



Budgetverhandlungen nach dem PsychVVG

Martin Heiser, Krankenhauszweckverband Rheinland

Was erwartet Sie?

- Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019
- PEPP-System – Die Konvergenz
- Neuregelung PsychVVG: Budgetverhandlung Psychiatrie/Psychosomatik ab 2020

- ➔ 155 Mitgliedshäuser
- ➔ Trägerübergreifend
- ➔ Eckpfeiler:
 - Unterstützung der Mitgliedshäuser in den Budgetverhandlungen
 - Benchmark-Projekte

Expertise des KHZV im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik

- Mehr als 40 psychiatrische/psychosomatische Einrichtungen unter den Mitgliedshäusern im Rheinland.
- Vom großen Fach-Krankenhaus über die Fachabteilungen an Universitätsklinika und Allgemein-Krankenhäusern bis hin zur reinen Tagesklinik.
- Benchmark-Projekte in der Psychiatrie/Psychosomatik mit bis zu 120 teilnehmenden Einrichtungen (u.a. durch Kooperation mit KGRP).
- Enge Kooperation mit dem LVR bei Benchmark-Projekten und auch bezüglich der Verhandlungstools für die Budgetverhandlung.

Was erwartet Sie?

- Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019
- PEPP-System – Die Konvergenz
- Neuregelung PsychVVG: Budgetverhandlung Psychiatrie/Psychosomatik ab 2020

Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019

- In den letzten 20 Jahren gab es in den Budgetverhandlungen der PSY-Einrichtungen wenig gestalterische Dynamik.
- Die Budgets waren gedeckelt, meist auf dem Niveau der GKV-Einnahmeveränderungsrate, in manchen Jahren zzgl. Tarifberichtigung.
- Es gibt nicht wenige Mitgliedshäuser des KHZV, die in diesem Zeitraum durchweg genau die Budgetobergrenze durchgesetzt haben.
- Ausnahme 1:
 - Der Gesetzgeber erließ für Optionshäuser 2015/16 eine Motivationshilfe zum Umstieg ins PEPP-System: Budgetobergrenze lag beim doppelten Veränderungswert! Führte dort zu höheren Budgetabschlüssen.

Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019

→ Leistungsseite:

- Auch hier gab es zeitweise eine Deckelung, in den letzten Jahren waren die Leistungen aber wieder verhandelbar (und Schiedsstellen-fähig). Und führten auch zu Budgetsteigerungen.
- Allerdings blockierte hier die Auslastungsgrenze von 100% bezogen auf das Krankenhaus insgesamt vielfach und zunehmend die VB der existierenden Mehrleistungen.
- Hohe Mehrerlösausgleiche.
- Aktuell: Entspannung durch erste Feststellungsbescheide mit Kapazitätsaufstockungen im Rahmen der Umsetzung des KH-Plans 2015.

→ Therapeutisches Personal (Psych-PV):

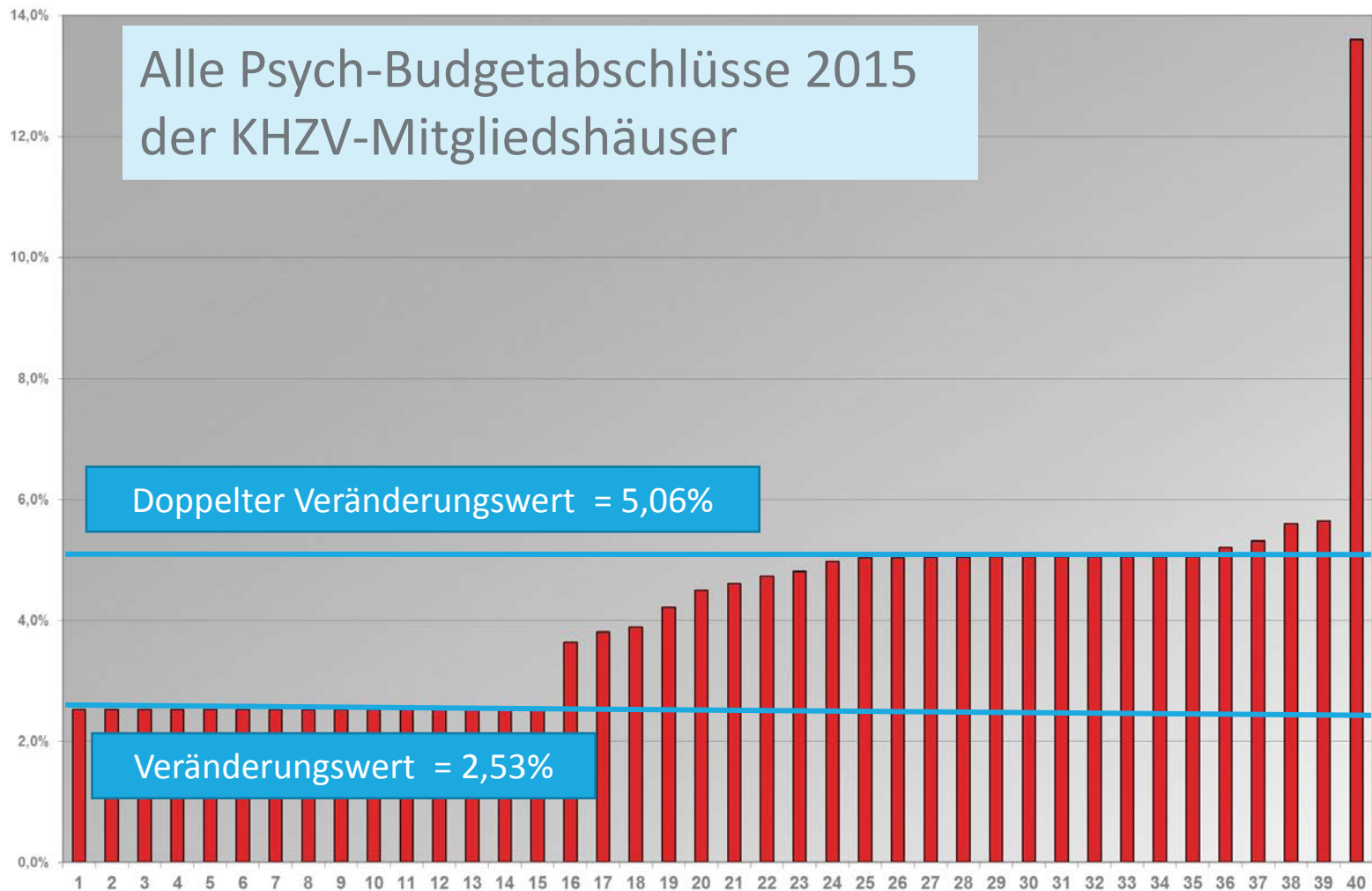
- Mehrstellen auf der Basis der Psych-PV konnten budgeterhöhend eingebracht werden: Insbesondere höherwertige Einstufungen sowie Veränderungen in der Zahl der Nachwachenplätze und beim Ärztlichen Bereitschaftsdienst.
- Ausnahme 2:
 - In den Jahren 2009ff erhielten die Krankenhäuser die Möglichkeit, die vereinbarten Psych-PV-Stellen nachzuverhandeln, weil es in Folge der jahrelangen Budgetdeckelung zu einem Stellenabbau gekommen war.
 - Ziel war es, im Vorfeld der Systemumstellung, eine Ausfinanzierung der Psych-PV sicherzustellen.
 - Davon machten vor allem die Fach-Krankenhäuser Gebrauch und konnten dabei erhebliche Budgetsteigerungen realisieren.

Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019

→ Folge:

- Die Budgets in der Psychiatrie/Psychosomatik sind in ihrem Verhältnis in den letzten 20 Jahren nur zweimal nachdrücklich in Bewegung geraten: Durch die Nachverhandlung der Psych-PV-Stellen und den doppelten Veränderungswert für die Optionshäuser.
- Die Basiskosten, Sachkosten und vielfach auch die Personalkosten sind somit immer noch historische Größen.

Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019



Was erwartet Sie?

- Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019
- **PEPP-System – Die Konvergenz**
- Neuregelung PsychVVG: Budgetverhandlung Psychiatrie/Psychosomatik ab 2020

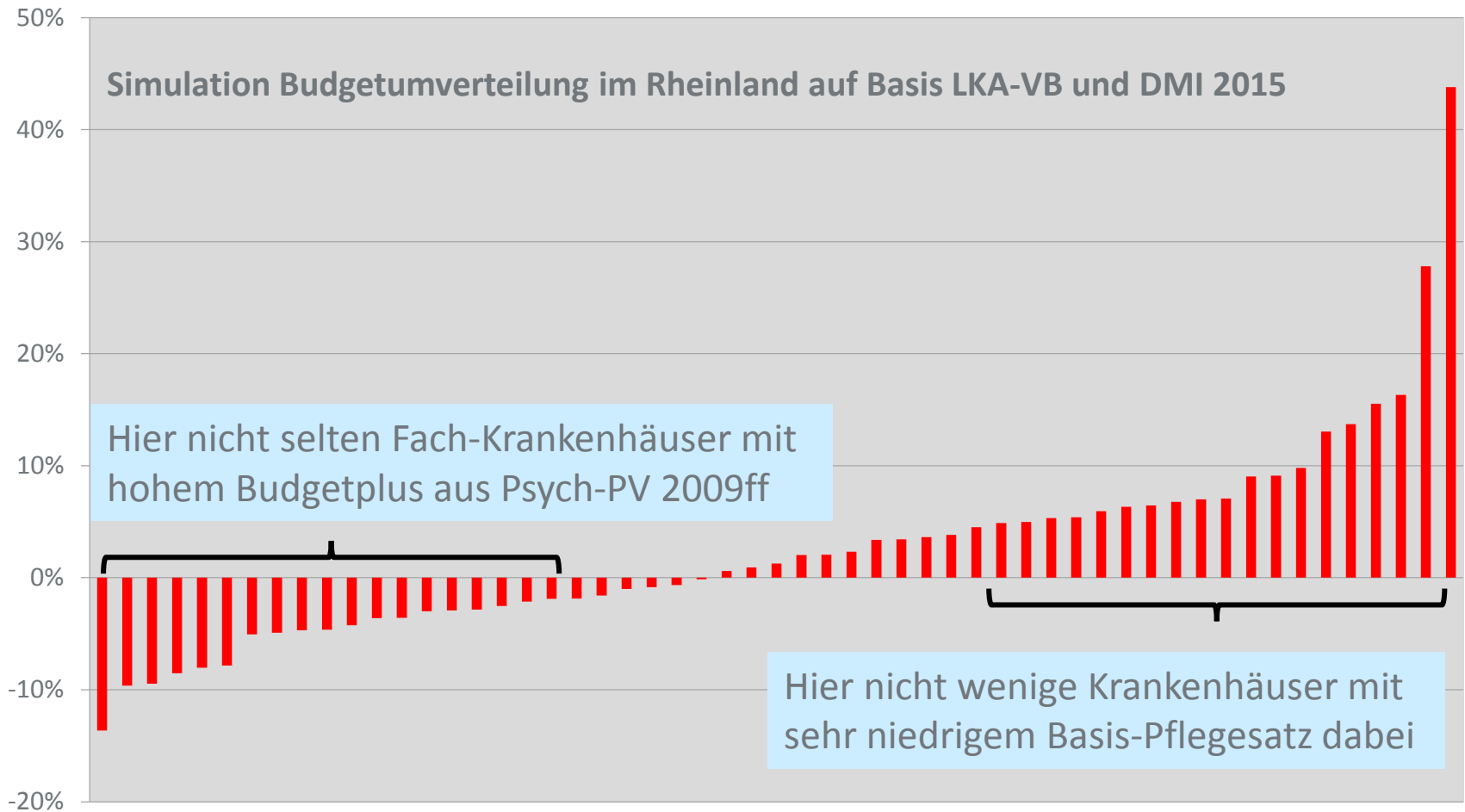
PEPP-System – Die Konvergenz

- In 2012 wurde im PsychEntgG die schrittweise Einführung des PEPP-Systems bis 2023 geregelt. Die gesetzliche Regelung war eng angelehnt an die DRG-Einführungsphase ab 2006.
- Ab 2019: Konvergenzphase → Idee: Individuelle Krankenhausbudgets werden über das PEPP-System und einen landeseinheitlichen Basisentgeltwert umverteilt.

PEPP-System – Die Konvergenz

- ➔ Strikte Budgetdeckelung ab 2019 über den landeseinheitlichen Basisentgeltwert
 - Keine Tarifberichtigung mehr.
 - Die Psych-PV wäre ersatzlos gestrichen gewesen.
 - Budgetverhandlungen reduziert auf die Verhandlung von Leistungen und einzelnen hausindividuellen Entgelten.
- ➔ Es wäre in diesem Zeitraum in NRW vermutlich zu einer erheblichen Budgetumverteilung gekommen → siehe grobe Budgetsimulation:

PEPP-System – Die Konvergenz



Was erwartet Sie?

- Budgetverhandlungen Psychiatrie/Psychosomatik bis 2019
- PEPP-System – Die Konvergenz
- **Neuregelung PsychVVG: Budgetverhandlung Psychiatrie/Psychosomatik ab 2020**

PsychVVG: Budgetverhandlung ab 2020

- Aktueller Stand: Kabinettsbeschluss vom 3. August 2016
- Punktuell einbezogen sind Formulierungshilfen zu den bekannten Änderungsanträgen (Stand: 14. Oktober 2016).
- Es gibt noch keine abschließend Fassung!

→ Wesentliche Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18.02.2016:

1. Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem
2. Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument
3. Verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung

plus Hometreatment:

- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld

PsychVVG: Budgetverhandlung ab 2020

Bleibt erhalten: Die Zweistufigkeit der Budgetverhandlung

Forderung/
Vereinbarung =
Kalkulation eines
medizinisch-
leistungsgerechten
Budgets



Budget-
obergrenzen-
berechnung
(BOG)



Mögliche
Vereinbarung:
Kappung an der
BOG



Mögliche
Vereinbarung:
Abschluss unter
BOG



- **Erste Stufe** – Verhandlung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets
- Die Kompetenz der örtlichen Vertragsparteien ist gestärkt.
- Wie bisher: Das Krankenhaus erstellt eine Budget-Forderung auf Basis von mit den jeweils den erwarteten Ist-Kosten bewerteten erwarteten Leistungen und den dafür notwendigen Personalstellen.
- Darüber wird verhandelt. Also, quasi nix Neues.
- Was ist nun aber gem. PsychVVG an Änderungen zu beachten:

→ Die Forderung ist anhand der neuen Vorgaben zur Personalbesetzung zu überprüfen:

- Bemessung des therapeutischen Personals: Ablösung Psych-PV durch eine GBA-Richtlinie in § 136a Abs. 2 SGB V (in Kraft treten zum 1.1.20).
- Mit der GBA-Richtlinie werden insbesondere
 - verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal bestimmt.
- Alle Krankenhäuser haben bei der Vereinbarung des medizinisch leistungsgerechten Budgets eine entsprechende VB zum therapeutischen Personal zu treffen.
- Sind in der Forderung die Vorgaben der GBA-Richtlinie eingehalten?
- Das könnte bereits zu einer Absenkung der Forderung/Vereinbarung führen, falls hier weniger VK resultieren.

→ Die Forderung ist anhand der neuen Vorgaben zur Personalbesetzung zu überprüfen:

- Im Folgejahr: Nachweispflicht ggü. den Krankenkassen in Form einer WP-Bestätigung über eine zweckentsprechende Mittelverwendung.
- Aus dem Nachweis muss hervorgehen:
 - insbesondere die vereinbarte und die tatsächliche Stellenbesetzung, jeweils in VK gegliedert nach Berufsgruppen,
 - sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen.
- Kann der Nachweis vom Krankenhaus nicht geliefert werden, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.
- *Änderungsantrag: Räumt Möglichkeit ein, bei nur vorübergehender Nicht-Besetzung, Absenkung nicht vorzunehmen.*

- ➔ Eine so genannte Anpassungsvereinbarung der Parteien vor Ort ersetzt die Konvergenzphase.
- ➔ Sie kann als Teil der Budgetverhandlung zur Absenkung des Gesamtbetrages führen, ist aber auch Ausnahmetatbestand zur Überschreitung der Budgetobergrenze:
 - „Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere ..., möglicher Leistungsverlagerungen, regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen.“
 - Soll laut Begründung „unter Würdigung der krankenhausindividuellen Situation eine flexible Anpassung des bisherigen Krankenhausbudgets in Richtung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags“ ermöglichen.

- Eine so genannte Anpassungsvereinbarung der Parteien vor Ort ersetzt die Konvergenzphase.
- Sorge: Krankenkassen scheren sich wenig um die schöne Prosa, sondern wollen über das zentrale Instrument der Anpassungsvereinbarung – den Vergleich – die Budgets zügig absenken.
 - Aber: Es ist eben keine Konvergenz, sondern über die Auswirkung des Vergleichs ist (in Form der Anpassungsvereinbarung) zu verhandeln!
 - Neugier: Wie wird der vom InEK zu veröffentlichende „leistungsbezogene“ Vergleich, den beide Seiten bei der Budgetverhandlung in der Hand halten werden, letztlich aussehen.
 - Welche Zusatzinformationen werden neben dem Basisentgeltwert und den zusätzlichen individuellen Entgelte aufgeführt?
 - U. a. regionale und strukturelle Besonderheiten.

PsychVVG: Budgetverhandlung ab 2020

→ **Zweite Stufe** – Abgleich des medizinisch leistungsgerechten Budgets mit der Budgetobergrenze

Forderung/
Vereinbarung =
Kalkulation eines
medizinisch-
leistungsgerechten
Budgets

Budget-
obergrenzen-
berechnung
(BOG)

Mögliche
Vereinbarung:
Kappung an der
BOG

Mögliche
Vereinbarung:
Abschluss unter
BOG

Kosten-Erwartung
für 2020 und
Überprüfung
Angemessenheit

(Kalkulierte)
Ist-Kosten
2019

Ausnahmetatbestand

Veränderungs-
wert 2020

Gesamt-bet
rag
VB19

Ausnahmetatbestand

Gesamt-betr
ag VB20

Ausnahmetatbestand

Gesamt-
betrag
VB20

- **Zweite Stufe** – Abgleich des medizinisch leistungsgerechten Budgets mit der Budgetobergrenze
- Tarifberichtigung:
 - Weiterhin nur hälftige Korrektur, falls Tarifsteigerungen oberhalb Veränderungswert.
- Mengendeckel:
 - In Kabinettsfassung sind Leistungssteigerungen nicht verhandelbar, außer sie sind Folge einer krankenhauserplanerischen Maßnahme.
 - *Änderungsantrag: Auch Leistungssteigerungen können (schiedsstellenfähig) Budgetobergrenze anheben.*

- ➔ **Zusätzliches therapeutisches Personal gem. GBA-Richtlinie:**
 - Kommt die Anwendung der Mindestvorgaben aus der RL zum Ergebnis, dass das Krankenhaus zusätzliches Personal benötigt, so ist das auch oberhalb der Budgetobergrenze zu finanzieren (analog Psych-PV).
- ➔ **Anpassungsvereinbarung:**
 - Kann gar nicht oft genug betont werden: Kann auch eine Erhöhung des Gesamtbetrages regeln, ggf. auch oberhalb der Budgetobergrenze.
 - Krankenhäuser können bei einer Unterschreitung der Vergleichswerte auf freiwilliger Grundlage die Gründe für höhere Entgelte darlegen.
 - Fairer wäre es, die Krankenkassen zu verpflichten, falls sie eine entsprechende Budgeterhöhung verweigern, diese Weigerung sachlich zu begründen.

→ „Dritte“ Stufe – Erlösausgleiche

→ Mindererlösausgleich

- Mit dem PsychVVG wird der Ausgleichssatz für alle PSY-Einrichtungen, die das neue Entgeltsystem anwenden, auf 50% angehoben (von 20%).
 - Damit werden die Krankenhäuser zwar nicht mehr wie in der Optionsphase bis 2016 mit 95% bzgl. der Mindererlöse abgesichert, schützt aber Krankenhäuser vor größeren Fehlschätzungen.
 - Nimmt hoffentlich den Krankenkassen die allergrößte Motivation für eine weiter steigende Prüfquote ...

→ Mehrerlösausgleich

- Dass der Gesetzgeber die 100%-Rückzahlung eines Mehrerlöses in Folge eines DMI-Anstiegs nicht befristet hat, wird die Budgetverhandlung hier unnötig weiter belasten.

→ Fazit

- Die Budgetverhandlung werden sich grundsätzlich gar nicht so sehr von der bisherigen Systematik unterscheiden:
 - Es bleibt bei der Dreistufigkeit: Erst Verhandlung über medizinisch leistungsgerechtes Budget, dann Abgleich mit Budgetobergrenze, dann Ausgleiche.
- Sehr Positiv: Stärkung der örtlichen Verhandlungen:
 - Krankenhäuser haben anders als in der Konvergenzphase gem. PEPP-Entgeltsystem nun die Möglichkeit, sich gegen die Absenkung des Budgets aufgrund von Auffälligkeiten im Krankenhausvergleich zu wehren und
 - können ihrerseits „Konvergenz von unten“ erstreiten und z. T. jahrelang bestehende Unterfinanzierungen endlich beseitigen.

→ Fazit

- Kritisch:
 - Die Mindestvorgaben des GBA zum therapeutischen Personal sind bei gedeckelten Personalkosten eine Sackgasse und bzgl. Praktikabilität kritisch zu beobachten, siehe Perinatalzentren.
 - Die detailverliebte Ausgestaltung des Nachweises über die Einhaltung der Mindestvorgaben nimmt den Krankenhäusern die Luft zum Atmen, hier muss dringend mehr Flexibilität rein.
 - Dass Leistungssteigerungen außerhalb Krankenhaus-planerischer Maßnahmen nicht durchsetzbar sind, ist aufgrund der Entwicklung der psychiatrischen Erkrankungen in den letzten Jahren unverantwortlich.
 - Der 100%-Erlösausgleich von Mehrerlösen aufgrund eines Anstiegs des Relativgewichts pro Tag sollte dringend befristet werden.
 - In der Ausprägung als InEK-Veröffentlichung kann der Krankenhausvergleich erhebliche Auswirkungen entfalten. Gefahr, dass er zum Budgetabsenkungsinstrument mutiert.



Danke!



**KRANKENHAUS
ZWECKVERBAND**
Rheinland e.V.