

Krankenhausvergleich nach PsychVVG

Einschätzungen aus Sicht der AOK Rheinland/Hamburg

4. Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychosomatik

Simon Loeser

Unternehmensbereichsleiter Stationäre Versorgung
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Reform(un)fähigkeit der Akteure

So sehen die Krankenhäuser die Kostenträger derzeit...



...ein Perspektivenwechsel kann aber helfen.



Drei Vergleichsgruppen gibt's wohl jeweils mindestens.

Es ist für die Partner im Bund, im Land und vor allem vor Ort fast unmöglich geworden, die stationäre Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln.

Das Effizienzparadoxon



Wir haben mittlerweile eine relativ **hohe Einzelfalleffizienz** mit hohem Druck auf die Kliniken und ihr Personal.

Aufgrund nicht bedarfsgerechter Strukturen in Aufbau und Ablauf ist die **Systemeffizienz aber gering** (stationäre Gesamtausgaben sind hoch, „Hamsterrad“).

Darunter leiden alle, sowohl Kliniken als auch das Personal, die Patienten und die Beitragszahler.

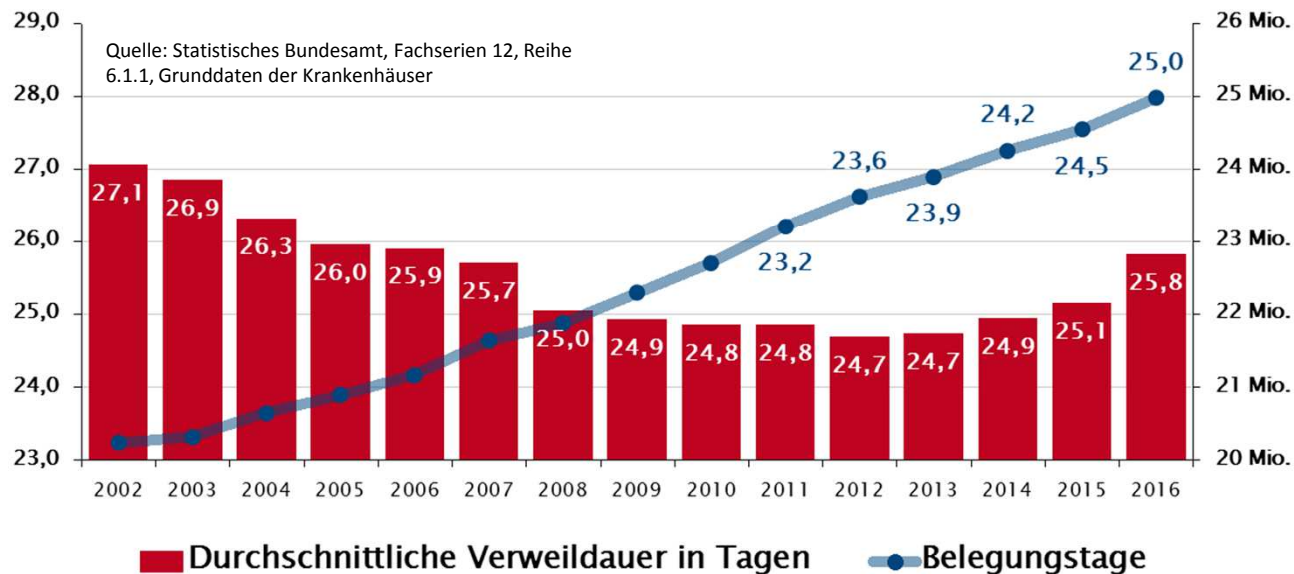
Der Knoten kann wohl nur politisch durchschlagen werden, das System kann sich nicht mehr selber heilen.

Nach dem Krankenhausstrukturgesetz und dem PsychVVG bringt da auch das PpSG noch keinen Durchbruch.

Entwicklung der Psychiatrie seit 2002



Psychiatrische Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser



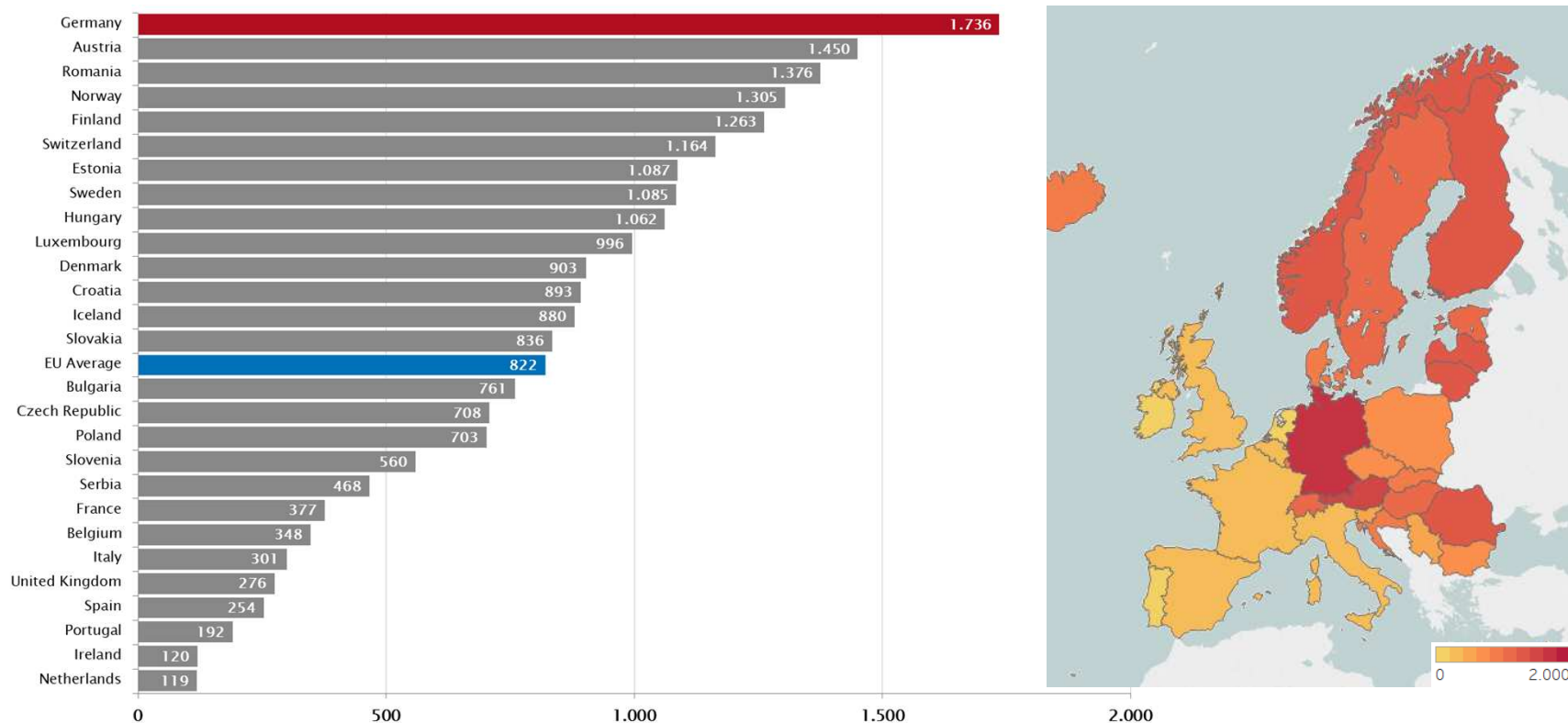
- Die aktuellen Rahmenbedingungen führen zu immer mehr und wieder längerer stationärer Behandlung.
- In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der vollstationäre Betten um 15 %, die Zahl der Fälle und der Behandlungstage um 18 % gestiegen
- Seit 2014 steigt die Verweildauer in den Fachabteilungen der Psychosomatik als auch in der allgemeinen Psychiatrie um auch wieder jährlich um 2 % an.

Deutschland im europäischen Vergleich



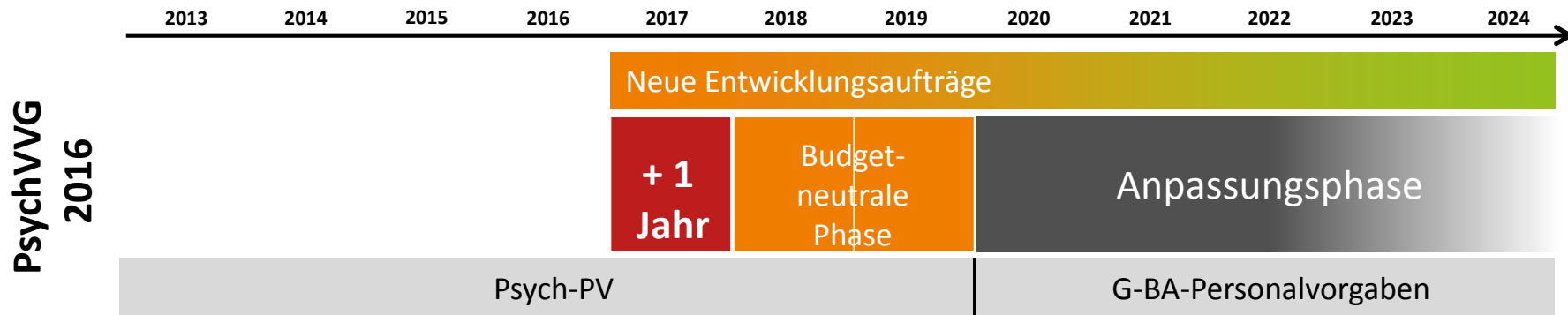
Die Situation ist ähnlich wie in der Somatik: Wir diskutieren intensiv über Preise, aber die längeren Hebel sind eigentlich in der intersektoralen Arbeitsteilung verortet

Krankenhausfälle mit Diagnose F00 – F99 je 100.000 EW

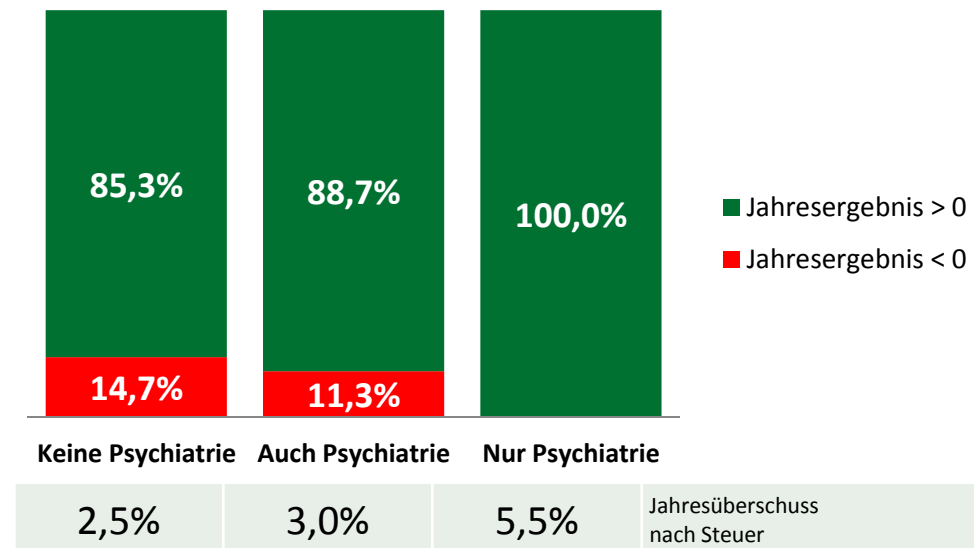


Quelle: Eurostat, ECHIM Indicator, Hospital in-patient discharges, Mental & Behavioural Disorders ICD-10 F00 - F99, Stand 02/2018

Fahrplan und finanzielle Ausgangslage der Kliniken

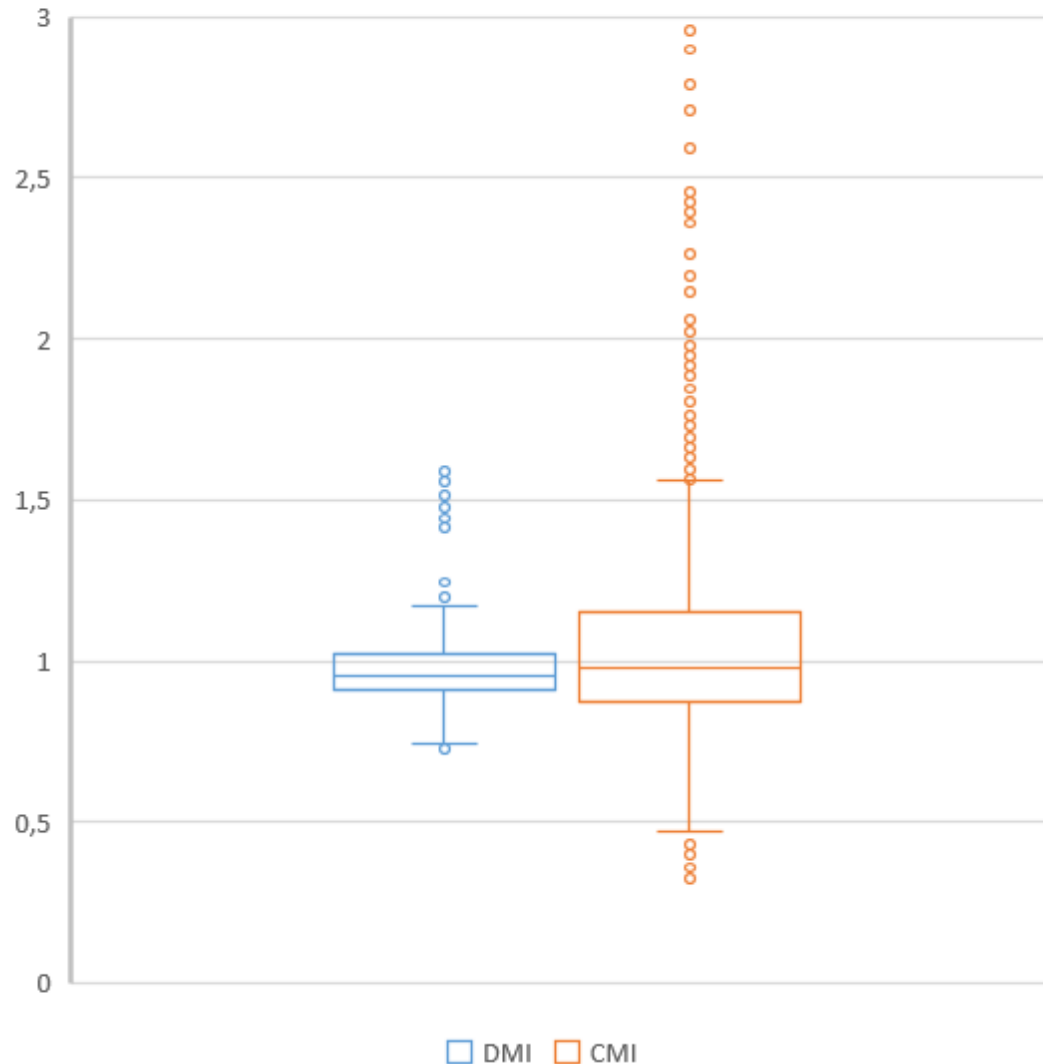


Krankenhaus Rating Report 2018 des RWI



Heterogenität der Aufwände – ein Vergleich

SCHWEREGRADINDIZES 2017 VB BUND



Die Streuung der kalkulierten ökonomischen Aufwände ist in der Psychiatrie/ Psychosomatik relativ gering.

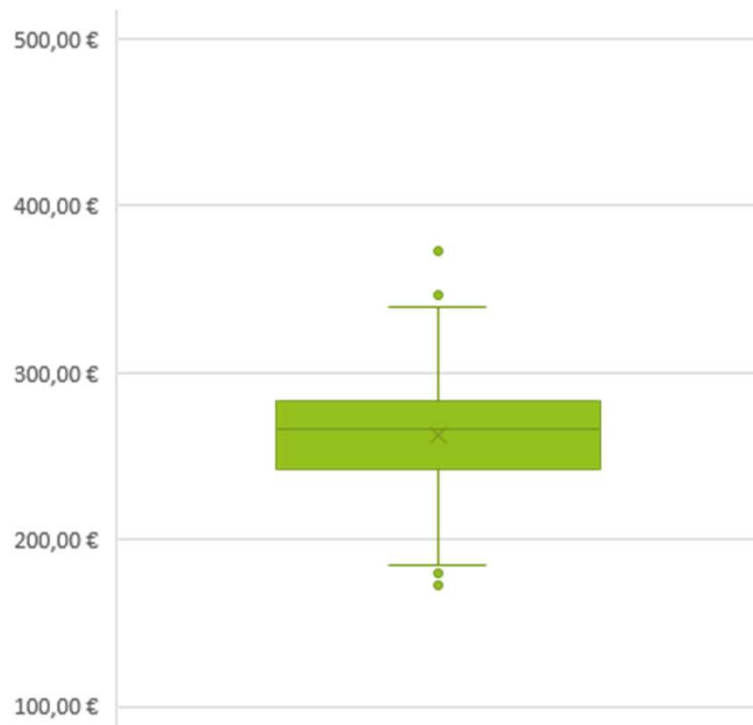
Dies spricht dafür, dass ein Vergleich von Entgeltwerten und Gesamtbetrag instruktive Zusatzinformationen liefern wird.

(Hier bietet sich als Gegenthese an: *PEPP funktioniert halt nicht*. Kann aber nach sechsjähriger Erfahrung der Experten im Institut aus unserer Sicht nicht stimmen.)

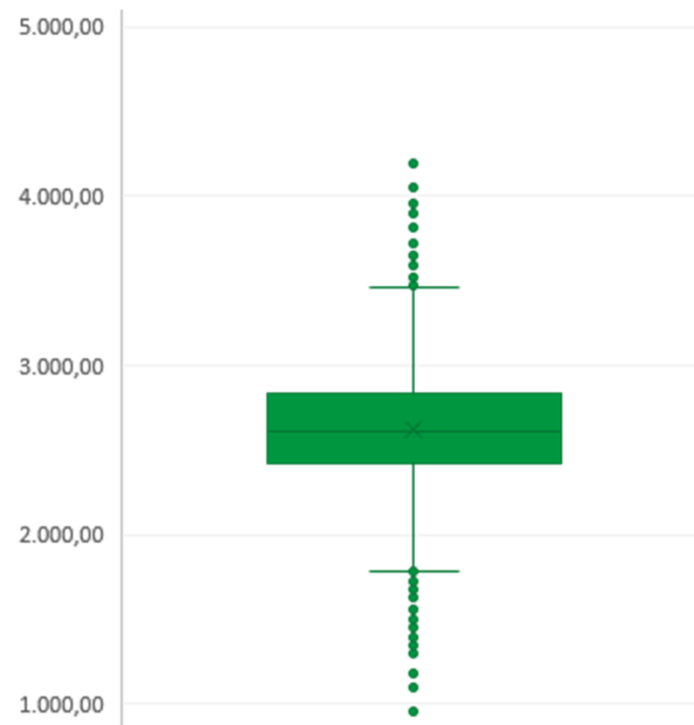
Streuung der Preisanker „vor“ Konvergenz

Die somatischen Abteilungen wurden bei deutlich größerer Streuung der Entgeltwerte in die Konvergenz „geschubst“.

Entgeltwerte VB 2017



Hausbasisfallwerte VB 2004



Da nun die Konvergenz entfällt, ist anderweitig Transparenz über die Wirtschaftlichkeit der Versorgung für die Verhandlung zu schaffen – hier setzt der Vergleich nach § 4 BpflV an.

Gesetzesbegründung PsychVVG / § 4 BPflV



- „Für nicht durch das Leistungsspektrum oder regionale oder strukturelle Besonderheiten des Krankenhauses aufklärbare Budgetunterschiede soll im Wege der Verhandlung ein Prozess organisiert werden, durch den auf eine Annäherung zu leistungsorientierten Budgetniveaus hingewirkt wird.“
- Leistungsorientierung und Transparenz zentrale Botschaften des PsychVVG

§ 4 BpflV - Leistungsbezogener Krankenhausvergleich



- Ziel und Zweck: Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten ...
 - Gesamtbetrags sowie
 - krankenhausespezifischen Basisentgelts und
 - sonstigen krankenhausespezifischen Entgelten

- In die **Ergebnisermittlung** sind insbesondere einzubeziehen:
 1. die der letzten Budgetvereinbarung **zugrunde gelegten Leistungen**
 2. **regionale o. strukturelle Besonderheiten** in der Leistungserbringung (§ 6 Abs. 2 BpflV)
 3. die **vereinbarten Entgelte**
 4. Ergebnisse der **Nachweise nach § 18 Abs. 2 BpflV zur personellen Ausstattung** für die Erbringung der jeweiligen Leistungen

§ 4 BpflV - Leistungsbezogener Krankenhausvergleich



- Als **Ergebnisse** sind insbesondere auszuweisen
 - ▶ nach **Leistungen oder Leistungsgruppen differenzierend die Bandbreite der vereinbarten Entgelte** und die **statistischen Lage- und Streumaße** zu diesen Entgelten,
 - ▶ die **regionalen und strukturellen Besonderheiten** in der Leistungserbringung sowie
 - ▶ der **Umfang der personellen Ausstattung**
- jeweils **bundes- und landesweit** auszuweisen und unter **gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Fachgebieten** zu untergliedern.

Was könnte konkret enthalten sein:

- Eine mögliche Ergebnisdarstellung könnte vier Gruppen von Krankenhäusern vorsehen, deren Berechnungsergebnisse im Vergleich auf Landes- bzw. Bundesebene jeweils ausgewiesen werden.
 - ▶ mit Leistungen 1. ausschließlich in der Strukturkategorie Psychiatrie, 2. der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. der Psychosomatik und 4. mit Leistungen in mehr als einer Strukturkategorie
- Übersicht über die gruppierungsrelevanten Auswahlkriterien (Land, Strukturgruppe)
- Strukturinfo über die Vergleichshäuser (Betten, Fälle, Berechnungstage mit Lage und Streumaßen)
- Entgeltwerte in allen Gruppen mit Lage- und Streumaßen
- Personalausstattung in allen Gruppen mit Lage- und Streumaßen
- **Vergleichsinformationen zu den regionalen und strukturellen Besonderheiten**

Regionale und strukturelle Besonderheiten



- Nach § 4 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 BpflV sind regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Abs. 2 BpflV auszuweisen.
- Besonderheiten werden **erst ab 2020 vereinbart** und können erst dann (wie BEW und sonstige Entgelte) mit den Lage- und Streumaßen ausgewiesen werden.
 - Forderungen nach Pavillonbauweise, DBT, Werkstätten, Gutshof, Tierhaltung und tiergestützte Therapie, Schwimmbad, Dauerdusche, Fahreignungszentrum, Bogenschießhalle, regionale Versorgungsverpflichtung, therapeutisches Klettern, Therapeutisches Reiten, Euthyme Therapie, Mutter-Kind-Station etc. sind zu erwarten
- Das InEK wird beauftragt, die **Besonderheiten bei den KH abzufragen und zu kategorisieren** (strukturelle vs. leistungsbezogene Besonderheit).
 - ▶ qualitative Beschreibung zu jeder Vergleichsgruppe, in welchem Umfang Besonderheiten in den beiden Kategorien vorliegen
 - ▶ keine Gruppierungsvariable
 - ▶ Inwieweit gelingt eine Systematisierung der Besonderheiten?

Vereinbarung Gesamtbetrag ab 2020 - §3 Abs. 2-3 BPfIV

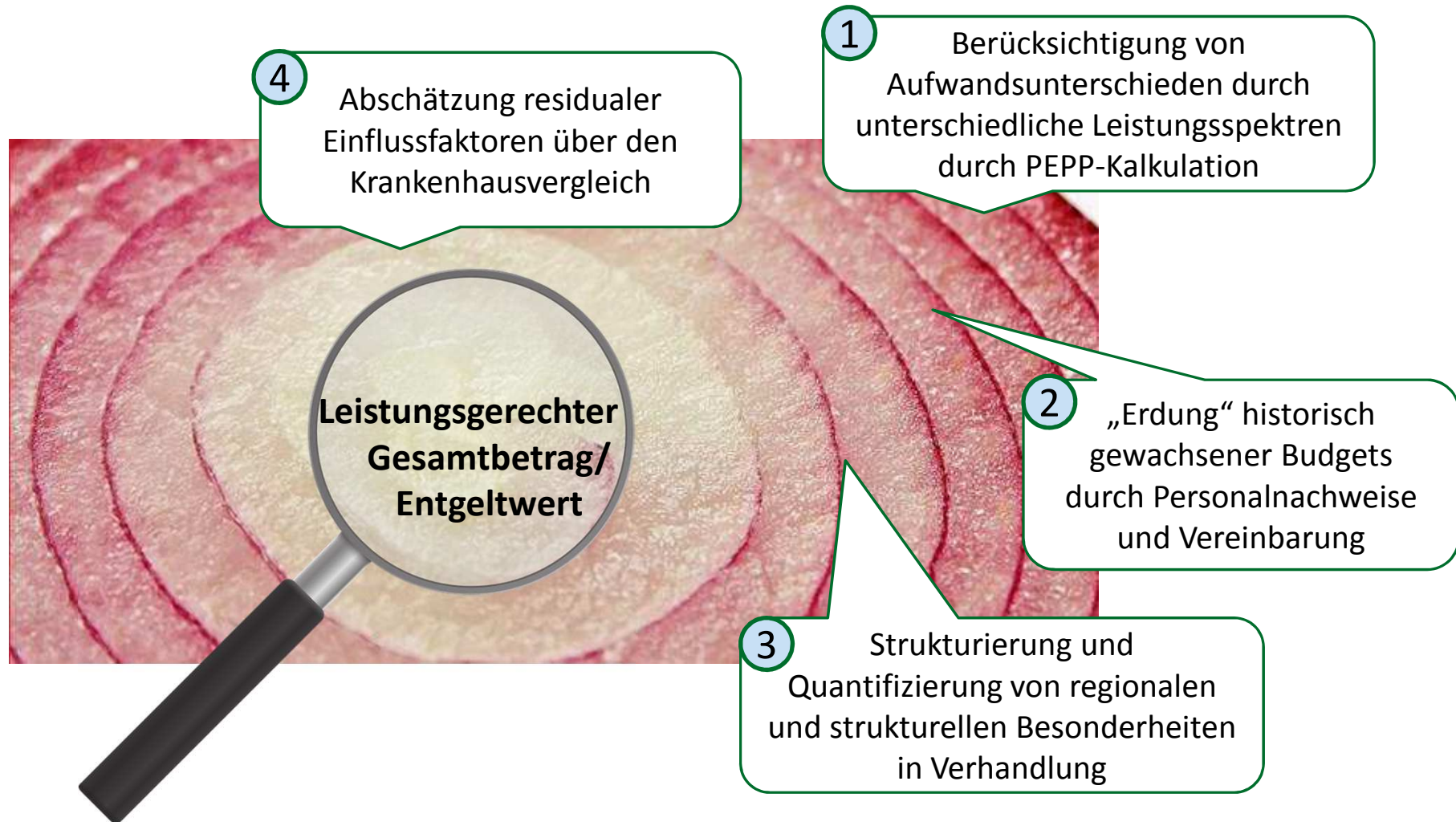


„Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen“



Schicht für Schicht zur vollen Transparenz

Preistransparenz im Budgetsystem



Entwicklung der Psychiatrie seit 2002



Psychiatrische Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser



- Was lässt sich vor Ort über die Anpassungsvereinbarungen erreichen?
- Finden wir gemeinsam Modelle, in denen unter Berücksichtigung von Kostenremanenzen und Deckungsbeiträgen der Kliniken intersektoral eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung erreicht wird (Erlöse vollstationär sinken, Kosten vollstationär sinken stärker)?
- ... zu immer mehr und wieder längerer ... die Zahl der vollstationäre Betten um 15 %, die Zahl der Fälle ... tage um 18 % gestiegen
- Se ... steigt die Verweildauer in den Fachabteilungen der Psychosomatik als auch in der allgemeinen Psychiatrie um auch wieder jährlich um 2 % an.

Fazit



- In der Tradition der Krankenhausgesetzgebung der letzten Jahre (Fixkostendegression, Qualität, Zentren) wird auch das Thema **Krankenhausvergleich** auf der Bundesebene nicht so verbindlich zu regeln sein, dass nicht **Interpretationsspielraum** und **Konfliktpotential** für die Ortsebene verbleibt.
- Wir gehen davon aus, dass psych. Kliniken/Abteilungen grundsätzlich **mit Erkenntnisgewinn** für die Verhandlung miteinander **vergleichbar** sind.
- **Regionale und strukturelle Besonderheiten** sind ab 2020 gesondert zu berücksichtigen und gesondert zu vergleichen. Damit wird auch die Vergleichbarkeit der Entgeltwerte gesteigert.
- Der leistungsbezogene Krankenhausvergleich wird **kein umfassendes Erklärungsmodell** für Budgetunterschiede sein. Versorgungsferne statistische Korrelationen (z.B. Trägerschaft) sowie leistungsbezogenen Aufwandsunterschiede (gehören in Kalkulation) sind für Gruppenbildung irrelevant.
- Dementsprechend sind die Vergleichsgruppen groß zu gestalten. Über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Gliederungsmerkmale sind nicht sinnvoll.
- Der Krankenhausvergleich liefert Transparenz über vereinbarte Preise, Leistungen und Strukturen. Er ist das „**Preisfenster**“ **auf das Budget und kombiniert damit beide System in sinnvoller Weise.**
- Die Gefahr, dass bezüglich der Anwendung des Instruments vor Ort keine Einigung gefunden wird, ist hoch. Daher ist **fraglich**, ob sich ein **relevanter Impact** auf die Verhandlungen ergeben wird.