

Modellprojekte – jetzt wird's praktisch !

Immanuel Krankenhauses, Berlin

21.09.12



Agenda

1. Ordnungspolitik im Rahmen des PsychEntgG

2. Modellprojekte nach § 64b SGB V

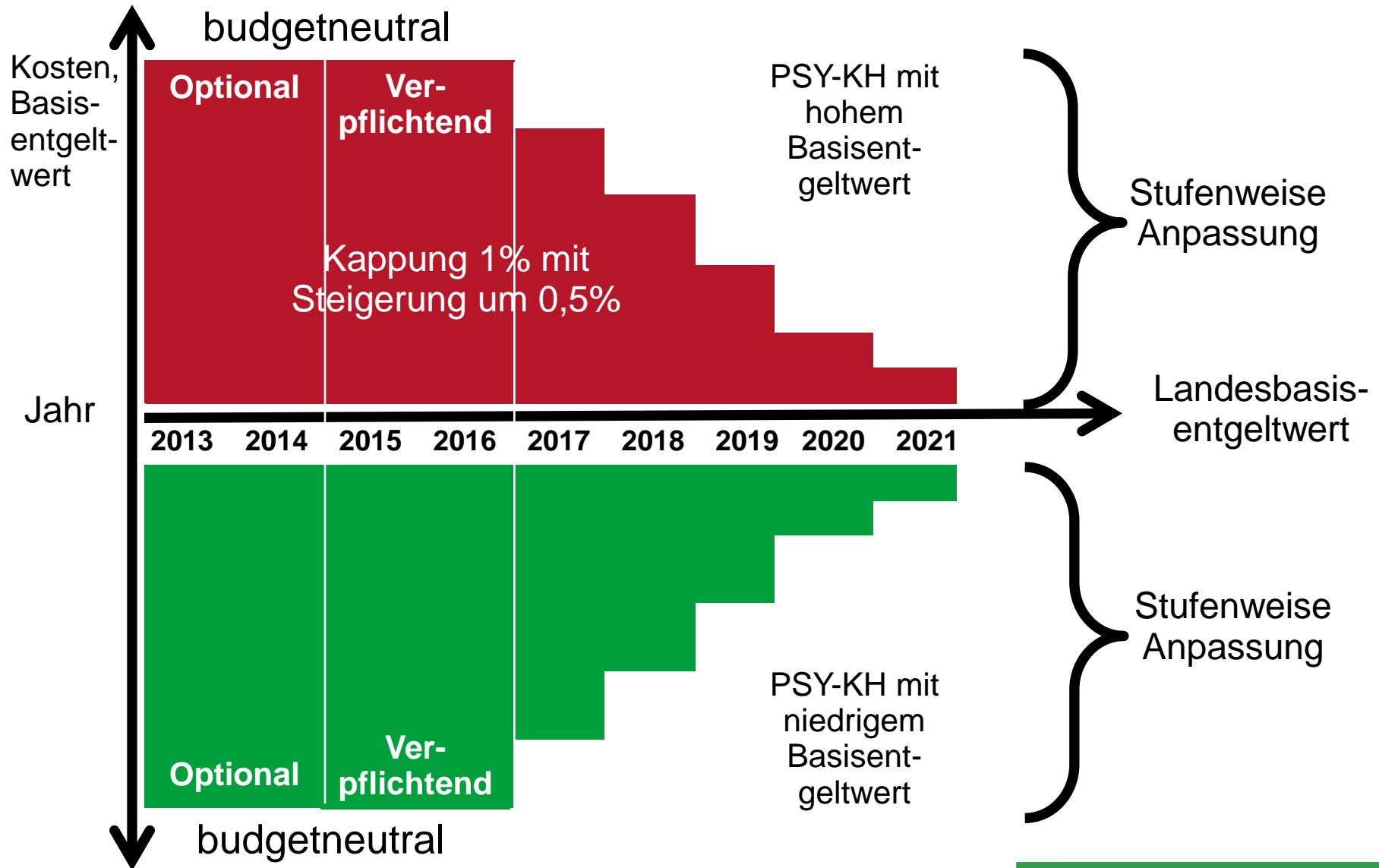
Zeitplan PsychEntgG

- **07.11.2011:** Referentenentwurf PsychEntgG
- **18.01.2012:** Kabinettbeschluss
- **02.03.2012** 1. Durchgang Bundesrat
- **22.03.2012:** 1. Lesung Bundestag
- 28.03.2012 Ausschuss f. Gesundheit: Einführung, Änderungsanträge
- 23.04.2012 Ausschuss f. Gesundheit: Öff. Anhörung
- 25.04.2012 Ausschuss f. Gesundheit: Beratung
- 13.06.2012 Ausschuss f. Gesundheit: Beratung, Abschluss
- **15.06.2012** 2./3. Lesung Bundestag
- **06.07.2012** 2. Durchgang Bundesrat
- **01.08.2012** Inkrafttreten Modellvorhaben, Tarifausgleich, O-Wert, Menge
- **01.01.2013** Inkrafttreten der übrigen Regelungen

Wesentliche Inhalte des Gesetzes

- **Optionaler Einstieg für die Krankenhäuser in das neue Psych-Entgeltsystem in 2013 und 2014**
- **Verpflichtende und budgetneutrale Anwendung in 2015 und 2016**
- **Fünfstufige Konvergenzphase der krankenhausespezifischen Preise auf einen Landesbasisentgeltwert von 2017 bis 2021 (Kappungsregelung für Budgetabsenkung)**
- **Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf leistungsorientierte Entgelte (sowie zusätzlich Zusatzentgelte, hausindividuelle Entgelte, Zu- und Abschläge, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**
- **Stärkung der Qualitätssicherung (G-BA-Richtlinien)**
- **Stärkung sektorübergreifender Ansätze durch Vorgaben für sektorenübergreifende (§ 64b SGB V) sowie Einführung psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)**

9-jähriger PSY-Einführungszeitraum



Psychosomatische Institutsambulanzen § 118 Abs. 3

■ Sachverhalt

In Abs. 3 wird geregelt, dass auch für psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 Abs. 2 SGB V möglich ist. Dies soll die sektorübergreifende Versorgungsmöglichkeit stärken.

■ Bewertung

Die medizinische Notwendigkeit von psychosomatischen Institutsambulanzen in der Regelversorgung wird nicht gesehen, somit ist diese Änderung abzulehnen.

Die psychosomatische Versorgung ist überwiegend ambulant geprägt und somit vorwiegend von niedergelassenen Vertragsärzten sicherzustellen. Sollte das ambulante Versorgungsangebot nicht ausreichend und der Versorgungsbedarf nicht gedeckt sein, haben Zulassungsausschüsse im konkreten Fall die Möglichkeit, Ermächtigungen für die Erbringung von psychosomatischen Leistungen an geeigneten Einrichtungen zu erteilen. Durch diese Regelung werden Doppelstrukturen in der Versorgung Vorschub geleistet und es besteht die Gefahr einer Parallelversorgung, die nicht zur Verbesserung der medizinischen Qualität beiträgt. Die daraus resultierenden signifikanten Ausgabensteigerungen werden die Versichertengemeinschaft in unnötiger Weise belasten.

Geriatrische Institutsambulanzen als neuer § 118a SGB V

■ Sachverhalt

Es ist vorgesehen, geriatrische Institutsambulanzen zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die nähere Ausgestaltung des Inhalts, des Umfangs, der betreffenden Patientengruppen, der Voraussetzung an die Leistungserbringung und der Anforderungen an die Qualitätssicherung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Kommt eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande, ist eine Konfliktlösung über ein erweitertes Bundesschiedsamt vorgesehen.

■ Bewertung

Die Einführung Geriatrischer Institutsambulanzen wird abgelehnt. Eine bundesweite Regelung zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten ist nicht erforderlich, da in Abhängigkeit der bundeslandspezifischen Strukturen der geriatrischen Versorgung bereits geriatrische Versorgungsmodelle in den Bundesländern bestehen. Die Einführung einer bundesgesetzlichen Regelung zu geriatrischen Institutsambulanzen würde zu nicht sachgerechten Doppelstrukturen führen.

Änderungsanträge der Fraktionen im Bundestag zur Anhörung am 23.04.2012

■ Regierungsfractionen

→ Einführung von Geriatrischen Institutsambulanzen



→ Möglichkeit der Krankenhausbehandlung durch nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte



■ Bündnisgrüne

→ Einberufung einer Expertenkommission zur Umsetzung PsychEntgG



→ Verbesserung der Möglichkeiten für Modellprojekte nach § 64b SGB V



→ Weitergeltung Psych-PV für alle KH bis 2016



→ Verbesserung des Mehr-/Mindererlösausgleich zugunsten der KH



→ Abschlag für Nichtbeteiligung an der regionalen Pflichtversorgung



→ Einführung eines Orientierungswerts






■ Die Linken

→ Verbesserung der DRG-Begleitforschung durch Kommission



Bewertung

Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung des BMG vom 03.05.2012

<p>Anteiliger Orientierungswert 2013</p>	<ul style="list-style-type: none">• Umsetzung erfolgt im Rahmen einer Selbstverwaltungslösung mit Verhandlungskorridor• Grundlohnrate wird als Obergrenze um den verhandelten Anteil des die Grundlohnrate überschreitenden Betrags des Orientierungswerts erhöht• Konfliktlösung erfolgt über die Bundesschiedsstelle• Fristen werden vorgegeben	
<p>Tarifausgleich und Leistungsentwicklung 2012</p>	<ul style="list-style-type: none">• Übergangsweise 2-jährige Mehrleistungsabschläge mit gesetzlicher Fixierung• Ausnahmen von den Mehrleistungsabschlägen aufgrund besonderer Qualitätsvereinbarungen sind möglich• Tarifausgleich 2012 zu 50% des Unterschieds zwischen Grundlohnrate und Tarifraterate	
<p>Forschungsauftrag für die Selbstverwaltungspartner</p>	<ul style="list-style-type: none">• Leistungsdynamik• Einflussgrößen• Finanzielle Auswirkungen• Gemeinsame Lösungsvorschläge	

Änderungsanträge der Regierungsfractionen vom 06.06.2012 im Überblick I/IV

Kurzbeschreibung

Inhalt

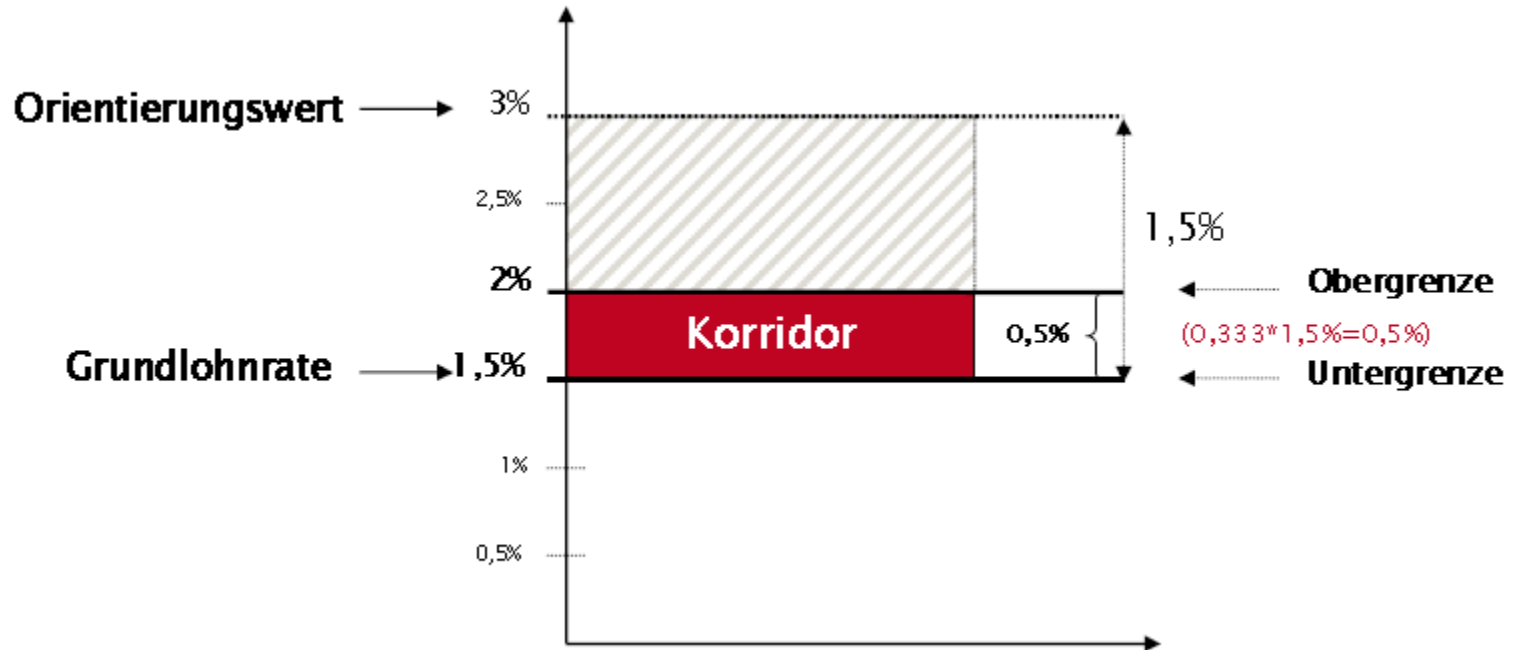
Bewertung

Orientierungswert, Tarifsteigerungen 2012, Psych-PV-Nachverhandlung

- Vereinbarung einer Tariferhöhungsrate durch SV für 2012 analog zu 2009 (50% Finanzierung); Nachverhandlung der LBFW 2012 oder einvernehmliche Verschiebung auf 2013
- Veröffentlichung des Orientierungswert (OW) durch das StaBA bis 30.09.
- Vereinbarung eines Veränderungswerts (VÄW) als Preisobergrenze durch die SV bis 31.10.; bei Nichteinigung entscheidet Schiedsstelle bis 15.11.; LBFW-Vereinbarung bis 30.11.
- $OW < \text{Veränderungsrate (VÄR)}$: $VÄW = OW$
- $OW > VÄR$:
 - Somatik: $VÄW = VÄR$ zzgl. **bis zu** 1/3 der Differenz zwischen VÄR und OW
 - Psych: $VÄW = VÄR$ zzgl. 40% der Differenz zwischen VÄR und OW
- Weitergeltung Psych-PV **für alle** KH bis 31.12.2016; Nachweis der Mittelverwendung durch Jahresabschlussprüfer

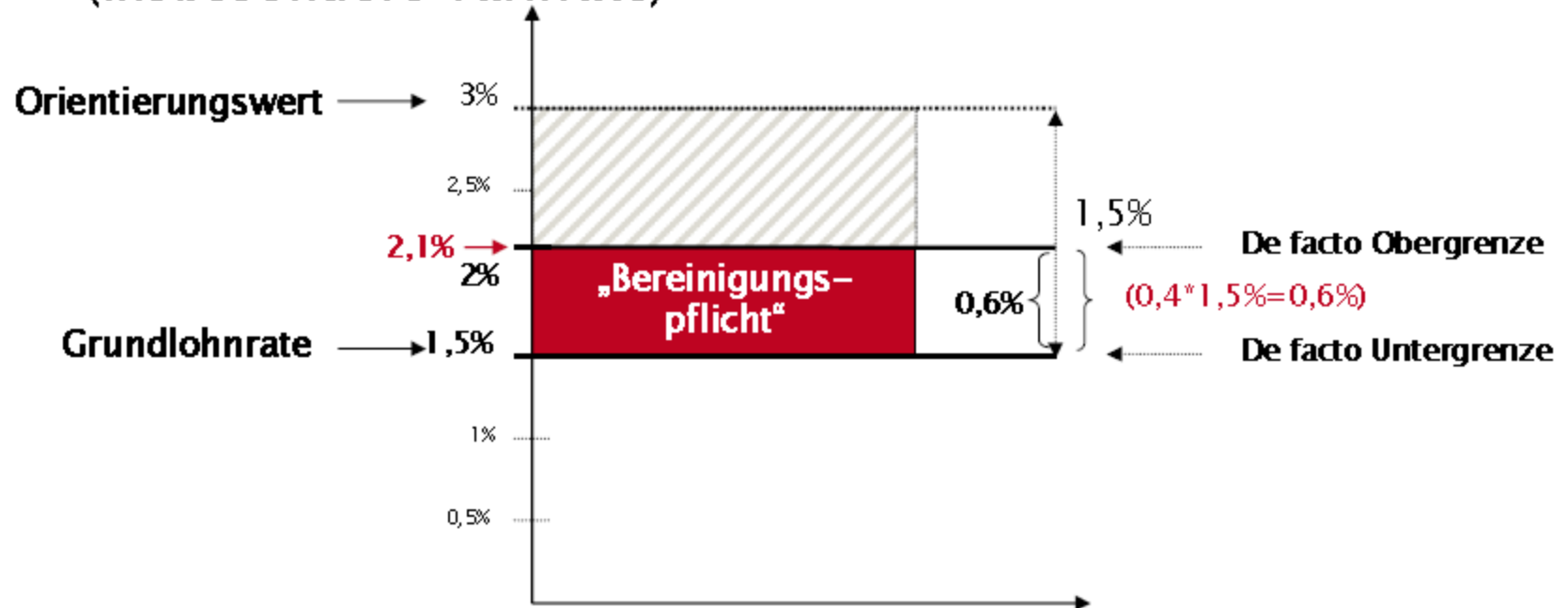
- Ablehnung des Tarifausgleichs 2012, da in den LBFW bereits antizipiert; Forderung nach Tarifabschlag analog 2009 (Mehrkosten GKV: 230 Mio. €)
- Ablehnung des Orientierungswerts, da Reduktion der Wirtschaftlichkeitsanreize für KH
- Verhandlungslösung in der Somatik ist besser als Psych-Regelung
- Ablehnung Nachverhandlungsmöglichkeiten Psych-PV, da größtenteils bereits umgesetzt und Anreize für Optionshäuser vermindert werden
- Positiv ist Nachweisverpflichtung zur Mittelverwendung, aber nicht ausreichend

Veränderungswert Somatik – Fiktives Beispiel



Veränderungswert Psych – Fiktives Beispiel

- Orientierungswert > Grundlohnrate
 - Vereinbarung des Veränderungswertes
 - Kein Verhandlungskorridor, aber Bereinigungspflicht (insbesondere Tarifraten)



Änderungsanträge der Regierungsfractionen vom 06.06.2012 im Überblick II/IV

Kurzbeschreibung	Inhalt	Bewertung
Erbringung von allgemeinen KH-Leistungen (Psych+Somatik)	→Erbringung von KH-Leistungen durch nicht im KH angestellte Ärzte (Honorarärzte)	→Ablehnung, da Erlösoptimierung auf Kosten der ambulanten Versorgung sowie Leistungsausweitung unabhängig von Versorgungsverträgen →Kaum Kontrollmöglichkeiten für GKV
Anreiz zur Nutzung der Optionsjahre	→Mindererlösausgleichssatz jetzt 95% statt 75% →Angepasste Mehrerlösausgleichssätze für – 2013 und 2014 →65% – ab 2015 <ul style="list-style-type: none"> • bis 5% Mehrerlöse → 85% • über 5% Mehrerlöse → 90% 	→Ablehnung beider Regelungen, weil Reduktion der Wirtschaftlichkeitsanreize aufgrund übermäßiger Schutzmechanismen →Anscheinend nur deshalb Verbesserung, um reduzierten Umstiegsanreiz aufgrund Weitergeltung Nachverhandlung Psych-PV für alle KH zu kompensieren

Änderungsanträge der Regierungsfractionen vom 06.06.2012 im Überblick III/IV

Kurzbeschreibung	Inhalt	Bewertung
Mengenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> → Gemeinsamer Forschungsauftrag der SV zur Leistungsentwicklung bis 30.06.2013 → Vergütungsabschlag von 25% für Mehrleistungen in 2013 und 2014 sowie Ausnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> → Forschungsauftrag wird begrüßt aber zeitlich ambitioniert → Prozentsatz zu gering, kaum Steuerungswirkung, nach 2015 unklar
Elektronischer Datenaustausch zwischen KH und PKV	<ul style="list-style-type: none"> → Datenübermittlung in elektronischer Form und nicht mehr maschinenlesbar 	<ul style="list-style-type: none"> → Unkritisch, Verwaltungsvereinfachung für PKV
Fristverlängerung für Optionserklärung	<ul style="list-style-type: none"> → Erklärung zur freiwilligen Teilnahme am neuen Entgeltsystem möglich zwischen 31.12. und der Aufforderung zur Budgetverhandlung 	<ul style="list-style-type: none"> → Ablehnung, da Widerspruch zur Prospektivität der Budgetverhandlungen
Bericht vor Eintritt in Konvergenzphase	<ul style="list-style-type: none"> → Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems und Erkenntnisse zu Psych-Modellvorhaben bis 30.06.2016 	<ul style="list-style-type: none"> → Positiv, da Vergleich Regelversorgung vs. Modellprojekte möglich → Forderung nach unmittelbarer Beteiligung der Modellprojektpartner

Änderungsanträge der Regierungsfractionen vom 06.06.2012 im Überblick IV/IV

Kurzbeschreibung	Inhalt	Bewertung
Finanzierung zusätzlicher Leistungen in der Konvergenzphase	→ Höhere Vergütungssätze für zusätzliche Leistungen während der Konvergenzphase	→ Ablehnung, da eine Belohnung für mehr Mengen das bereits bestehende Mengenproblem weiter verschärft
Modellvorhaben	→ Bessere Berücksichtigung von Home-Treatment und KJP* → Mindestens 1 Modellvorhaben je Bundesland → Übermittlung Evaluierungsdaten an InEK	→ Positiv, da Vielfalt der psychiatrischen Versorgung besser abgebildet wird → 31.12.2012 als Frist zur Vereinbarung der Datenübermittlung an InEK knapp bemessen
QS in der psychiatrischen Versorgung	→ Empfehlungen des GBA zur Personalausstattung sollen das gesamte behandelnde Fachpersonal umfassen → Entwicklung spezieller Qualitätsmarker in der KJP* durch den GBA	→ Die Regelungen sind unschädlich
Inkrafttreten	→ Regelungen zum Forschungsauftrag zur Leistungsentwicklung, Modellvorhaben, Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und Verhandlungen zum Veränderungswert treten zum 01.08.2012 in Kraft	→ Die Änderungen sind sachgerecht

* Kinder- und Jugendpsychiatrie

Weitere Verhandlungsbedarfe in Folge des PsychEntgG

- **AG Veränderungswert (Psych/Somatik sowie Tarif)** 10.08.2012
- **AG Forschungsauftrag Menge/Mengenentwicklung** 17.07.2012
- **AG Abrechnung (PEPP-Abrechnungsregeln)** 26.07.2012
- **AG Datenübermittlung Modellprojekte Psych** 01.10.2012
- **AG Psychosomatische PIA** offen
- **AG Geriatrische Institutsambulanzen** 05.09.2012

Kostenschätzung PsychEntgG für die GKV

Regelungsgegenstand	Einsparungen	Zusätzliche Kosten
Erfüllungsaufwand der Verwaltung	2017-2022: 345.000 €	2013: 404.000 € 2014: 199.000 € 2015: 298.000 € 2016: 298.000 € InEK jährlich 100.000 €
Vergütungsabschlag für Mehrleistungen	2013: 10.000.000 € 2014: 300.000.000 €	
Tarifausgleich 2012		Ab 2012: 230.000.000 €
Mindererlösausgleich		2013: 21.000.000 € 2014: 44.000.000 €
Mehrerlösausgleich		2013: 6.000.000 € 2014: 11.000.000 €
Summe 2012-2014	310.000.000 €	772.000.000 €
Saldo		462.000.000 €*

*In dem Informationsschreiben von Herrn Bahr vom 17.07.2012 an die die Abgeordneten der Regierungsfraktion (KHT vom 24.07.2012) wird ein Betrag in Höhe von insgesamt 630 Mio. € an zusätzlichen Ausgaben genannt, davon entfallen 82 % auf die GKV → 517 Mio. €. Dieser Betrag lässt sich rechnerisch jedoch nicht nachvollziehen.

Quelle: BMG, eigene Berechnungen

Agenda

1. Ordnungspolitik im Rahmen des PsychEntgG

2. Modellprojekte nach § 64b SGB V

Modellvorhaben nach § 64b SGB V (neu) (I/II)

■ Ziel:

- Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen
- Verbesserung der Patientenversorgung
- Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung
- Berücksichtigung der Besonderheiten der Psych-Versorgung:
 - Lange Betreuungsdauer
 - Wiederholte Kontakte
 - Hohe Zahl der einzubeziehenden Akteure

■ Vertragspartner:

- Direktvertragliche Ausgestaltung (einzelne Krankenkasse oder Verbände)
- Explizite Nennung privater Krankenversicherungen
- Einzelner Leistungserbringer oder Gruppe von Leistungserbringern

■ Keine Einwilligung oder Einschreibung erforderlich bei gleichbleibendem Datenhandling

Modellvorhaben nach § 64b SGB V (neu) (II/II)

- **Sektorenübergreifend (insb. unter Berücksichtigung der PIAs)**
- **Beibehaltung der bestehenden Leistungs-/ regionalen
Versorgungsverpflichtung**
- **Notwendigkeit zur wissenschaftlichen Begleitung durch einen
unabhängigen Sachverständigen und Publikation**
- **Genehmigung:**
 - Keine Notwendigkeit zur Satzungsregelung
 - Nur Vorlagepflicht bei den Aufsichtsbehörden
- **Zeitraum: zeitlich befristet auf acht Jahre mit Möglichkeit zur
Verlängerung:**
 - Bei Zustimmung der Aufsichtsbehörden
 - Auf Grundlage der Begleitforschungsergebnisse
- **Vorgaben zur Leistungsdokumentation und Datenübermittlung**
 - Vorgabe der §§ 295, 301 SGB V, § 21 KHEntgG sind zu beachten
 - Gesonderte Dokumentation zu spezifischen Leistungsinhalten an das InEK

Bewertung des AOK-Bundesverbandes

- **Verbesserung der Transparenz und Leistungsorientierung wird begrüßt**
- **Technische Umsetzung des Gesetzes entspricht DRG-Regelungen, ohne spezifische Probleme anders zu lösen (wie Umgang mit Mengementwicklung, Ausgleich von Kodiereffekten)**
- **Befürchtet wird der weitere Ausbau stationärer Kapazitäten**
 - Bettenauslastung von ca. 95 % im Bereich der Psychiatrie
 - Derzeit ist von einem jährlichen Bettenaufbau von 500-1000 Betten auszugehen
- **Die Regelungen zur Weiterentwicklung von Modellvorhaben als eine Erweiterung des Handlungsrahmens für Krankenkassen werden begrüßt**
 - Diese haben das Potenzial, die Überlegenheit einer von Krankenkassen organisierten Versorgung gegenüber der klassischen sektoralen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu belegen.
 - Damit besteht die Möglichkeit, durch konsequenten Ausbau von Modellprojekten entscheidende innovative sowie qualitativ hochwertige Versorgungs- und Vergütungsformen zu implementieren.

Konsequenzen zur erfolgreichen Umsetzung des § 64b für die AOK I/II

- Ziel ist die Verbesserung der Versorgung sowie die Reduktion bzw. Komplementierung rein stationärer Kapazitäten für psychiatrische und psychosomatische Versorgung zugunsten sektorübergreifender Versorgungsansätze
- Abschluss einer möglichst hohen Zahl an Verträgen
- Die Versorgungsbudgets sollten kassenartenübergreifend ausgestaltet werden
- Die Versorgungsbudgets können sich in der konkreten Ausgestaltung unterscheiden. Sie sollten aber alle zumindest die Versorgungsarten voll-, teilstationär und psychiatrische Institutsambulanzen integrieren und darauf ausgerichtet sein, die vollstationäre Versorgung quantitativ zu reduzieren. Darüber hinaus sollte angestrebt werden, den vertragsärztlichen fachärztlichen Bereich einzubeziehen

Konsequenzen zur erfolgreichen Umsetzung des § 64b für die AOK II/II

- Die Verträge müssen die Möglichkeit zum Controlling von Qualität und Kosten auch gegenüber der Regelversorgung ermöglichen
- Die Erfordernisse aus § 17d KHG müssen bedient werden
- Um die Ausgabenentwicklung zu messen, ist eine Kostenkalkulation vor und nach der Umsetzung eines Modellprojekts durchzuführen
- Um eine Konsolidierung der Ausgabenentwicklung zu erreichen, müssen Kriterien entwickelt werden, die Fehlbelegung vermeiden
- Um den aktuellen Versorgungsstand zu verbessern, können zunächst Anfangsinvestitionen erforderlich sein

Fazit: Modellvorhaben sind ein geeigneter Ansatz zur Verbesserung der Versorgung

- Das eigentliche Ziel des Psych-EntgG ist die Umstellung der Finanzierungsgrundlagen in der stationären psychiatrischen Versorgung
- Die bisherige Regelversorgung mit ihren Defiziten bleibt bestehen, da sich zu deren Verbesserung keine Regelungen im Gesetz finden
- § 64b SGB V (neu) ist ein Ansatz, die Überlegenheit einer sektorübergreifender Versorgung modellhaft gegenüber der bisherigen Versorgung unter Beweis zu stellen
- Dazu ist es notwendig, möglichst viele Modellprojekte zu initiieren, um auf Grundlage dieser Erfahrungen die psychiatrische Regelversorgung schon in der Konvergenzphase ab 2017 weiter zu entwickeln

Weitere Aktivitäten

- **Weitere Abstimmungsrunden mit Leistungserbringerverbänden (APK und ackpa) sowie Verband der Ersatzkassen (vdek) zur Entwicklung von Modellvorhaben**
 - Schaffung eines gemeinsamen Verständnis von Modellprojekten
 - Entwicklung eines einheitlichen Vorgehens
 - Erstellung gemeinsamer Papiere zur Förderung von Modellprojekten
 - Durchführung gemeinsamer Infoveranstaltungen

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**

