

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

*Eine Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz vom 14. Juni 2016*

Die Bundesdirektorenkonferenz (BDK) begrüßt es sehr, dass das Bundesgesundheitsministerium die komplexe Aufgabe übernommen hat, den bereits seit 2009 laufenden Entwicklungsprozess eines neuen Entgeltsystems für die Krankenhausbehandlung im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatik in grundlegenden Punkten zu modifizieren. Diese Aufgabe ist schwierig, weil vor Jahren unter einer anderen Führung des Ministeriums ein Weg eingeschlagen wurde, der sich als nicht zielführend erwiesen hat, weshalb nun umfangreiche und substanzielle Anpassungen des Gesamtsystems und des Einführungsprozesses notwendig sind.

Basis hierfür sind die Eckpunkte der Regierungskoalition vom 18.02.2016, die sich in wesentlichen Kernpunkten auf einen Vorschlag der Plattform Entgelt der Fachgesellschaften und Verbände vom Herbst 2015 beziehen. Die Bundesdirektorenkonferenz hat mit einer eigenen Stellungnahme vom 23. Februar 2016 (siehe Anlage 1) und zusammen mit den Verbänden in einem Brief vom 16. März 2016 (siehe Anlage 2) verdeutlicht, wo die Schwerpunkte bei der Umsetzung der Koalitionseckpunkte liegen müssen.

**Der nun vorliegende Referentenentwurf übernimmt zwar Ideen und Begriffe aus den Koalitionseckpunkten und dem Verbändevorschlag vom Herbst 2015, setzt aber die notwendigen Veränderungen in den zentralen Punkten inhaltlich nicht adäquat um.**

Insbesondere werden wesentliche Systemelemente des bisherigen Weges beibehalten, zum Beispiel die empirische Kalkulation und Mechanismen zur starren Begrenzung der Gesamtausgaben, die sich zur Erreichung der neuen Ziele nicht eignen. Diese neuen Ziele sind u.a. die vollständige faktische Umsetzung der PsychPV bzw. später der Personalvorgaben des GBA, die bedarfsgerechte Flexibilisierung der Budgetfindung vor Ort und die effektive Förderung stationsäquivalenter Behandlungsverfahren. Gemeinsam mit den anderen Verbänden der Plattform Entgelt haben wir diese grundlegende Kritik argumentativ untermauert (Anlage 3). Dazu möchten wir im Folgenden aus fachlich-ärztlicher Sicht einige Ergänzungen vortragen, und einen alternativen Lösungsvorschlag unterbreiten, der ein grundsätzlich anderes Vorgehen beinhaltet als der aktuelle Gesetzentwurf. Zunächst aber zur Beurteilung des aktuellen Entwurf im entlang der Gliederung der Koalitionseckpunkte vom Februar 2016:

### **II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem**

Es ist zunächst grundsätzlich begrüßenswert, dass der Weg eines einheitlichen Preissystems verlassen wird und dafür auf lokaler Ebene ein Budget verhandelt werden soll. Problematisch ist aber der Weg der Budgetfindung. Ab 2019 sollen wesentliche Grundlage der Budgetfindung ganz überwiegend die Leistungen des PEPP Kataloges sein, deren relative Bewertung auch in Zukunft empirisch kalkuliert wird. Hinzu kommen dann krankenhausespezifisch zu vereinbarende Leistungen und leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten. Wesentliche von der einzelnen Leistung unabhängige strukturelle Besonderheiten fehlen, wie zum Beispiel Vorhaltekosten für die regionale

Pflichtversorgung. Grundsätzlich sollen strukturelle Besonderheiten nur dann budgetmehrend wirken können, wenn das InEK zuvor bestätigt, dass diese Leistungen nicht bereits empirisch (mit)kalkuliert sind. Diese komplexe und aus unserer Sicht unpraktikable Regelung belegt deutlich, dass in dem Gesetzentwurf inkompatible Systemkomponenten miteinander vermischt sind: Eine empirische Kalkulation ermittelt aus einer gegebenen Stichprobe von Krankenhauskostendaten (relative) Kosten definierter Leistungen. Dabei mittelt die Kalkulation naturgemäß die Kosten der Häuser und nimmt eben gerade *keine* Rücksicht darauf, unter welchen besonderen Bedingungen die Leistung vor Ort erbracht wird. Strukturelle Kosten kann die Kalkulation einzelnen Leistungen überhaupt nicht zuordnen, sondern wenn überhaupt nur allen Leistungen insgesamt. Genau dies sollte aber aus unserer Sicht das neue Budgetsystem leisten: Es sollte gerechtfertigte Kostenunterschiede in der Erbringung von Leistungen sowohl auf der Ebene der einzelnen Leistung (z.B. Erbringung in einer personalintensiven kleinen Behandlungseinheit), als auch gerechtfertigte Vorhaltekosten sachgerecht finanzieren.

Zusammenfassend eignet sich der Leistungskatalog des PEPP Systems in einem echten Budgetsystem bestenfalls zur reinen Leistungsbeschreibung, aber nicht zu finanzieller Bewertung der Leistungen, selbst dann nicht, wenn dies nur in Form von Relativgewichten erfolgt. Auch bei Nutzung der PEPP Kategorien ausschließlich zur Leistungsbeschreibung bliebe im Übrigen das Problem bestehen, dass der PEPP Katalog Leistungen diagnose- und fallbezogen definiert, was nicht dem Ziel einer individuellen bedarfsbezogenen Leistungsdefinition entspricht.

Die Abkehr von einer systematischen Konvergenz und einem festgelegten Landesentgeltwert ist zu begrüßen, weil sie die logische Konsequenz der Einführung eines Budgetsystems ist. Allerdings zeigt sich im Gesetzentwurf, dass die Konvergenz funktional weitgehend unverändert beibehalten werden soll. Eine Konvergenz als solche ist nicht grundsätzlich kritisch zu sehen, da es in der Tat Hinweise dafür gibt, dass die historisch gewachsene erhebliche Spreizung der tagesbezogenen Vergütungen nicht ausschließlich sachlich zu rechtfertigen ist. Allerdings sollte sich aus unserer Sicht die Konvergenz dynamisch aus der sachgerechten Zusammensetzung der Budgets ergeben und nicht statisch durch den Bezug auf einen Mittelwert, der aus dem Krankenhausvergleich errechnet wird. Wie schon früher vorgeschlagen, ist der beste Motor einer sachgerechten Konvergenz der Entgelte eine verpflichtende Regelung der Personalausstattung, deren Ausfinanzierung und ihre Nutzung als wesentliche Budgetgrundlage.

## **II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen**

Schon in unserer Stellungnahme vom 23.2.2016 haben wir vorgeschlagen, auf die Kalkulation in Zukunft zu verzichten. Wir bekräftigen diese Positionierung an dieser Stelle und verweisen auf die Ausführungen zum vorherigen Punkt. Der PEPP Katalog in seiner jetzigen Form eignet sich bestenfalls zur Leistungsbeschreibung. Idealerweise würde diese aber in Zukunft ohne primären Diagnose- und Fallbezug direkt tagesbezogen durchgeführt werden. Zu entwickeln wäre demnach ein Leistungskatalog, der bezogen auf den Behandlungstag und das Behandlungssetting (vollstationär, teilstationär und stationsäquivalent) anhand der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und unter Einbeziehung setting-bezogener Basiskostenunterscheidbare und möglichst

homogene Leistungsmodule definiert, zum Beispiel so, wie die Verbände dies im sog. PQP Konzept vorgeschlagen haben.

### **II.3 Verbesserte Personalausstattung**

Diese wesentliche Forderung greift der Gesetzentwurf dort auf, wo er den Krankenhäusern Nachweispflichten zunächst für die Vorgaben der PsychPV und dann ab 2020 für die Vorgaben des GBA zur Personalausstattung auferlegt. Es muss an dieser Stelle wiederholt werden, dass solche Nachweispflichten ausschließlich im Zusammenhang mit flankierenden Regelungen statthaft sein können, die die konkrete Ausfinanzierung der geforderten personellen Ressourcen mittel- und langfristig sicherstellen. Solche dringend notwendigen Vorschriften sind im aktuellen Gesetzentwurf nicht erkennbar. Es ist im Gegenteil sogar so, dass starre Regeln zur Begrenzung von Budgeterhöhungen, empirische Kalkulation und ein Krankenhausvergleich auf der Basis von Ist-Werten, die gegenwärtige personelle Unterfinanzierung zementieren und auf Dauer weiter verschlimmern werden.

Es ist allgemein bekannt und durch verschiedene empirische Untersuchungen belegt, dass bundesweit eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vereinbarten Personalstellen und deren tatsächlicher Finanzierung besteht. Dies dürfte ein ganz wesentlicher Grund dafür sein, dass die tatsächliche Erfüllungsquote der PsychPV bundesweit im Mittel unter 90% liegt. Aus fachlicher Sicht gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass sich der Personalbedarf seit Einführung der PsychPV verringert hätte. Im Gegenteil. Aufgrund der Verdopplung der Fallzahlen in den letzten 20 Jahren, der enormen Verkürzung der Behandlungsdauer, aufgrund des medizinischen Fortschritts und des drastischen Anstiegs des Aufwandes zur Dokumentation, der nicht zuletzt in erheblichem Maße der Entwicklung des neuen Entgeltsystems geschuldet ist, ist davon auszugehen, dass eine mittlere Erfüllung der PsychPV von 100% die absolute Minimalvoraussetzung für eine leitliniengerechte und dem Stand der ärztlichen Wissenschaft entsprechende Versorgung der Patienten ist.

Erst wenn der Gesetzentwurf durch entsprechende Änderungen diesen Fakten Rechnung trägt, kann er seinem Anspruch gerecht werden, die Versorgung durch eine Anpassung der Personalausstattung tatsächlich zu verbessern.

Der Gesetzentwurf enthält eine Regelung, die den GBA beauftragt, bis 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischen Personal zu schaffen. Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, eröffnet sie doch die Möglichkeit die über 20 Jahre alten Vorgaben der PsychPV zu aktualisieren und dem medizinischen Fortschritt anzupassen.

Diese Aktualisierung muss aber umfassend und durchgängig sein, d.h sie muss alle Behandlungsbereiche und Behandlungssettings gleichermaßen erfassen, und sie darf keinesfalls nur auf diejenigen Behandlungskonstellationen beschränkt bleiben, die tatsächlich bereits durch medizinische Leitlinien abgedeckt sind. Dies ist notwendig, um zu verhindern, dass Vorgaben zu Teilbereichen der Behandlung auf Kosten der personellen Ressourcen anderer Teilbereiche umgesetzt werden. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Vorgaben zur Personalausstattung der Weiterentwicklung der Medizin regelmäßig angepasst werden.

In einer weiterentwickelten Form des Gesetzentwurfes sollte deshalb nach §136a Abs. 2 Satz 1 SGB V folgender Satz eingefügt werden:

*Die Mindestvorgaben müssen anlog zur Psychiatriepersonalverordnung umfassend und durchgängig sein und damit alle Behandlungsbereiche und Behandlungssettings erfassen. Sie sind regelmäßig im Abstand von 5 Jahren zu aktualisieren.*

#### **II.4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument**

Ein Krankenhausvergleich, wie ihn der Gesetzentwurf vorsieht, ist grundsätzlich zu begrüßen, weil er wertvolle Informationen über das Leistungsgeschehen, seine lokale, regionale und überregionale Differenzierung, die Einhaltung der Personalmindestvorgaben und vieles mehr liefert. Insofern kann er auch ein qualitativ wertvolles Instrument zur Budgetfindung sein. Ein Krankenhausvergleich aber, der, wie aktuell vorgesehen, vor allem der Ermittlung von durchschnittlichen Entgelthöhen dient, die wiederum als quantitative Richtwerte für die Budgethöhe der einzelnen Krankenhäuser Verwendung finden, erfüllt diese Zweck nicht.

Die BDK begrüßt dieses Instrument also, insbesondere nach Wegfall der empirischen Kalkulation, sieht seine Nützlichkeit aber in einem anderen Zusammenhang als dies der aktuelle Gesetzentwurf tut. Entsprechend empfehlen wir, die in den Vergleich einzubeziehenden Parameter so zu modifizieren, dass sie den oben genannten Zielen entsprechen.

#### **II.5 Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung**

Der Gesetzentwurf sieht vor, in §39 SGB V eine stationsäquivalente Behandlung als neue Form der Krankenhausbehandlung einzuführen. Dies ist zu begrüßen, ermöglicht es doch erstmals im Rahmen der deutschen Sozialgesetzgebung außerhalb der sog. Modellvorhaben systematisch die Behandlung schwer kranker Patienten durch das Krankenhaus im häuslichen Umfeld.

Die flankierenden Regelungen im Referentenentwurf sind aber derart starr und restriktiv, dass das eigentliche fachliche Ziel, nämlich eine Flexibilisierung der Behandlung zugunsten der Bedürfnisse und Bedarfe der Patienten, so nicht erreicht werden kann.

Schon die Festlegung in §39 SGB V, dass die stationsäquivalente Behandlung hinsichtlich ihrer Dauer, Intensität, Dichte und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht, geht an den fachlichen Zielen vorbei. Diese Behandlungsform bringt eben nicht das Krankenhaus selbst, sondern nur bestimmte Mittel des Krankenhauses in die häusliche Umgebung des Patienten und muss sich, um effektiv zu sein, in vielerlei Hinsicht von der vollstationären Behandlung unterscheiden, damit sie den häuslichen Bedingungen gerecht werden kann. Die Kosten dieser Behandlungsform, die solche einer vollstationären Behandlung im Einzelfall deutlich überschreiten können und nur selten unterschritten werden, ergeben sich gerade aus den unterschiedlichen Gegebenheiten, die eine extrem hohe Personalbindung mit eingeschränkten Möglichkeiten der Steigerung der Effizienz des Personaleinsatzes verbinden. So können, zum Beispiel, naturgemäß beim hometreatment therapeutische Leistungen nur individuell und nicht in der Gruppe erbracht werden. Zielführend wäre es – wenn im Einzelfall eine stationsäquivalente Behandlung möglich erscheint - die

bisher für die stationäre und teilstationäre Behandlung zur Verfügung gestellten Mittel ohne Abschläge dem Krankenhaus zur Verfügung zu stellen, welches dann entsprechend den Bedürfnissen und Bedarfen des Patienten einen individuellen lebensfeldorientierten Behandlungsplan erstellt. Aus Sicht der BDK sind deshalb die letzten Sätze, die §39 SGB V angefügt werden sollen, ersatzlos zu streichen, zumal auch der Bezug zur vollstationären Behandlung nicht verfängt, da stationsäquivalente in mancher Hinsicht mehr vollstationären und in anderer Hinsicht mehr teilstationären Leistungen vergleichbar sind.

Stationsäquivalente Behandlungen werden mit Sicherheit die eine oder andere vollstationäre oder teilstationäre Behandlung ersetzen, sie werden es aber auch ermöglichen, Patienten zu helfen, die bisher eine Behandlung im Krankenhaus abgelehnt haben.

Insgesamt ist es aus fachlicher Sicht deshalb weder haltbar anzunehmen, dass stationsäquivalente Leistungen grundsätzlich günstiger sind als die Behandlung im Krankenhaus (eher das Gegenteil ist der Fall), noch ist es gerechtfertigt, ein Junktim zu knüpfen zwischen der Erbringung stationsäquivalenter Leistungen und einem Bettenabbau, wie es der Gesetzesentwurf in seiner aktuellen Form tut. Letztlich sollten aus fachlicher Sicht stationsäquivalente Leistungen in Art und Umfang dynamisch definiert und entsprechend vor allem unter Berücksichtigung des personellen Aufwandes differenziert vergütet werden.

### **III Einführungsphase des neuen Entgeltsystems**

Die Koalitionspunkte sehen vor, dass das neue System verbindlich für alle Krankenhäuser zum 1.1.2017 einführt werden soll. Dies ist auch im Gesetzesentwurf so vorgesehen. Die Bundesdirektorenkonferenz schlägt im Folgenden ein grundlegend anderes Vorgehen mit einem entsprechend anderen Zeitplan vor.

**Zusammenfassend nimmt der vorliegende Gesetzesentwurf wesentliche Begriffe und Ideen der Koalitionseckpunkte und des Verbändeentwurfs vom Herbst 2015 auf, verfehlt aber weitgehend deren tatsächliche inhaltliche Umsetzung. Grund hierfür ist vor allem, dass die bisherigen systematischen Ansätze weitgehend beibehalten werden sollen, obwohl sie für die Erreichung wesentlicher neuer Ziele nicht tauglich sind. Die Bundesdirektorenkonferenz schlägt deshalb ein gänzlich anderes, aber insgesamt wesentlich einfacheres und konsistenteres Vorgehen vor:**

1. Zum 1.1.2017 wird der Einschluss neuer Krankenhäuser in die Reihe der Optionshäuser gestoppt. Gleichzeitig wird die kalkulatorische Weiterentwicklung des Entgeltkataloges beendet.
2. Krankenhäuser, die bereits optiert haben, verwenden weiterhin die PEPP-Entgelte als Abschlagszahlungen auf ihr verhandeltes Budget. Anpassungen der Budgets erfolgen nach den geltenden Regelungen. Parallel hierzu wird die notwendige Dokumentation um alle nicht abrechnungsrelevante Elemente bereinigt.

3. Krankenhäuser, die nicht optiert haben, verhandeln ihre Budgets weiter nach der aktuell gültigen BpflV.
4. In den Krankenhäusern mit Modellprojekten sind keine Anpassungen nötig. Ggf. wir für die Abschlagszahlungen weiter der Entgeltkatalog 2016 verwendet.
5. In den Jahren 2017-2019 werden die Budgets aller Krankenhäuser stufenweise so angepasst, dass eine reale 100%ige Erfüllung der PsychPV gewährleistet ist.
6. In den Jahren 2016-2017 wird vom G-BA unter fachkundiger Beratung durch eine Expertenkommission basierend auf der PsychPV ein umfassendes leistungsbezogenes Personalbemessungsinstrument entwickelt, welches eine tagesgenaue bedarfsorientierte Einstufung aller Patienten ermöglicht und alle Behandlungssettings erfasst. Dabei wird von einer 100%igen PsychPV Erfüllung ausgegangen und es werden verschiedene Behandlungssettings vollstationärer und teilstationärer Art abgebildet, sowie stationsersetzende Leistungen, die im häuslichen Umfeld der Patienten erbracht werden. Für jedes Setting werden entsprechend der Einstufung der Patienten tagesbezogene Relativgewichte gebildet, die sich zunächst an den in der PsychPV vorgefundenen Relationen orientieren können, solange keine andere klaren Evidenzen vorliegen.
7. Analog der in der PsychPV vorgesehenen Strukturprüfungen werden parallel Instrumente entwickelt, die es den Krankenkassen erlauben, die Umsetzung der neuen Personalvorgaben in den Kliniken zu überprüfen.
8. Ab 2017 wird aus den bisherigen Kalkulationskrankenhäusern und, um die Repräsentativität zu gewährleisten, einer noch zu bestimmenden zusätzlichen Zahl von Einrichtungen eine Stichprobe gebildet, die einen Krankenhausvergleich generiert, der zur Orientierung auf der lokalen Ebene dient.
9. Ab 2018 wird das neue Personalbemessungsinstrument für 2 Jahre in einer Stichprobe der Krankenhäuser erprobt und adaptiert. Hierbei wird die tagesbezogene Einstufung der Patienten optimiert. Bis zum Ende dieser Erprobungsphase wird die Gültigkeit der PsychPV verlängert.
10. Ab 2020 wird das neue System flächendeckend eingeführt. Hierbei sind die Regeln zur Budgetfindung so zu gestalten, dass eine Finanzierung der normativen Personalvorgaben sichergestellt ist.

Wir sind uns dessen bewusst, dass dieses Vorgehen einer umfassenderen Neuorientierung gleichkommt, die über den vorliegenden Gesetzentwurf deutlich hinausgeht. Dabei sehen wir auch, dass das hier skizzierte Vorgehen sehr rasch in gesetzliche Formulierungen umgesetzt werden müsste, um eine Verabschiedung noch in diesem Jahr zu ermöglichen. Wir sind uns aber sicher, dass ein solches Vorgehen langfristig effizienter wäre und den tatsächlichen Wunsch des Gesetzgebers, die Versorgung zukunftsorientiert zu verbessern, effektiver umsetzen würde.

Kontakt:

Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Klinikum Ingolstadt  
Krumenauerstrasse 25  
85049 Ingolstadt  
Telefon: 0841 880 2200  
Email: bdk@klinikum-ingolstadt.de