- . Zuordnung von CCL und PCCL
- . DRG-Zuordnung

Gruppen I



Gruppen II



Die ökonomische Aufgabe des InEK

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Wie entsteht ein Relativgewicht?

Zweck der Kalkulation

- Das Kalkulationshandbuch beschreibt im Sinne eines anwendungsorientierten Leitfadens die Methodik zur Kalkulation fallbezogener Behandlungskosten im Krankenhaus.
- Die auf diese Weise erzielten Kalkulationsergebnisse dienen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.
- Für die an der Erhebung von Kostendaten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems teilnehmenden Krankenhäuser stellen die im Handbuch beschriebenen Kalkulationsverfahren eine verbindlich umzusetzende Vorgabe dar.

Wie entsteht ein Relativgewicht?

- Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger „Behandlungsfall“ folgt einem Vollkostenansatz auf Istkostenbasis.
- Dabei werden alle Behandlungsfälle, Leistungen und Kosten des Krankenhauses einbezogen, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Vergütungsrahmen des G-DRG Systems fallen.
- Vom G-DRG-System nicht erfasste Leistungs- und Kostenanteile sind aus der Kalkulationsbasis auszugliedern.

Anforderungen an die Krankenhäuser

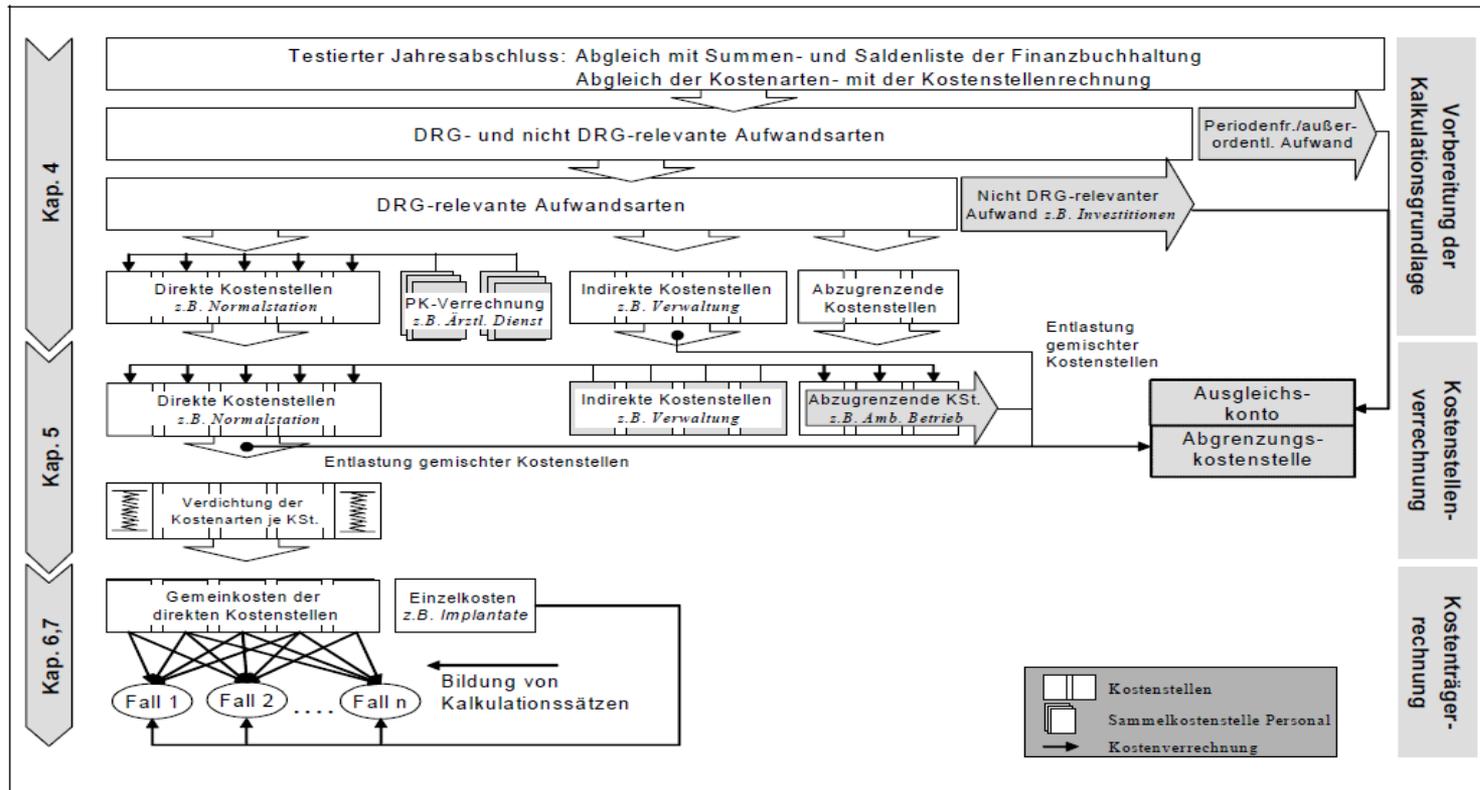
- Die aus dem Kalkulationsschema resultierenden Anforderungen an Qualität und Vollständigkeit der für die Kalkulation benötigten Daten sind aus einer vom InEK aufgestellten Checkliste erkennbar.
- Krankenhäuser sollten danach insbesondere im Bereich EDV eine separate Datenumgebung für die Kalkulation einrichten sowie über EDV-gestützte Kosten- und Leistungsdaten verfügen.
- ...

Kalkulationshandbuch des InEK 2010

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Kalkulationsschritte

Anlage 1.1: Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der DRG-relevanten Fallkosten



Berechnung eines Relativgewichtes

Beispiel:

- Erfassung aller Fallbezogenen Kosten durch die InEK Häuser
- Mittelung aller Kosten /Zahl aller Behandlungsfälle = Relativgewicht 1
- Beispiel: die Zahl der Gesamtkosten sei 1.000.000€, die Zahl der Fälle sei 1000, Ergibt einen durchschnittlichen Kostensatz von 1000€ Die Kosten für die Behandlung einer Pneumonie seien 700€
- Es ergibt sich ein Relativgewicht von 0,7

Relativgewicht, Effektivgewicht und Vergütung neben der DRG

- Das Relativgewicht wird beeinflusst durch Ab- und Zuschläge = **Effektivgewicht**
- In der Somatik: Abschlag für Unterschreitung und Zuschlag für Überschreitung der Grenzverweildauer
- Zusätzlich zu den DRG gibt es Zusatzentgelte für besondere Leistungen (z.B. Blutkonserven)
- Neben den DRG gibt es noch Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), Verträge der integrierten Versorgung und Verträge nach § 6 (Einzelvereinbarungen für Fallpauschalen)

:: Leben und Gesundheit in guten Händen ::

Wie entsteht Basisfallwert und Erlös in § 17b Häusern

Fakten:

- Wenn das Budget durch die Summe aller Relativgewichte (Case-Mix) geteilt wird, so erhält man den Basisfallwert (wenn Budgetneutral, also 2004)
- Wenn der Case-Mix (CM) durch die Zahl der Fälle geteilt wird, entsteht der Case-Mix-Index (CMI)
- Der Mittelwert der Basisfallwerte eines Landes (des Bundes) ergibt den Landes(Bundes-)basisfallwert.
- In der Konvergenzphase wurden die Häuser auf die Landesfallwerte gehoben bzw. gesenkt. (Konvergenzgewinner und Konvergenzverlierer)

Wie entsteht Basisfallwert und Erlös in § 17d Häusern

Fakten:

- Wenn das Budget durch die Summe aller Relativgewichte geteilt wird erhält man den Basisfallwert (wenn Budgetneutral, also 2013)
- Wenn der Case-Mix (CM) durch die Zahl der Fälle \times Behandlungstage geteilt wird, entsteht der Case-Mix-Index(CMI)
- Der Mittelwert der Basisfallwerte eines Landes (des Bundes) ergibt den Landes(Bundes-) basisfallwert.
- Es ist zu erwarten, dass in einer Konvergenzphase die Häuser auf die Landesfallwerte gehoben bzw. gesenkt werden.

- Relativgewichte geteilt durch die Zahl der Behandlungstage = Effektivgewicht?

Formeln

- $CM = \sum \text{Relativgewichte}$
- $CMI \text{ Somatik} = CM / \text{Fallzahl}$
- $\text{Erlös pro Fall} = \text{Relativgewicht} \times \text{Basisfallwert}$
- $\text{Erlös Krankenhaus} = CM \times \text{Basisfallwert}$

- $CM \text{ Psych.} = \sum \text{Relativgewichte} \times \text{Berechnungstage}$
- $CMI \text{ Psych.} = CM / \text{Berechnungstage}$
- $\text{Erlös Fall Psych.} = \sum_{1-n} \text{Relativgewichte} \times \text{Basisfallwert}$, wobei $n = \text{Berechnungstage}$
- $\text{Erlös Krankenhaus} = \sum \text{Relativgewichte} \times \text{Basisfallwert}$

Zusammenfassung

- DRG entstehen aus den Diagnosen und Leistungen die zu den Behandlungsfällen nach §21 an das InEK (bzw. Datensammelstelle) übermittelt werden
- Relativgewichte entstehen aus den Daten, welche die Kalkulationskrankenhäuser an das InEK übermitteln.
- Welche DRG durch den Grouper ermittelt wird, ist wesentlich durch die kodierten Diagnosen und Prozeduren beeinflusst
- Um in Zukunft eine kostendeckende, Leistungsgerechte Bezahlung zu erreichen ist es entscheidend **richtig und umfassend** zu kodieren. Mit dieser Kodierung muss so schnell wie möglich begonnen werden, da die Daten von 2010 in die DRG Findung mit eingehen

Vielen Dank!

Dr. med. Holger Hänsch

Leiter Prozessentwicklung

Bahnhofplatz 14

CH-8021 Zürich

Büro: +41 (0)878 35 33 66

Mobil: +49 (0)176 300 550 77

Fax: +41 (0)878 35 33 29

E-Mail: hhae.ccmill@rz.ameos.de