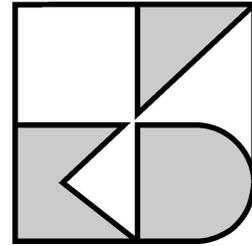


Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(25)
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
20.04.2012

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV



Regierungsentwurf: Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgG)

Stellungnahme des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Vorab ist festzustellen, dass der Gesetzentwurf eine hohe Deckung mit dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) zeigt, welches den somatischen Bereich regelt. Jedoch gilt es grundsätzliche Unterschiede zwischen dem DRG-System und der Ausgangslage für ein Psych-Entgeltsystem zu kennzeichnen, die eine spezifische Abbildung in der Gesetzgebung zwingend erfordern.

Schon in der Stellungnahme vom 11.03.2011 an das Bundesministerium für Gesundheit forderten wir, dass die Dauer der budgetneutralen Phase mindestens zwei Jahre betragen solle, um den Kliniken die Möglichkeit zu geben, das neue Entgeltsystem in der Echtabrechnung zu erlernen. Das der Gesetzentwurf nun die Dauer der budgetneutralen Phase mit vier Jahren (2013 - 2016) mit zwei Optionsjahren benennt, ist sehr zu begrüßen. Auch die Festschreibung einer fünfjährigen Konvergenz-Phase begrüßen wir, da die Kliniken zur Einführung des neuen Entgeltsystems ihre Strukturen anpassen müssen und damit zu rechnen ist, dass weitere Strukturanpassungen nötig sind, da eine Veränderung der OPS-Kodes in der Psychiatrie zu erwarten ist.

Auf Landesebene wird zukünftig in Folge des Entwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine zu erwartende höhere Krankenhaushäufigkeit psychiatrischer Behandlung zu einer weiteren Finanzierungslücke führen, da Mehrleistungen durch die Versorgung zusätzlicher Patienten nur mit dem variablen Kostenanteil berücksichtigt werden dürfen (§10 BPflV n.F.), so dass der Basisentgeltwert letztendlich nach unten „floated“. Diese Effekte führen im Ergebnis auf Landesebene zu einem „Hamsterradeffekt“, der sich auf der Klinikebene fortsetzt.

In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, dass zwar durch die BAT-Berichtigung (§6 Abs.2 BPflV) eine teilweise Refinanzierung der Gehälter möglich ist (50%); dies aber nur zu der in § 6 Abs.2 BPflV gesetzlich vorgegebenen 80%-igen Personalkostenquote, was im Ergebnis erneut zu einem Öffnen der sogenannten BAT-Schere (zukünftig dann: TVÖD Schere) führen wird.

Dieser Effekt wird – folgt man dem im Gesetzentwurf vorgestellten neuen Entgeltsystem – zukünftig nochmals dadurch verstärkt, dass zukünftige Mehrleistungen auf Klinikebene nur zwischen 26,5% und 50% (2017-2021) finanziert werden und dies bei einer Personalkostenquote in der Psychiatrie von ca. 80%.

In der Psychiatrie/Psychosomatik führt eine kürzere Verweildauer – auch innerhalb einer möglichen Wochenpauschale - tendenziell eher zu einer schlechteren Behandlungsqualität, was sich wiederum an der dann ansteigenden Wiederaufnahmequote zeigt.

Wir möchten außerdem betonen, dass die Verweildauer in der Psychiatrie immer fallindividuell zu sehen ist und niemals ein die Qualität beurteilendes Instrument sein darf.

Am Ende führen diese in dem Gesetzentwurf enthaltene Effekte insgesamt zu einer Gefährdung der Versorgung zusätzlicher Patienten und zu einer Verschlechterung der Qualität insgesamt.

Es erfolgt nun eine Einzelanalyse ausgewählter Paragraphen des Gesetzentwurfs:

§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrages für die Jahre 2013 – 2016

Sehr ambitioniert erscheint uns der Zeitraum zur Entscheidung ob Kliniken optieren möchten oder nicht. Laut § 17 d Abs. 4 KHG soll der Entgeltkatalog für das Jahr 2013 bis zum 30.09.2012 vereinbart werden. Anschließend müssen von den Software-Anbietern entsprechende Grouper entwickelt und zertifiziert werden. Bis zum 31.10.2012 müssen die Kliniken jedoch gem. § 3 Abs. 1 Satz 3 schon schriftlich erklären, ob sie ab dem 01.01.2013 optieren möchten. Unserer Meinung nach ist der Zeitrahmen zu eng gesteckt.

Lösungsvorschlag

- Falls der § 17d KHG nicht angepasst werden kann, sollte unserer Meinung nach eine Erklärung frühestens zum 30.11.2012 erfolgen.

Bezüglich des § 3 Abs. 5 BPflV n.F. ist der Mindererlösausgleich von 75 % in der Optionsphase für Optionshäuser festgeschrieben. Für die Somatik ist zu konstatieren, dass bei der Einführung des DRG-Systems für das Optionsjahr ein Mindererlösausgleich von 95 % vorgegeben wurde (vgl. § 3 Abs. 6 KHEntgG a.F.). Hierdurch wurden die Auswirkungen von Fehleinschätzungen minimiert.

Lösungsvorschlag:

- Der Wert von 95 % sollte für die Optionsphase psychiatrischer Kliniken übernommen werden.

Mehrerlöse sollen gem. § 3 Abs. 5 BPflV n.F. bis zur Höhe von 5 % werden zu 85 % und darüber hinaus zu 90 % ausgeglichen. In der Somatik werden Mehrerlöse grundsätzlich zu 65 % ausgeglichen (gem. § 4 Abs. 3 KHEntgG). Eine Anpassung für die Psychiatrie erscheint gerechtfertigt.

Lösungsvorschlag:

- Die Mehrerlöse werden auch für psychiatrische Kliniken grundsätzlich zu 65 % ausgeglichen.

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 - 2021

Mehrleistungen auf Klinikebene sollen nach dem Gesetzentwurf in der Konvergenzphase zukünftig nur zwischen 33 % (2017) bis max. 50 % (2021) refinanziert werden. Diese Regelung greift für die Behandlung von psychisch kranken Patienten zu kurz. Aufgrund des hohen Personalkostenanteils in der Psychiatrie (80 %) und dem unmittelbaren Zusammenhang zwischen Mehrleistungen und zusätzlicher Inanspruchnahme von ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sind diese Personalkosten zu 100 % als variabel anzusehen. Eine Hebung von zusätzlichen Ressourcen, wie in der Somatik, ist in der Psychiatrie nicht möglich.

Lösungsvorschlag:

- Mehrleistungen müssen auf Klinikebene zukünftig mindestens zu 80 % (= Personalkostenanteil) refinanziert werden

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

Die eingeschränkte Geltendmachung (nur für Optionskrankenhäuser) von zusätzlichen Kosten im Rahmen des § 6 Abs.4 BPfIV ist weder sachlogisch mit der Einführung des neuen Entgeltsystems verbunden noch führt sie zu einer verlässlichen Planungssicherheit für die Kliniken, die § 6 Abs. 4 BPfIV schrittweise über die nächsten Jahre umsetzen wollten.

Problematisch ist auch die Tatsache, dass zwischen der Umsetzung des neuen Entgeltsystems ab 2017 die Kliniken schon wieder acht Jahre (2009-2016) die BAT-Schere finanziell verkraften mussten.

Mit Beginn der Konvergenzphase werden die bestehenden Budgets der Krankenhäuser für das Jahr 2017 in einen Landes-Basisentgeltwert „neutral“ überführt. Fehlt hierbei die 100% Ausfinanzierung des § 6 Abs. 4 BPfIV in den einzelnen Krankenhaus-Budgets oder ist dies nur anteilig erfolgt, können diese Erlösbestandteile naturgemäß auch im Landes-Basisentgeltwert 2017 nicht eingerechnet werden und dort auch später nicht mehr geltend gemacht werden.

Lösungsvorschlag:

- Vor Einführung der Konvergenzphase muss sichergestellt sein, dass das vereinbarte Psych-PV-Personal auch zu 100 % finanziert ist
- Es muss eine Neufassung des §6 Abs.4 BPfIV geben, die sicherstellt, dass eine 100 %-ige Finanzierung der Psych-PV zum 31.12.2016 gewährleistet ist

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

Gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV n.F. sollen die Vertragsparteien einen Katalog entwickeln, der in geeigneten Fällen Regelungen zu nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmenden Zu- oder Abschlägen trifft. Dieses Modell von Verweildauergerenzen erscheint für die psychiatrische Behandlung mehr als ungeeignet. Dies gilt sowohl für mögliche Zu- als auch für Abschläge. Die

Entgelthöhe der tagesbezogenen Vergütung muss sich anhand der im Entgeltkatalog wirkenden Kriterien schlüssig abbilden. Gerade Spezialangebote (z.B. die Depressionsstation), die durch die Dichte eines spezifischen therapeutischen Angebotes versuchen, eine Nachhaltigkeit des Behandlungsergebnisses zu sichern, sind nicht selten Bereiche mit einer im Vergleich zum „Normalangebot“ verlängerten Verweildauer. Die o.a. Verweildauereffekte der Somatik können in der Psychiatrie/Psychosomatik nicht eintreten, da eine kürzere Verweildauer – auch innerhalb einer möglichen Wochenpauschale – tendenziell, s.o., eher zu einer schlechteren Behandlungsqualität führt, was sich wiederum an der dann ansteigenden Wiederaufnahmequote zeigt. Zusammenfassend befürchten wir, dass dahinter sich der Einstieg zur Vereinbarung von erkrankungsspezifischen Fallpauschalen verbergen könnte.

Lösungsvorschlag:

- Der § 9 Abs. 1 enthält keine Regelungen zu Zu- und Abschlägen

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

Gem. § 10 Abs. 4 BPflV n.F. eröffnet sich den Kliniken lediglich die Möglichkeit den Landes-Basisentgeltwert jährlich um – maximal - die Veränderungsrate und die BAT-(TVÖD) Berichtigungsrate zu erhöhen.

Dagegen eröffnen die derzeit noch gültigen Regelungen der BPflV die Möglichkeit, zusätzlich zur Veränderungsrate und der BAT-Berichtigungsrate auch die folgenden Tatbestände zu berücksichtigen:

- Auswirkungen der Psych-PV
- Erhöhung der Fallzahlen oder Änderung der medizinischen Leistungsstruktur
- Krankenhausplanerische Tatbestände

Im BMG-Gesetzesentwurf fehlt darüber hinaus auch eine analoge Regelung zum Bereich der Somatik (§ 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG), dass der Landes-Basisentgeltwert auch über die o.a. Veränderungsrate steigen darf, wenn und insoweit die Summe der Bewertungsrelationen absinkt. Dabei wäre sicherzustellen, dass es durch diesen Effekt nicht zu Ausgabensteigerungen kommt.

Entgegen der allgemeinen Auffassung hat das bisherige Vergütungssystem – abweichend zur Somatik – sehr wohl einen Leistungsbezug. Dieser wird über die Psych-PV sichergestellt, die im Bereich der Abteilungskosten den bei weitem größten Anteil an der Finanzierung hat.

In der durch das BMG vorliegenden Fassung der neuen Bundespflegesatzverordnung soll es zukünftig nicht mehr möglich sein, zusätzlich zur Veränderungsrate und zur BAT-Berichtigungsrate zusätzliche Kosten geltend zu machen. Diese Regelungen müssen zukünftig weitere Berücksichtigung finden.

Der damalige Hauptanstoß zu einer neuen Vergütungsregelung für die Psychiatrie durch die Fachverbände war die Anpassungsbedürftigkeit der Psych-PV. Das neue

Entgeltsystem –in der vorliegenden Form – ist gegenüber der Psych-PV allerdings ein klarer Rückschritt.

Zwar konnte zwischenzeitlich das damalige Hauptproblem, welches an der Unterbesetzung in der Psych-PV lag, mit Hilfe des § 6 Abs. 4 BPflV gelöst werden. Allerdings droht mittlerweile bereits eine erneute Aushöhlung der Psych-PV, zum einen durch den voranschreitenden Verhandlungsverlauf der aktuellen Budgets und zum anderen durch die vorgesehene Regelung, dass in den Jahren 2013 – 2016 die Nachfinanzierung der Psych-PV gem. § 6 Abs. 4 BPflV nur von den Optionshäusern verhandelt werden kann.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Tatsache, dass den Krankenhausgesellschaften und den Landesverbänden (neben der Vereinbarung von Ausbildungs-Basisfallwerte und des Landesbasisfallwertes in der Somatik) eine weitere sehr arbeitsintensive Aufgabe übertragen wird, die den bürokratischen Aufwand dafür nicht rechtfertigt.

Im Übrigen beinhaltet der gesetzliche Auftrag im §17d KHG nicht die Einführung einer Konvergenzphase, mit dem Ziel eines einheitlichen Landes-Basisentgeltwertes.

Lösungsvorschlag (ohne Konvergenzphase):

- Die Psych-PV wird überarbeitet und die aktuellen Behandlungs- und Erkrankungsformen werden adäquat eingearbeitet. Ebenso ist die Psychosomatik zu integrieren
- Die Überarbeitung soll durch ein Expertengremium, welches vom BMG zu benennen ist, bis zum 31.12.2016 erfolgen. Evtl. können auf die Erfahrungen des InEK zurück gegriffen werden
- Bis dahin gilt die „alte“ Psych-PV weiter
- Ab 2017 werden die Budgets auf Basis der aktuellen Bundespflegesatzverordnung und der „neuen“ Psych-PV vereinbart
- Die budgetneutrale Phase (§3 BPflV n.F.) von 2013 – 2016 kann in der vorliegenden Form erfolgen
- Ab 2017 sollten die Budgets weiterhin auf Basis der „alten“ BPflV und der dann „neuen“ Psych-PV erfolgen
- Die Abrechnung erfolgt verpflichtend ab 2015 (ab 2013 optional) über die neuen pauschalierten Entgelte.

Alternativer Lösungsvorschlag (mit Konvergenzphase):

- Es soll die Möglichkeit vorgesehen werden den Landes-Basisentgeltwert jährlich - zusätzlich zur Veränderungsrate und der BAT-Berichtigungsrate - um folgende Tatbestände anzupassen:
 - Auswirkungen der Psych-PV
 - Erhöhung der Fallzahlen oder Änderung der medizinischen Leistungsstruktur
 - Krankenhausplanerische Tatbestände
- Vorteile:
 - Die krankenhausindividuellen Budgets werden leistungsorientiert auf Basis der Psych-PV verhandelt

- Veränderungen der Fallschwere nach Psych-PV können im Budget berücksichtigt werden
- Individuelle (mit den Krankenkassen und dem MDK abgestimmte) Behandlungskonzepte können berücksichtigt werden
- Krankenhausplanerische Tatbeständen (z.B. auch solitäre Tageskliniken etc.) können krankenhaushausindividuell umgesetzt und finanziert werden
- Durch die Abrechnung über die pauschalierten Entgelte ist die geforderte Transparenz der Leistungen gegeben
- Mit Unterstützung des neuen Entgeltsystems können Qualitätsstandards (Qualitätsindikatoren...) besser eingeführt und umgesetzt werden
- Durch den MDK kann der Behandlungsinhalt –durch die höhere Transparenz der Leistungserbringung- effektiver geprüft werden
- Keine finanziellen Hemmnisse bei der Vereinbarung von Modellen (§§ 16 BPfIV und § 64b SGB V) sowie von integrierten Versorgungsmodellen (§§ 140ff SGB V) in Richtung Landes-basisentgeltwert (siehe unten)

Mit diesem Vorschlag kann die Konvergenzphase komplett entfallen.

Sozialgesetzbuch V

Einführung der Möglichkeit für den Bereich der Psychosomatik Institutsambulanzen (PIA) zu betreiben (§ 118 Abs. 3 SGB V)

Die Möglichkeit der Leistungserbringung von PIA-Leistungen durch die Psychosomatik ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Dabei ist aber zu beachten, dass keine Doppelvorhaltungen aufgebaut werden.

Lösungsvorschlag:

- Es sind klare Abgrenzungskriterien (Ein- und Ausschlusskriterien) gegenüber den psychiatrischen PIAs zu entwickeln
- Dies sollte durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in Form einer Rahmenvereinbarung geschehen
- Bei Nichteinigung kann die Schiedsstelle angerufen werden

Bewertung der Überlieger im Budget

Bei der Budgetfindung sind die Überlieger im Gesamtbudget zu berücksichtigen. Es fehlt aber an klaren Regelungen, wie die Überlieger zu berücksichtigen sind

Lösungsvorschlag:

- Die Überlieger sind im Gesetz hinsichtlich der Berücksichtigung im Budget klar zu definieren. Folgende Punkte müssen diesbezüglich geklärt werden:
 - Entgelthöhe

- Abgrenzung für Fälle am Jahresbeginn
- Abgrenzung für Fälle am Jahresende
- Ausgleichsfähigkeit dieser Erlöse

Positive Neuerungen

Absolut positiv ist die neu geschaffene Möglichkeit zu Vereinbarung von Modellvorhaben nach § 16 BPfIV (krankenkassenübergreifend) und §64b SGB V (krankenkassenindividuell).

Dies ermöglicht neben den pauschalierten Entgelten die Möglichkeit krankenhausindividuell sehr flexibel neue Versorgungsformen zu entwickeln und zu vereinbaren. Dabei kommt es –bei dem dann nicht vorhanden Landes-Basisentgeltwert- auch zu keinen Auswirkungen (Ein- und Ausgliederung von Erlössummen) auf den Landes-Basisentgeltwert. Die Vertragsparteien müssen sich damit auch keine Gedanken darüber machen, welche Erlössummen aus dem Budget bzw. in das Budget geführt werden müssen und wie sich dies auf den Landes-Basisentgeltwert auswirkt. Damit können die Akteure frei von strategischen Überlegungen bei der Vereinbarung von neuen innovativen Versorgungsmodellen agieren.

Berlin, den 13.04.12



Dr. Josef Düllings
Präsident



Holger Höhmann
Vorsitzender VKD-Fachgruppe
Psychiatrische Einrichtungen