



**BAG**  
Psychiatrie

---

Bundesarbeits-  
gemeinschaft  
der Träger  
Psychiatrischer  
Krankenhäuser

## **Stellungnahme**

**der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser**

**in Deutschland**

zum

### **Referentenentwurf**

des "Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (PsychVVG)"

für die **Anhörung**

im Bundesministerium für Gesundheit  
in Bonn am 17. Juni 2016

## **1 Notwendigkeit der BAG-Stellungnahme**

---

Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen hat insbesondere für solche psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser grundlegende Bedeutung, die im Rahmen ihrer zugewiesenen regionalen Versorgungspflichten einschließlich hoheitlicher Aufgaben keine Risikoselektion ihrer Versorgungszielgruppen betreiben und dies aufgrund ihrer rechtlichen Verpflichtung auch nicht dürfen.

Die BAG Psychiatrie Deutschland vertritt die Träger von rund 64.000 Krankenhausbetten, tagesklinischen Plätzen und ihren Institutsambulanzen der akuten Versorgungspsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland. Als Vorsitzende ist es meine Pflicht darzulegen, welche fördernden und welche möglicherweise konterkarierenden Wirkungen die rechtliche Ausgestaltung eines neuen Finanzierungssystems auf die psychiatrische Akutversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben wird und durch welche konkreten Änderungen im Gesetz die versorgungspolitisch relevante Sicherstellung der Akutversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiterhin möglich ist und unter welchen Voraussetzungen die Versorgung zum Beispiel durch Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden kann.

Anschrift: BAG-Psychiatrie c/o kbo – Kliniken des Bezirks Oberbayern, 80538 München

Vorsitzende: Dr. Margitta Bormann-Hassenbach, Telefon 089 5505227-11, Fax 089 5505227-27, E-Mail [margitta.bormann-hassenbach@kbo.de](mailto:margitta.bormann-hassenbach@kbo.de)

Bankverbindung: Geschäftsstelle BAG, HypoVereinsbank München, BLZ 700 202 70, Konto-Nr. 153 22 507

Der Referentenentwurf für ein neues PsychVVG zielt darauf ab, die am 18. Februar 2016 durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Fraktionen der CDU/CSU und der SPD vorgelegten „Eckpunkte“ in eine gesetzliche Vorschrift umzusetzen. Die politischen Zielsetzungen der Eckpunkte wurden sehr begrüßt. Die BAG Psychiatrie hat gemeinsam mit den weiteren wissenschaftlichen Gesellschaften und den Verbänden am 16.03.2016 in einem Brief an Herrn Gesundheitsminister Gröhe erläutert, wo die Schwerpunkte bei der Umsetzung liegen müssen.

Die BAG Psychiatrie hat die allgemeine gemeinsame Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Verbände vom 14.06.2016 zum Referentenentwurf eines PsychVVG (19.05.2016) mitgezeichnet (Anlage 1).

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden zu den allgemeinen Kapiteln der gemeinsamen Verbändestellungnahme „1 Der Referentenentwurf“ und „2 Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung“ von der BAG Psychiatrie keine Ergänzungen beigetragen.

Wesentliche Ergänzungen der BAG erfolgen für die Kapitel der Verbändestellungnahme

- „ Grundsätzlicher Änderungsbedarf“
- „ Beispiele für den Änderungsbedarf“

Ferner wird ein neues Kapitel angefügt

- „ Spezieller Änderungsvorschläge für ein PsychVVG mit Begründungen

## 2 Grundsätzlicher Änderungsbedarf

---

Durch den Referentenentwurf werden wichtige Weichenstellungen vorgenommen, die wesentliche Aspekte des aktuell in der Entwicklung befindlichen Entgeltsystems ablösen und die Behandlungsmöglichkeiten erweitern können. Die Abkehr von einem pauschalierenden Preissystem und die Weiterentwicklung des Entgeltsystems als Budgetsystem erfordern eine durchgängige, systematische Umsetzung in den Regelungen und rechtlichen Ausgestaltungen. Im vorliegenden Referentenentwurf sind diese Weichenstellungen in einigen wichtigen Regelungsbereichen nicht konsequent, mehrdeutig oder widersprüchlich umgesetzt. Dadurch kann sich die positiv intendierte Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik in das Gegenteil verkehren. Vor diesem Hintergrund und der Fülle von neuen Regelungen und Vereinbarungen, die zu erarbeiten sind, ist es auch sinnvoll, die Optionsphase und die budgetneutrale Phase um ein Jahr zu verlängern und ab 2020 mit den dann vorliegenden neuen GBA-Vorgaben in den Echtbetrieb mit dem neuen Entgeltsystem zu starten.

Insbesondere besteht in folgenden Bereichen ein grundsätzlicher Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf:

- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten
- Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen
- Sicherstellung der erforderlichen krankenhausespezifischen Strukturleistungen
- Eindeutige und durchgängige Systematik zur Budgetfindung und Abrechnung
- Definition und Durchführung eines Krankenhausvergleichs zur Orientierung
- Nachweispflichten
- Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen
- Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen

### 3 Beispiele für den grundsätzlicher Änderungsbedarf

---

#### **Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten**

Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die wesentliche Grundlage und ein zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Die Berücksichtigung auch der besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Erkrankungen sowie von älteren Menschen und Hochbetagten müssen in die Definitionen und Bestimmungen mit einbezogen werden.

Aus Sicht der BAG betrifft die bundeseinheitliche Standortdefinition und die geodatenbasierte Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders, da gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten für deren Versorgungswirksamkeit elementar ist. Hier müssen die divergenten Anforderungen zwischen der allgemeinmedizinischen Versorgung mit Zentralisierung und Konzentration von Versorgungskapazitäten dem versorgungspolitisch bisher konsentierten Ziel einer regionalen, gemeindenahen psychiatrischen Versorgung gegenüber gestellt werden. Für die Erreichbarkeit psychiatrischer Versorgungsstrukturen sind überwiegend engere Zeitvorgaben anzusetzen als für die allgemeinmedizinische stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung, da gerade schwerer kranke Patienten überwiegend weniger mobil sind und auch öffentliche Verkehrsmittel krankheitsbedingt oft keine Alternative sind.

#### **Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten**

Ein wesentliches Argument für die Umkehr auf ein Budgetsystem ist die Erkenntnis aus der Entwicklung des PEPP-Entgeltkataloges, dass sich ein Großteil der Kostenunterschiede nicht anhand von pauschaliert kalkulierbaren Leistungsunterschieden erklären lassen.

Besonders sichtbar wurden die Grenzen der Pauschalierung hinsichtlich der regionalen Akut- / Notfallversorgung und der Pflichtversorgung einschließlich hoheitlicher Aufgaben. Weitere hausindividuelle Strukturunterschiede, die sich nicht auf eine Differenzierung in effizientere oder weniger effiziente bauliche Strukturen oder Prozesse reduzieren lassen sondern versorgungsrelevante Strukturqualität adressieren, können klar formuliert werden. Sie stellen eigenständige Strukturleistungen dar und sind als solche krankenhausindividuell zu finanzieren. So sind regionale psychiatrische Stand-alone-Tageskliniken im Betrieb teurer als stationsintegrierte Tagesklinikplätze oder auch als Tageskliniken im direkten Standortverbund mit einer vollstationären Klinik. Stand-alone Tageskliniken sind aber dennoch wirtschaftlich, da die integrierten Tagesklinikplätze oder Tageskliniken im Standortverbund für weiter entfernten Gemeinden nicht versorgungswirksam sind. Das heißt, integrierte Tageskliniken verhindern und verkürzen keine vollstationären Aufnahmen aus weiter entfernten Gemeinden. Nachvollziehbar müssen diese hausindividuellen strukturellen Besonderheiten KH-individuell finanziert werden. Das gleiche gilt für psychiatrische Satellitenstationen an Allgemeinkrankenhäusern.

Auch die Akut- und Notfallversorgung weist von Klinik zu Klinik unterschiedlich hohe Kosten auf. Sie ist eine nicht standardisierbare Leistung. Vergleichsuntersuchungen von 10 Kalkulationskrankenhäusern verteilt über Deutschland haben auf Basis eines abgestimmten Kalkulationsprozesses ergeben, dass die Akut- und Notfallversorgung zwischen 3 und 9% der Kosten des jeweiligen Krankenhauses ausmachen. Die Akut- und Notfallversorgung sind daher krankenhausesindividuell zu verhandeln und zu vergüten.

Vernetzungsaufgaben im Rahmen der Pflichtversorgung sind krankenhausesindividuell innerhalb der jeweiligen Versorgungsregionen zu gestalten und können nicht in einem Pauschalsystem leistungsgerecht kalkuliert werden. Diese Aufgaben entsprechen wesentlich den Aufgaben des erst kürzlich gesetzlich ausgestalteten Versorgungsmanagements im §11 Absatz 4 SGB V. Gerade in der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt der Übergang aus der vollstationären in eine weitergehende medizinisch-psychiatrische, rehabilitative, pflegerische Versorgung oder gemeindenaher Anbindung weiterversorgender psychiatrischer Strukturen z. B. gemäß SGB XII eine kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Um die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen, bedarf es eines umfassenden, frühzeitig einsetzenden und sektorübergreifenden Versorgungsmanagements. Im GKV-VstG ist ausdrücklich geregelt, dass dieses Versorgungsmanagement Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung der Versicherten ist. Genau solche Leistungen werden im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung mit dem Terminus „Vernetzungsaufgaben“ umfasst. Dabei sind im psychiatrischen Versorgungsmanagement auf Einzelpatienten beziehbare Leistungen wie „Fallkonferenzen“ mit Versorgungspartnern zur Versorgungsplanung ebenso umfasst, wie auch die Abstimmung von Regelungen zur kontinuierlichen Verbesserung von Prozessschnittstellen mit dem Ziel, die Prozesse des Versorgungsmanagements für die Patienten immer effizienter zu gestalten. In der psychiatrischen Krankenhausversorgung ist dieses Versorgungsmanagement innerhalb der Pflichtversorgungskliniken seit vielen Jahren etabliert.

Weiter gibt es auch baulich-strukturelle, qualitätsbegründete krankenhausesindividuelle Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser mit Kostenunterschieden im Betrieb, die nichts mit unterlassenen Investitionen oder unwirtschaftlichen Prozessen zu tun haben. Vorgaben zu Stationsgrößen generell mit Versorgungsqualität in Verbindung zu bringen, wie es in der Psych-PV angelegt ist, muss heute aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sicher abgelehnt werden. Es gibt jedoch hinreichende Evidenz, dass auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen unter beschützenden Bedingungen für selbst und fremdgefährdende Patienten die Stationsgröße, d.h. sowohl die Anzahl der anwesenden Patienten als auch der zu Verfügung stehende Platz und die Anzahl des pflegerischen und therapeutischen Personals einen signifikanten Einfluss auf Gewalt- und Zwang auf solchen Stationen hat (Milieu). Auch für Menschen mit Intelligenzminderung und Menschen mit Mehrfachbehinderungen und psychiatrischen Behandlungsbedarf oder ältere und hochbetagte, auch multimorbide Patienten mit psychiatrischem Behandlungsbedarf und ebenso wie für Kinder- und Jugendliche gibt es therapeutisch wirksame baulich-strukturelle Faktoren, die berechtigt zu KH-individuellen Betriebskostenunterschieden führen.

Krankenhausesindividuelle Strukturleistungen können auch besondere, überregionale Aufgaben umfassen.

## **Eindeutige und durchgängige Systematik zur Budgetfindung und Abrechnung**

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen zur Budgetfindung stellen in erheblichem Maß auf die bisherigen Regelungen der empirischen Kalkulation ab, wie sie im

Rahmen des PEPP-Systems durchgeführt wurde und die an den Prinzipien eines Durchschnitts-Preissystems orientiert ist. Eine Budgetfindung auf der Basis von Ergebnissen dieser Kalkulation ist systemwidrig. Die Regelungen zur Budgetfindung müssen sich an der Budgetsystematik ausrichten sonst handelt es sich um ein Preissystem (siehe konkrete Änderungsvorschläge).

### **Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen und des medizinisch leistungsgerechten Budgets**

Es ist zu begrüßen, dass der Referentenentwurf die Entwicklung von verbindlichen Mindeststandards für die Personalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgibt. Diese sollen ab 2020 vorliegen. Klare Regelungen, die die Entwicklung von aufgabenbezogenen Personalanhaltszahlen festlegen, sind jedoch bisher im Gesetzestext nicht vorhanden. Unmissverständliche und für alle Beteiligten praktikable Vorgaben sind dazu erforderlich.

Aus Sicherstellungsgründen müssen diese Vorgaben flexible Rahmenseetzungen sein, die eine praktikable Umsetzung ermöglichen. Dazu müssen die Kliniken aus Sicherstellungsgründen die Flexibilität erhalten, bestimmte Aufgaben und Leistungen kompetenzorientiert und nicht ausschließlich berufsgruppenbezogen zu erbringen. Normative Vorgaben zur Sicherstellung der erforderlichen Qualität können hier hilfreich sein.

Umfassende und verbindliche Personalvorgaben sind ohne gleichzeitige vollständige Refinanzierung von tariflich bedingten Personalkosten-Steigerungen nicht hinnehmbar. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Nicht-Ausfinanzierung von Tarifsteigerungen geht von der falschen ökonomischen Überzeugung aus, dass eine tarifkonforme Vergütung des Personals im Krankenhaus nicht wirtschaftlich sei. Das Gegenteil ist der Fall und zwischenzeitlich auch für die Personalfinanzierung im §84 Absatz 2 Satz 5 SGB XI so festgestellt worden. Tarifkonforme Vergütung ist wirtschaftlich. Deshalb müssen die Tarifsteigerungen für das erforderliche Personal auch zu 100% finanziert werden.

Grundsätzlich muss bei den Regelungen zu quantitativen und qualitativen Personalvorgaben - im Sinne kommunizierender Röhren - auch sichergestellt werden, dass tatsächlich ein medizinisch leistungsgerechtes Budget ausfinanziert wird.

### **Nachweisverpflichtung**

Das grundsätzliche Prinzip, dass die im Rahmen der Budgetverhandlung vereinbarten Mittel auch für den vereinbarten Zweck - wie die adäquate psychiatrisch-psychosomatische Versorgung von Patienten - eingesetzt werden, und dass die Verpflichtung des Krankenhausträgers besteht, dies in geeigneter Weise zu belegen, wird mitgetragen.

Allerdings erfordern Nachweispflichten zunächst die Erfüllung von Voraussetzungen, die im vorliegenden Entwurf weder in inhaltlicher noch in zeitlicher Hinsicht gegeben sind und die durch die jetzt vorgeschlagenen Bestimmungen auch nicht herbeigeführt werden können.

Das bestehende Ungleichgewicht zwischen den Bestimmungen, die die Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen und fehlende Zweckbindungen innerhalb des Budgetsystems in den vergangenen 25 Jahren geregelt haben, soll nun einseitig unter neue Regelungen bzgl. Nachweispflichten gestellt werden, ohne dass zuvor die qualitative und quantitative Ausfinanzierung von Personal sichergestellt worden ist.-

Eine Nachweispflicht erfordert grundlegende Veränderungen der Rahmenbedingungen. Die Umsetzung von Nachweispflichten darf nicht auf berufsgruppen und stellenbezogene Nachweise reduziert werden, sondern es müssen immer auch die tatsächlichen Personalkosten und z.B. Kosten für ggf. andere entlastende Maßnahmen bei arbeitsmarkt begründeten verminderten Stellenbesetzungen berücksichtigt werden. Die Einführung von Stellennachweisen erfordert daher neben der 100% Finanzierung auch Regelungen zu den dargestellten Sachverhalten.

Neue, sachgerechte Grundlagen für quantitative und qualitative Personalvorgaben könnten 2020 durch den GBA vorliegen. Daran orientiert können dann auch Nachweispflichten sachgerecht im Rahmen des neuen Entgeltsystems geregelt werden.

Bei fehlender verbindlicher Finanzierung des medizinisch leistungsgerechten Budgets sind Rückzahlungspflichten aufgrund von Personalnachweispflichten nicht zu verantworten.

### **Krankenhausvergleich**

Ein Krankenhausvergleich als Orientierungsinstrument erscheint grundsätzlich geeignet, den Aufwand und die Konzepte der Leistungserbringung vergleichend zu erfassen und damit Transparenz für den Aufwand und die erbrachten Leistungen herbeizuführen. Ein Krankenhausbetriebsvergleich mit reinem Kostenvergleich entspricht nicht den selbst formulierten Zielsetzungen des Referentenentwurfs, den Verhandlungspartnern vor Ort Orientierung als transparente Hilfestellung für die Budgetverhandlungen zu geben. Die vorgelegten Regelungen zur Bedeutung von empirisch auf Ist-Kosten-Basis kalkulierten Landesbasisentgeltwerten der PEPP-Kalkulation für die Budgetfindung der Kliniken sind unvereinbar mit der grundsätzlichen Gesetzesabsicht, strukturelle krankenhausesindividuelle Besonderheiten und regionale Versorgungsbedarfe relevant bei der Budgetfindung zu berücksichtigen. Die Umsetzung des Krankenhausvergleichs in der vorgelegten Form ist die Fortsetzung des Preissystems.

Damit die politisch beabsichtigten Zielsetzungen bzgl. dieses Krankenhausvergleichs und die Zielsetzung des Referentenentwurf erreicht werden, erfolgen konkrete Änderungsvorschläge im speziellen Änderungsteil dieser Stellungnahme.

Die Problematik der in weiten Teilen fehlenden Investitionsfinanzierung durch die Länder ist auch bei dem Krankenhausvergleich ausreichend zu berücksichtigen.

### **Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen**

Die Möglichkeit, dass von Krankenhäusern zukünftig stationsäquivalente Leistungen mit den Mitteln des Krankenhauses aber außerhalb des Krankenhauses erbracht werden können, wenn dies therapeutisch erforderlich und sinnvoll ist, und dadurch gleichzeitig stationäre Behandlungen ersetzt oder ergänzt werden können, wird auch von der BAG sehr positiv gesehen. Wenn diese Leistungen als eine weitere Behandlungsmöglichkeit im Rahmen einer medizinisch sinnvoll abgestuften Behandlung definiert werden, wird dies zu einer Verbesserung im Sinne der Menschen mit psychischen Erkrankungen führen.

Die Einordnung von stationsäquivalenten Leistungen in eine bisher auch stark ökonomisch begründete Anspruchskaskade der Versicherten im SGB V ist ökonomisch allerdings nicht nachvollziehbar. Die Zielsetzung der Flexibilisierung der Versorgung aus dem Krankenhaus durch stationsäquivalente Leistungen ist primär auf die Verbesserung/Weiterentwicklung der Versorgung bestimmter Patientengruppen gerichtet.

Das im Referentenentwurf beschriebene Potential für Einsparungen aufgrund von strukturellen Anpassungen und Substitutionseffekten wird zumindest nicht im Rahmen der durch das Gesetz vorgelegten Regelungen umsetzbar sein. Bevor bereits jetzt Substitutionsvorschriften in diesem Gesetz getroffen werden, müssen zunächst die an die Selbstverwaltungspartner beauftragten Vereinbarungen zur Ausgestaltung der stationsäquivalenten Behandlungsform(en) vorliegen.

Erst nach einer Evaluationsphase, die im Referentenentwurf bereits vorgesehen ist, wird geklärt werden können wie hoch das Substitutionspotenzial zu welchen Kosten tatsächlich ist. Zum jetzigen Zeitpunkt gesetzliche Regelungen zu schaffen, die auf der Annahme beruhen, dass stationsäquivalente Leistungen preiswerter als vollstationäre Versorgung zu erbringen sind und die Zielgruppengröße für diese Versorgungsform eine relevante Größenordnung haben wird, sind verfrüht und nicht sachgerecht.

### **Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen**

Es ist zu begrüßen, wenn die Rahmenbedingungen für die psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland harmonisiert werden. Ein Katalog von Leistungsbeschreibungen kann hier sicher hilfreich sein, sollte sich aber bzgl. Ressourceneinsatz für den Dokumentationsaufwand und Granularität der Dokumentationsinhalte strikt danach ausrichten, welchen Beitrag diese Maßnahme für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen leistet.

Es gibt in einigen Bundesländern bereits seit Jahren praktikable Leistungskataloge, die das Leistungsgeschehen hinreichend abbilden. Ein Mehrwert neuer oder differenzierterer Leistungskataloge kann die BAG nicht erkennen.

Auch die flächendeckende differenzierte Erfassung von berufsgruppenspezifischen Vollkräften in den PIAs halten wir für nicht erhellend. Das multiprofessionelle Leistungskonzept und die Zugangsvoraussetzungen der Patienten zu den psychiatrischen Institutsambulanzen sind bereits im Paragraph 118 SGB V vorgegeben. Je nach individuellem Bedarf der spezifischen PIA-Patienten werden diese Leistungen erbracht.

Die jeweilige quantitative Ausstattung der PIA richtet sich jeweils nach der zu versorgenden Patientenstruktur und ist auch abhängig von der Versorgungssituation einer Region mit Vertragsfachärzten, Vertragspsychotherapeuten und anderen ambulanten Versorgungspartnern. Die Definition einer „Standard-PIA“ aufgrund solcher Datenerhebungen bringt meines Erachtens keinen Erkenntnisgewinn, erzeugt aber bei den Krankenhäusern sehr viel Aufwand.

Auch die Intension der Einbeziehung der personellen PIA-Ausstattung in die fachärztliche und spezialfachärztliche Bedarfsplanung der KV ist vom Ansatz her fragwürdig, da die Patienten der psychiatrischen Institutsambulanzen sich von den Patienten im vertragsfachärztlichen Bereich unterscheiden (müssen).

## 4 Spezieller Änderungsbedarf

---

Auf Basis des grundsätzlichen Änderungsbedarfs schlagen wir folgende konkrete Änderungen vor:

### Art. 1 – Krankenhausfinanzierungsgesetz

#### 1. Zu Art. 1 Nr. 1 (§ 2a KHG)

In Art. 1 Nr. 1 wird in § 2a Abs. 1 werden in Satz 1 die Worte „den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und“ gelöscht. Nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: „Die Besonderheiten der Psychiatrie und der Psychosomatik, wie z.B. Gemeindenähe der Versorgungsstrukturen und die Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie älterer Menschen und Hochbetagter sind zu berücksichtigen.“

#### **Begründung:**

Es wird abgelehnt, die Standortdefinition im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu treffen, da diese Bestimmungen keine Auswirkungen auf den vertragsärztlichen Sektor haben.

Des Weiteren soll die Regelung sicherstellen, dass in der Psychiatrie den Erfordernissen der wohnortnahen Versorgung ausreichend Rechnung getragen wird. Zudem soll verhindert werden, dass durch eine Zentralisierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aufgrund ökonomischer Aspekte die Versorgung psychisch kranker Menschen gefährdet wird. Weiterhin muss deutlich hervorgehoben werden, dass bestimmte Patientengruppen besondere Bedürfnisse haben und dass diese auch bei Standortplanungen besonders zu berücksichtigen sind.

#### 2. Zu Art. 1 Nr. 4 Buchstabe a (§ 17c Abs. 2a KHG)

In Art. 1 Nr. 4 Buchstabe a wird in § 17d Abs. 2a KHG Satz 3 gestrichen.

#### **Begründung:**

Die Regelung führt entgegen ihres Ziels nicht zu einem Bürokratieabbau, sondern zu einer Erhöhung des bürokratischen Aufwands. Strukturprüfungen dürfen nur auf Einrichtungsebene erfolgen.

#### 3. Zu Art. 1 Nr. 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa - (§ 17d Abs. 1 KHG)

In Art. 1 ist Nr. 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa zu fassen wie folgt:

„§ 17 Einführung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen



In § 17d Abs. 1 wird in Satz 1 das Wort „pauschalierend“ gestrichen.

**Begründung:**

Folgeänderung aufgrund der Weiterentwicklung als Budget- und nicht als Preissystem.

Die gesamte Regelung des § 17d muss in Hinblick auf die Neuregelung überarbeitet und an die neuen Inhalte angepasst werden.

Zu Art. 1 Nr. 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 17d Abs. 1 KHG)

In Art. 1 Nr. 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb werden in § 17d Abs. 1 Satz 9 KHG nach den Worten „den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung“ die Worte „und nach dem 1.1.2020 der Nachfolgeregelung zur Psychiatrie-Personalverordnung (Qualitätsvorgaben des GBA)“ eingefügt. Folgender Satz 10 wird eingefügt:

„Soweit die an der Kalkulation teilnehmenden Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht zu 100 % erfüllen, ist die Kalkulation auf Basis der 100 % entsprechenden kalkulatorischen Werten vorzunehmen.“

Satz 9 wird Satz 10.

**Begründung:**

Es muss sichergestellt sein, dass eine große Anzahl von Krankenhäusern an der Kalkulation teilnimmt. Vor dem Hintergrund, dass es die Budgets in der Vergangenheit aufgrund der Kappung auf die Obergrenze gem. § 6 Abs. 1 Satz 3 und 4 BPfIV i.d.F. bis 31.12.2012 dazu führte, dass die Personalkosten des Psych-PV-Personals mit den Budgets nicht in dem erforderlichen Umfang, nämlich vollständig finanziert wurden, ist davon auszugehen, dass es nur sehr wenige Einrichtungen gibt, die eine 100%-ige Umsetzung der Psych-PV aufweisen und die Kalkulation somit nicht auf einer ausreichend breiten Basis erfolgen kann.

Häuser, die eine hohe, aber nicht 100% entsprechende Umsetzungsquote aufweisen, haben so die Möglichkeit, ebenfalls an der Kalkulation teilzunehmen, ohne dass dies das Kalkulationsergebnis verfälscht.

Auch nach Inkrafttreten der Qualitätsvorgaben des GBA nach Außerkrafttreten der Psych-PV wird das System weiterentwickelt und ebenso die Kalkulation. Dabei muss auch weiterhin die umfassende Umsetzung der Vorgaben des GBA zur Personalbesetzung Grundlage der Kalkulation bleiben. Andernfalls besteht die Gefahr, dass ab dem Jahr 2020 die Weiterentwicklung der Kalkulation nicht auf Basis der vollen Umsetzung der GBA-Vorgaben beruht.

## Art. 2 – Bundespflegegesetzverordnung

### 1. Zu B. Lösung

In B. Lösung werden die Anstriche nach „durch folgende Schwerpunkte gekennzeichnet:“ wie folgt gefasst:

- Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter **gleichberechtigter** Berücksichtigung von leistungsbezogenen **und** strukturellen **regionalen** Besonderheiten vereinbart
- Leistungsbezogener **und regionaler struktureller** Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument
- Verbindliche Mindestvorgaben **und Ausfinanzierung** zur Personalausstattung
- Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere von auf Leitlinien gestützten und finanzierten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist. Hierbei **wird sichergestellt, dass eine Differenz der empirischen Datengrundlage und der Ausfinanzierung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziell ausgeglichen, bzw. kalkulatorisch sichergestellt wird.**
- **Verminderung des Bürokratieaufwandes bei der Dokumentation**
- **Stärkung des Regionalbezugs, der regionalen Pflichtversorgung und der Vernetzung**
- Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen **unter Berücksichtigung der Besonderheiten der länder- und gemeindespezifischen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**
- **Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen.**

#### **Begründung:**

Die Ergänzungen betonen verstärkt, worum es in der Neuregelung des Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geht und wie die formulierten Ziele erreicht werden können.

### 2. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa wird nach den Worten „**der Veränderungswert**“ die Worte „**gem. § 9 Abs. 1 Nummer 5**“ eingefügt:

#### **Begründung:**

Klarstellende, redaktionelle Ergänzung

3. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb (3 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe b BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „ Absatz 6“ in die Angabe „Absatz 8“ geändert.

**Begründung:**

redaktionelle Änderung

4. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (3 Abs. 3 Satz 1 und 2 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d sind § 3 Abs. 3 Satz 1 und 2 wie folgt zu fassen:

„Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrages für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 Satz 4 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019, auf den die Vorgaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend anzuwenden sind; in den Folgejahren ist entsprechend auf der Ausgangsgrundlage des jeweils vereinbarten Gesamtbetrages des Vorjahres vorzugehen.“

**Begründung:**

Der Zeitpunkt des ökonomischen Wirksamwerdens des neuen Entgeltsystem und der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vorgaben gem. § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal sollten identisch sein. Die neuen Vorgaben des GBA sollen mit Wirksamkeit zum 1. Januar 2020 beschlossen werden. Im ersten Jahr des neuen Entgeltsystems noch auf ein Element des „alten“ Entgeltsystems, die Psych-PV, abzustellen ist nicht systemkonform.

5. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (3 Abs. 3 Satz 3 Ziffer 2 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d ist § 3 Abs. 3 Satz 3 Ziffer 2. zu ändern wie folgt:

„2. Veränderungen von Art und Menge von krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen und **strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung**,“

**Begründung:**

Die strukturellen Besonderheiten sind nicht ausschließlich auf die in der Gesetzesbegründung genannten Aufwandsunterschiede zurückzuführen, die durch abweichende Formen der Leistungserbringung wie z.B. andere Therapiekonzepte bedingt sind.

Hierdurch würde eine Einengung auf Besonderheiten erfolgen, die insbesondere mit den besonderen Anforderungen in der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen erforderliche strukturelle Besonderheiten im Hinblick auf die räumliche Situation

der Versorgung ausschließt. Hierbei sind beispielhaft Tageskliniken zu nennen, die ohne unmittelbar räumliche Anbindung an eine vollstationäre Einrichtung zur wohnortnahen Versorgung zwingend erforderlich sind, ebenso Satellitenstationen sowie spezielle Akutaufnahmesettings.

6. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 Satz 3 Ziffer 5. und 6. BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d sind § 3 Abs. 3 Satz 3 Ziffer 5. und 6. zu ändern wie folgt:

- „5. für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen sowie einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, wobei hinsichtlich der für die Ermittlung des erforderlichen Finanzierungsbetrages auf die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen abzustellen ist,
6. für die Jahre ab 2020 die Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal, wobei hinsichtlich der für die Ermittlung des erforderlichen Finanzierungsbetrages auf die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen abzustellen ist,“

**Begründung:**

Die Budgets unterliegen seit Jahrzehnten der Deckelung auf die Obergrenze gem. § 6 Abs. 1 Sätze 3 und 4 BPfIV. Die Entwicklung der Personalkosten war in dieser Zeit auf die Tarifraten und die Veränderungsrate beschränkt. Dies hat dazu geführt, dass viele psychiatrische Einrichtungen das notwendige Personal nicht einstellen konnten. Die Reaktion des Gesetzgebers hierauf war § 6 Abs. 4 BPfIV i.d.F. bis 31.12.2012.

Viele Kliniken, die diesen Tatbestand mit den Kostenträgern vereinbaren konnten, sahen sich in der Folgezeit für das bereits vorhandene Personal und auch ab dem ersten Jahr nach Vereinbarung des § 6 Abs. 4 mit dem erneuten Auseinanderdriften von tatsächlicher Personalkostenentwicklung mit dem Budget finanzierter Personalkosten konfrontiert. Auch nach Anwendung des § 6 Abs. 4 besteht wieder das Problem, das mit den finanzierten Personalkosten nicht die notwendige oder gar vereinbarte Personalanzahl finanziert werden kann.

Zusätzlich problematisch ist, dass am Arbeitsmarkt nicht unbegrenzt ausreichend Personal vorhanden ist, die Stellen also nicht sicher zeitnah besetzt werden können. In dem Fall, dass für eine Berufsgruppe entlastende Maßnahmen ergriffen werden, weil aufgrund der Arbeitsmarktsituation nicht das gesamte zusätzliche Psych-PV-Personal eingestellt werden kann, würde die psychiatrische Einrichtung doppelt belastet: die entlastende Maßnahme wird nicht finanziert, weil sie nicht zum Psych-PV-Personal zuzuordnen ist und der Anteil für das nicht eingestellte Psych-PV-Personal ist zurückzuzahlen.

Die Regelung würde zu erheblichen Verwerfungen und einem zusätzlichen finanziellen Druck in den psychiatrischen Einrichtungen führen, mit zu erwartenden negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, und ist daher zu streichen.

Das Gesetz sieht in § 18 Absatz 2 Satz 2 eine Verpflichtung der Krankenhäuser vor, bis einschließlich des Jahres 2019 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV eingehalten wurden.

In § 3 Absatz 3 Satz 6 wird vorgesehen, dass die Parteien zu vereinbaren haben, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn sich aufgrund eines Nachweises nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde.

Eine Stellenbesetzung kann vom Krankenhaus aber nur dann verlangt werden, wenn es die zur Stellenbesetzung erforderlichen Mittel durch das Budget in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung gestellt bekommt.

Gem. § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz sollen die Krankenhäuser wirtschaftlich dadurch gesichert werden, dass sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten. Gem. der Begründung zur Neufassung des § 18 Abs. 2 haben nach der Auffassung des Gesetzgebers die psychiatrischen Einrichtungen „einen Anspruch auf die Finanzierung der Zahl der Personalstellen nach Vorgaben der Psych-PV sowie auf Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen, wenn die Vorgaben der Psych-PV in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden. Um eine Kongruenz der Ansprüche herzustellen, muss dem Krankenhaus der volle Finanzierungsanspruch zustehen. Um dies sicherzustellen, muss dies explizit geregelt werden.

Das Wirtschaftlichkeitsprinzip gilt auch bei der Budgetvereinbarung der psychiatrischen Einrichtungen. Für die Pflegesätze im Anwendungsbereich des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist § 84 Absatz 2 Satz 5 eingefügt worden, der explizit regelt, „Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden“. Eine inhaltlich entsprechende Regelung ist insbesondere vor dem Hintergrund der Fortführung als Budgetsystem zwingend erforderlich.

7. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 Satz 3 BPfIV) – neu:

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d wird in § 3 Abs. 3 Satz BPfIV Ziffer 7 nach „Satz 5“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Ziffer 8 einzufügen:

„8. zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogrammes des Landes.“

**Begründung:**

Es muss nach wie vor sichergestellt werden, dass krankenhauserplanerische Maßnahmen, die zu zusätzlichen Kapazitäten und zusätzlichen Leistungen führen, im Gesamtbetrag zu berücksichtigen sind.

8. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 Satz 4 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d wird § 3 Abs. 3 Satz 4 BPfIV wie folgt gefasst.

„Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nr. 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 3 Nr. 1 und 2 sowie 4 bis 8 dies erfordern.

**Begründung:**

Die Vorgabe, dass eine Überschreitung des um den maßgeblichen Veränderungswert veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres aufgrund der Tatbestände nach Satz 3 Nr. 1 und 2 nur zulässig ist, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen nicht möglich ist, unterstellt, dass die Erbringung dieser Leistungen zwingend kostengünstiger ist als die Erbringung vollstationärer Leistungen. Dies ist jedoch insbesondere hinsichtlich der stationsäquivalenten Leistungen nicht gegeben. Die Bedingung der Substitutionsmöglichkeit geht mithin von falschen Voraussetzungen aus und ist daher zu streichen.

Eine Überschreitung der Obergrenze nur unter der Bedingung der nicht möglichen Verlagerung vollstationärer Leistungen in andere Versorgungsbereiche, z.B. in den ambulanten Bereich wird bereits dadurch sichergestellt, dass der Ausgangsbetrag zur Ermittlung des Gesamtbetrages gem. § 3 Abs. 3 Satz 2 Ziffer 1 um anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden, zu vermindern ist.

Denn bei der vorgegebenen aufwandsbezogenen Ermittlung des Budgets ist dieser Tatbestand ebenfalls bereits abgegolten.

Der Vergleich nach § 4 kann seine von der jetzigen Regelung vorgesehene Wirkung nur dann entfalten, wenn er bei Krankenhäusern, die die Vergleichswerte um mehr als 1/3 unterschreiten auch angewendet werden kann und zu einer Budgeterhöhung führt. Wenn die Budgeterhöhung zu einer Überschreitung der Obergrenze führen würde, wäre nach der jetzt vorgesehenen Regelung u.U. keine Umsetzung der Ergebnisse des Vergleiches aufgrund der weiterhin vorgesehenen Obergrenzenkappung möglich. Es wäre sonst klar vorgegeben, dass die Ergebnisse des Vergleiches nur zu Budgetabsenkungen führen sollen.

Dies gilt ebenso für die Anpassungsvereinbarung nach Nr. 7. In Satz 5 ist geregelt, dass die Parteien vereinbaren können, dass der Gesamtbetrag zu erhöhen ist. Würde diese Vereinbarung zu einer Erhöhung oberhalb der Obergrenze führen, wären die Parteien an einer Umsetzung oberhalb der Obergrenze gehindert und es wäre auch diesen Tatbestand indiziert, dass er nur der Herbeiführung von Budgetabsenkungen dient.

9. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 ist Satz 5 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d ist in § 3 Abs. 3 ist Satz 5 wie folgt zu fassen:

„Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, **strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung** sowie

der **orientierenden** Ergebnisse des Vergleiches 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.“

**Begründung:**

Die Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen ist bereits bei der Ermittlung des Ausgangsbetrages nach § 3 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 für den Vereinbarungszeitraum abschließend berücksichtigt. Die Leistungsverlagerungen können daher nicht noch einmal bei der Ermittlung des Gesamtbetrages eine Rolle spielen, nachdem der Ausgangsbetrag bereits vermindert wurde.

10. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 ist Satz 6 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d ist in § 3 Abs. 3 ist Satz 6 wie folgt zu fassen:

„Entgelte, die **von den orientierenden** Vergleichswerten nach § 4 **um mehr als 1/3 abweichen**, dürfen nur vereinbart werden, wenn im **Falle der Überschreitung** der Krankenhausträger und **im Falle der Unterschreitung die Kostenträger** schlüssig darlegen, aus welchen Gründen die Überschreitung **oder Unterschreitung erforderlich** ist.

**Begründung:**

Für die Abweichung von den orientierenden Vergleichswerten des § 4 muss eine konkrete Größe festgelegt werden. Wenn der Gesetzgeber eine Abweichung von 1/3 in der Regel für deutlich hält, ist dies zur Vermeidung von Auslegungstreitigkeiten unmittelbar in der gesetzlichen Regelung zu regeln.

Zudem fehlt es an einem Sachgrund dafür, warum nur eine Überschreitung der orientierenden Vergleichswerte und nicht auch eine Unterschreitung dieser zu einer Anpassung führen soll. Jeglicher Vorjahresgesamtbetrag beruht auf einer Vereinbarung aller Vertragsparteien oder einer Schiedsstelle und es obliegt mithin der Verantwortung aller Vertragsparteien, eine Anpassung auch nach oben umzusetzen.

11. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 ist Satz 7 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d ist in § 3 Abs. 3 ist Satz 7 zu streichen.

**Begründung:**

Die Absenkung des Gesamtbetrages führt zu einer dauerhaften Absenkung der Ausgangsbeträge für die folgenden Vereinbarungszeiträume. Dem Krankenhaus wird damit die Möglichkeit genommen, im Vereinbarungszeitraum nicht vorgenommene Personaleinstellungen im Folgejahr vorzunehmen. Das Ziel einer Umsetzung der Vorgaben des GBA wird auch und ohne die vorgeschilderten gravierenden Auswirkungen für die Budgets der Folgejahre erreicht, wenn nicht der Gesamtbetrag abgesenkt wird, sondern der

sich aufgrund der Nichtvornahme der Stellenbesetzung ergebende nicht zweckentsprechend verbrauchte Finanzierungsbetrag als Ausgleich zurückzuzahlen ist.

12. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 Satz 8 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d ist in § 3 Abs. 3 nach Satz 8 folgender Satz 9 einzufügen:

„Sofern sich, erstmals für das Jahr 2020, auf Grundlage des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 3 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel als Ausgleich zurück zu zahlen sind. Der Ausgleich soll über den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum erfolgen.“

**Begründung:**

Es ist der Anwendungsklarheit halber zu regeln, dass erstmals für das Jahr 2020 nachzuweisen ist, inwieweit die Einrichtung die sich aus den erstmals anzuwendenden Vorgaben des GBA ergebenden erforderlichen Personalstellen, für die ein vollständiger Finanzierungsanspruch – auch für das Bestandspersonal und oberhalb der Obergrenze besteht, tatsächlich besetzt haben.

Die Absenkung des Gesamtbetrages führt zu einer dauerhaften Absenkung der Ausgangsbeträge für die folgenden Vereinbarungszeiträume. Dem Krankenhaus wird damit die Möglichkeit genommen, im Vereinbarungszeitraum nicht vorgenommene Personaleinstellungen im Folgejahr vorzunehmen. Das Ziel einer Umsetzung der Vorgaben des GBA wird auch und ohne die vorgeschilderten gravierenden Auswirkungen für die Budgets der Folgejahre erreicht, wenn nicht der Gesamtbetrag abgesenkt wird, sondern die sich aufgrund der Nichtvornahme der Stellenbesetzung nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel als Ausgleich zurückzuzahlen sind.

Auch die bisherige Regelung in § 18 Abs. 2 Satz 1 sieht lediglich eine Rückzahlungsverpflichtung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel vor und keine Absenkung des Gesamtbetrages.

13. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 ist in Absatz 4 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d ist in § 3 Abs. 3 ist in Absatz 4 die Angabe „40 Prozent“ durch die Angabe „80 Prozent“ zu ersetzen.

**Begründung:**

Die Berücksichtigung von nur 40 % der Tarifentwicklung führt in den sehr personalintensiven psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dazu, dass die Entwicklung der tariflichen Personalkosten nicht refinanziert wird, sondern von den Krankenhäusern zu einem hohen Anteil selbst zu tragen ist. Vor dem Hintergrund der ab dem Jahr 2020 drohenden Rückzahlungsverpflichtung nicht vorgenommener Stellenbesetzungen und der weiterhin vorgesehenen Kappung des Gesamtbetrages auf die Obergrenze ist eine vollständige



Refinanzierung der Personalkosten zwingend erforderlich. Aufgrund eines Personalkostenanteils an den Gesamtbudgets in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen ist bezogen auf den Gesamtbetrag eine Refinanzierung i.H.v. 80 % der Tarifraten erforderlich.

14. Zu Art. 2 Nr. 4a - neu - (§ 3 Abs. 5 Satz 3 BPfIV)

Das Wort „geltende“ wird durch das Wort „vereinbarte“ ersetzt.

**Begründung:**

Redaktionelle Änderung aufgrund der Beibehaltung des Budgetsystems, nach dem ein krankenhausindividueller Basisentgeltwert zunächst zu ermitteln ist, bevor er der Abrechnung der Entgelte zu Grunde gelegt werden kann. Es „gilt“ aber nicht in dem vorher im Gesetz geregelten Sinne aufgrund einer Vereinbarung der Parteien auf der Landesebene.

15. Zu Art. 2 Nr. 4 Buchstabe g Doppelbuchstabe bb (§ 3 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 4 Buchstabe g Doppelbuchstabe bb werden nach dem Punkt folgende Sätze angefügt:

„Nr. 3 wird gefasst wie folgt: Mehrerlöse werden ab dem Jahr 2013 zu 65 % ausgeglichen.“

**Begründung:**

Die Beibehaltung der Mehrerlösausgleichssätze des „alten“ Entgeltsystems ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht sachgerecht. Mehrleistungen führen auch in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu höheren anteiligen Kosten als 10 Prozent - 15 Prozent.

16. Zu Art. 2 Nr. 5 (§ 4 BPfIV)

Artikel 2 Nr. 5 ist wie folgt zu fassen:

„§ 4

Leistungsbezogener Vergleich

1. Der leistungsbezogene Vergleich soll die Transparenz zwischen den Krankenhäusern erhöhen. Er enthält eine Orientierung für die Vereinbarung des Gesamtbetrages, krankenhausindividueller Entgelte sowie von Entgelten für strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung.
2. Die für einen Vergleich maßgeblichen Parameter sind von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Rahmen der

Vereinbarung nach § 10 zu bestimmen und den Vertragsparteien nach § 11 mitzuteilen.

**Begründung:**

Die derzeitige Regelung, die vorgibt, dass der leistungsbezogene Vergleich die Grundlage zur Bestimmung des Budgets ist, führt im Ergebnis zu einem einmaligen Konvergenzschritt und konterkariert damit das Ziel der Weiterentwicklung des Entgeltsystems als Budgetsystem.

Zudem führt die Regelung in § 10, die eine erstmalige Vereinbarung des leistungsbezogenen Vergleiches zum 30. November 2018 für den Vereinbarungszeitraum 2019 vorsieht dazu, dass das erste Budget nach dem ökonomischen Wirksamwerden des neuen Entgeltsystems auf Basis der vereinbarten Beträge des alten Entgeltsystems ermittelt wird.

Dies konterkariert die Etablierung eines leistungsbezogenen Vergütungssystems.

Weiterhin führt die derzeitige Regelung nicht dazu, dass der leistungsbezogene Vergleich ein Transparenzinstrument ist, sondern sie macht ihn zu einem Instrument der Budgetbemessung und wird damit zu einem Betriebsvergleich, der ausdrücklich nicht beabsichtigt ist

17. Zu Art. 2 Nr. 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 6 Abs. 1 Satz 1 BPfIV)

Art. 2 Nr. 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

„In Satz 1 werden die Wörter „und ab dem Jahr 2019 für besondere Einrichtungen nach § 17d Absatz Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Wörter „oder die besonderen Einrichtungen“ gestrichen.“

**Begründung:**

Redaktionelle Änderung

18. Zu Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b (§ 6 Abs. 2 und 3 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b wird § 6 Abs. 2 BPfIV wie folgt gefasst:

„Für strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine leistungsbezogene strukturelle Besonderheit haben die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu melden; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Beschreibung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheit zu übermitteln.“

**Begründung:**

Die Regelung passt nicht in das neue Entgeltsystem als Budgetsystem. Im Budgetsystem sind die zu vereinbarenden Einzelentgelte für die Leistungen lediglich Abschlagszahlungen auf den Gesamtbetrag, mit dem alle vom Krankenhaus zu erbringenden Leistungen zu vergüten sind. Es kommt mithin für die Budgetfindung nicht auf die Höhe der Entgelte an, sondern vielmehr wird ein Gesamtbetrag ermittelt, ohne dass es auf die Höhe der Entgelte ankommt. Diese werden erst aufgrund der Leistungsmenge als Divisor aus dem Budget ermittelt.

Zuvor ist von dem Gesamtbetrag die Erlössumme der krankenhausindividuellen Entgelte abzuziehen. Diese Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu kalkulieren, wobei die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 zu beachten sind. Damit gilt wie in der Somatik der Grundsatz der Kostendeckung. Da die Entgelte aber nicht die Budgethöhe bestimmen, sondern nur ein Teilbetrag sind, auf den der Gesamtbetrag unter anderem aufzuteilen ist, ist eine Anfrage beim InEK, inwieweit eine strukturelle Besonderheit nicht bereits sachgerecht vergütet ist, unmöglich. Denn das InEK kann nicht für das einzelne Krankenhaus – es handelt sich um ein individuelles Entgelt – vor Abschluss der Budgetverhandlung und ohne Kenntnis der Kosten feststellen, ob die strukturelle Besonderheit sachgerecht vergütet wird.

Da die Kalkulation durch das InEK auch nicht der Budgetfindung dient – sonst läge kein Budgetsystem, sondern ein Preissystem vor, sondern nur der Abrechnung und der sachgerechten Aufteilung des Gesamtbetrages, kann das InEK die vorgesehene Auskunft nicht erteilen.

Dies kann auch vor dem Hintergrund, dass das InEK die Bewertungsrelationen aufgrund von IST-Kosten kalkuliert, nicht anders betrachtet werden. Denn das InEK wirft in der Kalkulation keine Preise aus, sondern nur Relativgewichte, also nur eine Bewertung im Verhältnis bezogen auf eine Grundgesamtheit. Da es bei den krankenhausindividuellen Entgelten und den strukturellen Besonderheiten aber aufgrund der Vorgabe der sachgerechten Kalkulation der Entgelte auf Absolutbeträge ankommt und nicht auf eine relative Bewertung, ist die Regelung zu streichen.

19. Zu Art. 2 Nr. 8 Buchstabe c – neu – (§ 8 Abs. 2 Satz 1 HS 2 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 8 wird nach Buchstabe b Buchstabe c eingefügt:

„c) In Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 BPfIV werden die Worte „Entlassungs- oder“ gestrichen.

**Begründung:**

Inhaltliche Anpassung an die Abrechnungsregelungen, nach denen der Entlassungstag abzurechnen ist.

20. Zu Art. 2 Nr. 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc wird in § 9 Abs. 1 Nr. 7 BPfIV wie folgt ergänzt:

Nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ wird eingefügt: „**innerhalb von 2 Anwendungsjahren**“.

Nach Nr. 7 wird Nr. 8 eingefügt und wie folgt gefasst:

**„8. Qualitätsvorgaben**

**Begründung:**

Aufgrund bisheriger Erfahrungen wird es nur mit der Vorgabe einer zeitlichen „Bewährungsfrist“, innerhalb der sich ein Dokumentationscode als relevant bewähren muss, möglich sein, Bürokratieabbau zu erreichen.

Darüber hinaus ist klarzustellen, dass Dokumentationsaufwand für Qualitätsnachweise nur vom GBA verbindlich eingeführt werden können.

21. Zu Art. 2 Nr. 10 (§ 10 Absatz 2 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 10 wird § 10 Absatz 2 BPfIV wie folgt gefasst:

**„2. Die Vertragsparteien auf der Landesebene vereinbaren zunächst die für Zwecke des Vergleiches nach § 4 maßgeblichen Parameter. Sie berücksichtigen hierbei, dass für einen Vergleich eine sachgerechte Differenzierung der unterschiedlichen psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsbereiche erforderlich ist. Diese Differenzierung findet mindestens zwischen der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik statt. Weitere Differenzierungen können z.B. hinsichtlich der Allgemeinpsychiatrie, der Suchtmedizin und der Gerontopsychiatrie erfolgen. Des Weiteren definieren die Vertragsparteien auf der Landesebene konkret, welche Leistungen und Strukturen mit den vereinbarten Parametern abgebildet werden können. Sie vereinbaren hierbei auch Minimalbeträge, Maximalbeträge, Median und gegebenenfalls auch Standardabweichungen zur Orientierung der Verhandlungspartner vor Ort.“**

**Begründung:**

Die Vereinbarung von landesweiten durchschnittlichen Basisentgeltwerten führt nicht zu Transparenz. Im Gegenteil, es wird insbesondere in kleineren Bundesländern dazu führen, dass ein Ausreißer nach oben oder unten zu einer Verfälschung führt. Zudem sind die Anforderungen und Erfordernisse der einzelnen psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsbereiche höchst unterschiedlich, so dass lediglich durchschnittliche Basisentgeltwerte keine Orientierung für die Verhandlungspartner vor Ort geben.

Diese Erwägungen gelten ebenso für die Vereinbarung lediglich von durchschnittlichen Entgelthöhen der krankenhausindividuellen Entgelte. Generell stellt sich die Frage, wie durchschnittliche krankenhausindividuelle Entgeltwerte ohne inhaltliche Differenzierung zur Orientierung der Vertragsebene vor Ort führen können.

22. Zu Art. 2 Nr. 10 (§ 10 Absatz 3 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 10 wird § 10 Absatz 3 BPfIV wie folgt gefasst:

„3. Die Vereinbarungen nach Absatz 2 schließen die Vertragsparteien auf der Landesebene erstmals zum 30. November 2020 für das nachfolgende Kalenderjahr.“

**Begründung:**

Die Vereinbarung für den Vergleich ist erstmals für das Jahr 2021 zu schließen.

Die derzeit vorgesehene Vereinbarung zum 30. November 2018 und erstmalig Anwendung der Vergleichswerte für die Budgetfindung 2019 führt dazu, dass Vergleichswerte, die nach dem alten Entgeltsystem vereinbart wurden, Grundlage für die Ermittlung des ersten, des Einstiegsbudgets in das neue Entgeltsystem sind. Das ist weder mit den Zielen den neuen Entgeltsystems vereinbar noch systemkonform.

23. Zu Art. 2 Nr. 10 (§ 10 Absatz 4 und – neu – Absatz 5 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 10 wird in § 10 nach Absatz 3 BPfIV folgender Absatz 4 eingefügt:

„4. Für die Ermittlung der landesweiten Basisentgeltwerte sowie der weiteren gem. Abs. 1 zu vereinbarenden Parameter gehen sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen. Auf dieser Grundlage schätzen sie unter Beachtung der für die Vertragsparteien nach § 11 geltenden Vorgaben für die Vereinbarung des Erlösbudgets sowie der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr. Für die Ermittlung der durchschnittlichen Entgelthöhen der krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte sowie der weiteren gem. Abs. 1 zu vereinbarenden Parameter gehen sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen. Satz 2 gilt entsprechend.“

Absatz 4 wird Absatz 5.

**Begründung:**

Redaktionelle Änderung

24. Zu Art. 2 Nr. 14 Buchstabe b (§ 18 Absatz 2 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 14 Buchstabe b wird in § 18 Abs. 2 Absatz 2 die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, werden die Wörter „zum 31. Dezember“ durch die Wörter „in Vollkräften“ ersetzt und werden folgende Sätze angefügt:

„<sup>2</sup>Für die Jahre 2017, 2018 und 2019 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen umgesetzt wurden. <sup>3</sup>Für die Jahre ab 2020 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. <sup>4</sup>Der Nachweis nach Satz 2 erfolgt durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zum Stichtag 31. Dezember jeweils des Jahres 2017, 2018 oder 2019 erreichte Umsetzungsquote in Prozent bezogen auf die gesamte Einrichtung.

<sup>5</sup>Der Nachweis nach Satz 3 erfolgt durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung. <sup>6</sup>Aus dem Nachweis nach Satz 3 müssen die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche Stellenbesetzung in Vollkräften zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Vereinbarungszeitraums, die Höhe des für die vereinbarte Stellenbesetzung vereinbarten Gesamtfinanzierungsbetrages sowie die Höhe des für vorgenommene Stellenbesetzungen verwendeten Finanzierungsbetrages hervorgehen. <sup>7</sup>Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 ab 1. August 2017 an die örtlichen Vertragspartner und die Nachweise nach Satz 3 zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes; erstmals zum 1. August 2021 sind die Angaben für das Jahr 2020 zu übermitteln.“

**Begründung:**

Vor dem Hintergrund, dass bereits vor der ersten Lesung Entgeltvereinbarungen für das Jahr 2016 abgeschlossen worden sein werden, ist eine Nachweispflicht für das Jahr 2016 zu streichen. Die Regelung würde sonst rückwirkend auf eine Entgeltvereinbarung erstreckt, die die Parteien ohne Kenntnis der Nachweisverpflichtung abgeschlossen haben. Die Angabe „2016“ ist daher zu streichen.

Eine umfassende, berufsgruppenbezogene Nachweispflicht für die Jahre 2017 – 2019, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV umgesetzt werden, ist nicht sachgerecht. Es ist allgemein bekannt, dass die mit den Krankenkassen gemeinsam vereinbarte Anzahl der Vollkräfte von den Krankenhäusern mit den ebenfalls gemeinsam vereinbarten Budgets aufgrund der Obergrenzenkappung des § 6 Abs. 1 Satz 3 und 4 BPfIV i.d.F. bis 31.12.2012 nicht realisiert werden konnte. Seit Einführung der Psych-PV hat zu keinem Zeitpunkt ein gesetzlicher Anspruch auf eine vollständige Finanzierung der nach der Psych-PV als erforderlich zwischen den Parteien vereinbarten Personalstellen bestanden. Die tarifbedingten Personalkostenentwicklungen konnten aufgrund der – nunmehr wiederum inhaltlich gleichlautenden Regelung in § 3 Abs. 4 – über die nur anteilige Finanzierung der

Tarifentwicklungen insgesamt nicht angemessen geltend gemacht werden. Zudem war und ist ein wesentlicher Grundsatz der Budgetverhandlungen, dass für die einzelnen Positionen keine Zweckbindung besteht und somit sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen alleine das Gesamtergebnis zählte.

Nachdem die Budgets über viele Jahre unter diesen Rahmenbedingungen vereinbart werden mussten, kann nun die Aufarbeitung des auslaufenden Budgetsystems auf Psych-PV-Basis nicht sachgerecht gelingen. Berufsgruppenspezifische Stellenbesetzungsnachweisen berücksichtigen nicht die Vorgaben des § 6 Abs. 2 Psych-PV, der es den psychiatrischen Einrichtungen erlaubt, die Personalstellen für eine Berufsgruppe entsprechend dem therapeutischen Konzept der jeweils einzelnen Einrichtung auch mit Fachkräften anderer Berufsgruppen oder sogar mit in der Psych-PV nicht genannter Berufsgruppen zu besetzen. Es muss daher geregelt werden, dass diese Substitutionsmöglichkeit im Nachweis umfassend zu berücksichtigen ist. Der vorgesehene Nachweis jahresdurchschnittlich besetzter Stellen der Berufsgruppen würde es erfordern, dass die Kliniken ihre Psych-PV-Personalstellen kontinuierlich über 100% Psych-PV besetzen müssten, um unsichere Einflussgrößen wie Fluktuation, Elternschaft, Dauererkrankungen und ungleich über das Jahr verteilte Bewerberlagen zu kompensieren.

Eine 100%-ige Ausfinanzierung des Psych-PV-Personals muss Voraussetzung vor deren allgemeinen Nachweispflicht sein und auch der nachhaltige vollständige Finanzierungsanspruch von Tarifsteigerungen muss gewährleistet werden. Die tarifliche Vergütung des Krankenhauspersonals kann nicht zur Disposition stehen. Ebenso wie in §84 Absatz 2 Satz 5 SGB XI ist auch für das Krankenhaus klarzustellen, dass von den Krankenkassen eine tarifliche Bezahlung des Krankenhauspersonals nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Rückzahlungspflichten bzw. in der bislang vorgesehenen Fassung, Budgetabsenkungen wegen berufsgruppenbezogener „Nichtbesetzung“ von Psych-PV-Stellen“ lehnen wir aufgrund des dargestellten komplexen Bedingungsgefüges ab, da die Budgets der Jahre 2016 bis 2018, ggf. 2019 nach dem alten Entgeltsystem ermittelt werden.

Umfassende Nachweispflichten und die beabsichtigten Rückzahlungsverpflichtungen können erst bei Vorlage der GBA Personalanzahlzahlen im Rahmen des neuen Budgetsystems ab dem Jahr 2019 bzw., ggf. 2020 erfolgen.

## **Art. 4 – Fünftes Buch Sozialgesetzbuch**

### **1. Zu Art. 4 Nr. 1 Buchstabe c (§ 39 Absatz 1 Satz 5 SGB V)**

In Art. 3 Nr. 1 Buchstabe c werden in § 39 Absatz 1 Satz 5 SGB V die Worte „**Dauer, der Intensität und Dichte sowie**“ gestrichen und durch das Wort „**Flexibilität**“ ersetzt. Folgender Satz wird angefügt: „**Die Behandlung kann stationsäquivalent erfolgen, wenn die Voraussetzungen vorliegen und das Krankenhaus die für die Leistungserbringung erforderlichen Strukturen vorhält.**“

### **Begründung:**

Bei den Patienten, die mit stationsäquivalenter Behandlung versorgt werden können, handelt es sich um Patienten, die krankenhausbearbeitungsbedürftig sind. Die für sie erforderliche Behandlung ist hinsichtlich der Komplexität mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung vergleichbar.

Die stationsäquivalenten Leistungen erfordern eine erhebliche Personalvorhaltung, die nicht von jedem Krankenhaus oder jeder gebietsärztlich geleiteten Fachabteilung, insbesondere in der Anfangszeit nach Inkrafttreten der Regelung geleistet werden kann. Daher darf es keine zwingende Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zur Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen geben.

13.06.2016