

Medizin-Management-Preis 2013

Bewerbungsunterlagen

Thema:

Komplexpauschalen in der Psychiatrie - ein Beispiel
für ein pauschalierendes Vergütungssystem in der Psychiatrie

Schwerin, 30.04.2013

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Mecklenburg Vorpommern
Wismarsche-Str. 142, 19053 Schwerin

Dr. Volker Möws
e-mail: dr.volker.moews@tk.de
Tel.: 0385 - 7609 562

Mirko Plaul
e-mail: mirko.plaul@tk.de
Tel.: 0385 - 7609 571

Veränderungsbedarf in der Finanzierung der stationären Psychiatrie

Mit Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG/BGBl I S. 534) verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, eine transparentere und gerechtere Finanzierung für die psychiatrische Versorgung zu erreichen. Die Einführung einer an Fallpauschalen orientierten Vergütung für die stationäre und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung bedeutet einen historischen Wandel. Bis zum 31.12.2012 erfolgt die Vergütung der Leistungen ausschließlich auf Grundlage der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) durch abteilungsbezogene tagesgleiche Pflugsätze. Ab dem 01.01.2013 erfolgt die Vergütung dieser psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen durch pauschalisierte tagesbezogene Entgelte auf Basis von bundeseinheitlichen Relativgewichten.

Fallpauschalensysteme haben sich im Bereich der somatischen Medizin bereits förderlich auf die Qualitätssicherung medizinischer und pflegerischer Leistungen ausgewirkt. Die bisherige weitgehende Herausnahme der Psychiatrie aus dem DRG-System hat zu einer defizitären Entwicklung im Hinblick auf die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in diesem medizinischen Bereich geführt. Auch aus diesem Grund hat der Gesetzgeber mit dem neuen KHRG zum 1. Januar 2009 die Einführung pauschalierender Entgelte beschlossen: "Für den Bereich der psychiatrischen Leistungen soll ein neues, pauschalierendes Vergütungssystem entwickelt und eingeführt werden. Allerdings sollen die pauschalierten Entgelte zunächst weitgehend tagesbezogen sein und auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden. Neben anderen Kriterien soll dabei insbesondere von den Leistungskomplexen ausgegangen werden, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu Grunde liegen" (Begründung zum Krankenhausreformfinanzierungsgesetz, S. 12).

In einem zweiten Schritt sind aber auch patientenbezogene Zwölfmonatspauschalen unter Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanz geplant. "In Fachkreisen wird in diesem Zusammenhang die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z.B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser nach §118 SGB V" (Begründung zum Krankenhausreformfinanzierungsgesetz, S. 12). Der Versorgungsansatz patientenbezogener Zwölfmonatspauschalen wurde von der Techniker Krankenkasse (TK) in Mecklenburg-Vorpommern entwickelt, vertraglich umgesetzt als auch in der Fachliteratur veröffentlicht und bildet jetzt die Basis für das weitere Vorgehen.

Darauf aufbauend erprobt die TK seit Ende 2004 in Mecklenburg-Vorpommern (MV) ihr Modellprojekt: *Komplexpauschalen in der Psychiatrie - ein Beispiel für ein pauschalierendes Vergütungssystem in der Psychiatrie*. Diese Innovation in MV kann für das weitere Gesetzgebungsverfahren in der Psychiatrie sehr hilfreich sein.

Inhalt

1. Ziele des Projektes und der beteiligten Partner	4
2. Beschreibung des Versorgungskonzeptes	4
3. Beschreibung der Finanzierung	5
4. Beschreibung des Versorgungsmehrwertes für die Versicherten	6
5. Qualitätssicherung	6
6. Ergebnisse zur Qualität und Wirtschaftlichkeit	6
7. Zwischenbilanz	8
8. Fazit.....	9
Abbildungsverzeichnis	10
Literaturverzeichnis.....	10

1. Ziele des Projektes und der beteiligten Partner

Im Rahmen des Versorgungsmanagements der TK sind insbesondere in den Indikationen Schizophrenie und Depression lange Verweildauern in den stationären Einrichtungen auffällig, die dem eigentlichen Bestreben, einen psychisch Kranken schnell wieder sozial zu reintegrieren und den belastenden akutstationären Aufenthalt auf das Notwendige zu reduzieren, zuwider laufen. So hatten z.B. bei der TK im Jahr 2006 bei der Diagnose »Depressionen« 53 Prozent der stationär versorgten Patienten eine Verweildauer von über 28 Belegungstagen. Bei dieser Diagnose entfallen 80 Prozent der Psychiatrieausgaben auf Belegungszeiträume jenseits der vier Wochen. Erschwert wird die Situation durch häufige Rehospitalisierungen, die sich in Jahres-Wiederaufnahmequoten von über 50 Prozent zeigen und dem Krankheitsverlauf keinesfalls zuträglich sind.

Diese Beobachtung steht dem aktuell stattfindenden grundlegenden Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung entgegen, der die tradierte eindimensionale und noch weitgehend prioritäre Position der vollstationären psychiatrischen Behandlung auf den Prüfstand stellt. Es gilt, eine Versorgungsform zu finden, die den Betroffenen schnell in sein gewohntes Umfeld rückführt und eine wohnortnahe Versorgung ohne Rehospitalisierung sicherstellen soll. Der intensive Aufbau neuer Versorgungsstrukturen außerhalb der tradierten vollstationären Behandlungsstrukturen soll die Voraussetzungen schaffen, neue sektorenübergreifende und vor allem ambulant orientierte Versorgungsangebote für psychisch Kranke zu entwickeln. Dabei wurde ein neuer Ansatz gesucht, bei dem die Behandlungsoptimierung und der ressourcenoptimierte Mitteleinsatz Hand in Hand gehen. Ein weiteres Ziel ist, den Verwaltungsaufwand deutlich zu senken. Auf diese Weise sollen für alle Vertragspartner ebenfalls Ressourcen geschont werden, indem das Leistungsmanagement für die Verweildauerbefristung seitens der Kasse zurückgefahren werden kann und gleichzeitig die Zuarbeiten der Ärzte für notwendige MDK-Gutachten entfallen können. Zudem sollte einerseits die Therapiefreiheit der beteiligten Ärzte erhalten und andererseits die Durchführung unter »Normalbedingungen« (unveränderte Krankenhauslandschaft) gewährleistet werden. Letzteres sollte eine hohe Übertragbarkeit des Modells sichern.

2. Beschreibung des Versorgungskonzeptes

Mit der Schaffung neuer gesetzlicher Regelungen durch die Einführung des § 140 SGB V wurden die Rahmenbedingungen für die generellen Absichten der TK zur Behandlungsoptimierung und -koordinierung verbessert und in Konsequenz der im Folgenden beschriebene Vertrag geschlossen. Dazu hat die TK im Frühjahr 2004 die Verhandlungen aufgenommen und sich entsprechend aktive Partner gesucht. Zwischen der TK und den zwei größten psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkliniken, einer Universitätsklinik und einer Landesklinik, sowie einer Rehabilitationsklinik im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern erfolgte im Oktober 2004 der Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140 a ff. SGB V über Komplexfallpauschalen in der Psychiatrie und Psychotherapie.

Inhaltlich umfasst dieser eine Leistungssektoren übergreifende Behandlung von Patienten, die an Schizophrenien (ICD-10: F20-F29) oder Affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39) erkrankt sind. Durch ein vierphasiges Stufenkonzept aus ambulanter (Institutsambulanz), teilstationärer und vollstationärer Versorgung, an das sich auch eine Rehabilitationsphase anschließen kann, wird die gesamte Behandlungskette abgedeckt. Die vorbestehenden Krankenhausstrukturen bilden den strukturellen Rahmen des Konzeptes. Maßgebend für die Aufnahme der Behandlung im Rahmen des Modellprojektes ist die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit eines in der TK versicherten Patienten gemäß den aufgeführten Diagnosen.

Die Teilnahme an dem Modellprojekt erfolgte über zwei Zugangswege:

- I. Der im Krankenhaus akut eintreffende Patient wird durch einen Arzt vor Ort mit den Inhalten des Modellprojektes vertraut gemacht und unterschreibt eine Teilnahmeerklärung.
- II. Ein Fallmanager der TK macht den erkrankten Versicherten, für den ein akutstationärer Aufenthalt notwendig ist, mit Inhalten des Modells vertraut. Der Versicherte wendet sich dann an den Leistungserbringer.

Allgemeine Information zu dem Modellprojekt erfolgen über Flyer, das Internet sowie eine Hotline der TK. Die Teilnahme des Patienten ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die freie Arztwahl der Patienten wird durch den abgeschlossenen Vertrag nicht eingeschränkt. Nach der akutstationären Aufnahme und Behandlung wird für einen begrenzten Zeitraum eine Weiterbetreuung innerhalb der Klinikstrukturen (ambulant an der Psychiatrischen Institutsambulanz, teilstationär oder bei Notwendigkeit auch wieder stationär) angeboten, die Inanspruchnahme ist die Voraussetzung für eine Teilnahme an dem Projektvorhaben.

Es besteht eine vertragliche Verständigung über die notwendigen Säulen einer optimalen Behandlung: – soziotherapeutischer Ansatz – Einbeziehung der Angehörigen (Psychoedukation) – Einsatz moderner Medikamente – Kombination mit Psychotherapie. Die Gewichtung der einzelnen Anteile liegt in der fachlich-medizinischen Verantwortung des behandelnden Arztes bzw. Psychotherapeuten.

Konzeptionell ist eine Senkung des Verwaltungsaufwandes im Sinne einer Schonung von Ressourcen für alle Vertragspartner vorgesehen. Insbesondere die fehlende Verweildauerbefristung soll die bürokratische Belastung der Ärzte senken und den Aufwand der Krankenkasse für das Leistungsmanagement reduzieren.

3. Beschreibung der Finanzierung

Als konzeptueller Bestandteil des Projektes wurde eine Entgeltvereinbarung im Sinne von Komplexpauschalen getroffen.

Bis zum 31.12.2012 wurden in der Höhe der Pauschalen getrennt nach den Indikationen Schizophrenie und Affektive Störungen jeweils zwei Schweregradausprägungen der Erkrankung sowie die betreuende Versorgungsstruktur berücksichtigt. In Folge der Weiterentwicklung des Modells wurden zum 01.01.2012 die Versorgungspauschalen weiter vereinfacht. Die Verteilung der Schweregradausprägungen wurde ab diesem Zeitpunkt nun in den Pauschalen berücksichtigt, so dass die Pauschalen in Abhängigkeit der Versorgungsstruktur und Indikation unabhängig vom patientenindividuellen Schweregrad zu Abrechnung kommen.

Zusätzlich wurden Komplexpauschalen für die Psychiatrische Institutsambulanz und für hier verabreichte Arzneimittel im Indikationsbereich Schizophrenie vereinbart.

Die Fallpauschale soll einen Anreiz für optimale Versorgung setzen, da sie unabhängig von der Versorgungsform und über einen festen Zeitraum gezahlt wird. Dadurch soll der Leistungserbringer motiviert werden, die Versorgungsform zu wählen, die einerseits den optimalen und langandauernden Behandlungserfolg garantiert und andererseits auch für ihn selbst am ressourcensparendsten ist. Der Finanzrahmen bleibt fallbezogen für den Kostenträger gleich. Es erfolgt eine Orientierung am bisher gezahlten Finanzvolumen.

Die Senkung des Verwaltungsaufwandes und hier insbesondere die fehlende Verweildauerbefristung bedeutet eine Schonung von Ressourcen für alle Vertragspartner. Daher ist keine separate Managementvergütung für die Leistungen vorgesehen.

4. Beschreibung des Versorgungsmehrwertes für die Versicherten

Die Patienten entdecken während der Therapie ihre eigenen Ressourcen und Möglichkeiten, um die Krise zu bewältigen. Sie lernen, wie sie Rückfälle vermeiden und was sie selbst langfristig zur eigenen seelischen Gesundheit beitragen können. Das Wissen zum frühzeitigen Erkennen von Krisensituationen und den dann möglichen Schritten wird ihnen vermittelt.

Der stationäre Aufenthalt für Patienten im Modell reduziert sich auf das medizinisch individuell notwendige Maß. Die anschließende wohnortnahe ambulante Behandlung sichert den Behandlungserfolg und minimiert die Gefahr der Entwicklung eines früher häufig beobachteten Hospitalisierungssyndroms. In Summe verkürzt sich die Dauer der gesamten Therapie, die Rückkehr in den Alltag mit einem minimierten Rückfallrisiko erfolgt schneller. Die beteiligten Kliniken und ihr medizinisches Personal erfüllen hohe Anforderungen an die Qualität sowie deren Sicherung.

5. Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung werden durch die Kliniken Behandlungskonzepte, Leitlinien und die Qualitätsunterlagen der Mitarbeiter der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen schriftlich fixiert. Im therapeutischen Prozess werden standardisierte Erhebungs- und Dokumentationsinstrumentarien verwendet, Prozessbeschreibungen werden dokumentiert. Erhebungen zur Ergebnisqualität sowie Patientenbefragungen werden fortlaufend durchgeführt.

Die Dokumentation der Leistungsfälle umfasst Angaben zu den Aufnahmen und Entlassungen sowie die Anzahl der Berechnungstage, getrennt für die voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung, die Diagnose, den Arztbrief, die Anzahl der Kontakte mit der Institutsambulanz sowie zur Medikation in der Institutsambulanz. Zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres erfolgt eine Zwischenauswertung.

Ein Qualitätsbeirat, der sich aus Vertretern des Krankenhauses, Vertretern der TK und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zusammensetzt, wertet jährlich im Rahmen einer Qualitätssicherungskonferenz die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung aus.

Für das Controlling erfolgt eine Erhebung von Parametern wie Anzahl der behandelten Patienten, Art und Umfang der Aufenthalte [stationär/teilstationär/ambulant (Institutsambulanz)], Anzahl der Patientenkontakte innerhalb der verschiedenen Strukturen, vorher-nachher-Vergleiche der Kennzahlen, Medikationszahlen, sowie Prüfung und Bewertung von Verlaufsdokumentationen einzelner Fälle.

6. Ergebnisse zur Qualität und Wirtschaftlichkeit

Ergebnisse bezüglich der interessierenden Punkte: *Fallzahl- und Verweildauerentwicklung* vor. In Abbildung 1 werden die Zahlen der Versicherten der TK dargestellt, die in einer der beiden großen psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkliniken im Rahmen des Modellprojektes behandelt wurden. Die Grafik zeigt in diesem Zusammenhang, dass seit dem Jahre 2008 regelmäßig mehr als jede 3. Krankenhausbehandlung bei TK-Versicherten mit der Erkrankung Depression oder Schizophrenie im Rahmen der Integrationsversorgung erfolgt und mit Fallpauschalen vergütet wird.

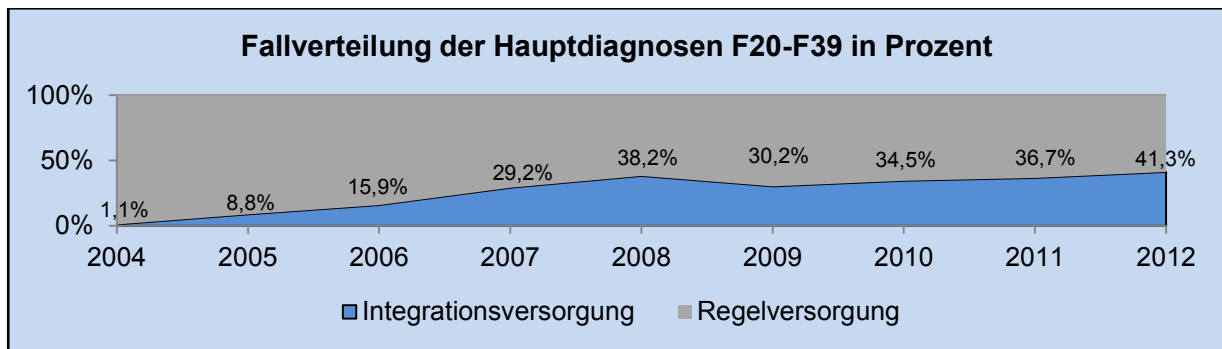


Abb. 1 Fallverteilung der Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie und affektive Störungen (ICD-10: F 20-F 39)

Die Evaluation der Fälle hat gezeigt, dass sich die Versorgungsschwerpunkte mehr in den teilstationären und ambulanten Sektor verlagern. Während bei Patienten in der Regelversorgung Verweildauern auf unverändert hohem Niveau zu verzeichnen sind, ist bei den Patienten des Integrationsprojekts Psychiatrie eine deutliche Senkung der Verweildauer nachzuweisen.

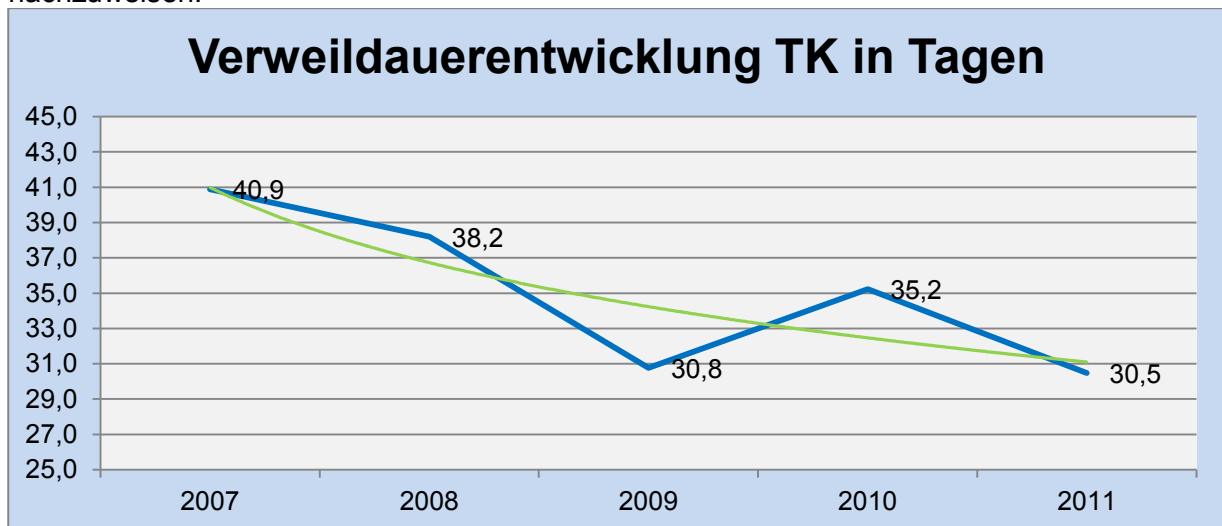


Abb. 2 Verweildauerentwicklung der am Integrationsprojekt Psychiatrie teilnehmenden Regionen

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Lebensqualität der Betroffenen allein schon durch die Tatsache verbessert, dass ihre Versorgung jetzt weit stärker im teilstationären und ambulanten Bereiche erfolgt. So bleiben sie in ihrem gewohnten Lebens- und sozialen Umfeld verankert.

Eine wichtige Erkenntnis aus dem Projekt ist, dass die höchsten Hürden im Krankenhaus selbst zu finden sind. Die Zahl der Schnittstellen, die ein Patient allein innerhalb einer normalen Klinikstruktur zu überwinden hat, ist enorm. Zudem erfordert der Wechsel von der »Regelversorgung« zur Integrierten Versorgung gerade in diesen Strukturen einen echten Umsteuerungsprozess. So gibt es jetzt bei jedem Leitungserbringer einen Integrationsverantwortlichen, der an der Institutsambulanz fest verankert ist und die Patientensteuerung in den Krankenhausstrukturen übernimmt. Er repräsentiert eine notwendige Schaltstelle, in der die Erhebung des Versorgungsbedarfes und die Koordinierung verschiedener therapeutischer Interventionen entsprechend den Stufen des Konzeptes vorgenommen wird.

Im Vergleich mit allen anderen Krankenkassen fiel der über die letzten Jahre zu verzeichnende Fallzahlenanstieg für die Krankenhausbehandlung für die teilnehmenden Patienten des Integrationsprojekts Psychiatrie moderat aus.

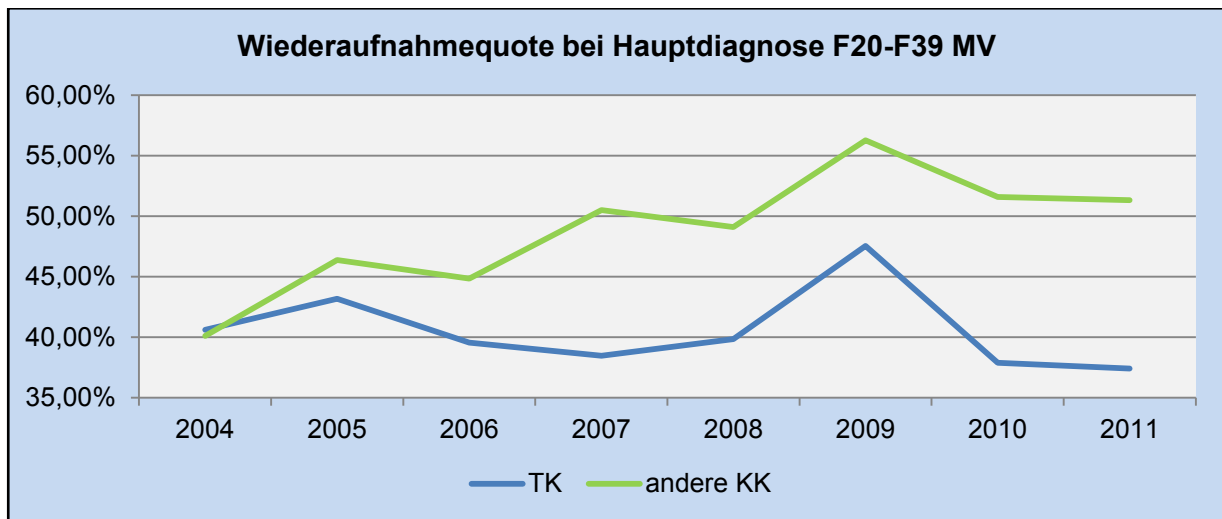


Abb. 3 Vergleich der Wiederaufnahmequote psychisch Kranker

7. Zwischenbilanz

In einer Zwischenbilanz lässt sich resümieren, dass mit den finanziellen Bedingungen einer Komplexpauschale im Rahmen einer Integrierten Versorgung eine positive Entwicklung der untersuchten Parameter möglich ist. Geringere Fallzahlen und Verweildauern im vollstationären Bereich legen die Vermutung nahe, dass eine Verschiebung der Versorgung zugunsten teilstationärer oder ambulanter Behandlung stattgefunden hat. Offensichtlich entfällt für das Krankenhaus der Anreiz, über eine medizinisch nicht unbedingt notwendige Verlängerung der Verweildauer einen Mehrerlös zu generieren.

Die Vereinbarung einer Komplexpauschale hat sich bei beiden teilnehmenden Kliniken kostengünstig ausgewirkt, was durch den Rückgang der Fallkosten innerhalb der Projektlaufzeit im Vergleich zu den Vergleichskliniken belegt wird.

Die im Prozess der Projektdurchführung initiierte Funktion eines Integrationsverantwortlichen ist als direktes Ergebnis des Vorhabens zu werten. Damit war ein wesentlicher Schritt weg von einer »Regelversorgung« hin zur Integrierten Versorgung getan. Für künftige Projekte gleicher Lesart ist es aus dieser Entwicklung heraus geplant, bei der Vertragsgestaltung einen Integrationsverantwortlichen von vornherein zu implementieren.

Die konzeptionell angelegte Senkung des Verwaltungsaufwandes führte zu einer Fokussierung auf die ärztlich-therapeutische Tätigkeit und somit zu höheren Zeitkontingenten für die Patienten, was sich sekundär auf die Qualität der therapeutischen Arbeit auswirkte. Als besonders positiv für die Patienten ist die Beschränkung der Verweildauer auf das medizinisch Notwendige zu bewerten. Eine schnelle Integration in die ambulante wohnortnahe Betreuung minimiert die Gefahr der Entwicklung eines früher häufig zu beobachtenden Hospitalisierungssyndroms.

Das wirtschaftliche Interesse der Klinik, Wiederaufnahmen zu vermeiden, fördert zudem konsequente rezidiv prophylaktische Maßnahmen durch das Krankenhaus und verhindert in vielen Fällen die Lebensqualität des Patienten beeinträchtigende Krankenhausaufenthalte. Die über einen längeren Zeitraum und über mehrere Versorgungssektoren hinweg gesicherte „Versorgung aus einer Hand“ gewährleistet eine Behandlungskontinuität und verhindert Therapiewechsel z.B. aus Budgetgründen oder aus Unwissenheit über die Behandlungsstrategie im davorliegenden Versorgungssektor. Somit profitierten Patienten und Ärzte gleichermaßen.

8. Fazit

Das hier vorgestellte TK-Modellvorhaben basiert auf einer modernen Versorgungskonzeption, die nach Sichtung der ersten Ergebnisse verschiedene Vorteile bietet. Die eingeführte Komplexpauschale bietet einen Anreiz, die stationäre Verweildauer angemessen zu gestalten. Eine daraus resultierende günstige Entwicklung der Kosten beider teilnehmender Kliniken ist zu verzeichnen. Durch die Entbürokratisierung profitieren primär die Mitarbeiter von Leistungsträgern und Leistungserbringern, sekundär ist jedoch vor allem von einer Verbesserung der Versorgung der Patienten auszugehen, da die behandelnden Ärzte und Therapeuten freigesetzte Ressourcen zur individuellen Betreuung im ambulanten bzw. teilstationären Setting verwenden können.

Das Konzept ist leicht zu implementieren, da es unter „Normalbedingungen“ gewährleistet werden kann.

Somit dürfte das Integrationsprojekt Psychiatrie einen Modellcharakter haben und für das weitere Gesetzgebungsverfahren in der Psychiatrie wegweisend sein.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Fallverteilung der Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie und affektive Störungen (ICD-10: F 20-F 39)	7
Abb. 2 Verweildauerentwicklung der am Integrationsprojekt Psychiatrie teilnehmenden Regionen	7
Abb. 3 Vergleich der Wiederaufnahmequote psychisch Kranker	8

Literaturverzeichnis

Möws, V., Lägel, R. (2009): Projekt der Integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern "Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk", in: J.N.Weatherly, R.Lägel: Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, S. 135-144. (Anlage 1)

Möws, V. (2008): Versorgungspauschalen in der Psychiatrie - ein Modell der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern, in: Klusen, N., Meusch, A.: Zukunft der Krankenhausversorgung, S. 377 - 390. (Anlage 2)

Lägel, R., Möws, V. (2006): »Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk« – ein Projekt der TK MVP, in: Amelung, V. E. u.a.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren, S. 111-116. (Anlage 3)