

# Behandlungspfade und neues Entgeltsystem aus der Perspektive psychiatrischer Krankenhäuser

Landesrätin Dipl.-Kff. Helga SCHUHMAN-WESSOLEK,  
LWL-Krankenhausdezernentin

LWL-Psychiatriekongress  
Münster, 15.09.2010

## Gliederung

1. Das neue Entgeltsystem
  - 1.1. Parameter
  - 1.2. Procedere
  - 1.3. Sachstand
2. Konsequenzen für den Leistungsprozess
3. Leistungsprozess und Behandlungspfade
  - 3.1. Definition
  - 3.2. Zweck
  - 3.3. Funktionen
4. Thesen zu den Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf Behandlungspfade
5. Ausblick: Was können wir von der Somatik lernen ?

# 1. Das neue Entgeltsystem

## Exkurs

- Seit 2003 DRG-System in Somatik
- Seit 2004 für alle somatischen Kliniken verbindlich
- Konvergenz wird nun erst 2010 abgeschlossen  
(um ein Jahr verlängert)
- Ab 2010 gleiches Geld für gleiche Leistung je Bundesland

## 1.1. Parameter

- Durch das neue Entgeltsystem wird das bisherige Finanzierungsvolumen nicht ausgedehnt
- Bildung aufwandshomogener Gruppen
- Vergütung erfolgt zunächst weitestgehend tagesbezogen über Bewertungsrelationen und einen Basistageswert

## Fazit

- Heute:
  - Vergütung anhand von hausindividuellem  
Abteilungs- und Basispflegesatz
  - Kein Leistungsbezug der Vergütung
- Zukünftig:
  - Vergütung durch einheitliche, tagesgleiche Entgelte  
und Zusatzentgelte
  - Klarer Leistungsbezug der Vergütung

## 1.2. Procedere

- Entwicklung, Einführung und Weiterentwicklung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene
- Erarbeitung durch das DRG-Institut
- Datenlieferung durch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen
- Regelung der Konvergenzschritte in einem zukünftigen Gesetz

- Grundstrukturen bis **Ende 2009**
- Erster Entgeltkatalog bis zum **30.09.2012**
- Budgetneutrale Umsetzung zum **01.01.2013**
- Veröffentlichung der Ergebnisse einer Begleitforschung erstmalig im Jahr **2014**

## 1.3. Sachstand

- Die Ermittlung aufwandshomogener Gruppen bildet das Kernproblem bei der Entwicklung des zukünftigen Finanzierungssystems.
- Es gibt bisher keine gesicherten Erkenntnisse, anhand welcher Kriterien psychisch kranke Menschen behandlungsaufwandshomogenen Gruppen zugeordnet werden können.

## Vereinbarung gemäß § 17 d KHG

- Am 17.11.2009 auf Bundesebene von der Selbstverwaltung konsentiert.

### Inhalte:

- Beauftragung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Entwicklung und Pflege des Vergütungssystems
- Jährliche Anpassung auf empirischer Basis
- Psychiatrische Institutsambulanzen werden zunächst nicht mit einbezogen
- Ab dem 01.01.2010 Übermittlung der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)

## Datenerhebung

- Übermittlung folgender Daten seit dem 01.01.2010 an die Krankenkassen sowie das InEK :
  - Diagnosen (insgesamt 261 Krankheitsgruppen mit weiterer Unterteilung)
  - die Psych-PV-Kategorien (25) als Pseudo-OPS
  - psychiatrische OPS (10 mit weiterer Unterteilung)
  - somatische OPS (ca. 230 mit weiterer Unterteilung)
- Jährliche Überarbeitung des OPS-Katalogs durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

## Kalkulationsverfahren

Zur Ermittlung des Katalogs der tagesgleichen Entgelte sind Kalkulationen von den Krankenhäusern zu erstellen und vom InEK auszuwerten:

- Erstellung eines Kalkulationshandbuchs durch das InEK
- Die Teilnahme der Kalkulationskrankenhäuser ist freiwillig.
- Pretest im ersten Halbjahr 2010
- Probekalkulation Anfang 2011
- Kalkulation im ersten Quartal 2012
- Erstellung des ersten Katalogs auf Basis dieser Kosten- und Leistungsdaten der Kalkulationshäuser durch das InEK

## 2. Konsequenzen für den Leistungsprozess

- Leistungsgeschehen wird für Einrichtung aber auch für Kostenträger transparent.
- Nicht dokumentierte Leistungen werden ggf. nicht bezahlt: Die Bedeutung der Dokumentation wächst weiter.
- Abrechnungsstreitigkeiten über die Zuordnung zur aufwandshomogenen Gruppe werden zunehmen (MDK).
- Wachsender Anpassungsdruck

### 3. Leistungsprozess und Behandlungspfade

### 3.1. Definition:

Was ist ein Behandlungspfad ?

Eine indikationsbezogene  
Standardisierung des ärztlichen,  
therapeutischen und pflegerischen  
Handelns nach Einsatz, Art, Umfang und  
Reihenfolge der einzelnen  
Prozessschritte

### 3.2. Zweck

- Gewährleistung hoher, interdisziplinär erbrachter Leistungsqualität (von Diagnostik, Behandlung, Pflege, Eingliederung, Versorgung)
- nach Maßgabe des jeweils finanzierten Kostenniveaus, woraus sich die verfügbaren Ressourcen ergeben.
- BP sind ein Instrument (Weg) zur Qualitätssicherung, kein Ziel an sich!

### 3.3. Funktionen

- **Qualitätssicherungsfunktion** (Gewährleistung hoher Leistungsqualität durch strukturierte, teil-standardisierte Prozesse)
- **Lenkungs- / Allokationsfunktion** (Lenkung der Ressourcen des Krankenhauses dorthin, wo sie fachgerecht benötigt und wirtschaftlich eingesetzt werden)
- **Erinnerungsfunktion** (damit die Mitarbeiter im Behandlungsverlauf nichts Wichtiges auslassen)
- **Unterstützungsfunktion** (dass die Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen in ihrer Arbeit die richtigen Entscheidungen treffen)
- **Innovationsfunktion** (Therapeutische Neuerungen können umgehend übernommen, ihre Verbreitung in der Klinik kann gesichert werden)

- **Kontrollfunktion** (damit die Vorgesetzten und andere Instanzen das überprüfen können, auch als Nachweis z.B. für KTQ-Zertifizierung)
- **Absicherungsfunktion** (für den Fall von Nachfragen oder Rechtsstreitigkeiten: Nachweis einer „kunstgerechten“ Behandlung)
- **Öffentlichkeitsfunktion** („Werbung“ mit hoher Behandlungsqualität)

## 4. Thesen zu den Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf Behandlungspfade

## These 1:

Das neue Entgeltsystem geht den Behandlungspfaden logisch voran:

Es bestimmt die (keinesfalls ansteigende) Gesamtgeldsumme als „unabhängige Größe“, der gegenüber die Pfade „abhängige / abgeleitete Größen“ darstellen – eine Herausforderung für die Pfadentwicklung !

(Kommentar: „Es kann nur geleistet werden, was auch bezahlt wird.“)

## These 2:

Behandlungspfade müssen (ggf. alternative)  
fachliche Konkretisierungen oder  
Messinstrumente für die (Einhaltung der) dem  
Entgeltsystem eingebauten OPS sein:  
Sie passen sich deren Charakteristika an.

(Kommentar: Ohne einen entsprechenden Behandlungspfad weiß man gar nicht, was im einzelnen eine „Prozedur“ ist und ob sie erbracht wird.)

## These 3:

Es gibt keine beiderseits eindeutige Entsprechung (1 : 1 – Beziehung) zwischen dem einzelnen Entgelt und einem Behandlungspfad.

(Kommentar: Eine aufwandshomogene Patientengruppe lässt sich über unterschiedliche Behandlungspfade realisieren. Es sind Substitutionseffekte zwischen alternativen Ressourceneinsätzen möglich.)

## These 4:

Finanzierung und Behandlungspfade verhalten sich interdependent zu einander:

Der Fokus liegt bei der Finanzierung auf der Inputseite und auf Quantitäten (Geldbeträgen) (umgesetzt in „Strukturqualität“),

bei den Behandlungspfaden hingegen auf den qualitativen Prozessen der Diagnostik, Behandlung, Pflege u.a. („Prozessqualität“).

## These 5:

Behandlungspfade werden zwar bereits unter dem gegenwärtigen Finanzierungssystem (im Vorlauf) entwickelt - wie es seit 2007 im LWL versucht wird.

Sie werden aber unter der geänderten Finanzierung (ca. ab 2013) umgehend anzupassen sein (im Sinne der gruppeninternen Aufwandshomogenisierung). Nur so bleiben sie für den „Ernstfall“ noch relevant.

## These 6:

Die entscheidende Herausforderung in der operativen Umsetzung ist die gemeinsame (integrierte) EDV-Abbildung der vom Finanzierungssystem geforderten Parameter (gemäß ICD / OPS (in den angepassten KIS-Modulen) und der Behandlungspfade (in *CaseMaps*):

Die Interdependenz zwischen beiden wird nachvollziehbar erst auf gemeinsamer informatorischer Grundlage möglich.

(Kommentar: „Sie sprechen dann eine gemeinsame Sprache.“)

## These 7:

Behandlungspfade, die in der Fachwelt Unterstützung finden, können heute und zukünftig (im Rahmen der Entgeltkalkulation für Pilotkrankenhäuser) auf die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems zurück wirken:

Akzeptierte Behandlungspfade beeinflussen wirksam die fortschreitende Definition und Differenzierung der Parameter gemäß ICD / OPS.

(Kommentar: Dieser Einfluss sollte bereits in der Frühphase der OPS-Entwicklung, also jetzt, geltend gemacht werden! Allerdings müssen die Fachleute sich hierzu aktiv einbringen und „gut verkaufen“ können!)

## V. Ausblick: was können wir von der Somatik lernen ?

- Die somatische Medizin hat diese Erfahrungen bereits ca. 10 Jahre eher gemacht:
- z.B. in der Chirurgie seit 1996, getrieben durch die Entwicklung von Fallpauschalen und Sondereentgelten.
- G-DRG's treiben die Entwicklung von Behandlungspfaden in Deutschland seit 2004 voran.

- Patientenorientierte Betrachtung führt zur Reorganisation der Behandlung, z.T. sogar zu neuen Abteilungsgliederungen des Krankenhauses.
- Neuere Evaluationsstudien zu den DRG's zeigen: Durchgängige Verbesserungen der Behandlung sind keineswegs selbstverständlich; eine höhere Arbeitsdichte für das Personal kann sich ergeben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!