

## **Erste vorläufige Kommentierung der Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems**

### **I. Zusammenfassung:**

Die Krankenhäuser sichern ihre historisch gewachsenen Budgets. Aber Budgetverhandlungen orientieren sich künftig nicht mehr an einem Personaltabelleau, sondern an der Summe der PEPPs, die ein Krankenhaus erbringt. Das InEK wird weiterhin auf der Basis der Daten von Kalkulationshäusern und mit Hilfe von Leistungsbeschreibungen über den OPS Patientengruppen bilden, die bezüglich ihres Versorgungsaufwands vergleichbar sind. Die Aufwandsschwere der verschiedenen Patientengruppen wird über bundeseinheitliche Relativgewichte abgebildet. Die Tagespauschalen werden allerdings nicht mehr über die Multiplikation der Relativgewichte mit einem landesweit einheitlichen Basisfallwert, sondern über die Multiplikation mit einem krankenhausesindividuellen Basisfallwert gebildet. Dieser ergibt sich durch Division des krankenhausesindividuell verhandelten Budgets mit der Summe der PEPPs bzw. ihrer Relativgewichte. Die Konvergenz entfällt also. Eine gute Nachricht für potentielle Konvergenzverlierer, eine ausgesprochen schlechte Nachricht für Krankenhäuser und deren Patienten, die Konvergenzgewinner gewesen wären.

Die Krankenhäuser können individuell sowohl strukturelle Besonderheiten als auch zusätzliche innovative Versorgungsansätze, wie Home-Treatment, verhandeln. Home-Treatment als psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten ist keine sektorenübergreifende Versorgung, sondern die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Dies geht finanziell nicht zu Lasten des ambulanten Bereichs, denn eine Bereinigung der Gesamtvergütung ist ausgeschlossen. Regelungen zum Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgung fehlen weiterhin.

Positiv ist, dass es 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der Einrichtungen geben wird und dass diese Mindestvorgaben durch den G-BA entwickelt werden. Damit kann auch sichergestellt werden, dass die Mindestvorgaben überprüfbar und gegenüber den Patienten transparent zu kommunizieren sind.

### **Im Einzelnen:**

#### **II. 1 Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem:**

- Die Krankenhäuser verhandeln weiterhin auf Ortsebene krankenhausesindividuelle Budgets für ihre stationären und teilstationären Leistungen.
- Ausgangspunkt für die Budgetverhandlungen ist das bestehende Budget des Krankenhauses.
- Für die Budgetverhandlungen relevant sind:

- Die Summe der Leistungen des Krankenhauses auf der Grundlage eines bundesweiten, empirisch ermittelten Katalogs aufwandsgleicher Patientengruppen (PEPPs).
  - Strukturelle Besonderheiten des Krankenhauses, z. B. die regionale Versorgungsverpflichtung oder andere krankenhausindividuelle Besonderheiten.
- Die Konvergenz zu landeseinheitlichen Basisfallwerten bzw. Preisen entfällt.

### **Bewertung:**

- Das krankenhausindividuelle Budget setzt sich zukünftig also aus zwei Teilen zusammen: Einem Teil, der über die zu erbringenden Leistungen auf der Basis eines bundeseinheitlich geltenden Entgeltkatalogs festgelegt wird und einem Teil, in dem strukturelle Besonderheiten des Krankenhauses berücksichtigt werden. Welche Verhandlungssystematik hieraus im Einzelnen resultiert, ist noch offen. Dieses „Hybridsystem“ kombiniert die Vorteile der PEPP-Systematik, also Transparenz und Leistungsorientierung mit einer Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort.
- Problematisch ist aus Sicht der BPTK, dass die Budgetverhandlungen auf den historischen Budgets der Krankenhäuser aufsetzen und eine Konvergenz auf landeseinheitliche Basisfallwerte entfällt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser mit bisher eher geringen Budgets auch weiterhin Schwierigkeiten haben werden die Mittel, die sie für eine leitlinienorientierte Versorgung der Patienten benötigen, zu verhandeln. Dem steht gegenüber, dass die Krankenhäuser, die in der Vergangenheit gut verhandelt haben, aufgrund der größeren Transparenz und Leistungsorientierung zwar unter Druck geraten nachzuweisen, wofür und in welchem Kontext sie die verhandelten Mittel einsetzen, aber ihre günstige Position erst einmal wahren können, also ihre aktuelle Budgetsituation vorerst konservieren.

## **II. 2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf Grundlage empirischer Daten**

- Die empirische Kalkulation bundeseinheitlicher Relativgewichte soll auf der Grundlage der Kostendaten von Kalkulationshäusern erfolgen.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist zukünftig die Erfüllung der verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Personalanforderungen durch den Gemeinsamen Bundeausschuss (G-BA). Das heißt die Kalkulation wird perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität erfolgen.
- Bis zur Vorlage der neuen Personalanforderungen durch den G-BA ist die Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation eine 100%ige Erfüllung der

Psych-PV. Bis zum Inkrafttreten der verbindlichen Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung 2020 sehen die Eckpunkte eine Weiterentwicklung der Personalvorgaben der Psych-PV auf der Basis von S3 Leitlinien vor (ungesicherte Interpretation).

### **Bewertung:**

- Die Kalkulation der Relativgewichte auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe von Kalkulationshäusern mit einer Personalausstattung, die für eine leitlinienorientierte Versorgung benötigt wird, legt die Grundlage dafür, dass sich eine stärker psychotherapeutisch orientierte Versorgung in den Krankenhäusern adäquat in den Relativgewichten abbilden kann und vergütungsrelevant wird.
- Die Entwicklung aussagefähiger und differenzierter Leistungsbeschreibungen für den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) bleibt unverzichtbar. Es bleibt abzuwarten, ob dies der Selbstverwaltung gelingt.
- Wenn es gelingt, durch den Bezug auf S3 Leitlinien bereits frühzeitig problematische Festlegungen der Psych-PV, die insbesondere zu Lasten der Patienten gehen zu korrigieren, wäre das ein positiver Schritt. Allerdings findet sich im Eckpunktepapier kein Hinweis darauf, wie dies von den Häusern verhandelt werden könnte. Außerdem müssen die Häuser bis 2020 die Umsetzung der Personalanforderungen nicht nachweisen. Das hat insbesondere Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung.

## **II. 3 Verbesserte Personalausstattung**

- Der G-BA wird beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen.
- Die Festlegung der Personalvorgaben soll soweit möglich auf der Basis von Leitlinien und hohen Evidenzgraden, und wo nicht möglich unter Hinzuziehung von Experten erfolgen.
- Der G-BA soll die neuen Personalanforderungen bis zum 1. Januar 2020 vorlegen.

### **Bewertung:**

- Mit der nun erfolgten Festlegung, dass die Mindestanforderungen für die Personalausstattung verbindlich sind, wird eine Grundvoraussetzung für eine bessere Versorgungsqualität in den Einrichtungen geschaffen.

- Die Klarstellung, dass der G-BA die Mindestanforderungen für die Personalausstattung entwickeln und vorgeben wird, sichert ein darlegungsfähiges transparentes Verfahren.
- Der ausdrückliche Auftrag an den G-BA, sich dabei an Leitlinien zu orientieren schafft zudem gute Voraussetzungen dafür, eine stärker psychotherapeutisch orientierte Versorgung in den Einrichtungen zu ermöglichen.
- Zu bedauern ist lediglich, dass diese Festlegungen nicht bereits früher erfolgt sind und aufgrund des zunächst unklaren Auftrags an den G-BA viel Zeit verstrichen ist, in der der G-BA mit der Auftragsklärung beschäftigt war und nicht mit der Erarbeitung der Personalanforderungen.
- Eine Verlängerung der Frist bis zum 1. Januar 2020 ist jetzt jedoch sachlich richtig und sinnvoll, um am Ende zu einem durchdachten und inhaltlich angemessenen Ergebnis kommen zu können.

#### **II. 4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument**

- Als Orientierungsmaßstab für die Verhandlung angemessener krankenhausesindividueller Budgets soll von den Vertragsparteien auf Bundesebene ein Krankenhausvergleich entwickelt werden, der nach der budgetneutralen Phase wirksam wird.
- Für den Krankenhausvergleich soll von den Krankenhäusern transparent gemacht werden, inwieweit Unterschiede in der Höhe der Entgelte auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

#### **Bewertung:**

- Nachdem man auf eine landesweite Konvergenz verzichtet hat, könnte dies ein geeignetes Mittel sein, um historisch gewachsene – und medizinisch oder strukturell nicht zu begründende – Unterschiede in der Höhe der Krankenhausesbudgets langfristig auszugleichen. Entscheidend für die Wirksamkeit dieses Instruments wird seine konkrete Ausgestaltung werden.
- Es bleibt abzuwarten, welches Interesse die Krankenhäuser an diesem Transparenzinstrument haben. Erster Test werden die Gespräche zur Weiterentwicklung des OPS sein.

## **II. 5 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die Einführung einer komplexen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)**

- Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Fachabteilungen grundsätzlich die Möglichkeit haben, Home-Treatment anzubieten
- Die Vergütung erfolgt im Rahmen der Krankenhausvergütung. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt nicht. Vereinbarungen sind schiedsfähig. Psychiatrische Institutsambulanzen sind nicht einbezogen.

### **Bewertung:**

- Krankenhäuser können Home-Treatment anbieten, denn entsprechende Verträge sind zu schließen (schiedsfähig).
- Dies kann für schwer psychisch kranke Menschen eine Verbesserung der Versorgungssituation bedeuten, wenn sichergestellt wird, dass das Home-Treatment durch multiprofessionelle Teams in angemessener Qualität angeboten werden kann und entsprechend finanziert wird. Für viele Patientengruppen, aber insbesondere für Menschen, die in Pflegeheimen leben, könnte dies ein substantieller Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung sein.
- Für eine sektorenübergreifende Versorgung reicht dieser Schritt noch nicht aus.

## **III. Einführungsphase des neuen Entgeltsystems**

- Gesetzgebungsverfahren in 2016
- Start der budgetneutralen Phase zum 1. Januar 2017

### **Fazit:**

- **Wesentliche Voraussetzungen für eine Verbesserung der Versorgung sind erfüllt:**
  - **Verbindliche Personalanforderungen zur Umsetzung einer leitlinienorientierten Versorgung.**
  - **Erarbeitung der Personalanforderungen durch den G-BA.**

- **Überprüfbarkeit und Transparenz der Personalausstattung können vom G-BA festgelegt werden.**
- **Empirische Kalkulation von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen als Grundlage für die krankenhausesindividuelle Vergütung, um Transparenz und mittelfristig eine leistungsorientierte Vergütung zu sichern.**
- **Berücksichtigung struktureller Besonderheiten der Krankenhäuser.**
- **Das Eckpunktepapier macht keine Ausführungen zum Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgung. Die Option für die Krankenhäuser, Home-Treatment anzubieten, vergrößert den Versorgungsbereich, in dem Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen ermächtigt werden. Was weiterhin fehlt, sind politische Rahmenvorgaben zur Entwicklung einer wirklich sektorenübergreifenden multiprofessionellen Versorgung, für die die Kompetenzen des ambulanten und stationären Bereichs jeweils angemessen genutzt werden können.**