



# NEUES ENTGELTSYSTEM IN DER PSYCHIATRIE/PSYCHOSOMATIK

---

Christian Kienbaum

Medizincontrolling/Qualitätsmanagement

18.10.2012

# Inhalt

- Bisherige Finanzierung
- Neue Finanzierung
- Kritik
- Fazit



# Wie wird akutstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung bis heute finanziert?

- Duale Finanzierung:
  - Investitionsfinanzierung durch das Bundesland (→ Krankenhausplan)
  - Finanzierung laufender Kosten i.d.R. durch die gesetzlichen Krankenkassen
- Für unseren Versorgungsbereich gilt noch die („alte“) Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) (s.a. [§ 1 Abs. 1 BPfIV](#)).
- Danach sind **tagesgleiche Pflegesätze** zu bilden (s.a. [§ 13 BPfIV](#)), **unabhängig davon, woran der Patient erkrankt ist!**
- Als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit ist ein sog. „**Abteilungspflegesatz**“ zu vereinbaren.
- Als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen des Krankenhauses ist ein sog. „**Basispflegesatz**“ zu vereinbaren.
- Daneben gibt es noch Zu- bzw. Abschläge, Pauschalen etc.
- Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhaus-leistungen vergütet.



## Wie wird akutstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung bis heute finanziert?

- Die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz (...) werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungs- (auch: Todes-)tag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet (§ 14 Abs. 2 Satz 1 BPfIV).
- Beispiel:
  - Dauer der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 01.08.2012 bis 11.08.2012 = 11 Kalendertage, hier aber „nur“ 10 Berechnungstage!
  - Basispflegesatz (63,79 EUR) + Abteilungspflegesatz (172,36 EUR) = 236,15 EUR/Tag
  - 236,15 EUR x 10 Berechnungstage = 2.361,50 EUR (+ Zuschläge)



# Änderung der Finanzierung

- Im März 2009 hat der Gesetzgeber mit dem sog. „Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)“ die Änderung dieser Art der Finanzierung beschlossen.
- Ziel ist es insbesondere, „Transparenz“ über das Behandlungsgeschehen herzustellen (bisher galt die psychiatrische Behandlung als „Black Box“) sowie Leistungen „gerecht“ zu vergüten!
- Verbrieft wurde dieses Vorhaben im § 17d KHG.
- Danach soll „ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von **tagesbezogenen Entgelten**“ eingeführt werden.
- „Das Vergütungssystem hat den **unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen\*** abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“ →



## Meilensteine der Systementwicklung

- Oktober 2009 – Veröffentlichung des OPS 2010 mit ersten speziellen Prozedurenkodes für die Psychiatrie und Psychosomatik
- November 2009 – Psych-Entgeltsystem-Vereinbarung
- 18.12.2009 – „Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17 d KHG“
- Januar 2010 – Veröffentlichung der ersten DKR-Psych
- April 2010 – Vereinbarung zu den DKR-Psych 2010
- 01.07.2010 – Verpflichtende Anwendung des OPS 2010 und der DKR-Psych
- 16.11.2010 – Das InEK veröffentlicht das „Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen in Einrichtungen gem. § 17d KHG“



## Die „neue“ BPfIV

- 31.08.2011 – Eckpunktepapier des BMG zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- 07.11.2011 – Referentenentwurf über ein sog. „Psych-Entgeltgesetz“ (PsychEntgG)
- 16.03.2012 – Psych-Entgeltsystem-Ergänzungsvereinbarung (→ „Fallzusammenführung“)
- Am 14.06.2012 wurde im Bundestag das bis dato mehrfach veränderte PsychEntgG verabschiedet.
  - Artikel 2 des Gesetzes verbrieft die „neue“ BPfIV.
- Am 06.07.2012 wurde das PsychEntgG im Bundesrat verabschiedet.
- Am 25.07.2012 wurde das PsychEntgG im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.



# Zeitschiene „Neues Entgeltsystem“

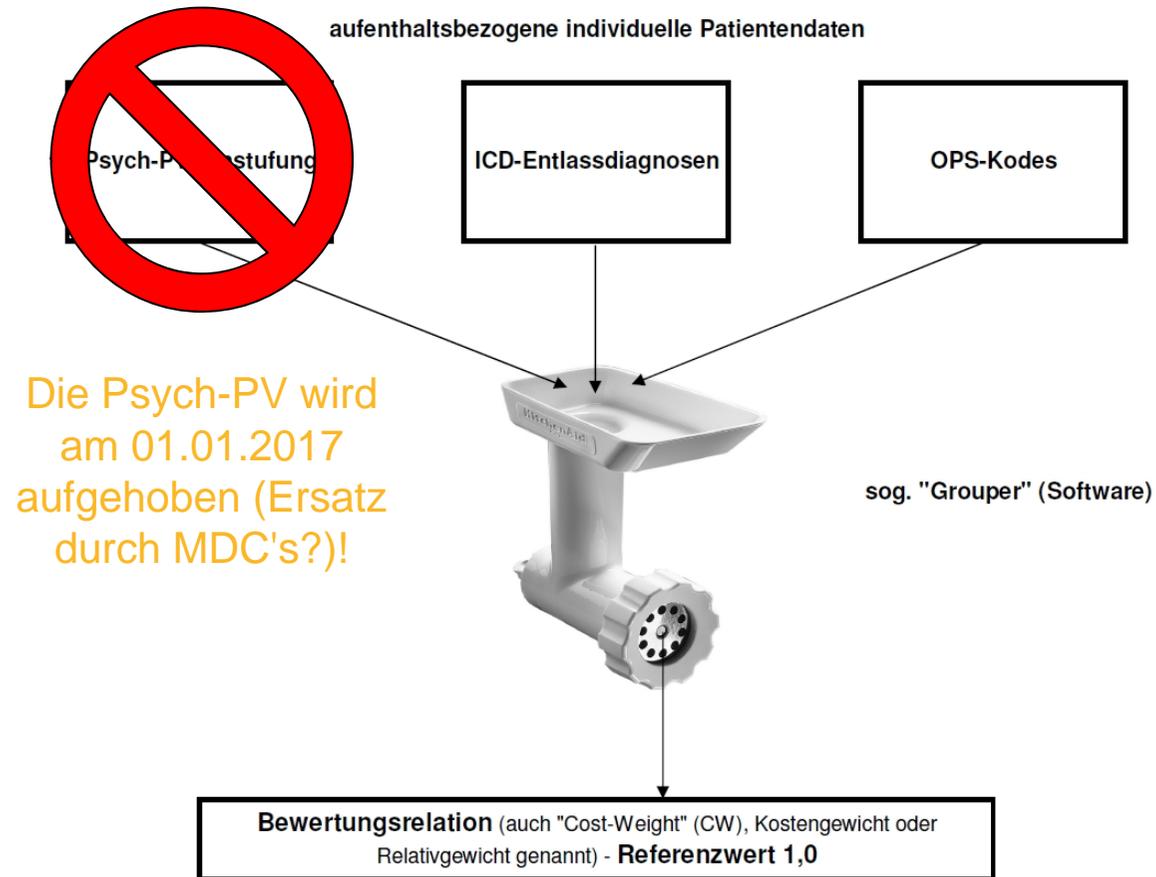


## Angedachte Funktionsweise des neuen Entgeltsystems

- Im § 17d KHG und der „Psych-Entgeltsystem-Vereinbarung“ vom November 2009 geht es insbesondere um die Entwicklung des zukünftigen Vergütungssystems.
- Dabei müssen Kriterien/Regeln entwickelt werden, wie eine sog. „Bewertungsrelation“ ermittelt wird.
- Dies geschieht durch die sog. „Gruppierung“ (grouping) mittels spezieller Software.
- Des Weiteren muss in den Jahren 2013 bis 2016 ein sog. „Krankenhausindividueller Basisentgeltwert“ ermittelt werden.



# Gruppierung (Grouping)



Je schwerer der Patient erkrankt ist, desto höher die Bewertungsrelation und umgekehrt!



## Gruppierung (Grouping)

- Daneben gibt es weitere **fall**bezogene, d.h. aufenthaltsstabile Merkmale:
  - Alter
  - Geschlecht
  - Fachabteilungsschlüssel
  - ...
- Dabei werden aus den in den Grouper eingeflossenen Daten nicht etwa jeweils individuelle Bewertungsrelationen errechnet, sondern der Patient wird einer (zunächst kleinen) Anzahl von Bewertungsrelations-Gruppen zugeordnet.



# Der PEPP-Entgeltkatalog

- Am 04.09.2012 hat das InEK seine Überlegungen zur Gruppierung von Patienten zur Ermittlung einer Bewertungsrelation vorgestellt.
- Das Ergebnis nennt sich PEPP-Entgeltkatalog. PEPP steht dabei für „**P**auschalierte **E**ntgelte in der **P**sychiatrie und **P**sychosomatik“.



# Der PEPP-Entgeltkatalog

## PEPP-Entgeltkatalog

### Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>Psychiatrie, vollstationär</b>																
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1	9	1,2479	10	33	0,9835	34		0,9426						
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	1	9	1,2467	10	30	0,8713	31		0,8027						
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation	1	10	1,5475	11	20	1,1379	21	32	1,0589	33		1,0415			
PA15B	Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation	1	9	1,4431	10	18	1,0269	19	28	0,9844	29		0,9415			
<b>Psychosomatik, vollstationär</b>																
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	1	17	0,9977	18		0,8472									



# Angedachte Funktionsweise des neuen Entgeltsystems

Aus dem bis 30.09.2012 erstmals vereinbarten **Entgeltkatalogs über fallgruppenbezogene Bewertungsrelationen** berechnet sich der „Day-Mix“ (DM) bzw. „Day-Mix-Index“ (DMI) (statt „Case-Mix“/„Case-Mix-Index“ im DRG-Bereich) wie folgt:

850 Tage mit	0,5 Pkt.	425,0 Pkt.
1550 Tage mit	0,75 Pkt.	1.162,5 Pkt.
750 Tage mit	0,95 Pkt.	712,5 Pkt.
900 Tage mit	1,1 Pkt.	990,0 Pkt.
250 Tage mit	1,25 Pkt.	312,5 Pkt.
<hr/>		
4.300 Tage mit	<b>0,838 Pkt.</b> „Day-Mix-Index“	<b>3.602,5 Pkt.</b> „Day-Mix“

„Day-Mix“ geteilt durch Berechnungstage = „Day-Mix-Index“



# Angedachte Funktionsweise des neuen Entgeltsystems

4.300 Tage mit

**0,838 Pkt.**

**3.602,5 Pkt.**

„Day-Mix-Index“

„Day-Mix“

krankenhausindividueller Basisentgeltwert:

bisheriges Volumen für ihre Pflgetage

**1.000.000 €**

**3.602,5 Pkt.**

**= 277,59 € / Tag**



# Angedachte Funktionsweise des neuen Entgeltsystems

Die Vergütung aus dem Aufenthalt eines Patienten ergibt sich aus der Multiplikation des Basisentgeltwertes mit der Bewertungsrelation.

## Formel:

- $BEW \times CW = \text{Tagesentgelt}$

## Beispiel:

- $277,59 \text{ EUR} \times 1,05 = 291,47 \text{ EUR}$



# Entgeltsystematik/Vergabematrix

PsychEntG-Entgeltsystematik

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Stelle		
	1						1 - 511 Langzeitgeräten	Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPIV)		
	2	PEPP					0	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPIV)		
	3							Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPIV)		
	(leer)									
	5	Z		0000ff.			0	Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPIV)		
A Volstationärer Behandlungsbereich oder B Teilstationärer Behandlungsbereich	6	1	00000	1. tagesbezogen	00000	0	0	Zuschlag für Begleitperson (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 1. Hs. BPIV)		
								Zuschlag Mitaufnahme einer Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 2. Hs. BPIV)		
								Investitionszuschlag (bis 31.12.2014)		
								Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG		
								Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung		
								Zuschlag Notfallversorgung		
	2	00004	2. fallbezogen	00000	0	0	0	Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung		
								Zuschlag für Sicherstellung		
								DRG-Systemzuschlag		
								Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss		
	7	2	00000	00000	0	0	0	Zuschlag für Institut nach § 139c SGB V		
								Telematikzuschlag		
	B	1	00000ff.	0	0	0	0	0	Korrektur Ausbildungszuschlag	
									Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung	
		8	2	00000ff.	0	0	0	0	0	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV)
										Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV)
		9	3	00000ff.	0	0	0	0	0	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV)
										Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV)
		A	0	00000ff.	0	0	0	0	0	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV)
										Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV)
Entgelt für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V										
B		1	00000ff.	0	0	0	0	0	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPIV), tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV, ab 2017)	
	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPIV), fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV, ab 2017)									
	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPIV), zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPIV, ab 2017)									
C	0	00000ff.	0	0	0	0	0	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ab 2017 (§ 7 Satz 1 Nr. 5 BPIV)		
								Teiltzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPIV)		
D	1	00000	0	0	0	0	0	Teiltzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPIV)		
								Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPIV)		
E	2	00000ff.	0	0	0	0	0	Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPIV)		
								Entgelt für Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPIV)		
F	1	1-6	1-Z	000ff.	0	0	0	Entgelt für integrierte Versorgung		
								Abschlag für integrierte Versorgung		
C	V (vorstationär) oder N (nachstationär)	0	00000ff.	0	0	0	0	Entgelte für vor- bzw. nachstationäre Behandlung		

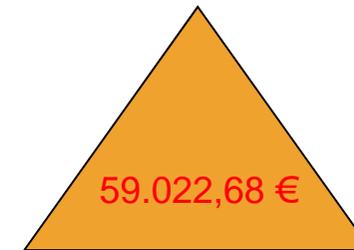
→ tagesbezogen  
 ↘ fallbezogen  
 ○ zeitraumbezogen

1) bei fehlender Unterscheidung von Vergütungstufen: 5. Stelle immer „1“



## Mindererlösausgleich

- Erlösbudget 2014 vereinbart:  
3.602,5 BWR („Day-Mix“) \* 291,47 € =  
1.050.020,68 €
- Ist-Erlöse 2014:  
**3400 BWR** („Day-Mix) \* 291,47 € =  
990.998,- €
- Erlösausgleich für 2014 (§ 3 V 2 neue BPfIV):
  - NICHT-OPTIONSHÄUSER:  
20% = **11.804,54 €**  
**Fehlbetrag = 47.218,14 €**
  - OPTIONSHAUS:  
Mindereinnahmen zu 95 % = 56.071,55 €  
**Fehlbetrag = 2.951,13 €**



# Mehrerlösausgleich

- Erlösbudget 2014 vereinbart:  
 $3.602,5 \text{ BWR („Day-Mix“) } * 291,47 \text{ €} =$   
 $1.050.020,68 \text{ €}$
- Ist-Erlöse 2014:  
**3800 BWR („Day-Mix) \* 291,47 € =**  
**1.107.586,- €**
- Erlösausgleich für 2014 (§ 3 V 4 neue BPfIV):
  - OPTIONSHAUS:  
 $65\% \text{ von } 57.565,32 \text{ €} = \mathbf{37.417,46 \text{ €}}$   
**Es verbleibt an dem Mehrerlös in der PK Uelzen nur: 20.147,86 €**
  - NICHT-OPTIONSHÄUSER:  
 $5\% \text{ vom vereinbarten Erlösbudget i.H.v. } 1.050.020,68 \text{ €} = 52.501,03 \text{ €}$   
 $\mathbf{85\% \text{ von } 52.501,03 \text{ €} = 44.625,88 \text{ €}}$   
 $\mathbf{90\% \text{ von } (57.565,32 \text{ €} - 52.501,03 \text{ €}) } 5.064,29 \text{ €} = 4.557,86 \text{ €}$   
**Rückerstattung an GKV = 49.690,17 €**  
**Es verbleibt an dem Mehrerlös in der PK Uelzen nur: 7.875,15 €**



# Kodierbedingter Mehrerlösausgleich

- Erlösbudget 2014 vereinbart:  
3.602,5 BWR („Day-Mix“) \* 291,47 € =  
1.050.020,68 €
- Ist-Erlöse 2014:  
3800 BWR („Day-Mix) \* 291,47 € =  
1.107.586,- €
- Erlösausgleich für 2014 (§ 3 V 3 neue BPfIV):  
**Rückerstattung an GKV = 57.565,32 €**  
Es verbleibt an dem Mehrerlös in der PK Uelzen: 0,00 €



# Heranführung an den Landesbasisentgeltwert (LBEW)

1. In der Zeit von 2013 bis 2016 (sog. „budgetneutrale Phase“) existiert für jedes psychiatrische/psychosomatische Krankenhaus ein **individueller** sog. „**Basisentgeltwert**“ (BEW) (z.B. 277,59 EUR)
2. Ab 2017 wird in den jeweiligen Bundesländern schrittweise ein sog. „**Landesbasisentgeltwert**“ (LBEW) eingeführt → *Durchschnitt aller Krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte in Niedersachsen* (z.B. 300,- EUR).
3. Wenn unser Wert
  - a. höher ist → sind wir sog. „**Verlierer**“
  - b. niedriger ist → sind wir sog. „**Gewinner**“



# Heranführung an den Landesbasisentgeltwert (LBEW)

**Erster Landesbasisentgeltwert 2017:**

$\Sigma$ <u>der von den KH/Land vereinbarten BpflV-Budgets 2016</u>
$\Sigma$ <u>der von den KH/Land vereinbarten Bewertungsrelationen 2016</u>
+ Veränderungsrate 2017 / + Leistungsveränderungen 2017

**Beispiel:**

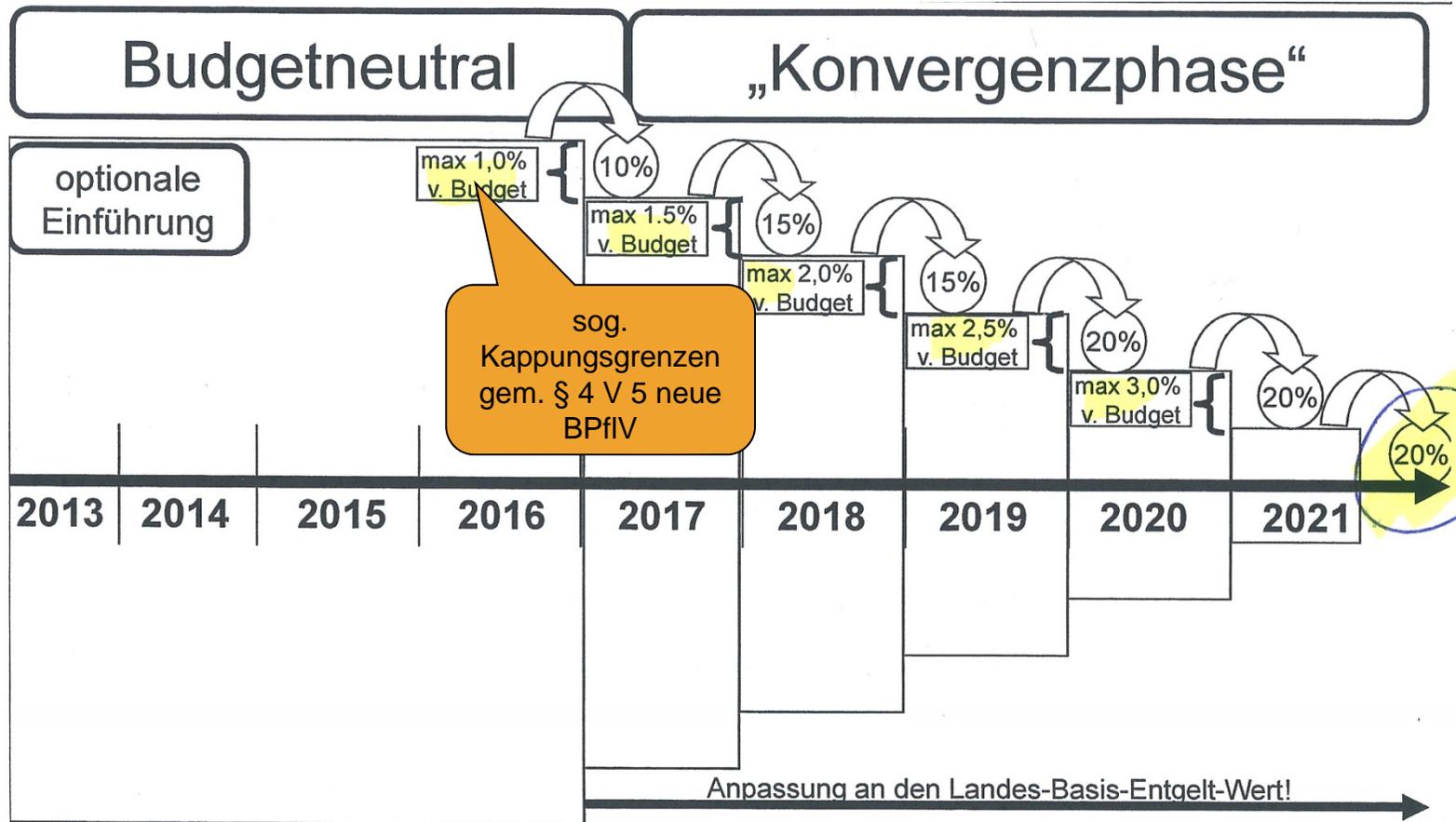
<u>360.000.000 Euro</u>	<b>= 300,- Euro</b>
1.200.000 eff. BWR	

**(jährliche) Vereinbarung durch Landesverbände der KK und NKG**

Ziel: Gleiche Leistungen haben innerhalb eines Bundeslandes auch einen gleichen Preis, unabhängig davon, in welchem Krankenhaus der Patient behandelt wurde.



# Angleichung an den LBEW



= Erlösspanne bei **IDENTISCHER** Leistungsmenge und –art!



## Angleichung an den LBEW

### Methoden zur Verlustminimierung:

- **Optimierung des Day-Mix-Index** (nach oben)
- **Verweildauerverlängerung** (greift evtl. nicht bei 100%iger Belegung, zieht ebenfalls nachhaltige MDK-Prüfungen und Ärger mit den Krankenkasse in Budgetverhandlungen nach sich, da durchschnittliche VWD aus Vorjahren bekannt)



## Zwischenfazit

- Die psychiatrischen Krankenhäuser blicken gespannt einer revolutionären Entwicklung entgegen.
- Nach der **Psychiatrie-Enquête (Westdeutschland 1975)/ Rodewischer Thesen (Ostdeutschland 1963)** und der **Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (1991)** stellt die Reform der akutstationären Finanzierung (ohne weltweites Vorbild) in der bundesdeutschen Nachkriegsgeschichte sicherlich eine wenigstens vergleichbare Herausforderung für die psychiatrischen Krankenhäuser dar.



## Zwischenfazit

Dabei umfasst die Reform im Wesentlichen die Abkehr von tagesgleichen Pflegesätzen (für alle Patienten, unabhängig vom Behandlungsaufwand und der Art der Erkrankung) hin zu tagespauschalierten Entgelten, die den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden.



## Zwischenfazit

Diese Finanzierungsumstellung, die die „somatischen“ Krankenhäuser mit der DRG-Einführung 2003 bereits erlebt haben, wird nach übereinstimmender Einschätzung von Fachleuten zu einem nachhaltigen Umbau der Versorgungslandschaft (inkl. des Leistungsangebots) führen.



## Zwischenfazit

Wie bei der DRG-Einführung wird es auf Krankenhausseite sog. „Gewinner“ und „Verlierer“ im Umstellungsprozess geben, der dazu führen wird, dass einzelne Anbieter vom Markt verschwinden!



## Grundsätzliche Kritik

- Das „Neue Entgeltsystem“ und insbesondere der PEPP-Entgeltkatalog lehnt sich viel zu sehr an das DRG-(Fallpauschalen-)System für den somatischen Krankenhausbereich an.
- Anders als im DRG-System existiert weltweit kein Vorbild für das „Neue Entgeltsystem“. Es ist damit ein großes Wagnis.
- Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, ein eigenständiges Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen zu entwickeln, welches auch den „besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung trägt“, wird ad absurdum geführt.
- Der Erfüllungsaufwand für die Umsetzung des „Neuen Entgeltsystems“ (Personal im Medizincontrolling, Software-Umstellung, etc.) ist in keiner Weise gegenfinanziert!



## Kritik an der Anwendung des OPS

- Bereits 2010 wurden die ersten „Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/ Psychosomatik“ veröffentlicht, die seit dem 01.07.2010 verpflichtend anzuwenden sind.
- Dabei handelt es sich um Grundprinzipien für die Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren zur Sicherstellung einer einheitlichen Kodierqualität.
- Gerade die Verschlüsselung der Prozeduren (therapeutische Dienstleistungen) gemäß OPS ist extrem bürokratisch und damit zeitaufwendig, sachfremd, unplausibel und dabei nicht zielführend geraten!
- Ein Großteil der Prozeduren spielen im PEPP-Entgeltkatalog sogar gar keine Rolle!!!



# Kritik an der „Ergänzungsvereinbarung“ vom 16.03.2012

- Zu der "Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG" aus 2009 wurde am 16.03.2012 von den Selbstverwaltungspartnern eine „Ergänzungsvereinbarung“ beschlossen!
- In dieser „Ergänzungsvereinbarung“ geht es insbesondere um die sog. „Fallzusammenführung“.
- Vereinfacht ausgedrückt bedeutet Fallzusammenführung, dass Wiederaufnahmen von Patienten unter bestimmten Bedingungen nachträglich zu einem Fall zusammengeführt werden.
- Aufgrund der dann „langen Verweildauer“ kann das Entgelt für den zweiten und weitere Aufenthalte des Patienten gekürzt werden!



# Kritik an der „Ergänzungsvereinbarung“ vom 16.03.2012

- Ohne Regelungen zur Fallzusammenführung wäre angeblich für Krankenhäuser der Anreiz gegeben, den Patienten vorzeitig zu entlassen, um ihn dann nach einigen Tage mit einem (höheren) Tagessatz für die (dann) erste Behandlungswoche wieder aufzunehmen.
- Damit erfolgt im Sinne einer Risiko-Umkehr eine Übertragung finanzieller Lasten von der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Leistungserbringer für wiederkehrende stationäre Behandlungsbedürftigkeit bei Patienten aufgrund
  - psychosozialer Umstände,
  - konstitutioneller Faktoren und/oder
  - anerkannter Behandlungssettings!
- Aufgrund einer bestehenden Vollversorgungsverpflichtung (bei uns gem. § 15 NPsychKG) gibt es kaum Steuerungsmöglichkeiten!



## Folgen für die Eingliederungshilfe

- „Blutige“ Entlassung: in Folge der Regelungen zur sog. „Fallzusammenführung“ müssen Krankenhäuser zukünftig aus finanziellen Gründen (fehlende Kostendeckung) prüfen, ob Pat. Bereits entlassen werden müssen, auch wenn aus sozialpsychiatrischer Sicht eine Entlassung noch nicht zwingend erforderlich wäre.
- Warten auf Wiederaufnahme: in Folge der Regelungen zur sog. „Fallzusammenführung“ müssen Einrichtungen der Eingliederungshilfe zukünftig damit rechnen, dass auch bei psychischen Krisen eine **sofortige** Wiederaufnahme nicht zwingend möglich sein wird (21-Tage-Regelung).



# Kritik am PsychEntgG

- Am 20.06.2012 hat der Gesundheitsausschuss des Bundesrates über das PsychEntgG beraten.
- Im Ergebnis empfahl er dem Bundesrat zum vom Deutschen Bundestag am 14. Juni 2012 verabschiedeten PsychEntgG die Einberufung des Vermittlungsausschusses.
- Vom Gesundheitsausschuss wurden essentielle Gesetzesänderungen vorgeschlagen, die unser Haus zur Gänze teilt:
  - vollständige Tariffinanzierung 2012,
  - voller Orientierungswert ab 2013,
  - gestaffelte Mehrleistungsabschläge,
  - Streichung der Berücksichtigung von Leistungssteigerungen bei der Berechnung des Landesbasisfallwertes,
  - Abschlag bei Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung,
  - Streichung von Zu- und Abschlägen für Über- und Unterschreitungen von Liegezeiten
  - ...



## Kritik am PsychEntgG

- Es ist schon erstaunlich, dass der Bundesgesundheitsminister Bahr im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens im Anschluss an die vorgenannte Empfehlung unverhohlen der Länderkammer mit dem Rückzug des geplanten Gesetzes für den Fall der Anrufung des Vermittlungsausschusses erfolgreich drohen konnte, ohne dass dies in der medialen/ politischen Öffentlichkeit bisher aufgegriffen und kritisch hinreichend hinterfragt wurde!
- Das Demokratieverständnis von Herrn Bahr hätte hier sicherlich einen stärkeren Fokus verdient gehabt!



## Kritik am PsychEntgG

- Es war ein geschickter Schachzug, die Teilfinanzierung der Personalkostenerhöhungen für alle Krankenhäuser in das PsychEntgG mit einzuschließen. So hatte man ein "Druckmittel", das Gesetz im Bundesrat im Wesentlichen auf diesen Punkt zu reduzieren und passieren zu lassen.
- Das damit zeitgleich aber auch alle anderen Verbesserungsvorschläge des Gesundheitsausschusses des Bundesrates für den originären Gesetzesgegenstand -die psychiatrische/psychosomatische Versorgung und deren Finanzierung- hinfällig waren, zeigt uns, welchen geringen Stellenwert die Psychiatrie/Psychosomatik in der politischen Landschaft zu haben scheint.



# Kritik am PsychEntgG

- Die Psych-PV, die seit 1991 bewährte Grundlage für die Personalbemessung in den psychiatrischen Krankenhäusern ist, wird zum 01.01.2017 aufgehoben.
- Diese wichtige Aufgabe soll nun zukünftig der „Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)“ übernehmen.
- Der G-BA wird selbst verwaltet von:
  - der Kassenärztlichen und
  - Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,
  - der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem
  - GKV-Spitzenverband.
- Damit wird die Personalbemessung in der Psychiatrie ab dem 01.01.2017 der Kontrolle des Gesetzgebers entzogen.
- Das negativste Szenario könnte sein, dass Kliniken, die die Vorgaben der G-BA-Qualitätskriterien nicht erfüllen, „aus dem Markt ausscheiden müssten“ (Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser).



## Kritik am PEPP-Katalog (Auszug!)

- Entgegen der originären Intention des Gesetzgebers hat der PEPP-Katalog
  - **(Haupt-)Diagnose**bezogene Entgeltkategorien (primäres Merkmal), die jedoch ungeeignet sind, Ressourcenverbrauch abzubilden, sowie
  - einen Verweildauerbezug, der Fehlanreize setzt!
- Leistungserfassungsinstrument OPS scheinbar ungeeignet!
  - Intensivbehandlung zählt erst ab 3 Merkmale!
  - 1:1-Betreuung zählt erst ab 80 Stunden!
  - Die meisten Prozedurenkodes finden (also) im Entgeltkatalog keine Berücksichtigung, sind aber trotzdem verpflichtend zu erheben!
- Relativgewichte für tagesklinische Behandlung sind viel zu niedrig!
- In der Psychosomatik gibt es\* keine degressiven Tagessätze, wohl aber in der Psychiatrie, und das bei gleichen Patientengruppen! → Lobbyismus oder „konstante Therapiedichte“?



## Kritik am PEPP-Katalog (Auszug!)

- Differenzierungsgrad des Entgeltkataloges: Schwere Persönlichkeitsstörungen werden wie leichte vergütet!
- Keine speziellen (differenzierten) Entgelte für Suchtmedizin oder Gerontopsychiatrie!
- Der PEPP-Katalog berücksichtigt keine neuen Versorgungsmodelle (z.B. hometreatment), die gerade erst durch das PsychEntgG ermöglicht wurden!
- Der PEPP-Katalog ist im Fazit der misslungene Versuch, Versorgungsalltagsrealitäten i.S.e. groben mathematisch-statistischen Mittelwerts-Berechnung abzubilden.



## Fazit

- Zu starke Anlehnung des „Neuen Entgeltsystems“ an das DRG-System ohne weltweites Vorbild, womit die eigentliche Intention des Gesetzgebers geradezu umgekehrt wird.
- Keine Finanzierung des Erfüllungsaufwands.
- Prozeduren-Verschlüsselung gem. OPS ist praxisfremd, bürokratisch, zeitaufwendig und nicht zielführend.
- „Fallzusammenführung“ ist, im Gegensatz zum somatischen Bereich, in der Psychiatrie kontraproduktiv.
- Das PsychEntgG verfehlt seine Eigenständigkeit durch Regelungen, die alle Krankenhäuser betreffen. Dadurch sind Regelungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung auf der Strecke geblieben.
- Die sachgerechte Personalausstattung in psychiatrischen Krankenhäusern gestaltet sich ab 2017 fragwürdig.
- Der erste PEPP-Katalog ist gänzlich ungeeignet und wird daher abgelehnt!



# Fragen?



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

