

Vorlage-Nr. 14/1786

öffentlich

Datum: 29.12.2016
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Herr Thewes

| | | |
|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| Krankenhausausschuss 3 | 16.01.2017 | Kenntnis |
| Krankenhausausschuss 2 | 17.01.2017 | Kenntnis |
| Krankenhausausschuss 4 | 18.01.2017 | Kenntnis |
| Krankenhausausschuss 1 | 19.01.2017 | Kenntnis |
| Gesundheitsausschuss | 20.01.2017 | Kenntnis |

Tagesordnungspunkt:

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Kenntnisnahme:

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird gemäß Vorlage Nr. 14/1786 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK. nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

| | |
|---|-----------------------------------|
| Produktgruppe: | |
| Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan | Aufwendungen: /Wirtschaftsplan |
| Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme: | Auszahlungen: /Wirtschaftsplan |
| Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: | |
| Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten | ja |

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Zusammenfassung:

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat die Bundesregierung die am 18. Februar 2016 verkündeten Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems konsequent umgesetzt. Das Gesetz wurde am 10. November 2016 im Deutschen Bundestag sowie am 25. November 2016 im Deutschen Bundesrat beschlossen und tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das neue Budgetsystem auf Basis eines bundeseinheitlichen Entgeltkataloges erst zum 1. Januar 2020 seine volle Wirkung entfaltet.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nachhaltig. Grundsätzlich wird an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt.

Gegenüber dem Gesetzesentwurf enthält das beschlossene Gesetz nunmehr folgende Veränderungen:

- Bei der Budgetfindung sind die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.
- Wie bereits in der bisherigen Regelung bilden „Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und der Fallzahlen“ Ausnahmetatbestände, die zusätzlich budgeterhöhend vereinbart werden können.
- Grundsätzlich ergeben sich aus dem Gesetz Rückzahlungsverpflichtungen für die Kliniken, wenn vereinbarte Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht besetzt sind. Eine bisher vorgesehene Absenkung der Budgets ist nicht mehr vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweisen kann, dass eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl nur vorübergehend eingetreten ist.
- Für den leistungsbezogenen Vergleich wurde ergänzt, dass dieser unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu gliedern ist.
- Die Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten können jetzt auch in Form von Zuschlägen vereinbart werden.
- Der Psych-PV Nachweis erfolgt bereits ab dem Jahr 2016 - wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen - gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und den Krankenkassen.
- Ab dem Jahr 2017 besteht für die psychiatrischen Kliniken eine Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Psych-PV-Stellen. Dazu erfolgt auf Basis der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung des Jahres 2016 ein Vergleich mit den Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung. Für zusätzlich zu besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung sind die Budgets in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten zu erhöhen.
- Für die Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen muss nach wie vor eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gegeben sein, nicht mehr aber das Vorliegen einer „akuten Krankheitsphase“.

Von Seiten des LVR werden folgende Regelungen grundsätzlich als positiv beurteilt:

- a. Der Zeitplan wird ein weiteres Mal verschoben. Die verbindliche Einführung muss für alle Einrichtungen zum 01.01.2018 erfolgen, der Start im Echtbetrieb zum 01.01.2020.
- b. Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt.
- c. Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll.

- d. Grundsätzlich soll das Budget um den Veränderungswert fortgeschrieben werden. Für Tarifsteigerungen wirkt die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wieder eingeführte Tarifraterate ab 2017 in Höhe von 40 % der Differenz zwischen Tarifergebnis und Veränderungswert.
Diese 40 %-Regelung ist allerdings nicht unproblematisch, weil sie tendenziell die Tarif-Schere offen hält und im Ergebnis zu einer Unterschreitung der Psych-PV bzw. den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) führen könnte.
- e. Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen.
- f. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht.
- g. Für leistungsbezogene strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte oder Zuschläge vereinbart werden.
- h. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.
- i. Den psychiatrischen Kliniken wird es ermöglicht, in den Jahren 2017 bis 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu 100 % umzusetzen, wenn im Jahr 2016 Stellen nicht besetzt waren.

Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:

- a. Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK nachzuweisen. Dies widerspricht grundsätzlich dem Budgetprinzip.
Kritisch ist insbesondere anzumerken, dass eine vollständige Refinanzierung der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird.
- b. Für die stationsäquivalente Behandlung soll ein eigener Leistungskatalog definiert werden.
- c. Der Gesetzentwurf enthält keine konkreten Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten.

Das PsychVVG sieht vor, dass wesentliche Regelungsinhalte durch die Selbstverwaltungspartner zu konkretisieren sind:

- Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
- Wegfall von Dokumentationsvorschriften
- Ausgestaltung des Personal-Nachweises
- Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
- Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler Besonderheiten
- Definition und Dokumentation der stationsäquivalenten Leistungen

Dies erfordert umfangreiche Verhandlungen und Abstimmungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und der Privaten Krankenkassen.

Der LVR-Klinikverbund hält es für einen wichtigen Schritt, dass der mit dem Psych-Entgeltgesetz 2009 gesetzlich vorgegebene und vom DRG-System übernommene ordnungspolitische Rahmen mit dem PsychVVG grundlegend verändert wurde. Der Wegfall der Konvergenzphase und das Budgetsystem eröffnen den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Möglichkeit, in den Verhandlungen vor Ort strukturelle und regionale Besonderheiten mit den Kostenträgern zu verhandeln. Zum 01.01.2020 wird sich ein neues Budgetsystem etablieren, das, in Verbindung mit den Mindestvorgaben für die Personalausstattung des G-BA, die Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken grundlegend verändert.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1786:

I. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat die Bundesregierung die am 18. Februar 2016 verkündeten Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems konsequent umgesetzt. Über das Gesetzgebungsverfahren hat die Verwaltung mit den Vorlagen 14/1297 (Referentenentwurf) und 14/1540 (Kabinettsentwurf) berichtet.

Das Gesetz wurde am 10. November 2016 im Deutschen Bundestag sowie am 25. November 2016 im Deutschen Bundesrat beschlossen und tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das neue Budgetsystem auf Basis eines bundeseinheitlichen Entgeltkataloges erst zum 1. Januar 2020 seine volle Wirkung entfaltet. Viele Regelungen sind darüber hinaus von den Selbstverwaltungspartnern – Gesetzliche Krankenkassen, Private Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft – zu konkretisieren. Dies betrifft z.B. die Ausgestaltung der Entgeltsystematik und den Aufbau und Inhalt des leistungsgerechten Krankenhausvergleiches.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nachhaltig. Grundsätzlich wird an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird gefördert.

Gegenüber dem Gesetzesentwurf enthält das beschlossene Gesetz nunmehr folgende Veränderungen:

- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie**
Bei der Budgetfindung sind die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.
- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Berücksichtigung von Leistungsveränderungen**
Wie bereits in der bisherigen Regelung bilden „Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und der Fallzahlen“ Ausnahmetatbestände, die zusätzlich budgeterhöhend vereinbart werden können.
- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Nichtbesetzung von Stellen**
Grundsätzlich ergeben sich aus dem Gesetz Rückzahlungsverpflichtungen für die Kliniken, wenn vereinbarte Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung nicht besetzt sind. Eine bisher vorgesehene Absenkung der Budgets ist nicht mehr vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweisen kann, dass eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl nur vorübergehend eingetreten ist.
- **§ 4 BPfIV: Leistungsbezogener Vergleich**
Für den leistungsbezogenen Vergleich wurde ergänzt, dass dieser unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu gliedern ist.
- **§ 6 Abs. 2 BPfIV: Entgeltformen**
Die Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten können jetzt auch in Form von Zuschlägen vereinbart werden.

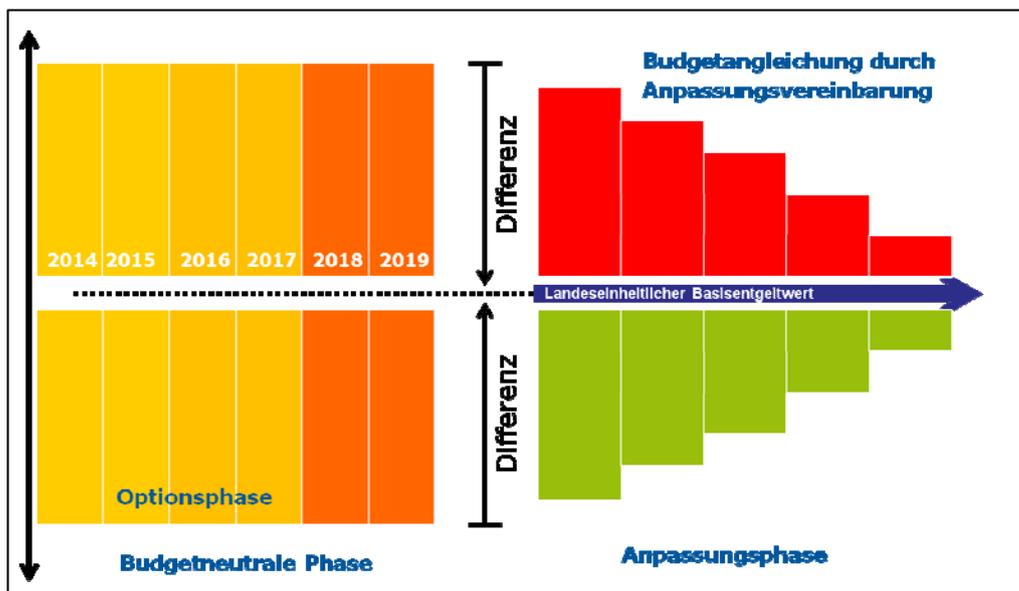
- **§ 18 Abs. 2 BpflV: Psych-PV Nachweis**
Der Psych-PV Nachweis erfolgt bereits ab dem Jahr 2016 - wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen - gegenüber dem InEK und den Krankenkassen.
- **§ 18 Abs. 3 BpflV: Nachverhandlungsmöglichkeit von Psych-PV Stellen**
Ab dem Jahr 2017 besteht für die psychiatrischen Kliniken eine Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Psych-PV-Stellen. Dazu erfolgt auf Basis der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung des Jahres 2016 ein Vergleich mit den Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung. Für zusätzlich zu besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung sind die Budgets in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten zu erhöhen.
- **§ 115d SGB V Stationsäquivalente Leistungen**
Für die Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen muss nach wie vor eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gegeben sein, nicht mehr aber das Vorliegen einer „akuten Krankheitsphase“.

Mit den Veränderungen hat der Gesetzgeber teilweise auf die Stellungnahmen der Berufs- und Fachverbände reagiert. Der LVR-Klinikverbund hatte seine Forderungen in einer eigenen Stellungnahme in den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingebracht (vgl. Vorlage 14/1540).

II. Grundsätzliche Veränderungen des ordnungspolitischen Rahmens

1. Zeitplan

Die verpflichtende Einführung des neuen Entgeltsystems für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird um ein Jahr auf den 01.01.2018 verschoben. Die für die Jahre 2019 bis 2023 vorgesehene Konvergenzphase wird gestrichen



Die Jahre 2018 und 2019 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen das Budget grundsätzlich noch nach der Bundespflegesatzverordnung in der bis 31.12.2012 geltenden Fassung ermittelt wird. Dafür wird ab dem 01.01.2020 über den § 4 ein Krankenhausvergleich eingeführt, so dass über einen Leistungsvergleich eine Anpassung der Budgets erreicht werden soll. Die Vertragsparteien sind aufgefordert, mehrjährige

Anpassungsvereinbarungen zur Angleichung der Budgets zu vereinbaren. Ein landesweiter Basisentgeltwert wird nicht mehr ermittelt.

2. Ausgestaltung als Budgetsystem (§ 3 BPfIV)

Das von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbarte Psych-Entgeltsystem wird auf der Grundlage eines Budgetsystems angewendet. Damit wird zugleich die bisher vorgesehene Anwendung als Preissystem aufgegeben. Mit Unterstützung des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltsystems wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Dabei setzen die Verhandlungen auf den bestehenden Budgets auf. Für die Vereinbarung bedarfs- und leistungsgerechter Budgets haben die Vertragsparteien vor Ort unter Nutzung des Krankenhausvergleichs hausindividuelle Besonderheiten und Leistungsveränderungen zu berücksichtigen. Der Krankenhausvergleich soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausesindividuell durch Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus. Der bisher vorgesehene gesetzliche Konvergenzprozess zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten wird daher aufgegeben. Im Ergebnis soll die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt werden.

3. Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument (§ 4 BPfIV)

Für die Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind, wird ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Der Vergleich soll die Personalausstattung der Kliniken berücksichtigen. Die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in der Untergliederung vorzusehen.

4. Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung (§ 136a SGB V)

a. Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs

Um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Die im Rahmen der Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung festzulegenden Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Soweit die Personalvorgaben nicht auf S3-Leitlinien und auch nicht auf anderweitige hohe Evidenz gestützt werden können, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch Expertisen niedrigerer Evidenz einbeziehen. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung zu berücksichtigen. Die verbindlichen

Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden. Bis zum Inkrafttreten der neuen Mindestvorgaben gelten die bestehenden Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung weiter.

b. Finanzierung des Personalbedarfs

Zur Finanzierung von Personalkostensteigerungen ist generell lediglich eine Finanzierung von 40 % der Differenz zwischen der Veränderungsrate und der Tarifierung vorgesehen. Entsprechend werden Ausnahmetatbestände formuliert, dass bei der Vereinbarung des Budgets nach § 3 BpflV die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung bzw. deren Nachfolgeregelungen bei der Budgetbemessung zu berücksichtigen sind.

c. Nachweis zur Umsetzung der Mindestvorgaben

In den Jahren 2016 bis einschließlich 2019 besteht verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken eine Nachweispflicht der Vollkräfte nach der Psych-PV gegenüber dem InEK und den Krankenkassen.

Ab dem Jahr 2020 besteht eine vollumfängliche Nachweispflicht zur Bemessung einer möglichen Rückzahlungsverpflichtung von Budgetanteilen, der Leistungsbeurteilung im Rahmen des Leistungsvergleichs und der Evaluation der Personalausstattung für die Entwicklung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung sowohl gegenüber dem InEK als auch gegenüber den Krankenkassen.

5. Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage

Die Kalkulation des Entgeltsystems und seiner bundeseinheitlichen Entgelte erfolgt weiterhin auf empirischen Daten und unter Verwendung der Kostendaten der Kalkulationshäuser. Ab dem Jahr 2017 soll die Kalkulationsgrundlage zudem repräsentativen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Nachdem der G-BA verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festgelegt hat, sind die Qualitätsvorgaben auch von den Einrichtungen, die an der Kalkulation teilnehmen, als Teilnahmevoraussetzung zu erfüllen. In der Übergangsphase bis zur Festlegung der Qualitätsvorgaben durch den G-BA und einer hinreichenden Umsetzung der Qualitätsvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll von den Kalkulationshäusern eine 100-prozentige Umsetzung der Psych-PV gefordert werden. Für die Kalkulation soll hierdurch eine möglichst umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erreicht werden.

6. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d SGB V)

Die Versorgungsstrukturen werden weiterentwickelt, indem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen oder Patienten durch spezielle Behandlungsteams ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten, sofern eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen. Die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ soll zukünftig der vollstationären und teilstationären Behandlung gleichgestellt werden. Die Leistungen sind Teil des Budgets des psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhauses.

7. Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen

In den psychiatrischen Institutsambulanzen soll mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen hergestellt werden. Hierfür werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die DKG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen.

8. Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als nicht erforderlich erwiesen haben.

Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden zudem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiter zu entwickeln. Hierzu ist zuerst eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu treffen. Im Sinne einer Daueraufgabe haben der GKV-Spitzenverband und die DKG auch über diesen Termin hinaus geeignete Maßnahmen für eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu vereinbaren und umzusetzen.

9. Verbesserung des Mindererlösausgleich

Der Ausgleich von Mindererlösen wird zu Gunsten der Krankenhäuser von 20 % auf 50 % verbessert.

III. Beurteilung des Gesetzes durch den Landschaftsverband Rheinland

Das Gesetz ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da die starren, aus dem DRG-System übernommenen Mechanismen eines Preissystems, durch ein flexibles Budgetsystem ersetzt werden. Der anfänglichen Euphorie – „PEPP ist weg“ – ist nach dem endgültig beschlossenen Gesetz jedoch nur noch bedingt zu folgen.

1. Veränderungen mit eher positiver Beurteilung

- a. Der Zeitplan wird ein weiteres Mal verschoben. Die verbindliche Einführung muss für alle Einrichtungen zum 01.01.2018 erfolgen, der Start im Echtbetrieb zum 01.01.2020.
- b. Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt (Neuformulierung des § 3). Hierzu wird grundsätzlich ein Gesamtbetrag vereinbart, der um individuelle Aspekte erhöht oder vermindert werden kann (= Budget des Krankenhauses). Dabei werden Ansätze des alten § 6 BPfIV (Ausnahmetatbestände) übernommen.
- c. Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll. Die Ergebnisse des Vergleichs sind bei der individuellen

Budgetfindung zu berücksichtigen. Sollte sich auf dieser Basis ein Anpassungsbedarf ergeben, haben die Vertragsparteien eine „Anpassungsvereinbarung“ zu treffen, die mehrjährig sein soll. Er ist die Grundlage für die Budgetfindung.

- d. Grundsätzlich soll das Budget um den Veränderungswert fortgeschrieben werden. Für Tarifsteigerungen wirkt die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wieder eingeführte Tarifraten ab 2017 in Höhe von 40 % der Differenz zwischen Tarifergebnis und Veränderungswert.
Diese 40 %-Regelung ist allerdings nicht unproblematisch, weil sie tendenziell die Tarif-Schere offen hält und im Ergebnis zu einer Unterschreitung der Psych-PV bzw. G-BA Vorgaben führen könnte
- e. Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen. Diese werden in § 115d SGB V definiert, wobei die konkrete Ausgestaltung den Selbstverwaltungspartnern unter Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen wird.
- f. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht.
- g. Für leistungsbezogene strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte oder Zuschläge vereinbart werden.
- h. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.
- i. Den psychiatrischen Kliniken wird es ermöglicht, in den Jahren 2017 bis 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu 100 % umzusetzen, wenn im Jahr 2016 Stellen nicht besetzt waren.

2. Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:

- a. Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK nachzuweisen. Dies widerspricht grundsätzlich dem Budgetprinzip.
Kritisch ist insbesondere anzumerken, dass eine vollständige Refinanzierung der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird. Hoch problematisch ist, dass Tarifsteigerungen nur anteilig refinanziert werden, wenn der Veränderungswert unterhalb der Tarifraten liegen sollte. Im Gesetz ist lediglich eine Refinanzierung von 40 % dieser Differenz vorgesehen. Es kann erwartet werden, dass sich ab dem Jahr 2020 damit wieder eine Tarifschere öffnet, die die Mindestvorgaben zur Personalausstattung aushöhlt. Auf die nicht auskömmliche Refinanzierung von Tarifsteigerungen müssen die psychiatrischen Kliniken mit Personalanpassungen reagieren. Verstärkt wird dieser Effekt durch den geforderten Nachweis der Umsetzung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Erfolgen die Personalanpassungen, können die Kliniken den Nachweis zur Personalausstattung nicht mehr erbringen. Nach den neuen Regelungen in § 3 haben die Verhandlungspartner vor Ort dieses Ergebnis zu bewerten und bei der Budgetfindung zu berücksichtigen. Dies könnte eine Budgetabsenkung zur Folge haben, wodurch im Folgejahr noch weniger Budget zur Verfügung steht. Damit könnte sich eine Abwärtsspirale entwickeln, die den Personalbestand weiter aushöhlt.
- b. Für die stationsäquivalente Behandlung soll ein eigener Leistungskatalog definiert werden. Wenn diese jedoch Teil des Budgets werden, sollten diese Leistungen auch Gegenstand eines gemeinsamen einheitlichen Entgeltkataloges werden.
- c. Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS-Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält aber keine konkreten Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten.

IV. Weitere Umsetzung

Das PsychVVG sieht vor, dass wesentliche Regelungsinhalte durch die Selbstverwaltungspartner zu konkretisieren sind:

- Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
- Wegfall von Dokumentationsvorschriften
- Ausgestaltung des Personal-Nachweises
- Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
- Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler Besonderheiten
- Definition und Dokumentation der stationsäquivalenten Leistungen

Dies erfordert umfangreiche Verhandlungen und Abstimmungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Spitzenverband der Gesetzliche Krankenkassen und der Privaten Krankenkassen. Die Vereinbarung auf Basis von Kompromissen ist hierbei zu erwarten.

Von wesentlicher Relevanz sind dabei die folgenden Veränderungen:

- **Umfang der Dokumentation und Veränderung der Entgeltsystematik**
Das PsychVVG sieht vor, dass „der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt wird.“ Dazu soll u.a. der zu Grunde gelegte OPS-Katalog dahingehend überprüft werden, inwieweit OPS-Codes nicht entgeltrelevant sind und damit gestrichen werden können.
Anfang 2017 wird es hierzu Gespräche auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner geben, den OPS-Katalog daraufhin zu überprüfen. Bis zum 31. März 2017 soll dann eine Liste mit nicht mehr erforderlichen Prozedurenschlüsseln vorliegen, die dann vom DIMDI zum frühestmöglichen Zeitpunkt umzusetzen sind. In den Folgejahren ist die Überprüfung jeweils bis zum 28. Februar vorzunehmen.
Darüber hinaus ist zu vereinbaren, welche weiteren Veränderungen an der Entgeltsystematik vorgenommen werden könnten. Dazu gehören z.B. der Wegfall der Wiederaufnahmeregelung und Fallzusammenführung, die Degression der Vergütung und die Verweildauerstufen. Dies vor dem Hintergrund, dass die einzelnen PEPP lediglich der Abrechnung dienen. Erhebliche Vereinfachungen der Entgeltsystematik sind dabei aus Sicht des LVR-Klinikverbundes dringend angezeigt. Es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit die Positionen in den Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner durchzusetzen sind. Die veränderten Dokumentationsvorschriften und überarbeitete Entgeltsystematik werden frühestens 2018 zur Anwendung kommen. Es ist eher zu erwarten, dass die Veränderungen, die eine Erleichterung bei der Dokumentation mit sich bringen, erst ab 2019 in den Entgeltkatalogen berücksichtigt werden können.
- **Aufbau und Struktur des leistungsbezogenen Krankenhausvergleiches**
Bis zum 1. Januar 2019 sind auf der Grundlage eines Konzeptes des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 zu vereinbaren. Zu regeln sind dabei insbesondere die Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Finanzierung sowie das Verfahren zur Datenübermittlung für die Zwecke des Vergleichs. Der leistungsgerechte Vergleich ist dann erstmals ab dem Jahr 2020 die Grundlage für die Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene.
- **Vereinbarung zu Stationsäquivalenten Leistungen nach § 115d**
Für die neue Versorgungsform der stationsäquivalenten Leistungen haben die Selbstverwaltungspartner bis zum 28. Februar 2017 die Leistungsbeschreibungen, sowie bis zum 30. Juni 2017 die Anforderungen an die Dokumentation, Qualität und Beauftragung von Leistungen zu vereinbaren. Anschließend ist über die Finanzierungssystematik sowie die einzelnen Abrechnungssätze zu verhandeln.

Somit ist realistisch frühestens ab dem Jahr 2018 damit zu rechnen, dass stationsäquivalente Leistungen von den psychiatrischen Kliniken erbracht werden können.

- **Nachverhandlungsmöglichkeit von PsychPV-Stellen ab dem Jahr 2017**

Nach dem neuen § 18 Abs. 3 BPfIV haben die psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit, in 2016 nicht besetzte Stellen in den Psych-PV Berufsgruppen nachzuverhandeln, die von den Krankenkassen in den Jahren 2017 bis 2019 mit den tatsächlichen Kosten im Budget zu finanzieren sind. Das eröffnet den Kliniken die Möglichkeit, ab dem Jahr 2020 mit einer 100 % Psych-PV Personalausstattung in das neue System zu starten. Ab dem Jahr 2017 könnten nach § 18 Abs. 3 BPfIV für die Kliniken Rückzahlungsverpflichtungen bestehen, wenn vereinbarte PsychPV-Stellen nicht besetzt sind. Die Selbstverwaltungspartner haben hierzu bis zum 31. März 2017 Form und Inhalt des Personalnachweises zu vereinbaren.

V. Fazit

Der LVR-Klinikverbund hält es für einen wichtigen Schritt, dass der mit dem Psych-Entgeltgesetz 2009 gesetzlich vorgegebene und vom DRG-System übernommene ordnungspolitische Rahmen mit dem PsychVVG grundlegend verändert wurde. Der Wegfall der Konvergenzphase und das Budgetsystem eröffnen den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Möglichkeit, in den Verhandlungen vor Ort strukturelle und regionale Besonderheiten mit den Kostenträgern zu verhandeln. Für den LVR-Klinikverbund bedeutet das, dass Spezialangebote, wie z.B. die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung oder die Vorhaltung von dezentralen Einheiten in den voll- und teilstationären Dependancen in den Budgets berücksichtigt werden können. Es werden große Chancen gesehen, das PEPP-System im Umfang und Systematik so zu verändern, dass die Dokumentationsanforderungen spürbar zurückgehen. Wichtig ist, dass diese Veränderungen auch für die Beschäftigten in den LVR-Kliniken spürbar werden. Deren Umsetzung ist jedoch noch abhängig von den Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner. Insofern wird es in den Jahren 2017 bis 2020 noch zu zahlreichen Veränderungen kommen. Zum 01.01.2020 wird sich dann ein neues Budgetsystem etablieren, das, in Verbindung mit den Mindestvorgaben für die Personalausstattung des G-BA, die Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken grundlegend verändert.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i