

Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie

PEPP-System und alternative Ansätze

Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstands

AOK Rheinland/Hamburg

AGENDA

1. **PEPP – Umsetzung – Die Sicht der AOK**
2. **PEPP-Alternativen**
3. **Alternative Modelle**
4. **Fazit**

Frankfurter Allgemeine Zeitung Frankfurt

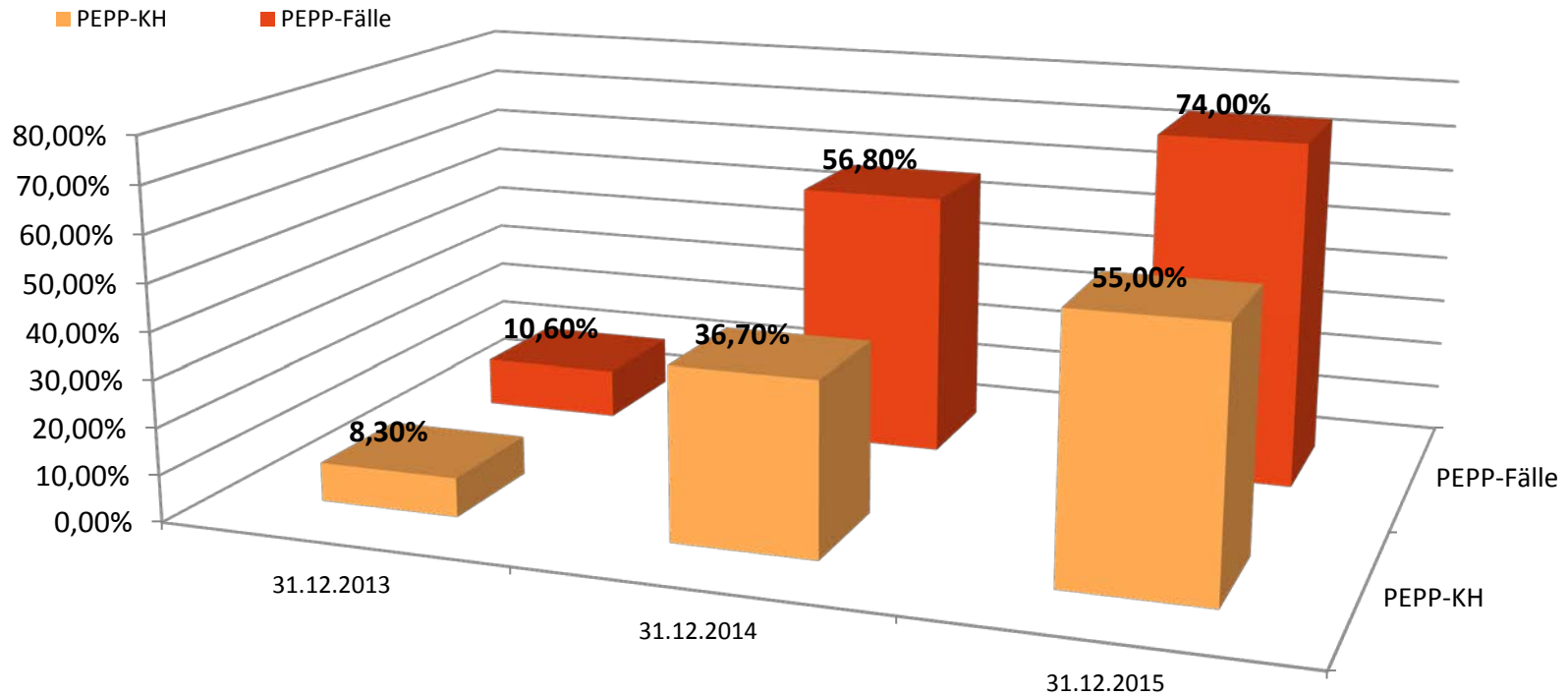
08.01.2016 Seite 18 Auflage: 320.864

SPD verabschiedet sich von Fallpauschalen in der Psychiatrie

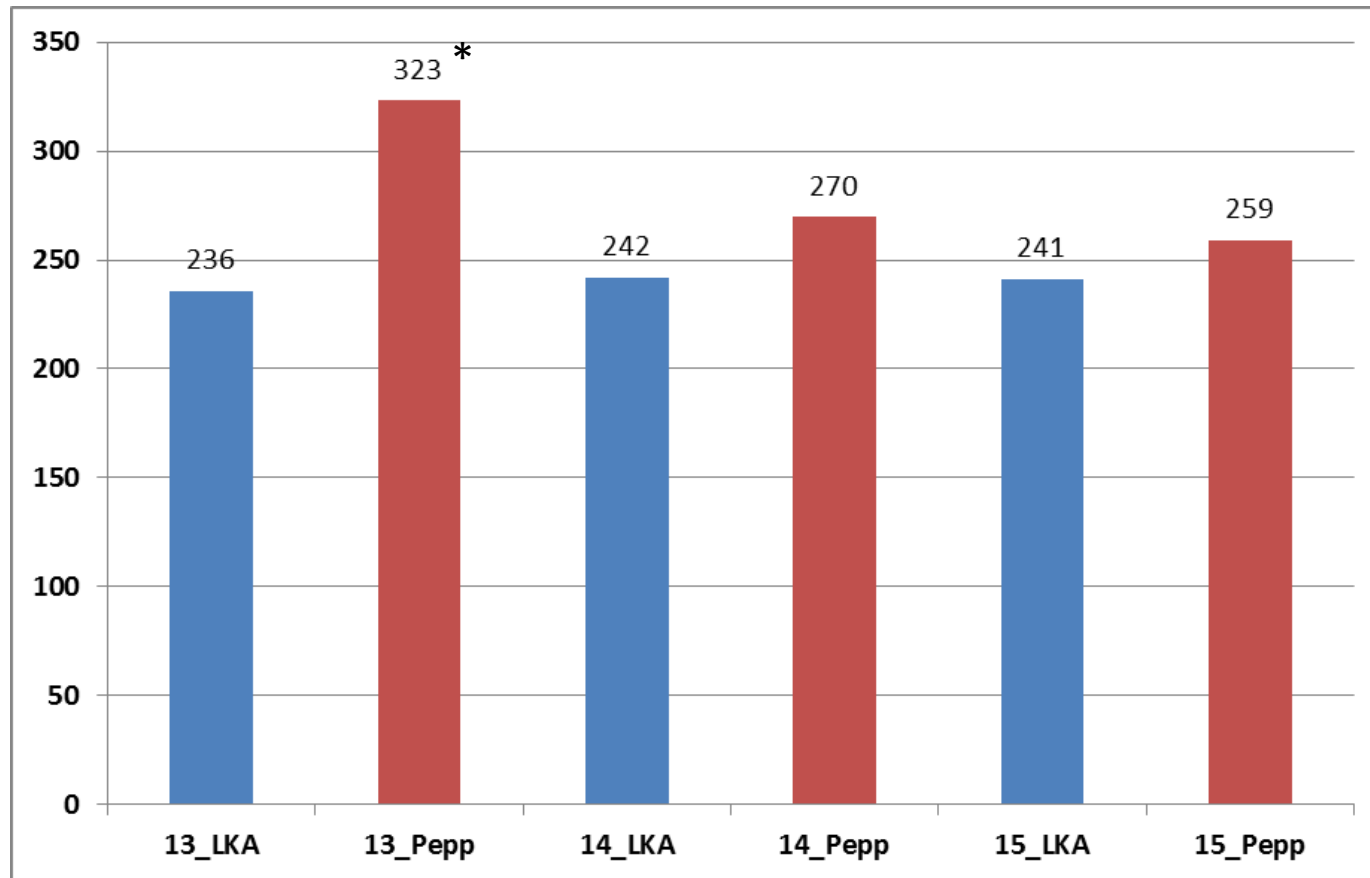
„Ökonomie statt Interessen der Patienten im Mittelpunkt“

1. PEPP – Umsetzung – Die Sicht der AOK

PEPP – Anteil der Umsteiger im Rheinland (Krankenhäuser und Fachabteilungen)



Ausgaben je Tag (LKA vs. PEPP)

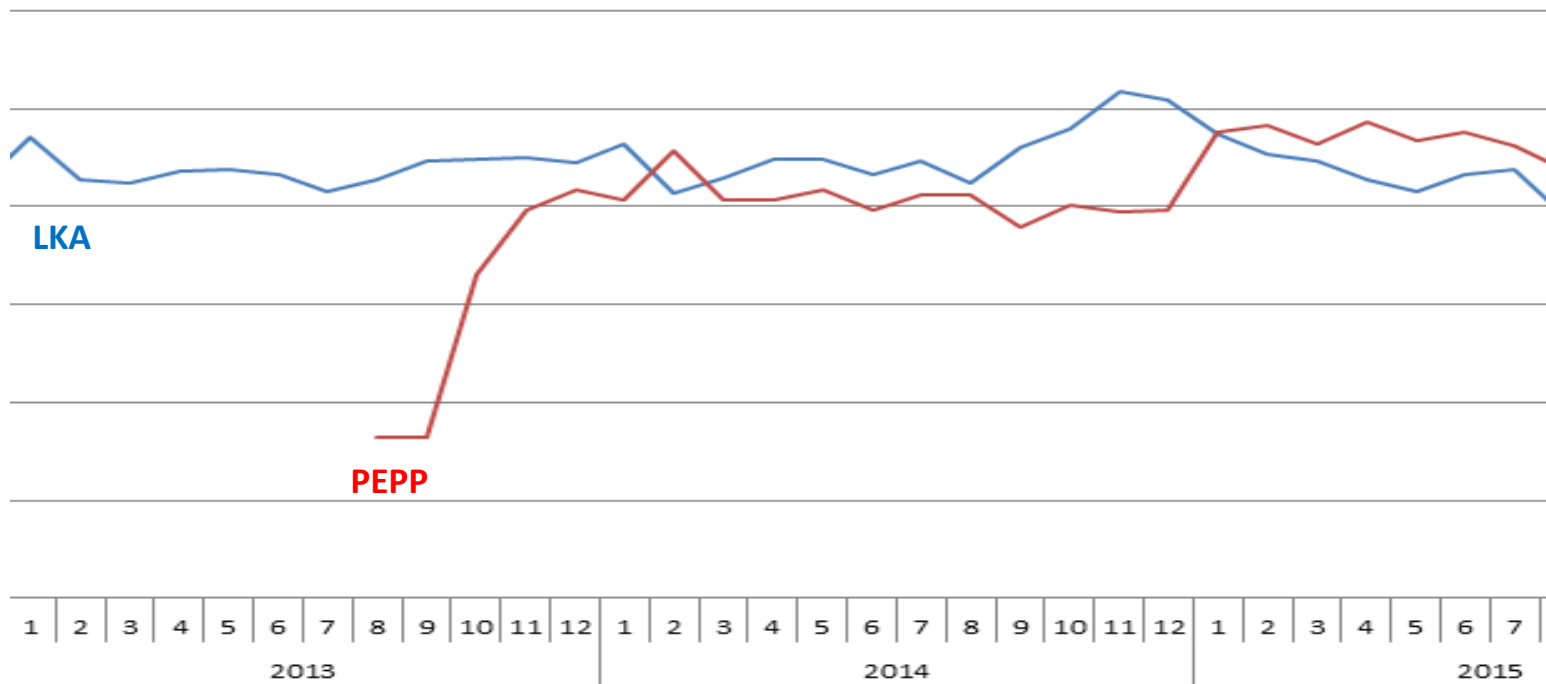


* = geringe Fallzahl

1. PEPP – Umsetzung – Die Sicht der AOK

Verweildauererlauf je Geltungsbereich

Die PEPP-Verweildauer zeigt noch keinen abschließenden Trend



1. PEPP – Umsetzung – Die Sicht der AOK

PEPP-Umsetzung, ein Zwischenfazit

- Aktiver Start der Psych-Krankenhäuser/Fachabteilungen im Rheinland
- Die Verweildauerdegression innerhalb der PEPPs führt nicht „automatisch“ zu kurzen Verweildauern
- Schweregradeinteilung und „Ergänzenden Tagesentgelte“ bieten Raum für Interpretationen bei der Einstufung/Abrechnung
- Erwartungsgemäß konnte eine Verbesserung der Versorgung durch PEPP nicht festgestellt werden
 - Ambulant nach wie vor lange Wartezeiten und hoher Behandlungsbedarf
 - Keine verbesserte Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten
 - Keine Änderung im Verordnungsverhalten bzgl. entsprechender Arzneien
 - Keine Einbindung ambulanter psychiatrischer Pflegedienste
 - Keine Verbesserung des Entlassmanagements

Die Fachgesellschaften und Verbände
der Plattform Entgelt

Konzept eines
Budgetbasierten Entgeltsystems
für die Fachgebiete
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Der Alternativvorschlag der Fachgesellschaften und Verbände vermittelt den Eindruck, dass es nur ums Geld geht...



2. PEPP-Alternativen

Kritik im Einzelnen

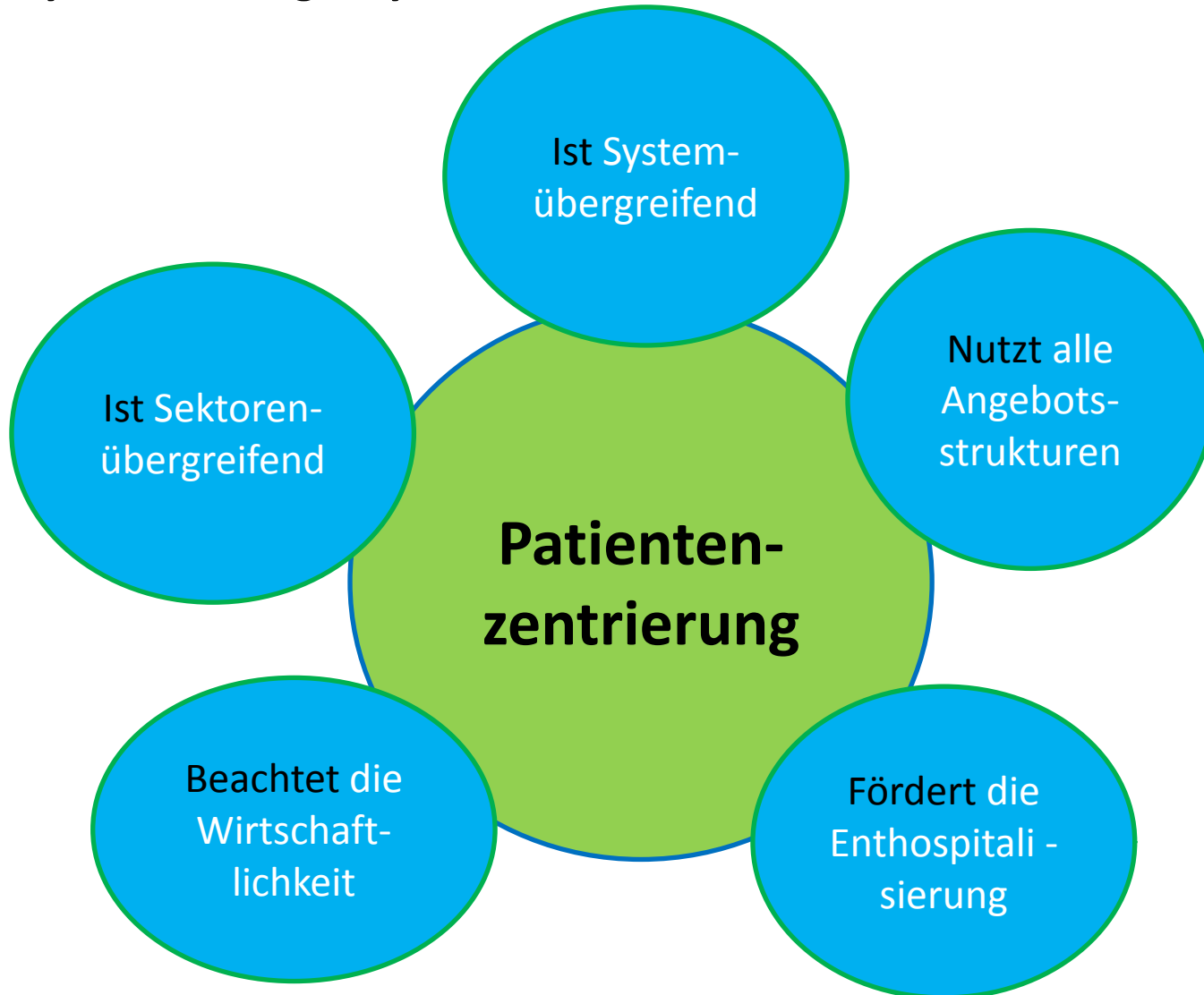
- Abbildung der IST-Kosten:
 - verhindert Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen
- Abschaffung der Einzelfallprüfung:
 - Fehlanreize und Erlösoptimierung sind nicht ausgeschlossen
- Kontrahierungszwang bei Modellen:
 - Freiwilligkeit entfällt zu Gunsten der KH-Vorstellungen
- Entgeltkatalog ohne Degression:
 - Degression scheint nach Inhalt der Behandlung notwendig
- Qualität:
 - Ohne Qualitätsnachweis kein Beweis für Systemverbesserung
- Entgeltsystem:
 - Es fehlen Anreize, die Versorgung zunehmend ambulant zu gestalten

Alternative zu PEPP – wie muss sie aussehen?

1. Entgelte müssen die Krankenhäuser wirtschaftlich sichern und überwiegend vergleichbar machen (können)
2. Keine Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips
3. Notwendige, zusätzliche Strukturen müssen wirtschaftlich finanziert werden können
4. Spezialisierungen (Essstörungen, Schizophrenie, ...) müssen von (G-BA-) Strukturanforderungen abhängig gemacht werden
5. Dokumentation muss einfach und zweckentsprechend, am Bedarf orientiert sein, darf aber nicht erlösoptimierend wirken
6. Versorgungsangebote müssen entsprechend dem Bedarf vorgehalten werden:
 1. Ambulant (PIA/Hometreatment oder/und amb. Psych. Pflegedienst)
 2. Teilstationär (regional und bedarfsorientiert)
 3. Vollstationär (wenn notwendig, dann mit Überleitungsverpflichtung in teilstationäre und ambulante Weiterbehandlung)

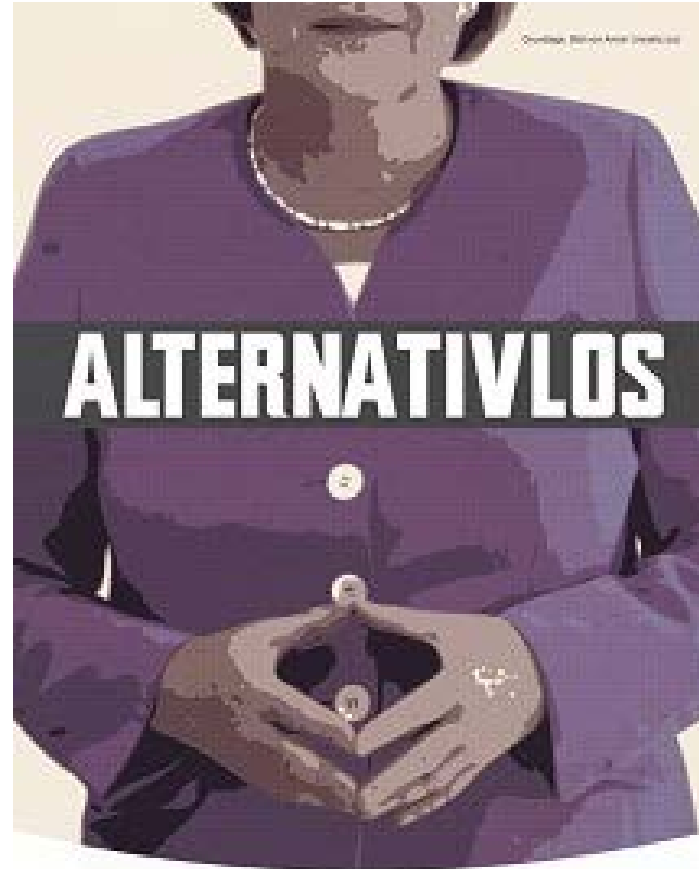


Ein Psychiatrie-Entgeltsystem als Alternative zu PEPP



3. Alternative Modelle

Alternativ = nur die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten?



Resignation ist Mangel an Alternative

3. Alternative Modelle

Notwendig ist.....:

- Frühestmögliche Versorgung - bedarfsorientiert und im häuslichen Umfeld
- Angebot fester Strukturen (z.B. Arbeitstherapie auf niedrigem Niveau)
- Einbindung neuer Versorgungspartner (ExInler, Spezialisierung Heilerziehungspfleger und andere Berufe)
- Systemübergreifende Versorgung (u.a. gemeindepsychiatrischen Dienst einbinden)
- Krisenpension/-zimmer
- Differenziertere PIA-Angebote
- Stationäre Versorgung als „Ausnahme“
- Anschlussrehabilitation durch Renten- und Krankenversicherung
-

3. Alternative Modelle

Neben der Regelversorgung sind Alternativen möglich und werden umgesetzt:

1. Modelle nach § 64b SGB V

bundesweit überwiegend Modelle nur mit Krankenhäusern/PIA

Düsseldorf: Modulares Versorgungsmodell (CMHC)

Köln: APPV-Modell (nur mit amb. psych. Pflegediensten)

2. Integrierte Versorgung

i.d.R. mit Managementgesellschaften oder einzelnen Anbietern

3. Haus- und Fachärztliche Versorgung

i.d.R. durch Anpassung der Vergütungsinhalte und –höhe

Sozialpsychiatrievereinbarung

4. Versorgung durch Pharmaindustrie

Angebote zur Optimierung der Pharmakotherapie (NDS)

3. Alternative Modelle

Alternativen unter Beteiligung der AOK

Modelle nach § 64b SGB V

CMHC - Modulares Versorgungsmodell in Düsseldorf (LVR) (Clinical Mental Health Center)

- maximal 15 Entgelte (Module)
- festes Gesamtbudget
- Patientenbezug (kein Fallbezug)
- Sektoren- und Systemübergreifend (KH, Ärzte, Pflege, Kommune)
- Lotsenfunktion
- Prüfungen intern vereinbart
- Erfolgsmessung (Honos, Lebensqualität, ...)
- Laufzeit 8 Jahre

- Umsetzung: ab 1.7.2016

3. Alternative Modelle

Alternativen unter Beteiligung der AOK

Modelle nach § 64b SGB V

APPV-Modell in Köln (nur mit amb. psych. Pflegediensten) **(Ambulante psychiatrische pflegerische Versorgung)**

- drei Entgelte
- Soziotherapie / Psychiatrische häusliche Krankenpflege als Basis
- Anpassung der Vergütung
- 24/7-Versorgung an 365 Tagen/Jahr (=Rufbereitschaft und Hausbesuche)
- Lotsenfunktion
- Keine MDK-Prüfung / keine Genehmigung
- Erfolgsmessung (Honos)
- Zielvereinbarung
- Laufzeit 8 Jahre

- Umsetzung: seit 1.9.2015

3. Alternative Modelle

Bei der Umsetzung von Modellen ist zu beachten:

- Steuerung Unabhängigkeit ist notwendig
- Kapazitäten Bedarfsorientierung
- Finanzierung Umsteuerung vorhandener Mittel aller Beteiligten
Gewinne werden nur für den Patienten erzielt
Ziel definieren
- Patienten Vorteil muss beim Patienten ankommen

Ein Hindernis
überwindet man
mit Übung



- **Es gibt Alternativen zu PEPP**
- **Abstimmung und Teilnahme aller Sektoren und Systeme**
- **Patientenorientierung darf nicht zur Erlösoptimierung führen**
- **Krankenhäuser bieten eine Alternative – aber nicht die Einzige**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit