

Fachtagung – Agenda PsychVVG:

Evidenz umsetzen,
Ambulantisierung fördern,
Budget finden

PsychVVG:

Der Versuch einer Folgenabschätzung

Prof. Dr. Meinolf Noeker
LWL-Krankenhausdezernent

Gesetzgebungsverfahren

Forcierter Zeitplan

22.09.2016	1. Lesung Bundestag
23.09.2016	1. Durchgang Bundesrat
26.09.2016	Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss Bundestag
10. / 11.11.2016	2. / 3. Lesung Bundestag
25.11.2016	2. Durchgang Bundesrat
01.01.2017	Inkrafttreten

Übersicht

1. PsychVVG: Übersicht
2. Ambulantisierung fördern
 1. Bochumer Modellprojekt §64b: „Stationsgebundene Leistungen“
 2. „Stationsäquivalente Leistungen“ in PsychVVG
 3. Ausdifferenzierung der PIAs
3. Budget finden
 1. Personalausstattung und Nachweispflicht
 2. Instandhaltungs- und Investitionsaufwand
4. Herleitung des krankenhausesindividuellen Budgets: 2 Lösungsperspektiven

PsychVVG

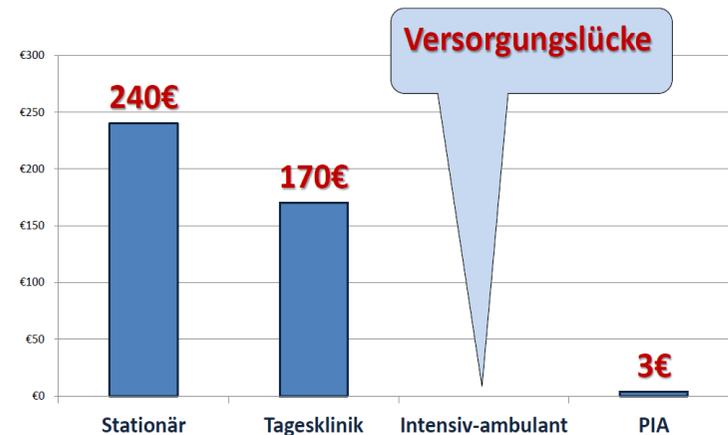
- Wegfall der Konvergenz: Keine schematische Angleichung der krankenhausesindividuellen Preise an ein landeseinheitlich geltendes Entgelt
- Vom Preissystem zum Budgetsystem: Verhandlung eines krankenhausesindividuellen Budgets auf Ortsebene
- Eckpunkte der Budgetverhandlung
 - Die patientenbezogenen Leistungen, weiterhin auf Basis des PEPP-Katalogs
 - Strukturelle und regionale Besonderheiten (besondere Therapiekonzepte, Pflichtversorgung, dezentrale Satellitenstationen, gemeindepsychiatrische Vernetzung)
 - Die Umsetzung der Personalvorgaben des G-BA
 - Zur Orientierung sollen die Ergebnisse des „leistungsbezogenen Vergleichs nach §4“ (KH-Vergleich) herangezogen werden

Agenda PsychVVG

Ambulantisierung fördern

- Breite Forderung seit Psychiatrie-Enquete
- Versorgungslücke: Intensive Behandlung ohne Bett bei komplexen Störungen: in der Klinik und bei Bedarf aufsuchend
- Krankenhausplan NRW: Neuausweisung stationärer Betten als Reaktion auf unbehandelte Morbidität und ungebremste Inanspruchnahme

GKV finanzierte Tageskosten (€)
verschiedener Krankenhausleistungen



Grafik: © S. Koch-Stoecker

Agenda PsychVVG

Ambulantisierung fördern

3 unterschiedliche Konstruktionen intensiv-ambulanter Behandlung

1. Stationsungebundene Leistungen (SUL):

Modellprojekt §64b in dem LWL-Universitätsklinikum Bochum

2. Stationsäquivalente Leistungen (PsychVVG)

3. Weiterentwicklung, Ausdifferenzierung der PIA

Stationsäquivalente Behandlungen

Zitat PsychVVG: „Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung...

Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente ambulante Behandlung ... , vereinbaren die Vertragsparteien ..., in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist...”

Stationsäquivalente Behandlungen (§39 SGB V)

Kontraproduktive Einschränkungen – im Vergleich zum Bochumer Modell

- Akute Krankheitsphase: nicht sekundärpräventiv; streitanfällig (MDK)
- Häusliches Umfeld: warum nicht auch in der Klinik?
- Krankenhausplan: abschreckende Wirkung! Warum keine flexible Steuerung über Mengenvereinbarungen in der Budgetverhandlung?

Bewertung

- Offensive oder Beerdigung oder Einstieg?
- Reichen die Anreize zum Umstieg?

PIA

Perspektiven einer nächsten Generation: Konzeptionell

1. Ambulante Krisenintervention
2. multimodal, interdisziplinär
3. Ausbau von Gruppenangeboten: diagnose- bzw. indikationsbezogen, bei Bedarf gemeinsam mit Patienten aus stationärer und teilstationärer Behandlung
4. Umsetzung „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (S3-Leitlinie)
5. stationersetzend/verweildauerabkürzend:
bei Bedarf hochfrequent, dennoch intermittierend, damit Kosten senkend

PIA

Konsequenzen für eine ziieldienliche Entgeltsystematik

1. Stärkung der Einzelleistungsvergütung bei den nicht-ärztlichen Leistungen
 - Abkehr von der Pauschalierung
 - In Zukunft: Höhere Preise für Intensivbehandlung, niedrige Preise für Kurzkontakte
 - vgl. z.B. Bayerische Regelung
2. Forderung ist eingegangen in den Entwurf des Landespsychiatrieplans NRW
3. G-BA: PIA-Prüfauftrag
 - Hereinnahme in das Budget oder weiterhin extrabudgetäre Leistung?
 - Alternative: Hereinnahme in das Budget bei verbindlichem(!) Verzicht auf Deckelung der Mengen?

Übersicht

1. PsychVVG: Übersicht
2. Ambulantisierung fördern
 1. Bochumer Modellprojekt §64 b: „Stationsgebundene Leistungen“
 2. „Stationsäquivalente Leistungen“ in PsychVVG
 3. Ausdifferenzierung der PIAs
3. Budget finden
 1. Personalausstattung und Nachweispflicht
 2. Instandhaltungs- und Investitionsaufwand
4. Herleitung des krankenhausesindividuellen Budgets: 2 Lösungsperspektiven

Personalausstattung im PsychVVG

- Phase I: Nachweispflicht zur PsychPV gegenüber dem InEK
 - Mitteilung der PsychPV-Erfüllungsgrade für 2016, 2017, 2018, 2019
 - neu: nicht nur Nachweis „nachverhandelter Stellen“, sondern vollständiger PsychPV-Erfüllungsgrad
 - Daten finden Eingang in den Krankenhausvergleich
 - und werden zurückgespiegelt in die individuellen Budgetverhandlungen als Referenzwert für den Zusammenhang zwischen IST-Personalausstattung vs. Leistungsmenge (PEPP-Ziffern) bzw. Pflegesatz

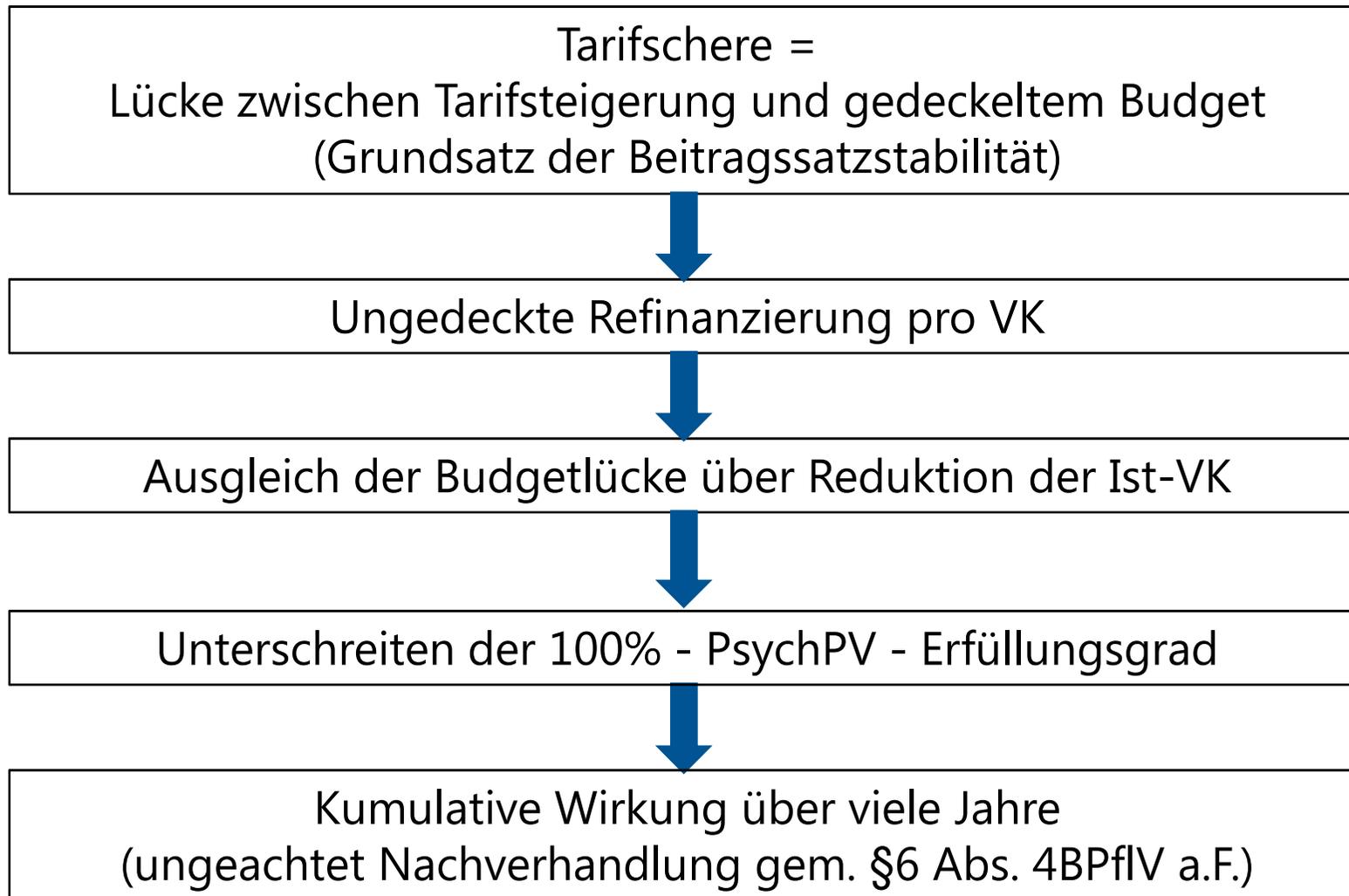
Personalausstattung im PsychVVG

- Phase II: Mindestpersonalrichtlinie des G-BA

ab 2020 Gültigkeit der Mindestpersonalrichtlinie des G-BA (evidenzbasiert, normativ)

- Nachweispflicht zur Einhaltung dieser Vorgabe nun zusätzlich gegenüber Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlung
- Rückforderung und Budgetabsenkung im Folgejahr bei Nichteinhaltung !?!

Lernen aus der PsychPV: Abwärtsspirale



Nachweispflicht

Bewertung

1. Fachverbände / Gewerkschaften: Positiv wegen Absicherung verbesserter Personalschlüssel (in der Pflege)!
2. Krankenkassen: Erfüllung eines Transparenzanliegens!

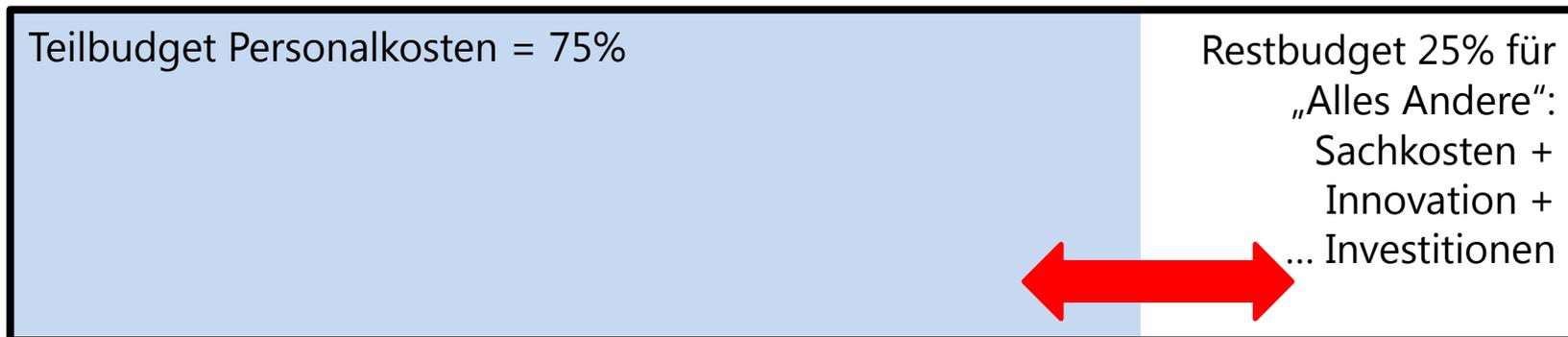
Voraussetzungen und weiterer Handlungsbedarf

1. Vollständige Ausfinanzierung des Mindestpersonals (G-BA) auf Basis der aktuellen IST-Personalkosten
2. Ausschluss einer zukünftig wieder neu einsetzenden Tarifschere
3. Heilung der ungelösten Investitionskrise der (psychiatrischen) Krankenhäuser

Nachweispflicht für Personalausstattung

Folgenabschätzung

- Nachweispflicht bedeutet: 75% des Gesamtbudgets werden „gefixt“:
- Erlös für Personalkosten = Aufwand für Personalkosten
- d.h. Stopp der Querfinanzierung für Investitionen aus Betriebserlösen



Worst Case Scenario:

- Höhere Ausgaben für die Krankenkassen bei hohen G-BA-Personalstandards
- Dennoch: insolvenzbedrohte Krankenhäuser, alternativ ansteigend marode Bausubstanz

Theorie: Duale Krankenhausfinanzierung (KHG 1972)

VS.

Realität: Investitionsfinanzierung aus Betriebserlösen



Realität: Eigenmittel der Krankenhäuser, hier NRW

(Quelle: Vorlage 16/3936 für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW am 31.08. 2016)

basierend auf Zahlen des RWI-Investitionsbarometers

Jahr	Investition	davon Eigenmittel
2010	1,1 Mrd. €	0,7 Mrd. €
2011	1,1 Mrd. €	0,7 Mrd. €
2012	1,2 Mrd. €	0,7 Mrd. €
2013	0,9 Mrd. €	0,5 Mrd. €
2014	0,8 Mrd. €	0,4 Mrd. €

Die ungelöste Investitionskrise

Statements aus der Selbstverwaltung zur Realität

Georg Baum (GF der DKG):

„Wir hätten früher nicht gewagt auszusprechen, dass die Krankenhäuser Teile ihrer Betriebsmittel für Investitionen verwenden, weil das ja eigentlich verboten ist. Aber es gibt ja keinen Ankläger, weil der ja auf der Sünderbank sitzt.“

Bernd Beyrle (TK):

„Wir gehend schleichend den Weg in die Monistik. Es hilft nichts, beständig an die Länder zu appellieren, dass sie ihren Pflichten nachkommen müssen. Ohne den Bund wird das Problem nicht zu lösen sein.“

Die ungelöste Investitionskrise

Statements aus der Politik zur Realität:

Maria Michalk (MdB CDU)

„Wir leiden seit Jahren an der schlechten Umsetzung der dualen Finanzierung. Trotz vieler Bemühungen ist da nicht viel Bewegung.“

Prof. Lauterbach (MdB SPD)

„Seit Jahren ist festzustellen, dass es für die Bundesländer trotz ihrer Bemühungen vielfach schwierig bleibt, der Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten ausreichend nachzukommen. Viele Krankenhäuser sind aber auf bauliche und apparative Investitionen dringend angewiesen. Sie sehen sich deshalb gezwungen, zur Finanzierung notwendiger Investitionen auch auf Einnahmen aus Behandlungsleistungen zurückzugreifen. Dieses Problem wird kurzfristig nicht zu lösen sein.“

Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90 / DIE GRÜNEN)

„Nach wie vor besteht aber ein Investitionsstau von mindestens 12 Milliarden Euro. Die Investitionsmittel der Länder, die für Krankenhäuser bereitgestellt werden, sind demgegenüber seit Jahren nicht bedarfsgerecht. Dies ist vor allem für Häuser in kommunaler Trägerschaft ein erhebliches Problem. Viele Häuser finanzieren ihre notwendigen Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen, was dazu führt, dass das Geld an anderer Stelle fehlt. An der Problematik der unzureichenden Investitionsmittel der Länder wird sich auch angesichts der Schuldenbremse nichts ändern.“

Lösungsperspektive I

Einführung eines Nachweiskorridors

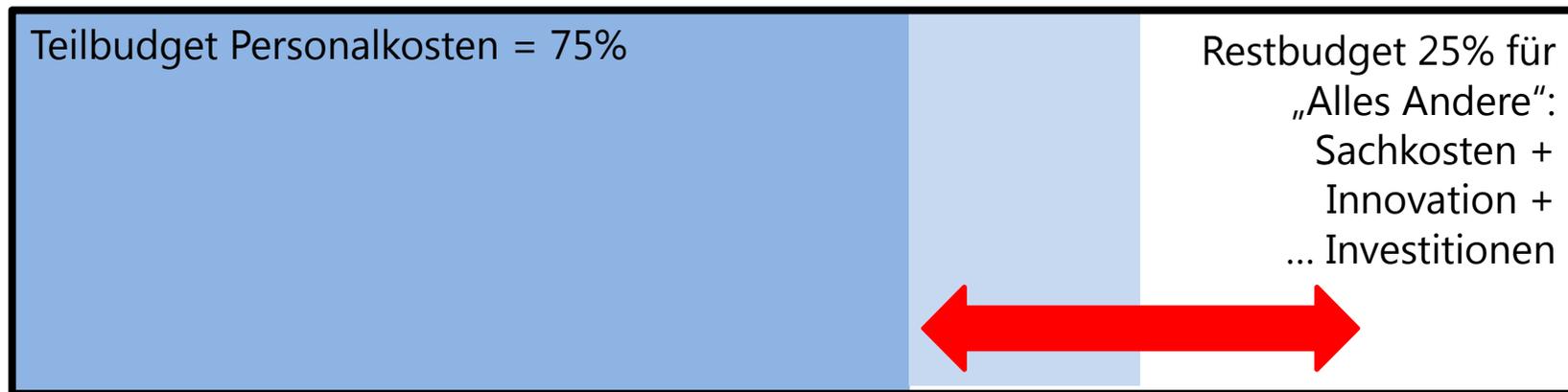
- Sanktionsfreie Ausschöpfung zur flexiblen Personalbewirtschaftung + Querfinanzierung Investitionskosten



Korridor

Kritische Einwände gegen den Korridor: Geld verlässt die psychiatrische Klinik ..

1. von psychiatrischen in somatische Abteilungen (Abteilungspsychiatrien)
2. für Gewinnentnahmen (Private Krankenhausträger)



Gute Gründe für den Korridor: Geld bleibt nachhaltig in der psychiatrischen Klinik ..

1. zum flexiblen Ausgleich bei Besetzungsproblemen bei der Personalbewirtschaftung
2. für Zwecke der Investition und Instandhaltung (Rückstellungen, Rücklagen bleiben über die Folgejahre in den Kliniken; gewährleistet bei Gemeinnützigkeit)

Lösungsperspektive II

Hereinnahme von Investitionen als legitimer Bestandteil in das Budget

Vorschlag: In einer nicht abschließenden Aufzählung werden bei der Verhandlung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 als **zu berücksichtigende Aspekte** die folgenden Tatbestände aufgeführt:

1. **Patientenbezogene Leistung** (PEPP-Relativgewichte: Mengen, Diagnosen, Schweregrade)
2. **Hausindividuelle Spezialangebote** (Patientengruppen, Therapiekonzepte)
3. **Refinanzierung der Personalausstattung unter Beachtung**
 - G-BA-Vorgaben
 - Hausindividueller Besonderheiten (z.B. Nachtwache bei 16er – Stationsgröße)
 - Abbildung der Tarifstruktur (vgl. Vorbild SGB XI)
4. **Strukturelle (= patientenübergreifende) Tatbestände**
 - Vorhaltekosten: Regionale Versorgungsverpflichtung etc.
 - Mehraufwand durch den Betrieb von gemeindenahen Satellitenstationen
 - Sonstige
5. **Weitere regionale Faktoren**
6. **Investive Maßnahmen, die über die vollständige Verwendung der Fördermittel der Länder hinaus geeignet sind, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der therapeutischen Leistungserbringung zu stärken.**
(Anmerkung: Regelung hat innovatives Potential auch für die Debatte im DRG-Bereich!)

PsychVVG:

Der Versuch einer Folgenabschätzung

Prof. Dr. Meinolf Noeker

LWL-Landesrat für Krankenhäuser und Gesundheitswesen

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!