



Aktuelle Entwicklungen zum Psych-Entgeltsystem

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.
Fachgruppe Psychiatrie

49. Fachgruppentagung am 23.10.2015 in Göttingen

Urban Roths

Stellvertreter des Geschäftsführers im Dezernat II,
Krankenhausfinanzierung und Planung

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystrasse 3, 10623 Berlin

Telefon 030/39801-1201, Telefax 030/39801-3210, U.Roths@dkgev.de



Finanzierungsreform



vom personalbedarfsorientierten

Budgetsystem...

... zum leistungsorientierten

Preissystem

Personalbedarfsorientiertes Budgetsystem

(„alte“ BpflV mit Psych-PV)

- Fortschreibung der KH-individuellen Budgets
- Leistung = Berechnungstage, Fälle, VD
- tagesgleiche Pflegesätze
- KH-individuelle „Preise“
- Der Personalbedarf und die individuelle Kostenstruktur bestimmen das KH-Budget
- Strukturqualität durch Psych-PV mit Budgetwirkung
- Begrenzung der GKV-Ausgaben durch Budgetdeckelung
- Relativ geringe Anforderungen an die Leistungsdokumentation
- Ansatzpunkt für Rechnungsprüfung sind primäre- und sekundäre Fehlbelegung
- Anreizwirkung...

Leistungsorientiertes Preissystem

(aktuelle BpflV mit PEPP-System)

- Ziel: Leistungsgerechte KH-Budgets
- Leistung = Behandlungsleistungen (OPS)
- Entgelte = bundeseinheitliche Pauschalen
- „Festpreise“ auf Landesebene
- Die „PEPP-Leistungen“ bestimmen das KH-Budget
- Qualitätssicherung: G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung ohne Budgetwirkung
- Begrenzung der GKV-Ausgaben durch Preisdeckelung (Landesentgeltwert)
- Hohe Anforderungen an Leistungsdokumentation (bürokratischer Aufwand)
- Die gesamte Leistungsdokumentation bietet Ansatzpunkte für Rechnungsprüfung (Misstrauensaufwand)
- Anreizwirkung...

Systemsicht: Chancen und Risiken eines Preissystems

Chancen

- Ablösung der historischen Budgets durch leistungsgerechte Finanzierung
- Vermeidung von Versorgungslücken durch Leistungswettbewerb
- Verbesserung der Qualität durch Wettbewerb
- Sachgerechte Finanzierung von Leistungsentwicklungen
- Transparenz als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen

Risiken

- Unbegründete Umverteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern
- Kein Anspruch auf Finanzierung von Strukturen und Personal
- Qualitätskontrolle (Mindestanforderungen) statt „Qualitätsfinanzierung“
- Unzureichende Finanzierung von Leistungssteigerungen
- Kollektivhaftung der Krankenhäuser für Mengenentwicklung (doppelte Degression)

Chancen

- Leistungsgerechtes Budget („Gewinner und Verlierer“)
- Alleine die Leistungen und nicht die individuellen Kosten bestimmen das Budget („Gleiches Geld für gleiche Leistung“)
- Leistung „lohnt sich wieder“ (Leistungswettbewerb)
- Freie Verwendung der Erlöse (Freiraum für Gestaltung)
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit nutzt dem eigenen Krankenhaus
- Transparenz als Instrument der internen Steuerung

Risiken

- Hoher investiver und organisatorischer Aufwand
- Komplexe Leistungsplanung führt zu Budgetunsicherheit (keine Erlösneutralität)
- Bei Tagespauschalen nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Prozessoptimierung
- Nur eingeschränkte Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten

Meilensteine der Katalogentwicklung

2010 bis 2012 Entwicklung der Methoden und Verfahren zur Kalkulation

- Entwicklung eines weltweit neuen Systems („Neuland“)
- Fallbezug und Diagnosen als Klassifikationsansatz
- Grundlagenvereinbarungen der SV vom 17.11.2009 und 16.03.2012

Erster PEPP-Katalog für 2013 (11/2012)

- Hauptkritikpunkte: Leistungsabbildung und degressive Vergütungssätze
- Ersatzvornahme durch das BMG (Rechtsverordnung)

Zweiter PEPP-Katalog für 2014 (11/2013)

- Zustimmung der DKG nur in Verbindung mit Prüfauftrag an das InEK und einer Verlängerung der Optionsphase um 2 Jahre

Umsetzung des Prüfauftrages durch das InEK (Anfang 2014)

Ergänzungsvereinbarung der SV zur Weiterentwicklung des Systems (04/2014)

- Grundlegende Anpassung der Katalogsystematik ab 2015.
- Abschaffung der Vergütungsstufen (jetzt Vergütungsklassen).
- Einführung von Ergänzenden Tagesentgelten (ET) für spezifische Leistungen, um Variationen des Aufwands im Behandlungsverlauf abzubilden.
- Einbeziehung des Entlassungstages als Abrechnungstag.
- Einheitliche Bewertungsrelation ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren.
- Ermittlung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen als durchschnittliche Kosten der Fälle mit Entlassung am gleichen Pflage-tag.

Dritter PEPP-Katalog für 2015 (09/2014)

- Erstmalige Umsetzung der von der Selbstverwaltung vereinbarten methodischen Änderungen.

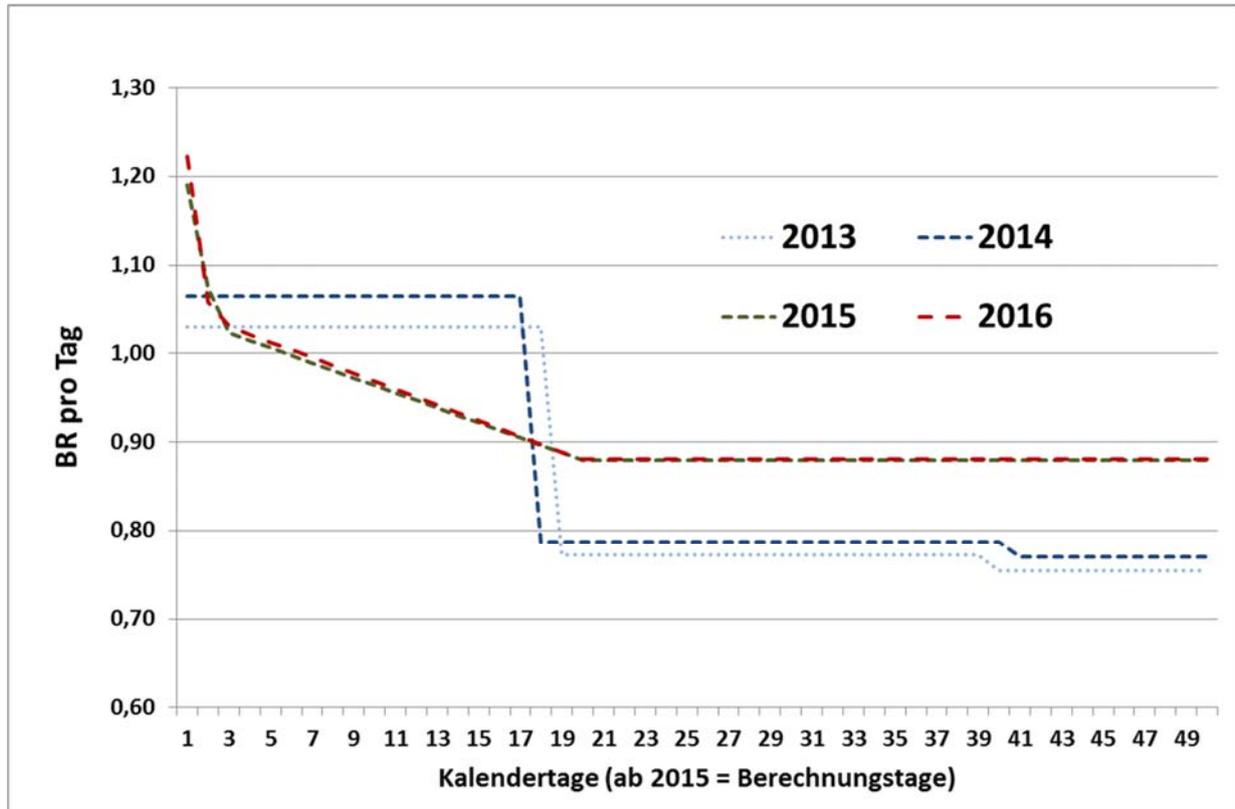
Aktuell: PEPP-Katalog für 2016

PEPP-Katalog 2016

- Nach der grundlegenden Umstellung von 2014 auf 2015 zeigt der Katalog für 2016 zahlreiche Feinanpassungen mit Überarbeitung der Vergütungsklassen und Bewertungsrelationen.
- In Hinblick auf die Rahmenbedingungen für das Jahr 2016 hat die DKG dem Katalog zugestimmt. Bezüglich der zukünftigen ordnungspolitischen Einbindung des PEPP-Kataloges wird die Positionierung der DKG für eine Abkehr vom Preissystem unmissverständlich aufrechterhalten.

***Der PEPP-Katalog für 2016 wurde von den
Selbstverwaltungspartnern
im Spitzengespräch am 24.09.2015 vereinbart.***

Bewertungsrelationen der PEPP PA04C



Georg Baum

9

Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

KHRG 03/2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009)

- Einführung des Systems ab dem Jahr 2013 (§ 17d KHG), verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen (6 Abs. 4 BPfIV)

PsychEntgG 07/2012 (Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012)

- Einführungsphasen und Angleichung an Landespreise

GKV-FQWG 07/2014

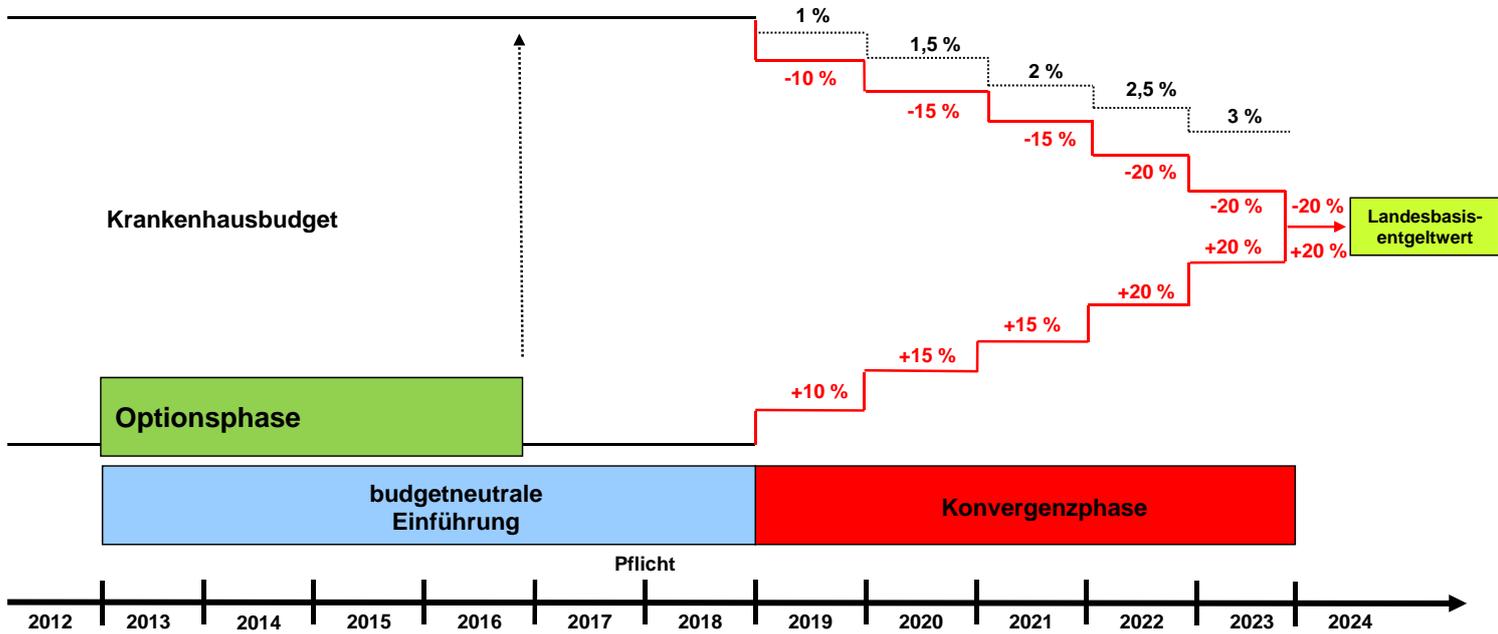
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21.07.2014)

- Verlängerung der optionalen Einführungsphase um 2 Jahre, doppelte Obergrenze für Optionskrankenhäuser in 2015 und 2016 (2015: $2,53\% \times 2 = 5,06\%$)

Nach wie vor problematisch:

- „Leistungskappung“ (Verschlechterung für Mehrleistungen)
- Wegfall der Tarifraten (BAT-Ausgleich)
- Doppelte Degression mit Kollektivhaftung
- Wegfall der Psych-PV bei gleichzeitig fehlender Refinanzierung der Personalanforderungen durch den G-BA

Mehrerlöse	65 %	85 bzw. 90 %
Mindererlöse	95 %	20 %



Anwendungserfahrungen in den Krankenhäusern

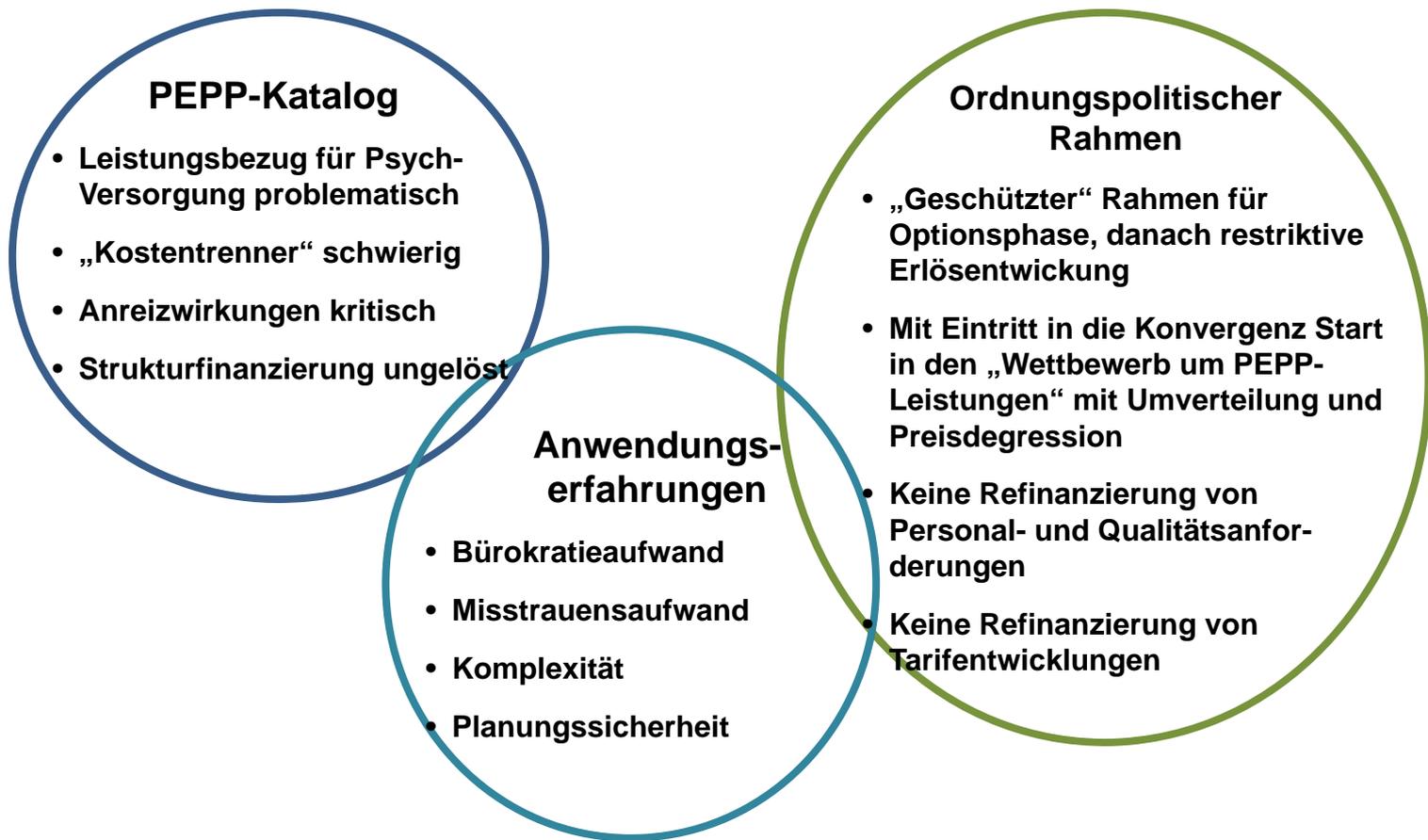
Bereitschaft zum optionalen (freiwilligen) Umstieg

(Anzahl konkreter Optionserklärungen, Grundgesamtheit der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen insgesamt 573, Anzahl über die Jahre kumuliert)

- 2013: 45 = 8%
- 2014: 79 = 14%
- 2015: 156 = 27%

Anwendungserfahrungen der Optionskrankenhäuser

- Sehr hoher Dokumentationsaufwand (Bindung des therapeutischen Personals).
- Hoher organisatorischer Aufwand (EDV, Personal).
- Komplexe Leistungsplanung und Leistungsvereinbarung.
- Sprunghafter Anstieg der MdK-Prüfungen (von rd. 1% auf 12-30% der Fälle!) verursacht extremen „Misstrauensaufwand“ für die Krankenhäuser.



Ist ein Preissystem für die Psych-Versorgung geeignet?

Sind die Behandlungen soweit „standardisiert“, dass eine Pauschalierung (auch in Hinblick auf die Wirksamkeit der Anreize) sinnvoll ist?

- Die Behandlungsleistungen sind nur schwer zu beschreiben. Auch ist eine Pauschalierung schwierig, da Behandlungskonzepte in Abhängigkeit der individuellen Patientensituation sehr unterschiedlich sind und auch im Laufe einer Behandlung angepasst werden müssen.

Ist Leistungswettbewerb überhaupt für die Psych-Versorgung geeignet?

- Wie ist Leistungswettbewerb in Einklang mit einer Regionalisierung der Versorgung und dem Verständnis der Pflichtversorgung zu bringen? Kann die Qualität der Psych-Versorgung durch Leistungswettbewerb verbessert werden?

Wie soll die Versorgungsqualität sichergestellt werden?

- Die Versorgungsqualität wird bisher über die Budgetwirksamkeit der Psych-PV gefördert. In einem Preissystem sind die individuellen Personalkosten eines KH irrelevant. Die Personalvorgaben des G-BA sind ausschließlich als Instrument der Qualitätssicherung (ohne Budgetwirkung) zu verstehen.

- Die vorgesehene **Preisorientierung** des neuen Entgeltsystems ist für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung **nicht geeignet**.
- Das Finanzierungssystem sollte dem **besonderen Leistungsverständnis** der Psych-Versorgung Rechnung tragen, indem nicht einzelne Behandlungsleistungen, sondern das **Versorgungsangebot der Einrichtung in den Mittelpunkt** der Finanzierung treten.
- Eine **Umverteilung** der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern bzw. eine Konvergenz hin zu landeseinheitlichen „Preisen“ ist aufgrund der problematischen Abbildung und Bewertung von psychiatrischen Leistungen **nicht zu verantworten**. Insbesondere unberechtigte Budgetkürzungen würden die regionale Versorgung massiv gefährden.
- Das Finanzierungssystem muss auf den hierfür erforderlichen **Personalbedarf** abstellen.
- Das Entgelt- und Abrechnungssystem muss **bürokratiearm** sein und der **Misstrauensaufwand** auf das Notwendige begrenzt werden.

Vorschlag der DKG vom 16.06.2015

Entwicklung von Regelungen und Instrumenten für eine **bedarfsgerechte, aber auch leistungsorientierte Budgetfindung** nach den folgenden Eckpunkten:

- Maßgeblich für das Krankenhausbudget sollen der **Versorgungsbedarf** der Patienten, die Aufgaben (insbesondere Pflichtversorgung) und das **Patienten- und Leistungsspektrum eines Krankenhauses** sein.
- Zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ist insbesondere der Personalbedarf zu berücksichtigen. Hierzu ist eine zeitgemäße **Nachfolgeregelung für die Psych-PV** zu entwickeln, die alle Bereiche der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abbildet.
- Ein vereinfachter **PEPP-Katalog** kann im Sinne von **Abschlagszahlungen** auf das krankenhausesindividuelle Budget als Abrechnungssystem eingesetzt werden. Der **Bürokratie- und Misstrauensaufwand** kann damit auf ein sinnvolles Maß **begrenzt** werden.
- Auch **sinnvolle Transparenz** kann über einen vereinfachten PEPP-Katalog geschaffen werden (medizinisch und versorgungspolitisch sinnvolle Gruppen statt bestmöglicher „Kostentrennung“).

- Dialog im BMG am 04.05.2015
- DKG-Eckpunkte für ein alternatives System vom 16.06.2015
- Konzept der Fachverbände vom 09.09.2015
- Fortsetzung des politischen Dialoges

Richtungswechsel der Finanzierungsreform ?

Chancen und Risiken eines neuen Budgetsystem

Chancen

- Weiterentwicklung der **krankenhausindividuelle Budgets** nach **einheitlichen „Spielregeln“** und mit **einheitlichen Instrumenten**.
- Planungs- bzw. Budgetsicherheit für das Krankenhaus
- Refinanzierung von Struktur- und Personalanforderungen
- Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und innovativer Versorgungskonzepte
- Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten und der Verantwortung auf der Ortsebene
- Leistungstransparenz durch Abrechnung einheitlicher Entgelte (PEPP) mit krankenhausindividuellen Preisen (Abschlagszahlungen auf das Budget)

Risiken

- Strukturfinanzierung bedingt „Budgetdisziplin“ (z.B. hohe Erlösausgleiche)
- „Budgetdeckelung“ bleibt auf der Ortsebene (begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten)
- Finanzierung der Personalkosten könnte mit Zweckbindung verknüpft werden

Gesetzentwurf von CDU/CSU und SPD vom 30.06.2015

- Qualitätszu- und -abschläge (Vorgaben des G-BA nach § 136b SGB V)
- Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten durch G-BA-RL
- Abschaffung der absenkenden Wirkung von Zuschlägen auf den Landesentgeltwert
- Repräsentative Kalkulation anstelle freiwilliger Kalkulationsteilnahme
- Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten, Konzentration und Umwandlung

Formulierungshilfen des BMG vom 12.10.2015 für Änderungsanträge

- Tarifraten zur hälftigen Finanzierung von Tarifsteigerungen (Erhöhungsraten von 40%).
- Extrabudgetäre Vergütung von Krankenhausleistungen für Asylbewerber (auf Verlangen des Krankenhauses, auch rückwirkend für 2015)
- Verzicht auf die Ausweitung der Rückzahlungsverpflichtungen von Psych-PV Mitteln vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Prüfung des PEPP-Systems.

Abschließende Lesung im Bundestag am 5. oder 6. November 2015

Ausblick: Schwerpunkte des KHSG für den DRG-Bereich

Gesetzentwurf und Formulierungshilfen für Änderungsanträge (ÄÄ)

Abschaffung der doppelten Degression

- Fixkostendegressionsabschlag über (fünf) drei Jahre statt Mehrleistungsabschlag
- Streichung der absenkenden Wirkungen auf die LBFW („Kollektivhaftung“)

Förderung der Personalausstattung

- Pflegestellen-Förderprogramm 2016-2018 (660 bzw. 330 Mio. p.a.)
- Überführung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag (500 Mio. p.a.)
- Expertenrunde zur Abbildung der Pflege im DRG-System
- Tarifraten zur hälftigen Finanzierung von Tarifsteigerungen (33%).

Finanzierung von Qualität und Struktur

- Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge mit Leistungsausschluss
- Stärkung der Zuschlagsfinanzierung (Notfallversorgung, Zentren, Sicherstellung)