

Stellungnahme der DGPM zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG).

Die DGPM begrüßt die Zielsetzungen des Gesetzentwurfs zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, insbesondere eine schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen aufzugeben, gleichzeitig aber auch weiterhin die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung verbessern zu wollen. Erfreulich ist auch, dass die Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen nun klar gesetzlich geregelt wird.

Die DGPM schlägt zur Präzisierung des Gesetzes folgende Veränderungen vor:

Das Gesetz betont, dass Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart werden sollen, lässt dann aber offen, was es mit diesen Besonderheiten meint (PEPP-Kategorien; spezialisierte Behandlungsangebote; besondere Personalausstattung?). Die Leistungskriterien, die zum Krankenhausvergleich herangezogen werden sollen, sind ebenfalls nicht benannt. Aus der Perspektive der Fachgesellschaften sollten hier u. a. Leistungsdaten (wie z.B. Therapieeinheiten (TEs); somatische Versorgungsdaten), spezialisierte Behandlungsangebote, strukturelle Aspekte des Krankenhauses Eingang finden. Hier ist unbedingt eine Konkretisierung („zumindest: wie zum Beispiel...“) wünschenswert.

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 2a:

Die Definition des Krankenhausstandorts, die eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Hinsicht ermöglichen soll, ist unbedingt fachgebietsbezogen zu vollziehen. Dies sollte im Gesetz ausdrücklich auch so benannt werden. Denn nur durch eine fachgebietsdifferenzierende Definition können für die drei Gebiete *Psychiatrie und Psychotherapie*, *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* und *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* Qualitätssicherung, Abrechnung, Krankenhausplanung, Zuordnung der neu einzurichtenden Psychosomatischen Institutsambulanzen (PSIAs) und Krankenhausstatistik in geeigneter Weise durchgeführt werden.

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

PD Dr. med. Martina Rauchfuß

Oberärztin der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité
Luisenstr. 13a, 10117 Berlin
Tel.: 030 45055390, Fax: 030 450553900
martina.rauchfuss@charite.de

Beisitzer

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Parkstr. 10, 12103 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
praxisbergander@versanet.de

Prof. Dr. med. habil. Dipl. Psych. Ulrich Cuntz
Chefarzt der Schön Klinik Roseneck
Psychosomatik
Am Roseneck 6, 83209 Prien am Chiemsee
Tel.: 08051 683524, Fax: 08051 683583
ucuntz@schoen-kliniken.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Allgemeine Innere Medizin der Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221 568649, Fax: 06221 565749
wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle

Helke Breitzmann
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
Konto-Nr. 0001278900, BLZ 100 205 00
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Die Vorgaben des Gesetzes zur Strukturqualität, die insbesondere die Personalausstattung betreffen und dabei auf die PsychPV Bezug nehmen, müssen für psychosomatische Einrichtungen ergänzt werden, da dieser zweitgrößte Psych-Versorgungsbereich nicht der PsychPV unterliegt und eigene, in den bisherigen Kostenverhandlungen akzeptierte Vorgaben zur Personalbemessung entwickelt hat. Die Fachgesellschaft hat auf der Basis der Minutenwerte seit 1992 **Personalanzahlzahlen für psychosomatische Einrichtungen** empirisch ermittelt und umgesetzt (Heuft 1999; Heuft et al. 2015). Diese Personalstruktur ermöglicht die Realisierung der psychosomatischen Komplexbehandlung (OPS 9-63).

Die Änderung des § 17c KHG zur Weiterentwicklung des Prüfverfahrens nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollten zwischen der einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfung aufgrund von statistischen Auffälligkeiten und der institutionsbezogenen Prüfungen von Merkmalen der Strukturqualität unterscheiden. Hier sollte die Formulierung lauten:

„Die Strukturqualität ist nicht einzelfallbezogen nachzuweisen. Der Nachweis der Strukturqualität erfolgt über den §18 der Bundespflegesatzverordnung für die Jahre 2016-2019. Ab dem Jahr 2020 erfolgt der Nachweis über die Gesetzesgrundlage des §136a Sozialgesetzbuch V. Um eine Transparenz für die Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung herzustellen, werden die Krankenkassen verpflichtet die Anzahl der Prüfaufträge an den MDK jährlich zu veröffentlichen. In dieser Veröffentlichung sind Angaben über die Anzahl der Prüfaufträge, die Prüfgegenstände, die Anzahl der unbegründeten Abrechnungsprüfungen und über die Ergebnisse der Prüfverfahren zu benennen. Eventuelle Rechtsstreitigkeiten und deren Ergebnisse sind mit einzubeziehen.“

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu § 3:

Entscheidend für eine nachhaltig sachgerechte Krankenhausfinanzierung in Zeiten des Personalmangels insbesondere in strukturschwachen Regionen ist, im Falle einer Nichtbesetzung vereinbarter Stellen eine Rückzahlung der nicht verbrauchten Finanzierungsbeträge als Ausgleichzahlung zu vereinbaren statt eine Absenkung des Gesamtbetrages vorzunehmen. Eine Absenkung des Gesamtbetrages würde zu einer dauerhaften Absenkung der Ausgangsbeträge für die folgenden Vereinbarungszeiträume führen. Damit würde dem Krankenhaus die Möglichkeit genommen, im Vereinbarungszeitraum nicht vorgenommene Personaleinstellungen im Folgejahr vorzunehmen. Das Ziel einer Umsetzung der Vorgaben des G-BA 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.

Zu § 4:

Um einen leistungsbezogenen Vergleich bilden zu können, bedarf es wiederum der fachgebietsbezogenen strukturellen Differenzierung (s.o.), da nur dann leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten bewertet und adäquate Vergleiche mit anderen Versorgungsbereichen erbracht werden können.

Hiervon betroffen sind auch die Vereinbarungen auf Landesebene nach § 10.

Welche Daten einen leistungsbezogenen Vergleich ermöglichen, ist noch nicht abschließend geklärt. Hier sollte das Gesetz einen Entwicklungsweg aufzeigen, in dem z.B. formuliert wird: „Geeignete Daten zum Leistungsvergleich werden durch Selbstverwaltungspartner unter Einbeziehung von Fachexperten vereinbart. Geeignete Daten sind die dokumentierten besonderen Aufwendungen bei den durchgeführten Behandlungen, die nach ihrem Gegenstand und den prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß der vom DIMDI herausgegebenen OPS-Prozeduren verschlüsselt werden.“ Ohne eine Klärung, was eine Krankenhausleistung ist, wäre ein Krankenhausvergleich ein Betriebsvergleich, der gerade nicht gewollt sein kann.

Beim leistungsbezogenen Vergleich ist insbesondere bei den psychosomatischen Einrichtungen, die nicht der PsychPV unterliegen, davon auszugehen, dass es eine sehr inhomogene Versorgungslandschaft gibt mit nach Größe und Spezialisierung, Personalausstattung, Behandlungsintensität, Vernetzungsgrad mit der somatischen Medizin und Versorgungsaufgaben sehr unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen. Dies muss bei einem leistungsbezogenen Vergleich berücksichtigt werden, um nicht „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

Die Vereinbarung eines Entgeltes für leistungsbezogene strukturelle Besonderheit muss praktikabel und sachgerecht sein. Beispiele für leistungsbezogene strukturelle Besonderheit sollten auch von den Fachgesellschaften eingebracht werden können. Vereinbarungen mit den Kostenträgern müssen transparent gemacht werden. Strukturen, Prozesse und deren Finanzierung sollten von allen Parteien der Selbstverwaltung und der Leistungserbringer nachvollzogen werden können.

§ 9:

Die Tarifraten sind statt mit 40% mit 80% festzulegen, da sonst die sog. Tarifschere sehr rasch zu einer inakzeptablen „Aushöhlung“ der im Gesetz intendierten sachgerechten Personalausstattung führen wird.

§ 10: Vereinbarungen auf Landesebenen

Mit der Ermittlung eines landesweiten Basisentgeltwerts zum Zwecke des Vergleichs nach § 4 wiederholt das Gesetz einen alten Fehler. Die im Preissystem bereits kritisierte Unter-, Über- und Fehlfinanzierung von Krankenhausleistungen kann so nicht verhindert werden. Zu fordern sind fachgebietsbezogene, sich an Struktur- und Prozesskriterien orientierende Basisentgeltwerte.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Neufassung von § 118 Absatz 3 ermöglicht nun psychosomatischen Krankenhäuser sowie psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen sektorübergreifende Versorgungsmöglichkeiten. Dies wird zu einer deutlichen Verbesserung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung führen. Voraussetzung hierfür ist wiederum die Fachgebietsdifferenzierung (s.o.) in den Krankenhausplänen der Länder. Um eine erneute „Blockade-Strategie“ hinsichtlich der Berechtigung zur Einrichtung von PSiAs zu verhindern, erscheint der oben bereits ausgeführte Passus zur Fachgebietsdifferenzierung unverzichtbar.

Auch die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen setzt nach § 295 Absatz 1b Satz 4 eine Differenzierung nach Fachgebieten voraus, die in den Krankenhausplänen der Länder nachvollzogen und in den jeweiligen Feststellungsbescheiden erkennbar sein muss.

Personalvorgaben können derzeit nicht auf S3-Leitlinien gestützt werden, da diese zwar zu Behandlungsmethoden Aussagen treffen, die aber nicht mit Personalaufwänden hinterlegt sind.

Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollte der G-BA zudem nicht nur die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen, sondern im Falle der psychosomatischen Einrichtungen auch äquivalente Personalbemessungsinstrumente, die Expertise von Fachleuten und die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung berücksichtigen.

Die Fachgesellschaft stellt zusammenfassend fest:

Die mit den Eckpunkten der Koalition beschlossene vorrangige Berücksichtigung krankhausindividueller Besonderheiten und erforderlicher Personalaufwendungen wird ausdrücklich begrüßt. Um dieses Ziel zu erreichen, muss der Referentenentwurf an den hier angesprochenen Stellen überarbeitet werden.

Der im neuen Entgeltgesetz sinnvollerweise angestrebte Leistungsbezug wird leider wieder nicht umgesetzt, da diagnosebezogene PEPP-Entgelte alter Prägung auch weiterhin die Grundlage der Budgetfindung bilden sollen. Dabei wird von den Experten aller drei Psych-Fachgebiete betont, dass der Diagnose-Bezug wesentlich weniger Kostenvarianz erklärt als das jeweilige indizierte Behandlungsetting.

Die Begrenzung von Mehrausgaben auf 60 Mill. € im Zusammenhang mit der Einführung des PsychVVG sowie die Aussage bei den Personalkosten nur 40 % der Tarifierhöhungen zu refinanzieren stehen in Widerspruch zum Anspruch des Gesetzes, Mindestpersonalvorgaben zur Sicherung der Strukturqualität zu machen.

Regelungsbedarf sehen wir zusammenfassend an folgenden Stellen des Referentenentwurfs:

- **Budgetbemessung:**
 - Personalkosten der Kliniken und die Tarifentwicklungen müssen vollständig refinanziert werden.
 - Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen nicht der PsychPV unterliegen, sind die in den bisherigen Kostenverhandlungen akzeptierten Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde zu legen.
 - Regionale und leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten müssen definiert und über den krankhausindividuellen Basisentgeltwert finanziert werden.
 - Die neuen Vorschriften zur Berücksichtigung von theoretischen Wirtschaftlichkeits- und Substitutionspotentialen sind zu streichen.
 - Die Ausnahme von der Obergrenze für zusätzliche Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung muss erhalten bleiben.
 - Da die Vorgabe eines Schwellenwertes für eine Überschreitung der Vergleichswerte aus dem Krankenhausvergleich bzw. für die verschärften Begründungspflichten problematisch ist und einseitig zu Lasten der Krankenhäuser geht, ist darauf zu verzichten.
 - Nachweispflichten zu der nach „altem Budgetrecht“ verhandelten Psych-PV sind nicht gerechtfertigt und daher zu streichen.

- **Krankenhausvergleich als Orientierungshilfe**
 - Um einen leistungsbezogenen Vergleich bilden zu können, sollten Vergleiche fachgebietsbezogen zwischen Krankenhäusern mit vergleichbaren strukturellen Merkmalen erfolgen.
 - Ein Krankenhausvergleich ist als Orientierungshilfe für die Vertragspartner auf der Ortsebene sinnvoll. Er muss eine umfassende Transparenz über die Inhalte der Bewertungsrelationen und der Budgetdaten bieten, um die Gründe für Abweichungen erkennbar zu machen.
 - Vereinbarungen von Landesbasisentgeltwerten als Orientierungshilfe sind nicht gerechtfertigt und daher zu streichen.

- **Entgeltkatalog und Einführungsphasen**
 - Krankenhausleistungen werden mit pauschalen, leistungsorientierten Entgelten abgerechnet. Die durch den Entgeltkatalog verursachte Personalbindung muss begrenzt werden.
 - Da eine Anpassung des Entgeltkataloges frühestens für 2018 umgesetzt werden kann, darf die verbindliche Umstellung des Systems erst zum 01.01.2018 erfolgen.

- Die „Anpassungsphase“ ist entsprechend um ein Jahr auf das Jahr 2020 zu verschieben.



Univ.-Prof. Dr. J. Kruse
1. Vorsitzender der DGPM



Univ.-Prof. Dr. G. Heuft
Verhandlungsführer Entgeltkommission



Dr. G. Hildenbrand
stellv. Vorsitzender der DGPM

Literatur:

Heuft G (1999) Personalanhaltszahlen. In: Janssen et al. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart

Heuft G, Hochlehner A, Barufka S, Nikendei C, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 61: 384-398.