

**BKK Dachverband e.V.**

Mauerstraße 85  
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-111

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

—  
Stellungnahme  
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 14. Juni 2016

—  
zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

---

## **I. Vorbemerkung**

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen will der Gesetzgeber die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessern und die Finanzierungsverhandlungen auf eine neue Grundlage stellen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die verpflichtende Einführung der PEPP-Systematik als Entgeltsystem ab dem Jahr 2017. Ein vollständiger Umstieg aller Krankenhäuser ist zwingend notwendig zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Bedauert wird die Abkehr von der bisher geplanten Anwendung von PEPP als Preissystem.

Zu begrüßen ist, dass aktuelle Probleme hinsichtlich der Personalausstattung der Krankenhäuser im Referentenentwurf adressiert werden. Insbesondere muss die tatsächliche Vorhaltung der verpflichtenden Mindestpersonalausstattung inkl. Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel sichergestellt werden.

Die Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, wie im Referentenentwurf vorgesehen, beurteilen die Betriebskrankenkassen kritisch. Es ist nicht ersichtlich, wie insbesondere in akuten Krankheitsphasen außerhalb vollstationärer Behandlung eine medizinisch notwendige aber wirtschaftliche Behandlung und Betreuung durch das Krankenhaus sichergestellt werden kann.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich den Aufbau einer Standortidentifikation und eines Standortverzeichnis. Diese sind für die Umsetzung zahlreicher, im KHSG beschlossener Maßnahmen notwendig und u.a. für Transparenz und Qualitätssicherung unverzichtbar. Die Vorlaufzeit für eine verpflichtende Anwendung sollte jedoch von vier auf zwei Jahre reduziert werden.

Der vorgesehene gesetzliche Auftrag zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung wird nicht für notwendig erachtet: Es liegt im Interesse der Vertragspartner auf Bundesebene, eine stete Verbesserung der Effizienz und eine Aufwandsminderung der Prüfverfahren anzustreben. Zudem wurde aktuell eine angepasste Prüfverfahrenvereinbarung verhandelt, die auch Anwendung für die Abrechnungsprüfung der Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen findet. Eine gesonderte Prüfvereinbarung für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen wird abgelehnt.

Im Folgenden werden die aufgeführten Punkte im Detail kommentiert.

## **II. Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen**

Der Referentenentwurf sieht vor, die Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen von einem Preis- auf ein Budgetsystem umzustellen. Diese soll ab 2017 verpflichtend angewandt werden, in den Jahren 2018 und 2019 budgetneutral. Danach soll eine Budgetfortschreibung unter Berücksichtigung von bestimmten Werten und Merkmalen stattfinden.

### *Anwendung und Optionsphase*

Die verpflichtende Anwendung der PEPP-Entgeltsystematik ab 2017 wird begrüßt. Die einheitliche Teilnahme aller Krankenhäuser schafft die notwendige Transparenz zum tatsächlichen Leistungsgeschehen und ist damit wichtig für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik. Forderungen nach einer weiteren Optionsverlängerung darf demnach nicht entsprochen werden.

### *Budgetneutrale Phase*

Die Weiterführung der budgetneutralen Phase in den Jahren 2018 und 2019, wie bereits mit dem PsychEntgG vorgesehen, ist ein geeignetes Instrument um wirtschaftliche Risiken, die sich lediglich aus dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem ergeben können, zu vermeiden und um Erfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem, dem damit verbundenen Leistungs- und Mengenrüst sowie deren Anforderungen an die Kodierung zu sammeln. Dafür ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen die vorgesehene zweijährige Phase ausreichend.

### *Mindererlösausgleiche*

Der Referentenentwurf sieht eine dauerhafte Verbesserung der Mindererlösausgleiche ab 2017 von 20 % auf 50 % vor, um Schätzfehlerrisiken und Probleme mit unzureichender Kodierqualität zu mindern. Dies wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt. Krankenhäuser würden dadurch einen dauerhaften Fehlanreiz gegen gute Kodierqualität und realistische Leistungsplanung erhalten.

### *Budgetfindung*

Im Rahmen der Budgetfortschreibung soll lt. Referentenentwurf der vereinbarungsfähige Gesamtbetrag in Höhe des um den Veränderungswert erhöhten Gesamtbetrags des Vorjahres beschränkt werden. Diese Obergrenzenregelung wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt.

Ebenfalls begrüßt wird die vorgesehene Vorgabe für das Krankenhaus, zur Finanzierung leistungsbezogener strukturellen Besonderheiten eine Auskunft vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erfragen.

Auch die vorgesehene Regelung, zur Berücksichtigung der Kostenentwicklungen und der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung des Budgets wird positiv bewertet.

#### *Berücksichtigung der Vorgaben zur Personalausstattung*

Die Betriebskrankenkassen begrüßen den Auftrag an den G-BA, Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausversorgung festzulegen und deren verbindliche Wirksamkeit ab dem 01.01.2020.

Wichtig ist jedoch nicht nur die Vorgaben im Rahmen der Finanzierung zu berücksichtigen (Soll), sondern die Finanzierung auch in Abhängigkeit der Umsetzung zu setzen. Andernfalls würde die Regelung den Krankenhäusern Fehlanreize bieten, z.B. zur Vorhaltung unbesetzter Stellen. Die Krankenkassen haben in der Vergangenheit wiederholt den vollständigen Personalbedarf nach Psych-PV finanziert, ohne dass die Krankenhäuser flächendeckend die finanzierten Stellen auch vollumfänglich mit Personal besetzt haben. Dies ist sowohl versorgungspolitisch als auch vor dem Hintergrund zweckentsprechender Mittelverwendung von Beitragsgeldern zu vermeiden. Es ist demnach klarzustellen, dass nicht zweckentsprechend verwendete Mittel von den Krankenhäusern zurückzuzahlen sind.

In diesem Zusammenhang halten die Betriebskrankenkassen die vorgesehene Nachweispflicht zum Personalmitteleinsatz der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen für zwingend notwendig. Nur so kann eine Überprüfung erfolgen, ob die verbindlichen Vorgaben des G-BA zur personellen Mindestausstattung durch die Krankenhäuser eingehalten werden und das für die Behandlung in der notwendigen Versorgungsqualität erforderliche sowie von den Krankenkassen finanzierte Personal vorgehalten wird.

Die Vorgaben zur Personalausstattung nach Psych-PV und die Nachweispflicht sollten bis zum Inkrafttreten der Vorgaben des G-BA für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen umgesetzt werden. Dies sollte auch für Psychosomatiken gelten, deren Personalausstattung derzeit nicht nach den Vorgaben der Psych-PV vereinbart wird. Nur so sind ein Abgleich des notwendigen, des finanzierten und des tatsächlich vorhandenen Personals möglich und Rückzahlungsverpflichtungen umsetzbar.

Zur Herstellung der notwendigen Transparenz in diesem Bereich, werden die geplanten Maßnahmen sowohl in Art (Wirtschaftsprüferstat, Datenübermittlung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG) als auch in Umfang und Detaillierungsgrad (z.B. Nachweis über vereinbarte Stellenbeset-

zung in Vollkräften, tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert in Berufsgruppen mit entsprechender Angabe zum Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen) ausdrücklich benötigt und daher von den Betriebskrankenkassen begrüßt.

#### *Berücksichtigung der Ergebnisse eines Krankenhausvergleichs*

Aufgrund der nicht mehr vorgesehenen Konvergenz kommt der Berücksichtigung der Ergebnisse des Krankenhausvergleiches in Verbindung mit den Anpassungsvereinbarungen eine hohe Bedeutung zu, um ein Auseinanderdriften der Entgelte und Budgets der einzelnen Krankenhäuser zu vermeiden. Es muss Ziel sein, diese Instrumente dazu nutzbar zu machen, perspektiv eine Annäherung von individuellen Entgelthöhen und Krankenhausbudgets zu erreichen. Relevante Abweichungen vom maßgeblichen Vergleichswert sollten daher stets einer besonderen Darlegungspflicht der Krankenhäuser zu den Gründen der Überschreitung bedürfen. Der in der Gesetzesbegründung konkretisierte Schwellenwert von einem Drittel ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen daher nicht angemessen und zu streichen.

### **III. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**

Der BKK Dachverband steht der Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Teil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V kritisch gegenüber und lehnt diese ab.

Grundsätzlich unterstützen die Betriebskrankenkassen die Optimierung bestehender Versorgungskonzepte insbesondere auch zur Verbesserung einer ambulanten wohnortnahen Versorgung ihrer Versicherten ergänzend zum stationären Versorgungsangebot. Vor diesem Hintergrund beteiligen sich die Betriebskrankenkassen an zahlreichen Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V. Dabei zielen diese Modellvorhaben nicht nur auf eine verbesserte Patientenversorgung oder sektorenübergreifenden Leistungserbringung, sondern beinhalten auch die psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld. Gemäß § 65 SGB V haben die Krankenkassen bzw. deren Verbände eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben zu veranlassen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es angezeigt, die Evaluationsergebnisse abzuwarten und zu bewerten. Erst im Anschluss kann über die Etablierung alternativer Versorgungsansätze, beispielhaft im häuslichen Umfeld, befunden werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es fraglich, wie eine sachgerechte umfassende psychiatrische Behandlung und Betreuung insbesondere in den vom Gesetzgeber adressierten

akuten Krankheitsphasen außerhalb vollstationärer Behandlung erfolgen kann. Hier ist es nicht ersichtlich, wie eine medizinisch notwendige aber wirtschaftliche Vorhaltung des erforderlichen multiprofessionellen Behandlungsteams durch das Krankenhaus sichergestellt werden kann. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine organisatorisch praktikable Leistungserbringung in der notwendigen Intensität und Dichte der Behandlung nicht ohne Mehrkosten im Vergleich zur vollstationären Krankenhausversorgung erreichbar.

Widersprüchlich ist es für die Betriebskrankenkassen ebenfalls, dass die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen soll, die Delegation an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern jedoch möglich sein darf. Dies scheint aus Sicht der Betriebskrankenkassen medizinisch fachlich nicht sachgerecht. Gleichzeitig wird befürchtet, dass es zu Verlagerungen von PIA-Leistungen in die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kommt und damit Leistungsverlagerungen entgegen der Zielsetzung der Gesetzgebung vom ambulanten in den stationären Sektor stattfinden.

Grundsätzlich wird es daher von den Betriebskrankenkassen abgelehnt, eine Leistungserbringung im häuslichen Umfeld als Krankenhausleistung zu definieren. Diese Art der Leistungserbringung sollte nicht als Teil der Krankenhausbehandlung, sondern vielmehr als ambulante Behandlung, z.B. als Teil des Leistungsspektrums psychiatrischer Institutsambulanzen, etabliert werden. Dies würde sowohl zur klaren leistungsrechtlichen Trennung ambulanter und stationärer Leistungen beitragen, eine systemfremde Finanzierung außerklinischer Leistungen über Krankenhausbudgets vermeiden und dennoch eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ermöglichen.

#### **IV. Standortidentifikation und Standortverzeichnis**

Im Referentenentwurf wird der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine bundeseinheitliche Definition des Krankenhausstandorts zu vereinbaren. Auf dieser Grundlage soll ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte geführt werden.

Diese Regelung wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Bisher ist die Verwendung des Institutionskennzeichens unzureichend und bildet lediglich das Krankenhaus in seiner Gesamtheit ab. Somit ist keine Differenzierung von Krankenhaus, Standort oder Ambulanzen möglich. Die mangelnde Identifikationsmöglichkeit führt zu Problemen u.a. bei der Prüfung von Versorgungsaufträgen.

Die Forderung nach einer Standortidentifikation war von Seiten der GKV bereits im Stellungnahmeverfahren zum Krankenhausstrukturgesetz gestellt worden, denn sie ist die Grundlage für die Umsetzung von dessen Regelungen (Sicherstellungszuschlag, Notfallversorgung, Zentren sowie Qualitätssicherungszu- und –abschläge, Fixkostendegressionsabschlag). Auch bei der Förderung von Standortschließungen durch den Strukturfonds ist die Standortidentifikation von hoher Bedeutung.

Die Kombination von Standortidentifikation und –verzeichnis ist unverzichtbar. Mit der Verwendung im Rahmen der Datenmeldung schafft das Kennzeichen Transparenz über die Strukturen der Leistungserbringung und des Versorgungsgeschehens für alle beteiligten Akteure.

Die Verwendung der Kennzeichen im Rahmen der Abrechnung, u.a. für die Prüfung des Versorgungsauftrags und der Qualitätsvorgaben, ist überfällig. Die vom Gesetzgeber vorgesehene verpflichtende Anwendung wird daher ebenfalls begrüßt. Jedoch bedarf es nicht der langen Vorlaufzeit von vier Jahren, wie im Entwurf angedacht: Eine frühere Umsetzbarkeit ist notwendig und auch realisierbar. Daher fordern die Betriebskrankenkassen, eine verpflichtende Anwendung bereits ab dem 01.01.2019 gesetzlich zu fixieren.

## **V. Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung**

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kann nicht nachvollzogen werden, weshalb der Gesetzgeber die Vertragspartner auf Bundesebene zu diesem Zeitpunkt mit einer pauschalen Weiterentwicklung des Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V beauftragt. Trotz zum Teil sehr unterschiedlichen Positionen konnte die bisherige Prüfverfahrensvereinbarung - nach deren Kündigung durch die DKG - in konstruktiven Verhandlungen zwischen DGK und GKV im Februar 2016 neu vereinbart werden. Damit ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen eine Weiterentwicklung des Prüfverfahrens mit dem Ziel, den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, verbunden.

Die angepasste Prüfverfahrensvereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Dabei ist es den Krankenkassen und den Krankenhäusern auch gelungen, sicherzustellen, dass das Prüfverfahren ab diesem Zeitpunkt im Rahmen des elektronischen Datenaustausches zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erfolgen kann. Dies trägt zu einer bedeutenden Aufwandsminderung bei.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen haben sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen eine intrinsische Motivation, die Abrechnungsprüfung stets effizient und effektiv zu gestalten. Ein Eigenantrieb zur Weiterentwicklung des Prüfverfahrens sollte den Vertragspartnern auf Bundesebene daher unterstellt werden. Mit der Möglichkeit zur Kündigung der neuverhandelten Prüfverfahrensvereinbarung erstmalig zum 31.12.2018 haben beide Seiten auch

ein entsprechendes Instrument auf eine Änderung des bisherigen Verfahrens, soweit notwendig, hinzuwirken. Dazu sollte jedoch sowohl den Leistungserbringern als auch den Kostenträgern die Möglichkeit gegeben werden, ausreichend Erfahrung mit dem gemeinsam vereinbarten Prüfverfahren ab dem 01.01.2017 zu sammeln und dieses hinsichtlich des Bedarfs an Modifikationen zu bewerten.

Die Notwendigkeit eines allgemeinen gesetzlichen Weiterentwicklungsauftrages wird von Seiten der Betriebskrankenkassen daher nicht gesehen.

Ebenfalls wird von Seiten der Betriebskrankenkassen darauf hingewiesen, dass die am 03.02.2016 zwischen der DKG und der GKV vereinbarte Prüfverfahrensvereinbarung nach dem Willen der Vertragspartner Gültigkeit für die Abrechnung nach dem KHEntgG und der BPfIV - also für somatische, psychiatrische und psychosomatische Leistungen - entfaltet. Somit besteht bereits zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eine gültige Vereinbarung für die Abrechnungsprüfung der Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Sollten sich im Rahmen der praktischen Anwendung Hinweise ergeben, spezielle Regelungsinhalte zur Abrechnung von psychiatrischen und psychosomatische Leistungen formulieren zu müssen, können diese von den Vertragspartnern in die bestehende Prüfverfahrensvereinbarung aufgenommen werden.

Die Betriebskrankenkassen sehen daher keinen Bedarf einer gesonderten Prüfverfahrensvereinbarung.