



**Stellungnahme der DKG
zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zur
Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für
psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Antworten der DKG zum Schreiben des BMG vom 03.01.2011

Grundsätzliche Vorbemerkungen

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde die Selbstverwaltung auf der Bundesebene beauftragt, für die stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Nach den Vorgaben des Gesetzgebers soll das neue Entgeltsystem erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt werden.

Die DKG unterstützt die Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik unter der Voraussetzung, dass durch die mit dem KHRG in der BPfIV geschaffenen Vorgaben zur Vereinbarung der Krankenhausbudgets eine ausreichende Finanzierung der Versorgung sichergestellt wird. Insbesondere müssen vor der budgetneutralen Einführung des neuen Systems, die Vorgaben der Psych-PV vollständig umgesetzt und über die individuellen Krankenhausbudgets finanziert werden. Nach dem aktuellen gesetzlichen Zeitplan soll die budgetneutrale Systemumstellung zum Jahr 2013 erfolgen, so dass die Budgetvereinbarungen der Krankenhäuser für das Jahr 2012 das zur Verfügung stehende Finanzierungsvolumen bestimmen. Sollte sich abzeichnen, dass eine ausreichende Finanzierung der Versorgung mit den Krankenhausbudgets 2012 nicht erreicht wird, sind die gesetzlichen Vorschriften zur Budgetvereinbarung und ggf. auch der gesetzliche Zeitplan der Systemumstellung so anzupassen, dass eine ausreichende Finanzierung vor der Umstellung auf das neue System sichergestellt ist.

Das BMG hat mit dem Schreiben vom 03.01.2011 die maßgeblichen Verbände aufgefordert, ihre Vorstellungen über die Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen ab dem Jahr 2013 schriftlich darzulegen. Dabei wird jedoch der geplante Einführungstermin des neuen Systems nicht unter den zu klärenden Themen angesprochen. Die DKG hat bereits mehrfach auf den ehrgeizigen Zeitplan hingewiesen und sich gegen eine übereilte Einführung eines vollkommen neuen Systems ausgesprochen. Auch zum aktuellen Stand der Systementwicklung muss vor der Frage nach der Dauer einer budgetneutralen Phase zunächst einmal hinterfragt werden, ob der vorgesehene Zeitpunkt zum Einstieg in die budgetneutrale Phase realisierbar sein wird.

Die Entwicklung des neuen Entgeltkataloges hat die DKG stets aktiv unterstützt. Wer die Herausforderungen der Entwicklung eines vollständig neuen Systems für einen medizinischen Versorgungsbereich mit einer Vielzahl von Besonderheiten ausblendet, verkennt die Bedeutung der noch unbeantworteten Fragen. Da keine geeigneten Vorbilder für ein tagesbezogenes, pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik existieren, muss der Entgeltkatalog von Grund auf neu entwickelt werden. Auf der Grundlage der Leistungs- und Kostendaten des Jahres 2011 können hierfür erste Analysen erst im Jahr 2012 durchgeführt werden. Die Probekalkulation mit den Daten des Jahres 2010 dient primär der Übung in den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK. Die Ergebnisse der Probekalkulation werden voraussichtlich nicht geeignet sein, um Grundsatzentscheidungen oder Weichenstellungen mit langfristiger Wirkung zu begründen.

In einem ersten Schritt muss zunächst durch das InEK untersucht werden, ob und inwieweit Zusammenhänge zwischen den Tageskosten der Behandlung und den verfügbaren Patienten- und Leistungsmerkmalen bestehen. Voraussetzung für eine belastbare Aussage ist, dass hierfür nicht nur geeignete Merkmale sondern auch die Kostendaten mit einer ausreichenden Differenzierung zur Verfügung stehen. Sollte die Qualität der Kostendaten noch unzureichend sein, können keine Rückschlüsse auf deren Leistungszusammenhänge gezogen werden. Bei ausreichender Qualität der Kostendaten ist nachzuweisen, welche der bis dahin verfügbaren Leistungsmerkmale auf die Höhe der Behandlungskosten schließen lässt.

Sofern es gelingt, die Zusammenhänge zwischen Tageskosten und Leistungen empirisch nachzuweisen und daraus leistungsorientierte Tagespauschalen abzuleiten, sind in einem zweiten Schritt die Anwendungspraxis (siehe auch Abrechnungsprüfung) und die Anreiz- und Steuerungswirkungen der Pauschalen – unter Berücksichtigung der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen und deren Therapieviefalt – zu beachten. Bereits bei der budgetneutralen Einführung des neuen Systems ist zu beachten, da dieses trotz Budgetneutralität Wirkung entfalten wird. Sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen werden die – ggf. fehlerhafte – Transparenz für interne Zwecke oder als Hintergrundinformation für die Budgetverhandlungen nutzen. Zudem wird die Erlössituation der Krankenhäuser nicht alleine durch das vereinbarte Budget sondern vielmehr durch die abgerechneten Entgelte bestimmt. Da für die einzelnen Krankenkassen trotz Budgetneutralität die tatsächlich abgerechneten Beträge in voller Höhe als Ausgaben wirken, entsteht ein hoher Anreiz auf der Kassenseite, die mit den neuen Entgelten berechneten Rechnungsbeträge in Frage zu stellen.

Da die beschriebenen Auswirkungen abhängig sind von der Definition der Pauschalen, kann diese Diskussion nicht losgelöst von diesen geführt bzw. vorweggenommen werden. Aufgrund der hohen Bedeutung für die Zukunft der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und für die Akzeptanz des neuen Systems muss insbesondere die Diskussion über die Anreizwirkungen und Auswirkungen der Entgeltdefinition auf einer breiten Basis mit den betroffenen Einrichtungen geführt werden.

Aufgrund der vielen noch unbeantworteten Grundsatzfragen ist eine belastbare Einschätzung zu einem verantwortbaren Einführungszeitpunkt des neuen Systems derzeit noch nicht zu treffen. Sicher ist lediglich, dass sich aus den bisherigen Erfahrungen keinerlei Hinweise dafür ableiten lassen, dass die Systementwicklung durch die

Bundesebene oder die Vorbereitung auf die Systemumstellung in den Einrichtungen schneller gehen könnte, als bei der DRG-Systemeinführung in der Somatik. Auch wäre es überaus optimistisch davon auszugehen, dass die oben beschriebenen Grundsatzfragen in den wenigen vorgesehenen Wochen durch die beauftragten Selbstverwaltungsparteien oder ggf. durch das BMG im Rahmen einer Ersatzvornahme gelöst werden können, ohne die Akzeptanz des Systems dauerhaft zu gefährden.

Zu Frage 1: Dauer und Ausgestaltung einer budgetneutralen Einführung

Vor der Frage nach der Dauer einer budgetneutralen Phase müsste zunächst einmal, wie oben begründet, hinterfragt werden, ob der vorgesehene Zeitpunkt (01.01.2013) zum Einstieg in die budgetneutrale Phase nach den bisherigen Erfahrungen realisierbar sein wird. Für die Frage des grundsätzlichen Einstiegs in das neue System, ist für die DKG wie oben erläutert neben der Ausgestaltung und den Anreizwirkungen des Entgeltsystems auch das für die Versorgung zur Verfügung stehende Finanzvolumen maßgeblich.

Die vielen noch offenen Fragen erlauben keine belastbare Einschätzung der erforderlichen Dauer und Ausgestaltung der budgetneutralen Phase. Sicher ist lediglich, dass sich aus den bisherigen Erfahrungen keinerlei Hinweise dafür ableiten lassen, dass die Systementwicklung durch die Bundesebene oder die Vorbereitung auf die Systemumstellung in den Einrichtungen schneller gehen könnte, als bei der DRG-Systemeinführung in der Somatik. Daher sollte wie in der DRG-Einführung ein Optionsjahr und mindestens ein weiteres budgetneutrales Jahr eingeplant werden. Bei der Ausgestaltung der budgetneutralen Jahre muss zudem sichergestellt werden, dass das neue Entgeltsystem nicht nur bei den Budgetverhandlungen sondern auch in der Anwendungspraxis neutral bleibt.

Zu Frage 2: Dauer und Ausgestaltung einer Konvergenzphase

Spätestens vor der Scharfschaltung des Systems durch den Eintritt in eine Konvergenzphase müssen darüber hinaus die wesentlichen Elemente des neuen Entgeltsystems erkennbar bzw. die entscheidenden Weichen gestellt sein. Nicht nur die Tagespauschalen müssen eine hierfür ausreichende Qualität erreicht haben, sondern auch die Fragen zur Notwendigkeit und Umsetzung von ergänzenden Vergütungselementen, wie z. B. krankenhausespezifische Entgelte, Zu-/Abschläge für die Sicherstellung der Notfallversorgung oder zur Finanzierung der Aufgaben von psychiatrischen Einrichtungen im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung, müssen geklärt sein, um Fehlsteuerungen aufgrund von ungewünschten oder unbegründeten Anreizen zu vermeiden. Unabhängig von den Vergütungselementen innerhalb des pauschalierenden Systems muss zudem die Möglichkeit eröffnet werden, im Rahmen von Modellvorhaben von den bundeseinheitlichen Entgelten abzuweichen, um vorhandene Versorgungs- und Finanzierungskonzepte fortführen bzw. neue erproben zu können.

Die DKG unterstützt die Entwicklung des neuen Entgeltsystems mit der Zielsetzung, für die Psychiatrie und Psychosomatik ein leistungsgerechtes Festpreissystem einzuführen. Hierzu ist neben den Relativgewichten der Tagespauschalen das Preisniveau zu regeln. Die DKG befürwortet, das Preisniveau (analog zum DRG-System) auf der

Landesebene zwischen Landeskrankenhausgesellschaften und Landesverbänden der Krankenkassen zu vereinbaren. Dazu muss unmissverständlich geregelt werden, dass krankenhauplanerische Maßnahmen, insbesondere zur Beseitigung von Unterversorgung, nicht mindernd auf das Preisniveau wirken dürfen.

Aufgrund der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und den noch nicht absehbaren Wirkungen des neuen Systems muss jedenfalls die Eigenständigkeit dieses Versorgungsbereiches bewahrt bleiben. Zur Bewahrung dieser Eigenständigkeit ist auch die Etablierung eines eigenständigen Preisfaktors in Form eines „Landestageswertes“ zwingend erforderlich. Zudem würde eine Umsetzung des ordnungspolitischen Rahmens in Form einer Weiterentwicklung der vorhandenen Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder zumindest in Form eines eigenständigen Gesetzeswerkes es auch erleichtern, die gesetzlichen Vorschriften im Sinne des lernenden Systems kurzfristig und gezielt anzupassen, um Fehlsteuerungen entgegenzuwirken oder die zukünftige Entwicklung der für diesen Versorgungsbereich zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu regeln.

Sofern die Voraussetzungen – insbesondere bezüglich der Anreizwirkung und der praktischen Anwendung – für die Scharfschaltung des Systems erfüllt werden, ist davon auszugehen, dass die Einrichtungen mindestens den gleichen Zeitrahmen benötigen wie die Krankenhäuser bei der DRG-Einführung, um sich an die neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Es ist zu erwarten, dass die erforderlichen Anpassungen der Organisations- und Kostenstrukturen an das neue Vergütungssystem durch die im Vergleich zu den DRG-Krankenhäusern noch höhere Personalintensität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erschwert werden. Neben mindestens 5 Konvergenzschritten sind in Abhängigkeit der bis dahin erreichten Systemqualität auch Kappingsregelungen zur Vermeidung von unbegründeten oder existenzbedrohenden Budgetverlusten vorzusehen.

Zu Frage 3: Nutzung des Entgeltsystems als Preissystem oder als Instrument zur rationalen Budgetbemessung, inkl. der Frage, wie künftige Preise gestaltet werden sollen (Fest-, Höchst- oder Richtpreise)

Wie zu Frage 2 erläutert, unterstützt die DKG die Entwicklung des neuen Entgeltsystems mit der Zielsetzung, für die Psychiatrie und Psychosomatik ein leistungsgerechtes Festpreissystem einzuführen. Sollten die hierfür erforderlichen Voraussetzungen aufgrund der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung jedoch nicht erfüllt werden können, wäre ein Umstieg von den bisher krankenhauplanerisch vereinbarten Budgets auf ein einheitliches Preissystem – egal ob Fest-, Höchst- oder Richtpreise – nicht zu verantworten. In diesem Fall wäre zu prüfen, ob und inwieweit es sinnvoll sein könnte, die zur Schaffung der Leistungstransparenz eingeführten umfangreichen Dokumentationspflichten fortzuführen, um den Vertragsparteien vor Ort Anhaltspunkte für die Verhandlung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets zu geben.

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

Bei der Vielzahl offener Grundsatzfragen wäre es verfrüht, diese Frage im Detail oder mir konkreten Zahlen zu beantworten. Sofern es gelingt, einen sachgerechten, bundeseinheitlichen Leistungskatalog mit Tagespauschalen zu definieren, müssen auch diese Leistungen im Mittelpunkt der Budgetverhandlungen stehen. Es ist zu erwarten, dass neben den leistungsbezogenen Pauschalen jedoch auch krankenhausesindividuelle Vergütungselemente für strukturelle Besonderheiten oder besondere Aufgaben auf der Ortsebene vereinbart werden müssen.

Die Erlösentwicklung der einzelnen Einrichtungen wird von großer Bedeutung für die Akzeptanz des Systems sein. Es wird unvermeidbar sein, dass Einrichtungen aus dem neuen System nicht nur als „Gewinner“ sondern auch als „Verlierer“ hervorgehen. Um eine breite Akzeptanz in den Jahren der Systemeinführung zu erreichen, müssen neben den Vorschriften zur Konvergenz (Einstiegswinkel, Anzahl der Konvergenzschritte) auch die Mehr- und Mindererlösausgleiche so verbessert werden, dass einerseits die Bereitschaft zur Leistung anerkannt wird und andererseits Erlösverluste begrenzt werden.

Zu Frage 5: Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität

Die DKG hat wiederholt auf die Problematik und die fehlende Verursachungsgerechtigkeit der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ in Form der Grundlohnsummenbindung hingewiesen. Die DKG erwartet, dass die Umstellung auf einen Orientierungswert für die tatsächliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern wie seitens der Politik in Aussicht gestellt erfolgt. Diese Forderung der DKG umfasste stets auch den Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung.

Die Umstellung auf einen sachgerechten Kostenorientierungswert hat für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sogar eine noch größere Bedeutung als im Bereich des KHEntgG, da sich die Personalkostenentwicklung aufgrund der höheren Personalintensität hier noch stärker auswirken. Die DKG geht davon aus, dass die bisherige Grundlohnsummenbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung spätestens mit der Umstellung auf das neue Entgeltsystem durch den Kostenorientierungswert abgelöst wird. Unabhängig von der Einführung eines Kostenorientierungswertes muss sichergestellt werden, dass die tarifbedingten Personalkostenentwicklungen zumindest zu mit dem derzeitigen Anteil auch in einem neuen System refinanziert werden. Ebenfalls ist bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschriften zur zukünftigen Entwicklung des im System zur Verfügung stehenden Finanzvolumens darauf zu achten, dass zusätzliche Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen aufgrund des zunehmenden Behandlungsbedarfes oder aufgrund von krankenhausesplanerischen Maßnahmen nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen dürfen.

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

Wenn das neue Vergütungssystem einen Entwicklungsstand erreicht hat, in dem abzusehen ist, welche Fehlanreize damit verbunden sein werden, müssen geeignete qualitätssichernde Maßnahmen im Bezug auf das neue Vergütungssystem entwickelt werden.

Begleitend zum Entwicklungsprozess des neuen Entgeltsystems wurde der Gemeinsame Bundesausschuss durch das BMG bereits aufgefordert, frühzeitig mit der Entwicklung eines bürokratiearmen und sektorenübergreifenden Sets von Qualitätsindikatoren auf Basis von Routinedaten mit Hilfe des AQUA-Institutes zu beginnen. Somit soll zeitgleich mit der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems ein erstes Set von QS-Indikatoren in den Kliniken eingeführt werden. Die DKG befürwortet dieses Vorgehen und weist gleichzeitig darauf hin, dass die speziellen Belange der psychiatrischen Versorgungssystematik in diesem Entwicklungsprozess beim G-BA ausreichend berücksichtigt werden müssen. Bisher lag der Schwerpunkt auf der Qualitätsindikatorenentwicklung für somatische Erkrankungen. Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang, ob ein übergeordnetes, sektorenübergreifendes QS-Verfahren und/oder ein indikationsspezifisches Verfahren angestrebt werden soll.

Zukünftige Qualitätssicherungsmaßnahmen sind aus Sicht der Krankenhäuser im Bezug auf den dafür entstehenden Dokumentationsaufwand auf eine sachgerechte Aufwand-Nutzen-Relation hin zu prüfen.

Neben den bisherigen Fragen zur medizinischen Notwendigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen dürfte der Fokus von Abrechnungsprüfungen bei Tagespauschalen auf der Ermittlung der korrekten Pauschale liegen. Bedarf für komplexe Abrechnungsbestimmungen wie bei Fallpauschalen (z. B. Grenzverweildauern, Wiederaufnahme, Verlegungen etc.) ist zumindest nicht erkennbar.

Eine entscheidende Voraussetzung für die Einführung eines Entgeltkataloges auf Grundlage von Tagespauschalen wird daher sein, dass die Definition der Pauschalen und somit die Zuordnung des jeweiligen Behandlungstages zu einer Pauschale eindeutig und überprüfbar ist. Dies ist nicht nur im Sinne eines berechtigten Prüfbedarfes auf der Kassenseite, sondern auch im Interesse der Planungssicherheit der Krankenhäuser und der Reduktion von vermeidbarem Aufwand durch unnötige Überprüfungen. Um übereifrigen Prüfanfragen der Kassenseite zu begegnen, sollten wie im DRG-System Aufwandsentschädigungen an die Krankenhäuser bei unbegründeten bzw. erfolglosen Überprüfungen vorgesehen werden.

Zu Frage 7: Verstärkte Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten von psychiatrischen Krankenhäusern (z.B. Psychiatrische Institutambulanzen)

In der aktuellen Versorgungsrealität stellen die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ein wichtiges, gesetzlich verankertes Element der psychiatrischen Versorgung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor dar.

Die PIA bietet in ihrer Grundkonzeption mit ihrem bisherigen gesetzlichen Auftrag eine Alternative zur herkömmlichen voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung, in dem sie diese gegebenenfalls zu verkürzen oder zu vermeiden hilft. Vor dem Hintergrund differenter vertraglicher Regelungen und regionaler Erfordernisse bringen die PIA aktuell ein breites Spektrum von spezifischen Behandlungsstrukturen zur Anwendung und erfüllen damit die notwendigen Kriterien zur Übernahme einer strategischen Schnittstellenfunktion zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und zur Übernahme einer umfassenden integrativen Funktion in der regionalen Versorgungssituation im Sinne einer Lotsenfunktion. Die PIA ist dabei besonders qualifiziert und bewährt durch ihre spezielle Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von Patienten, die die Schweregradkriterien nach § 118 SGB V erfüllen. Sie erbringt ihre Leistungen bisher unabhängig von der Organisation der Vergütungssysteme mit den Schwerpunkten Vermeidung von Krankenhausbehandlung, langfristige Nachsorge, überbrückende Versorgung zwischen Krankenhausbehandlung und kassenärztlicher Weiterbehandlung sowie Notfall- und Krisenversorgung. Das Behandlungsspektrum der PIA erfasst daher zahlreiche Patienten, bei denen kurz- und mittelfristig ein stationärer Aufenthalt gänzlich vermieden werden kann (über 50 % des behandelten Patientenkontingents).

Zur Schaffung einer transparenten Datengrundlage – auch im Hinblick auf den Prüfauftrag nach § 17d Abs. 1 KHG - kann durch die modellhafte Erprobung einer einheitlichen Dokumentation in den PIA eine vergleichende wissenschaftliche Beurteilung von aktuell differenz realisierten regionalen Versorgungskonzepten ermöglicht werden. Gleichwohl gilt es hier zu beachten, dass die enorme Fallzahl im ambulanten Bereich der PIA (ca. 750.000 Patienten / Jahr) natürliche Grenzen für den Umfang der möglichen Dokumentation setzt. Nicht umsonst sind in der ambulanten Versorgung keine Prozedurenkodes (OPS) zu verschlüsseln, sondern ausschließlich die Angaben von Diagnosen (ICD) verpflichtend. Die Reaktionen auf die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien, die allein die Diagnosenverschlüsselung regulieren, zeigen deutlich, dass bei diesen hohen Fallzahlen häufig psychisch schwerst erkrankter Menschen die regelgebundene Kodierung einen sehr hohen Dokumentationsaufwand pro Tag erfordern würde. Der Umfang der Dokumentation muss mit dem Auftrag und dem Leistungsvolumen der PIA vereinbar bleiben.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Beibehaltung des länderspezifischen, diversifizierten Finanzierungssystems für die PIA sinnvoll. Die nach § 17d Abs. 1KHG gesetzlich definierte Prüfung, inwieweit ambulante Leistungen der Krankenhäuser in das neue Vergütungssystem integriert werden können, ist erst zu dem Zeitpunkt sinnvoll, wenn die Grundstrukturen und Anreizsysteme des neuen Entgeltsystems hinreichend bekannt sind. Hier stützt die DKG die gemeinsame Einschätzung der Selbstverwaltungspartner, wie sie in § 8 der Grundlagenvereinbarung zur Einführung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems festgeschrieben wurde. Eine sachgerechte Bewertung möglicher alternativer Finanzierungsformen sollte dann auf der Basis einer unabhängigen, wissenschaftlichen Evaluation der psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen.