

**Ergänzende Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie
und -psychotherapie**

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

Die vorliegende Stellungnahme ist eine Ergänzung zur gemeinsamen Stellungnahme der Fachgesellschaften, der wir uns inhaltlich vollständig anschließen. Aufgrund der Kürze der Zeitvorgabe war es allerdings nicht möglich, in dieser gemeinsamen Stellungnahme alle auf den unterschiedlichen Kompetenzen der Beteiligten basierenden Aspekte auszudiskutieren und zu konsentieren. Aus diesem Grund wollen wir einige Anmerkungen aus gerontopsychiatrischer Sicht hinzufügen. Im Anhang finden Sie außerdem die von den beteiligten Fachgesellschaften weitgehend, aber noch nicht vollständig konsentierten konkreten Vorschläge zur Änderung der betreffenden Gesetze.

Die aktuelle Versorgungs- und Vergütungssituation berücksichtigt aus strukturellen und finanziellen Gründen nicht nur die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht ausreichend, es gibt darüber hinaus, wie bereits wiederholt in Stellungnahmen aller Fachgesellschaften geschildert, Kranke, die ihre eigenen Interessen krankheitsbedingt nicht selbst vertreten können, und die eines besonderen Schutzes bedürfen. Wir möchten deshalb unterstreichen, dass die Bedürfnisse und Bedarfe von schwer und chronisch psychisch Kranken, ebenso wie von Menschen mit chronischen psychischen Störungen, die unter dem physiologischen Alterungsprozess und wegen altersassoziiierter Erkrankungen dekomensieren, in besonderer Weise beachtet werden müssen. Dazu gehört auch der Bedarf von multimorbiden älteren und hochaltrigen Menschen, die neben der somatischen Erkrankung psychische Störungen aufweisen und ein hohes Delirrisiko haben, und weiter die wachsende Gruppe der Demenzkranken mit besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarfen, als Personengruppen, die neben den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen speziell zu berücksichtigen sind. Die Behandlung dieser Patientengruppen ist besonders aufwendig und personalintensiv. Aufgrund der vor 30 Jahren im Vergleich zu heute anderen

medizinischen und psychiatrischen Behandlungsbedingungen wird dieser Aufwand in der Psychiatrie-Personalverordnung vor allem für alte Patienten bei weitem nicht ausreichend abgebildet. In aktuellen Leitlinien erhalten im Bereich der nichtmedikamentösen Therapien psycho-, ergo- und soziotherapeutische Maßnahmen eine zentrale Rolle, denen vor 30 Jahren noch die Evidenzbasis fehlte. Gleichzeitig nimmt mit dem demographischen Wandel die Zahl der hochaltrigen und entsprechend auch multimorbid kränkeren Patienten mit ihren zusätzlichen medizinischen Bedarfen und einem erhöhten Risiko, ein Delir zu entwickeln in der Gerontopsychiatrie wie im ambulanten und stationären Versorgungsbereich insgesamt zu. Hier sind normative Ergänzungen zur Personalausstattung unbedingt notwendig.

Wir begrüßen in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass in der Begründung zum Referentenentwurf die stationsäquivalente Behandlung auch für psychisch kranke Menschen, deren Zuhause ein Pflegeheim ist, eingeschlossen wird. Daran sollte aus unserer Sicht unbedingt festgehalten werden. In den letzten Jahren entstand immer wieder der Eindruck, dass alten Patienten, die in Heimen wohnen, der Zugang zu Elementen medizinischer Versorgung erschwert werden sollte. Gerade demenzkranke Menschen – und die Mehrzahl der Pflegeheimbewohner in Deutschland leidet unter einer Demenzerkrankung – könnten aber von einer Behandlung einer akuten Krankheitsepisode ohne Notwendigkeit eines Umgebungswechsels deutlich profitieren.

Wir hoffen, dass es noch gelingt, die Umsetzung an die begrüßenswerten Ziele des Gesetzesentwurfs anzupassen. Deshalb fügen wir die konkreten Vorschläge für eine solche Anpassung an.

Prof. Dr. med. Hans Gutzmann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie

Anhang: unveränderte Fassung der im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Fachgesellschaften erarbeiteten, aber aus Zeitgründen nicht abschließend konsentierten, vorgeschlagenen Gesetzesänderungen mit Begründung

Art. 1 – Krankenhausfinanzierungsgesetz

1. Zu Art. 1 Nr. 1 (§ 2a KHG)

In Art. 1 Nr. 1 wird in § 2a Abs. 1 nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Die Besonderheiten der Psychiatrie und der Psychosomatik, wie z.B. Gemeindenähe und die Bedürfnisse psychisch kranker Kinder sind zu berücksichtigen.“

Begründung:

Die Regelung soll 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.

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.

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 Weiterführung 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.

4. 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 2 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.

Begründung:

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 der Weiterentwicklung der Kalkulation nicht auf Basis der vollen Umsetzung der GBA-Vorgaben beruht.

Art. 2 – Bundespflegesatzverordnung

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 finanziellen ausgeglichen wird**
- **Verminderung der 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 stellen 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 zu ändern wie folgt:

„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 2018, 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, 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 Akutaufnahmestationen.

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 Bundespflegegesetzverordnung 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 Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ist in § 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 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 4 BPfIV)

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

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 Ge-

samtbetrages 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 dieser Tatbestand ebenfalls bereits abgegolten.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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 ist nach Satz 8 folgender Satz 9 einzufügen:

„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der nicht verbrauchte Finanzierungsbetrag als Ausgleich zurück zu zahlen ist.“

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

me der Stellenbesetzung ergebende nicht zweckentsprechend verbrauchte Finanzierungsbeitrag als Ausgleich zurückzuzahlen ist.

12. 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.

13. 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.

14. 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 nicht aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht sachgerecht. Mehrleistungen führen auch in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu höheren anteiligen Kosten als 10 Prozent - 15 Prozent.

15. 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 Weiterführung 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 dazu, dass der leistungsbezogene Vergleich ein Transparenzinstrument ist, sondern sie macht ihn zu einem Instrument der Budgetbemessung und wird damit zu einem Betriebsvergleich.

16. 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

17. Zu Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b (§ 6 Abs. 2 und 3 BPflV)

In Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b wird § 6 Abs. 2 BPflV 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 wird erst aufgrund der Leistungsmenge als Divisor aus dem Budget ermittelt.

Zuvor ist von dem Gesamtbetrag die Erlössumme der krankenhausesindividuellen 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, 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.

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

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

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

Begründung:

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

19. Zu Art. 2 Nr. 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe b (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 BPflV)

-

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

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

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.

20. Zu Art. 2 Nr. 10 (§ 10 Absatz 2 und 3 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 Suchtmedizin, der Gerontopsychiatrie, der Allgemeinpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik statt. Des Weiteren definieren die Vertragsparteien auf der Landesebene konkret, welche Leistungen und Strukturen mit den vereinbarten Parametern abgebildet werden. Sie vereinbaren hierbei auch Minimalbeträge, Maximalbeträge, Median und gegebenenfalls auch Standardabweichungen.“

Absatz 3 wird gestrichen.

Begründung:

Die Vereinbarung eines landesweiten Basisentgeltwertes 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 ein landesweiter Basisentgeltwert ebenfalls nicht zur Transparenz beiträgt.

Diese Erwägungen gelten ebenso für die Vereinbarung von durchschnittlichen Entgelthöhen der krankenhausesindividuellen Entgelte.

21. 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 Die Vereinbarung lediglich eines landesweiten Basisentgeltwertes 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.

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.

22. 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:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. 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. **Die Nachweise nach Satz 2 und 3 erfolgen durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung. Aus dem Nachweis müssen die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche Stellenbesetzung in Vollkräften zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Vereinbarungszeitraums, die Höhe des für die Anzahl der vereinbarten Stellenbesetzung vereinbarten Gesamtfinanzierungsbetrages sowie die Höhe des für vorgenommene Stellenbesetzungen verwendeten Finanzierungsbetrages.** Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3 zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes; erstmals zum 1. August 2017 sind die Angaben für das Jahr 2016 zu übermitteln.“

Begründung:

Die Nachweispflicht für die Jahre 2016 – 2019 dazu, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV eingehalten werden, ist vor dem Hintergrund akzeptabel, dass eine Rückzahlungs- bzw. in der bislang vorgesehenen Fassung, eine Budgetabsenkung wegen Nichtbesetzung, erst ab dem Jahr 2019 bzw., ggf. 2020 erfolgen. Denn problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die Budgets der Jahre 2016 bis 2018 noch nach dem alten Entgeltsystem ermittelt werden.

Die Verpflichtung zum Nachweis der jahresdurchschnittlichen Personalbesetzung führt im Ergebnis dazu, dass die psychiatrischen Einrichtungen Angaben zum Bestandspersonal machen. Da dieses aus den bereits unter Ziffer 6 aufgeführten Gründen in vielen Fällen nicht in der vereinbarten und erforderlichen Höhe finanziert und folglich nicht vorhanden sein wird, sind die gleichen Verwerfungen vorprogrammiert, die im Jahr 2009 zur Einführung des § 6 Abs. 4 BPfIV i.d.F. bis 31.12.2012 geführt haben.

Unabdingbare Voraussetzung einer Nachweispflicht für jedweden Zeitraum ist daher ein durchsetzbarer Anspruch der Einrichtungen auf die vollständige Finanzierung der Personalkosten für das gesamte Personal nach der Psych-PV oder den Vorgaben des GBA nach § 136a SGB V.

Art. 3 – Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

1. Zu Art. 3 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 eine keine zwingende Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zur Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen geben.