



VKD · Heinz Kölking · Oranienburger Str. 17 · D - 10178 Berlin-Mitte

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Ministerialrat  
Dr. Michael Dalhoff  
53107 Bonn

Verband der Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.  
Oranienburger Straße 17  
D -10178 Berlin

Telefon (0 30) 28 88 59 - 14  
Telefax (0 30) 28 88 59 - 15

E-Mail [praesidium@vkd-online.de](mailto:praesidium@vkd-online.de)  
Internet [www.vkd-online.de](http://www.vkd-online.de)

Unser Zeichen

Kö/Ki

Datum

14.03.2011

## **Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d KHG**

Sehr geehrter Herr Dr. Dalhoff,

nachfolgend übermitteln wir Ihnen unsere Stellungnahme in Beantwortung Ihres Anschreibens vom 03.01.2011 AZ 215-20602-02/001.

### **Bewertung der aktuellen Situation**

Der derzeitige Prozess der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d KHG (Psych-Entgelt-system) bedarf zwingend einer Verlangsamung. Wir befürchten, daß die derzeit vorliegenden Daten das tatsächliche Leistungsgeschehen in den Kliniken nur unzureichend abbilden. Auch die Datenlage des Jahres 2011 ist noch nicht so gut, dass ein Start des Psych-Entgeltsystems in 2013 vorstellbar ist. Ein Aufschub ist daher dringend geboten. Zusätzlich sollte erwogen werden, analog zur Einführung des DRG-Systems einen optionalen Einstieg für Früheinsteiger, Normaleinsteiger und ggf. Späteinsteiger zu ermöglichen.

Hinzu kommt, dass wir derzeit nicht davon ausgehen können, dass die Vorgaben der Psych-PV beim Wechsel zum neuen Entgeltsystem vollständig umgesetzt sind. Damit wäre die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Qualität der Versorgung in der Psychiatrie abzusichern, nicht erfüllt. Wir sehen aber gerade diese Voraussetzung als essentiell für die Einführung des neuen Entgeltsystems an.

Vorrangig und von besonderer Bedeutung sind für uns die Durchführung, der Abschluss und das Ergebnis der derzeit laufenden Probekalkulation. Danach sollte es möglich sein, zu beurteilen, ob sich unter den angewandten Kalkulationsmodellen eine Methode befindet, die es mit angemessenem Aufwand ermöglicht, den unterschiedlichen Ressourcenverbrauch der Behandlung bestimmter medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen im Leistungsbereich Station (die so genannte Residualgröße) überzeugend abzubilden. Falls dem nicht so wäre, sollten als nächste Schritte Überlegungen angestellt werden, wie man durch alternative Methoden diesem Ziel der nachweisbaren Kostentrennung näher kommen kann. Für die Entwicklung und Bewertung der Kalkulationsmodelle sollte unbedingt angemessen Zeit zur Verfügung stehen.

Jedenfalls sollten alle Anstrengungen auf die ergebnisorientierte Weiterentwicklung eines geeigneten Kalkulationsverfahrens konzentriert werden. Nicht zielführend und eher hinderlich wäre es, vorrangig oder gleichzeitig die OPS-Kodes zu modifizieren. Dies würde bei zweifelhaftem Erfolg unnötigerweise die anderweitig erforderlichen Ressourcen binden und in allen Kliniken zu Zusatzaufwand und Aufregung führen. Zudem werden durch zweifelhafte Datenerhebungen negative Impulse gesetzt, da dadurch das Ziel der Einführung des Psych-Entgeltsystems, zu einer Effizienzverbesserung beizutragen, in Frage gestellt wird.

Zu den in Ihrer Anfrage aufgeführten Einzelthemen nehmen wir unter dem generellen Vorbehalt Stellung, dass die vorstehenden Ausführungen bei den weiteren Entscheidungen Berücksichtigung finden. Einige der angesprochenen „nächsten Schritte“ sind nach unserer Überzeugung verfrüht. Es sollten keine zusätzlichen Verfahren angestoßen werden, solange die bedeutsamen Grundsatzfragen nicht geklärt sind.

### **Vorbemerkung:**

Bisher liegen bereits Erfahrungen aus der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems in der Somatik vor. Es gibt aber einen grundlegenden Unterschied der Leistungsveränderungen und der damit einhergehenden Kostenveränderungen.

#### **a. Verweildauer**

In der Somatik führen Verweildauerreduzierungen in der Regel zur Verringerung der Fallkosten, bei gleichzeitigem Anstieg der Kosten je Tag. Grund dafür sind die hohen fallfixen Kosten, die z.B. durch die Operationsleistungen (= Hauptleistung) verursacht sind. Beispielhaft sei hier die Leistung der Implantation einer Hüftendoprothese genannt. Die OP-Leistungen inkl. der hohen Sachkosten für die Endoprothese beeinflussen zu einem hohen Anteil die Fallkosten dieser Leistung. Verweildauerreduzierungen führen unabhängig von den fallfixen Kosten zu niedrigeren Fallkosten (Wirtschaftlichkeitsreserven).

In der Psychiatrie hingegen gibt es keine solche Hauptleistung (= OP). Die Kosten sind fast ausschließlich tagesbezogen. Fallfixe Kosten entstehen so gut wie nicht. Die Hauptleistung wird somit jeden Tag erbracht und ist somit nicht fallbezogen.

Der Parameter Fall ist demnach im Gegensatz zur Somatik kein Kostenverursacher. Die Kosten in der Psychiatrie fallen nicht fall- sondern tagesbezogen an. Grund dafür ist u.a. die starke Konzentration auf die Therapien, die immer tagesbezogen anfallen und entsprechende Kosten verursachen.

Eine Verweildauerreduzierung führt damit nicht zu einer Kostenreduzierung je Tag, Wirtschaftlichkeitsreserven, wie wir sie aus der Somatik kennen, sind in diesem Punkt nicht zu erwarten. Es ist sogar davon auszugehen, dass die Kosten je Tag bei einer Verweildauerreduzierung steigen werden, da die Behandlung psychiatrischer Patienten zu Beginn der Behandlung am aufwändigsten ist. Zu Beginn der Behandlung ist der Betreuungsaufwand am höchsten, obwohl in dieser Zeit regelhaft noch keine Therapien durchgeführt werden können. Der Patient hat in dieser Zeit aber einen hohen Betreuungs- und Behandlungsaufwand. Erst im Laufe der Behandlung wird dieser niedriger. Erst dann können auch kodierfähige Therapien durchgeführt werden.

Die Personalkosten in der Psychiatrie sind demnach – im Gegensatz zur Somatik - fast ausschließlich variabel.

Dies bedeutet, dass zusätzliche Leistungen (tagesbezogen) nahezu 100% zusätzliche Kosten nach sich ziehen.

#### **b. Personal- und Sachkosten**

Die Sachkosten spielen in der Psychiatrie eine untergeordnete Rolle, da z.B. teure Sachkosten wie Implantate nicht anfallen. Der Personalkostenanteil in der Psychiatrie liegt je nach Schwerpunkt bei ca. 80%.

### **Zwischenfazit:**

Sämtliche Veränderungen der Leistungsmenge (Tag) sind zu fast 100% variabel. Dieser Umstand muss bei der Einführung des neuen Entgeltsystems Berücksichtigung finden.

### **Dauer und Ausgestaltung einer budgetneutralen Einführung**

Die Dauer der budgetneutralen Phase sollte mindestens zwei Jahre betragen, um den Kliniken die Möglichkeit zu geben, das neue Entgeltsystem in der Echtabrechnung zu erlernen. Speziell sei hier die Kodiertätigkeit der Kliniken erwähnt, die bis einschließlich 2012 noch nicht abrechnungsrelevant ist.

Es ist davon auszugehen, dass die Kodierqualität der Kliniken noch nicht bei 100% liegen wird. Erfahrungsgemäß steigt die Lernkurve der Kodierung bei der Einführung eines neuen Abrechnungssystems in den ersten drei bis vier Jahren.

Auch müssen Erfahrungen im Umgang mit dem MDK gemacht werden, da die Prüfungen bisher sich nicht auf die Kodierung bezogen, sondern lediglich auf die Frage der primären und sekundären Fehlbelegung.

Die Budgetfindung wird in dieser Phase noch auf Basis der Psych-PV bzw. der Bundespflegesatzverordnung erfolgen.

Bis zur Einführung der Konvergenzphase ist es den Kliniken, bedingt durch die immer weiter aufgehende sogenannte „BAT-Schere“ nicht mehr möglich, die vereinbarten Vollkräfte nach der Psych-PV zu 100% zu finanzieren. Da das (speziell therapeutische) Personal aber für die Qualität der Leistungserbringung im Zusammenhang mit den Vorgaben der Psych-PV unersetzlich ist, sollte der Ausdeckelungstatbestand in § 6 Abs. 1 Satz 4 Nummer 4 BPfIV bis einschließlich des letzten Jahres der budgetneutralen Phase gültig bleiben, der den Kliniken eine 100%-ige Ausfinanzierung des Psych-PV Personals ermöglicht. Nur durch eine solche Maßnahme ist eine qualitativ hochwertige Versorgung der psychiatrischen Patienten sicher zu stellen.

Der jetzige § 6 Abs. 4 BPfIV sieht zwar eine Möglichkeit der 100%-Finanzierung vor, geht in der Praxis jedoch leider oftmals aus den folgenden Gründen an der Zielsetzung vorbei:

- § 6 Abs. 4 BPfIV basiert auf Daten des Jahres 2008. Bis 2015 werden somit nicht alle Lohnsteigerungen refinanziert, was zwangsläufig dazu führt, dass in der psychiatrischen Versorgung Vollkräfte fehlen
- § 6 Abs. 4 BPfIV wird aktuell nur von einer Minderheit der Klinik gefordert bzw. umgesetzt, da die Krankenkassen regelhaft nicht Willens sind, den Tatbestand zu finanzieren. Um Auseinandersetzungen vor der Schiedsstelle zu vermeiden, werden i.d.R. pauschale Beträge vereinbart, die keinesfalls das inhaltlich erforderliche und politisch gewollte Ziel der Ausfinanzierung der Psych-PV erreichen können.
- Der jetzige § 6 Abs. 4 BPfIV wird durch die wenigen aktuellen Schiedsstellenentscheidungen in den einzelnen Ländern leider sehr unterschiedlich ausgelegt. Der Großteil der Schiedsstellen sah aus den unterschiedlichsten Gründen die Finanzierungsgrundlage als nicht gegeben an. Dies obwohl die Regelung aus Sicht der Kliniken eindeutig erscheint. In der Folge bedeutet dies, dass entsprechende Budgeterhöhungen erst im Rahmen eines Klageverfahrens durch die Kliniken realisiert werden könnten. Damit fehlt dieses Geld, bedingt durch die langen Klagezeiten, bei der Einführung des neuen Entgeltsystems.

Zudem sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Einführung des neuen Entgeltssystems erhebliche zusätzliche Kosten nach sich zieht, die vom gesetzlichen Systemzuschlag nicht umfassend finanziert werden. Die Einführung ist, genau betrachtet, nicht budgetneutral. Dies hat zur Folge, dass die zusätzlich erforderlichen Mittel wiederum bei der Patientenversorgung fehlen. Solche zusätzlichen Kosten entstehen beispielhaft:

- für zusätzlich benötigte Kodierassistenten und weitere Ressourcen im Medizincontrolling,
- für Anschaffung und Wartung von Software zur Kodierung und zum Gruppieren der Daten,
- für die notwendige Aufrüstung der Hardware.

Hier sollte für die Kliniken ein pauschaler Zuschlag pro Bett oder pro Fall im Budget berücksichtigt werden.

Die prospektive Leistungsplanung ist speziell in den ersten beiden Jahren mangels Erfahrung mit dem Entgeltsystem mit vielen Unbekannten verbunden.

U.a. durch die fehlende Erfahrung in der Leistungsplanung und des Umgangs mit MDK-Prüfverfahrens, sollte in der budgetneutralen Phase der Mindererlösausgleich mindestens 90% und der Mehrerlösausgleich - analog DRG-System - 65% betragen. Damit wäre zumindest gewährleistet, dass das vorhandene und eingesetzte Personal auch finanziert werden kann. Da die Kliniken hier in Vorleistungen treten müssen, erscheint dies auch sachgerecht.

### **Dauer und Ausgestaltung einer Konvergenzphase**

Da die Kliniken durch die Einführung der neuen Entgeltsystems ihre Strukturen anpassen müssen und damit zu rechnen ist, dass weitere Strukturanpassungen nötig sind, da eine Veränderung der OPS-Kodes in der Psychiatrie zu erwarten ist, sollte die Konvergenzphase insgesamt 5 Jahre andauern. In diesem Zeitraum werden die individuellen Budgets /Tagespauschalen an die landesweiten Tagessätze angepasst.

Idealerweise sollten die Konvergenzschritte jeweils 20% p.a. betragen. Für Kliniken, die nach „unten“ konvergieren, sollte – wie in der Somatik - ein Kappungsschutz eingeführt werden, der verhindert, dass die Kliniken in der Konvergenzzeit auf einen Maximum an möglichen Budgetreduzierungen reduziert sind.

Dabei ist analog zur Einführung der DRGs in der Somatik das „Ausgangsbudget“ mit dem „Zielbudget“ zu vergleichen.

Um die Leistungsveränderungen der einzelnen Kliniken zu berücksichtigen, sind diese monetär zu bewerten und dem Ausgangswert zu- bzw. abzusetzen.

Um den gegenüber der Somatik hohen tagesvariablen Anteil an Personal- und Sachkosten Rechnung zu tragen, sind Leistungsveränderungen mit mindestens 90% (erhöhend oder absenkend) zu berücksichtigen.

### **Nutzung des Entgeltsystems (Fest-, Höchst- oder Richtpreise)**

Das neue Finanzierungssystem ist zwingend als Festpreissystem einzuführen. Nur so kann die Behandlungsqualität, die maßgeblich vom variablen Personaleinsatz abhängt, sichergestellt werden. Unterschreitungen von vorgegebenen Preisen nehmen somit direkt Einfluss auf die Behandlungsqualität. Ein Festpreissystem ist zudem für alle Seiten plan- und kalkulierbar.

Höchstpreise legen das Risiko primär auf die Krankenhäuser und werden abgelehnt.

Richtpreise verteilen das Risiko auf alle Vertragspartner, die notwendige ständige Anpassung und individuelle Verhandlung erfordern jedoch regelmäßige und aufwändige Berechnungen und damit einen hohen Bürokratieaufwand.

### **Veränderung der Budgetverhandlungen**

Dazu sind differenzierte Aussagen verfrüht. Erst wenn das "wie" steht, kann das "was" konkret beleuchtet werden.

### **Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität**

Die bisherige Grundlohnsummenbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung muss spätestens mit der Umstellung auf das Psych-Entgeltsystem durch einen Orientierungswert analog Krankenhausentgeltgesetz abgelöst werden. Dabei muss geprüft werden, ob der höhere Personalkostenanteil einen gesonderten Orientierungswert für Psychiatrie und Psychosomatik bedingt.

## **Begleitende Regelungen**

Für die Teilnahme an der Notfall- bzw. Pflichtversorgung sollten Zuschläge vereinbart werden, die den entsprechenden zusätzlichen (Personal-) Aufwand berücksichtigen. Um diesen Punkt pragmatisch und einheitlich umzusetzen, sollte ein pauschaler Zuschlag vorgegeben werden.

Abrechnungsprüfungen sollten in angemessener Form unter Vermeidung von weiterem zusätzlichem Bürokratieaufwand erfolgen.

## **Psychiatrische Institutsambulanzen**

Die Bedeutung der verstärkten Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten in den psychiatrischen Kliniken ist unstrittig. Bei der Entwicklung des Psych-Entgeltsystems sollten die Schnittstellen zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen im Auge behalten werden. Nicht sinnvoll ist eine sofortige Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Hier gilt vor allem die bereits dargestellte Argumentation der zielorientierten Ressourcenbindung. Die umfassende Erfassung einheitlicher Leistungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen sollte daher derzeit nicht forciert werden.

Sehr geehrter Herr Dr. Dalhoff, die Fachgruppe Psychiatrie des VKD e.V. unter Leitung von Herrn Holger Höhmann, Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender der LVR-Klinik Langenfeld  
Tel.: 02173/102-1000/1  
Fax: 02173/102-1009  
E-Mail: holger.hoehmann@lvr.de  
Homepage: [www.akp-psychiatrie.de](http://www.akp-psychiatrie.de)  
steht Ihnen für weitere fachkundige Mitarbeit am Thema gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Heinz Kölking  
Präsident