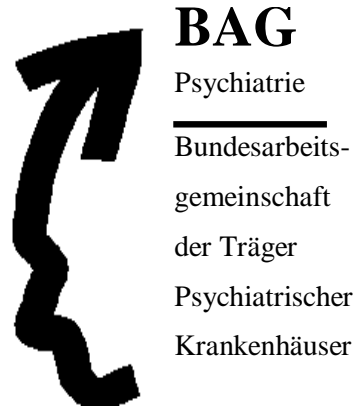


BAG-Psychiatrie, Ständeplatz 2, 34117 Kassel

**Bundesministerium für Gesundheit
z. Hd. Herrn Dr. Michael Dalhoff
Rochusstraße 1
53123 Bonn**



Datum: 07.03.2011
Auskunft erteilt: Herr Hübner
Telefon: 0561 – 1004 / 5321
Telefax: 0561 – 1004 / 5421
E-Mail-Adresse: joachim.huebner@vitos.de
Aktenzeichen: C/22

110307 BAG - BMG - Ausgestaltung neues
Entgeltsystem /Mü.

**Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einführung eines
pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische
Einrichtungen nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

Ihr Schreiben vom 03.01.2011 Az: 215-20602-02/001

Sehr geehrter Herr Dr. Dahlhoff,

ich danke Ihnen dafür, dass Sie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser Gelegenheit geben, zu Einzelfragen des weiteren Einführungsprozesses für ein neues Entgeltsystem der Krankenhauspsychiatrie Stellung zu nehmen. Ehe ich auf die von Ihnen gestellten Fragen eingehe, halte ich eine kurze Bewertung des aktuellen Standes der Systemfindung und -entwicklung nach § 17d KHG aus der Sicht der psychiatrischen Fachkrankenhäuser für erforderlich.

Die BAG unterstützt nach wie vor die Einführung des neuen Entgeltsystems und erwartet, dass hierdurch eine leistungs- und qualitätsorientierte Finanzierung der klinischen Behandlung vor allem der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen gewährleistet wird. Diese Unterstützung kommt zum Beispiel durch die Teilnahme von BAG-Mitgliedern am Pretest und an der hohen Bereitschaft, Kalkulationsklinik zu werden zum Ausdruck.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEk) hat 2010 einen Pretest der Kalkulationsmethodik mit 17 teilnehmenden Kliniken und Abteilungen durchgeführt. Zwölf dieser Kliniken gehören der BAG an und haben die gesammelten Erfahrungen ausgetauscht und die Leistungs- und Kalkulationsdaten analysiert. Dabei hat sich bestätigt, dass die Entwicklung eines völlig neuen Entgeltsystems, ohne die Möglichkeit auf vergleichbare Vorbilder zurückgreifen zu können, eine große Herausforderung darstellt. In der kurzen Zeit seit Inkrafttreten des § 17d KHG konnten noch nicht alle mit der Systemeinführung verbundenen Fragen beantwortet bzw. Probleme gelöst werden.

Dies gilt vor allem für folgende Themenbereiche:

- Ø Eindeutige patientenbezogene Leistungsmerkmale sind noch nicht ausreichend definiert.
- Ø Die Klassifikation der Patienten in medizinisch unterscheidbare Gruppen ist noch nicht gelungen, da sich bisher weder die Diagnosen noch die OPS-Kodes als „Kostentrenner“ erwiesen haben.
- Ø Die OPS-Kodes mit dem System von Therapieeinheiten bilden die Behandlungsleistungen akutspsychiatrischer Kliniken nicht ausreichend ab.
- Ø Die Therapieeinheiten bergen die Gefahr in sich, falsche Anreize zur Einzelleistungsausweitung ohne Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität zu setzen.
- Ø Es ist noch kein überzeugendes System für die leistungsgerechte Zuordnung des größten Kostenblockes, der Stationsleistungen, vorhanden, der bisher fälschlich als „Residualkosten“ bezeichnet wird. Bisher werden vom InEk sehr unterschiedliche Gewichtungsmodelle erprobt. Eine Verteilung dieses Aufwandes nach mehr oder weniger groben Verteilungsschlüsseln wird zur Unterbewertung der Leistungen für schwer psychisch Kranke führen.
- Ø Die regionale Versorgungsverantwortung in Form der gemeindenahen Pflichtversorgung als Kernelement der Versorgungsaufgabe psychiatrischer Fachkrankenhäuser und die damit verbundenen Vorhaltekosten müssen als Strukturelement noch in das Entgeltsystem aufgenommen werden.
- Ø Der vom § 17d Abs. 1 KHG geforderte praktikable Differenzierungsgrad der medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen ist noch nicht erkennbar, da die jetzigen OPS-Kodes und die Stations-Gewichtungsmodelle mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand verbunden sind. Personalressourcen, die sinnvoller der Patientenbehandlung dienen sollten, werden hierdurch für administrativen Aufwand gebunden.
- Ø Trotz zweimaliger Änderung des § 6 Abs. 4 BPfIV konnten noch immer nicht alle Kliniken die vom Gesetzgeber gewollte uneingeschränkte Umsetzung der Psych-PV (100%) erreichen. Die Kürzung der Veränderungsrate 2011 und 2012 wird die Finanzierung dieser Qualitätsstandards über die Budgets weiter erschweren. Die vollständige Umsetzung der Psych-PV in allen Kliniken muss aber Voraussetzung für die Einführung des neuen Entgeltsystems bleiben.

Das InEk bereitet zurzeit eine Probekalkulation auf der Basis der Daten des Jahres 2010 vor. Die zu erwartenden Ergebnisse dürften aber nicht geeignet sein, die wichtigen Grundsatzentscheidungen für die Einführung des neuen Entgeltsystems ab 2013 zu begründen. Zunächst müssen die Zusammenhänge zwischen Tageskosten und Behandlungsleistungen empirisch nachgewiesen werden, da nur so leistungsorientierte Tagespauschalen gebildet werden können. Außerdem sind die Anreiz- und Steuerungswirkungen der Tagespauschalen und ihrer inhaltlichen Grundlagen zu prüfen. Dabei kann man nicht auf die Erfahrungen aus der Einführung des Fallpauschalensystems der Somatik zurückgreifen, denn der Personalkostenanteil in der Psychiatrie ist deutlich höher, es entstehen kaum fallfixe Kosten, da die Leistungen tagesbezogen anfallen und Verweildauerreduzierungen werden nicht wie in der Somatik zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch eine Kostenreduzierung pro Tag führen.

Das neue Entgeltsystem soll zwar als „lernendes System“ entwickelt werden, aber zum Startzeitpunkt muss eine ausreichende und valide Datenqualität gewährleistet sein. Deshalb sollte im Interesse des Grundsatzes „Gründlichkeit vor Schnelligkeit“ darüber nachgedacht werden, ob es nicht besser ist, den gesetzlichen Einführungszeitpunkt des Jahres 2013 zu verschieben. Hiervon hängt zumindest die Dauer der budgetneutralen Einführungsphase ab.

Damit komme ich zur Beantwortung Ihrer Fragen.

1. Dauer und Ausgestaltung einer budgetneutralen Einführung

Die Dauer einer budgetneutralen Einführungsphase hängt davon ab, ob es trotz der oben angesprochenen ungelösten Probleme beim 01.01.2013 als Einstieg in das neue Entgeltsystem bleibt. In diesem Fall muss eine längere budgetneutrale Phase gewählt werden, um die nötigen Systemanpassungen auf einer ausreichend stabilen Datenqualität ohne finanzielle Auswirkungen für die Kliniken zu ermöglichen.

Ansonsten sollten zwei budgetneutrale Einführungsjahre vorgesehen werden, um den Kliniken die Möglichkeit zu geben, das neue Entgeltsystem in der Echtabrechnung zu erlernen. Speziell sei hier auf die Kodierqualität verwiesen, die bis 2012 noch nicht abrechnungsrelevant ist. Erfahrungsgemäß steigt die „Lernkurve“ der Kodierung bei der Einführung eines neuen Abrechnungssystems in den ersten 3 – 4 Jahren. Außerdem müssen sich die Kliniken auf veränderte, die Kodierung betreffende, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einstellen können.

Wie bei Einführung des DRG-Systems könnte den Kliniken ein Optionsjahr für den Einstieg ins neue Entgeltsystem mit entsprechenden Anreizen angeboten werden.

Budgetneutral bedeutet meinem Verständnis nach, dass während der Einführungsphase die Budgetverhandlungen weiterhin auf der Basis der BpflV und der Psych-PV erfolgen. Um auch in der Abrechnungspraxis die Budgetneutralität sicherzustellen, müssen spezielle Ausgleichsmechanismen gefunden werden, die beispielsweise Erlösausfälle durch Rechnungskürzungen bei MDK-Prüfungen wegen Dokumentationsmängeln verhindern.

Während der budgetneutralen Phase müssen Mehrleistungen durch Fallzahlsteigerungen sowie Sondertatbestände wie Kapazitätserweiterungen durch Krankenhausplanungsbescheide berücksichtigt werden.

Spätestens vor Einführung der Konvergenzphase sollte außerdem krankenhausindividuell die vollständige Finanzierung der Psych-PV (100%) als einmaliger „Ausdeckelungstatbestand“ in die BpflV aufgenommen werden.

Schließlich ist dieser Zeitraum dazu zu nutzen, die nach § 17d Abs. 2 KHG vorgesehenen Vergütungselemente, wie zum Beispiel Zusatzentgelte, zu klären. Dies gilt auch für die zu schaffende Möglichkeit der flexiblen Dosierung der Krankenhausbehandlung in vollstationäre, teilstationäre und ambulante Episoden (siehe Ziff. 7)

2. Dauer der Ausgestaltung einer Konvergenzphase

Im Klammerzusatz zu dieser Frage sprechen Sie von einem „landeseinheitlichen Preisniveau“. Die BAG befürwortet neben den gesetzlich vorgegebenen bundeseinheitlichen Relativgewichten die Vereinbarung von landeseinheitlichen Preisen in Form von Landestageswerten, die zwischen den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen zu vereinbaren sind. Als Konfliktlösung ist eine Schiedsstelle vorzusehen.

Der hohe Personalkostenanteil (ca. 80%) psychiatrischer und vor allem kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken schränkt deren Reaktionsmöglichkeiten der Anpassung krankenhausindividueller Kosten auf den Landestageswert ein.

Deshalb halte ich eine Konvergenzphase von mindestens 5 Jahren für erforderlich. Dabei sind Budgetverluste der Kliniken durch sog. „Kappungsregelungen“ zu begrenzen, weil Pflichtversorgungskrankenhäuser nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, über Fallzahl- oder Case-Mix-Steigerungen wegfallende Budgetanteile aufzufangen.

Während der Konvergenzphase ist jeweils das „Ausgangsbudget“ mit dem „Zielbudget“ zu vergleichen. Leistungsveränderungen sind unter Berücksichtigung der hohen tagesvariablen Kosten monetär zu bewerten und dem „Ausgangsbudget“ zu- bzw. von ihm abzusetzen.

3. Nutzung des Entgeltsystems als Preissystem oder als Instrument der rationaleren Budgetbemessung, inkl. der Frage, wie künftig Preise gestaltet sein sollen (Fest-, Höchst- oder Richtpreise)

Wenn die eingangs angesprochenen offenen Fragen gelöst und die Besonderheiten psychiatrischer Krankenhausbehandlung im Entgeltsystem berücksichtigt sind, ist das Finanzierungssystem als Festpreissystem einzuführen. Höchst- oder Richtpreise sind wegen des hohen Anteils tagesvariabler Kosten nicht geeignet, Qualitäts- und Leistungsstandards der klinischen Versorgung zu gewährleisten.

4. Veränderungen für die Budgetverhandlungen (relevante Verhandlungsgegenstände, Erlösausgleiche, etc.)

In den Budgetverhandlungen werden künftig die Leistungsmengen (Fallzahlen), der Case-Mix-Index und in gewissem Rahmen krankenhausespezifische Vergütungselemente eine Rolle spielen. Hierzu ist es erforderlich, einen sachgerechten Leistungskatalog von Tagespauschalen mit Bewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren.

Die Budgetverhandlungen müssen Vereinbarungen über Zusatzentgelte, Entgelte für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Zuschläge für im bundeseinheitlichen Katalog nicht bewertete Leistungen (z. B. schwerst- und sinnesbehinderte psychisch Kranke) ermöglichen. Zur Lösung von Konflikten über Mengen, Leistungen und Kosten ist eine Schiedsstellenregelung vorzusehen.

Schließlich ist ein die spezielle Kostensituation der Krankenhauspsychiatrie berücksichtigender Erlösausgleich zu regeln.

5. Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität

In der Psychiatrie ist weiterhin von Fallzahlsteigerungen auszugehen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität darf aber das Morbiditätsrisiko nicht auf die Kliniken verlagern. Über angemessen vergütete Komplexleistungen sollten Anreize geschaffen werden, soviel bzw. so häufig wie möglich Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung teilstationär oder gar ambulant behandeln zu können (siehe Ziff. 7) Unvermeidbare Fallzahlsteigerungen müssen ohne Abschlag bei den Landestageswerten vereinbart bzw. durch Schiedsstellenentscheidung festgesetzt werden können.

Die bisherige Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V kann nicht Grundlage für die jährlichen Anpassungen der Landestageswerte sein.

Wegen des hohen Personalkostenanteiles sollte die tarifliche Berichtigung nach § 6 Abs. 2 BPfIV grundsätzlich beibehalten werden. Alternativ ist für das neue Entgeltsystem eine Anpassung auf der Grundlage des Kostenorientierungswertes denkbar, wenn für die Psychiatrie ein den höheren Personalkostenanteil berücksichtigender Orientierungswert kalkuliert wird.

6. Erforderliche begleitende Regelungen (z. B. qualitätssichernde Maßnahmen, Abrechnungsprüfung)

Das Bundesgesundheitsministerium hat bereits den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie zu entwickeln. Diese sind wichtig, um die richtigen Systemanreize setzen zu können. Es bestehen allerdings Zweifel, ob es gelingen wird, schon 2013 valide Indikatoren für die Ergebnisqualität psychiatrischer Behandlung, möglichst sektorenübergreifend und auf Routinedaten basierend, einsetzen zu können. Das AQUA-Institut sollte deshalb die Fachgesellschaften und wissenschaftliche Institute, die bereits Vorarbeiten zur Etablierung von Qualitätsindikatoren geleistet haben, hinzuziehen.

Hinsichtlich der Abrechnungsprüfungen sollten aufgrund der Erfahrungen mit dem DRG-System Vorkehrungen getroffen werden, dass Prüfungen auf ein anlassbezogenes und stichprobenhaftes Mindestmaß beschränkt bleiben. Wenn die Kliniken ihre Behandlungsqualität anhand aussagekräftiger Indikatoren nachweisen, sollte auf einen überbordenden „Misstrauensaufwand“ in Form von Einzelfallprüfungen verzichtet werden.

Die Finanzierung des erhöhten Aufwandes für die regionale Pflichtversorgung einschließlich der Vernetzung mit außerklinischen Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung und der ständigen Sicherstellung der Notfallversorgung muss durch entsprechende Regelungen gewährleistet werden. Ebenso müssen weiterhin Modellprojekte zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems einschließlich alternativer Vergütungsformen möglich sein und gefördert werden.

Den Kliniken entsteht durch die Einführung des neuen Entgeltsystems zusätzlicher Kostenaufwand für die Leistungserfassung und Dokumentation, das Medizincontrolling, die Kostenträgerrechnung und den notwendigen Einsatz neuer Software. Hierfür sollten sie einen angemessenen Ausgleich erhalten.

Das neue Entgeltsystem für die Krankenhauspsychiatrie ist als ein eigenständiges Vergütungssystem neben das Fallpauschalensystem der Somatik getreten. Deshalb sollten die notwendigen begleitenden gesetzlichen Regelungen nicht in das KHEntgG integriert, sondern als eigene rechtliche Grundlage, beispielsweise durch die Anpassung der BPfIV, normiert werden.

7. Verstärkte Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern

Diese ergänzende Frage knüpft offenbar an den Auftrag des § 17d Abs. 1 S. 3 KHG an, wonach zu prüfen ist, inwieweit Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen in das neue Entgeltsystem einbezogen werden können.

Bei den psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V handelt es sich um ermächtigte Einrichtungen zur Teilnahme an der speziellen vertragsärztlichen Versorgung.

Deshalb wäre es systemfremd, psychiatrische Institutsambulanzen in ein Vergütungssystem für Krankenhausleistungen einbeziehen zu wollen. Dies gilt umso mehr, als bis zu 60% der Patienten der Institutsambulanzen während eines Jahres ausschließlich ambulant und nicht teil- oder vollstationär behandelt werden.

Die BAG spricht sich deshalb gegen die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in das pauschalierende Vergütungssystem nach § 17d KHG aus. Bei den geltenden unterschiedlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen für psychiatrische Abteilungen und Fachkrankenhäuser und der für psychosomatische Kliniken/Abteilungen fehlenden Möglichkeit, Institutsambulanzen zu betreiben, kann ich mir nicht vorstellen, wie auf dieser unterschiedlichen Grundlage Institutsambulanzen in das neue Entgeltsystem einbezogen werden sollen.

Gemeint hat der Gesetzgeber offenbar auch etwas anderes, wenn er in der Begründung zu § 17d Abs. 1 KHG ausführt, dass eine flexible Behandlung unter Berücksichtigung sektor-übergreifender integrierter Versorgungsansätze mit einer möglichst kurzen vollstationären Behandlungsphase ermöglicht und gestärkt werden soll. Es geht also darum, die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker (§ 27 SGB V) innerhalb der Behandlungs-episode individuell nach medizinischen Indikationen ambulant, teilstationär oder vollstationär dosieren zu können. § 39 SGB V kennt bereits die ambulante Krankenhausbehandlung, wenn im Moment auch nur in Form ambulanten Operierens.

Solche Leistungen werden bisher – bis hin zum sog. Hometreatment – erst ansatzweise von wenigen Kliniken angeboten, was eine Kalkulation auf Ist-Kostenbasis praktisch ausschließt. Der Ausbau dieser „stationersetzenden“ Leistungen erfordert aber eine kostendeckende eigene Finanzierung engmaschiger ambulanter Kontakte, deren Intensität und Aufwand den vollstationären Kosten nahe kommt. Ich halte es für sinnvoll, durch eine Änderung des § 39 SGB V die gesetzlichen Voraussetzungen für dieses Leistungsangebot zu schaffen und die Vergütung so zu kalkulieren, dass von ihr ein Anreiz für ein flexibles Behandlungssetting im Einzelfall ausgeht.

Sehr geehrter Herr Dr. Dalhoff, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser ist auch weiterhin bereit, an der Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems der Krankenhauspsychiatrie mitzuwirken.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Hübner

(Joachim Hübner)
Vorsitzender