

DGPPN-Geschäftsstelle | Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

An den Bundesminister für Gesundheit
Hermann Gröhe
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Berlin, den 14. Juni 2016

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

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

diesem Brief beiliegend erhalten Sie die Stellungnahme der DGPPN zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) für die Anhörung am 17. Juni 2016 in Bonn.

Diese Stellungnahme beinhaltet die gemeinsame Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt sowie eine ergänzende Stellungnahme der DGPPN, welche den konkreten Änderungsbedarf des Gesetzesentwurfs aus Sicht der DGPPN benennt.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN

Prof. Dr. med. Arno Deister
President Elect DGPPN

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDEMMXXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

Gemeinsame Stellungnahme

der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt aus den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 stellt die gemeinsamen Standpunkte der unterzeichnenden Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände dar. Darüber hinaus gehende konkrete Änderungsvorschläge erfolgen für die genannte Anhörung sowie im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens durch die jeweiligen Fachgesellschaften und Verbände unmittelbar.

1 Der Referentenentwurf

Der vorliegende Referentenentwurf des PsychVVG regelt Fragen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung in den Fachgebieten der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Der Gesetzesentwurf soll 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 umsetzen.

Ziel des Gesetzesentwurfs ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern. Dazu sollen die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) weiterentwickelt und leistungsbezogene sowie strukturelle Besonderheiten für die Budgetfindung berücksichtigt werden.

An dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll festgehalten werden.

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort soll gestärkt werden.

Zur Erreichung dieser Ziele soll das Entgeltsystems als Budgetsystem ausgestaltet, ein leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument eingeführt, verbindliche Mindestanforderungen zur Personalausstattung entwickelt sowie die sektorenübergreifende Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld gestärkt werden.

Durch das geplante Gesetz werden das Krankenhausfinanzierungsgesetz (Art. 1), die Bundespflegeverordnung (Art. 2), das Krankenhausentgeltgesetz (Art. 3), das SGB V (Art. 4) sowie das Psych-Entgeltgesetz (Art. 5) geändert.

Der Gesetzentwurf basiert insbesondere auch auf den von den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden vorgelegten Konzepten und Stellungnahmen vom September 2015 und März 2016.

2 Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung

Die Notwendigkeit, ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzulegen, ist gegeben. Die aktuelle Versorgungs- und Vergütungssituation berücksichtigt aus strukturellen und finanziellen Gründen nicht ausreichend die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das zukünftige Versorgungssystem muss verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sein, längerfristige Behandlungskonstanz gewährleisten, flexible und sektorenübergreifende Behandlungsformen ermöglichen und innovative Versorgungsformen fördern.

Ebenso ist ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Vergütung für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend erforderlich. Die für eine adäquate Versorgung notwendigen Ressourcen müssen nachhaltig sichergestellt werden und die medizinische Entwicklung der letzten Jahrzehnte muss adäquat abgebildet werden. Die Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung bilden die veränderten Rahmenbedingungen nicht mehr adäquat ab. Das aktuell noch in Entwicklung befindliche Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) setzt in seiner Ausgestaltung als Preissystem die falschen Anreize und führt zum Entzug dringend benötigter Ressourcen aus dem Versorgungssystem. Dessen Einführung hätte die Versorgung psychisch kranker Menschen massiv verschlechtert und das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem existenziell gefährdet.

Zur Sicherstellung der ordnungspolitischen und normativen Rahmenbedingungen ist eine geeignete gesetzliche Grundlage gefordert.

Dabei werden gesetzliche Vorgaben benötigt, die sicherstellen, dass die zukünftige Versorgung und Vergütung im Wesentlichen folgenden Prinzipien folgt:

- Durchgängige Ausgestaltung als Budgetsystem
- Sicherstellung der aktuell und zukünftig erforderlichen personellen und strukturellen Ressourcen
- Transparenz von erforderlichem Aufwand, erbrachten Leistungen und strukturellen Besonderheiten
- Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten, die flexibel und geeignet sind, stationäre Behandlung zu ersetzen bzw. zu ergänzen.

3 Grundsätzlicher Änderungsbedarf

Die Ziele des Referentenentwurfes sind grundsätzlich geeignet, zur Weiterentwicklung der Versorgung in den genannten Fächern beizutragen. Es werden wichtige Weichenstellungen getroffen, wodurch wesentliche Aspekte des aktuell in der Entwicklung befindlichen Entgeltsystems abgelöst und die Behandlungsmöglichkeiten erweitert werden sollen.

Der Gesetzesentwurf nimmt grundsätzlich die wesentlichen Forderungen der Fachgesellschaften und Verbände auf. Er benennt die wesentlichen Aspekte, die in den Eckpunkten vom 18. Februar 2016 aufgeführt sind, als Ziele des Entwurfes. Damit trägt der Gesetzesentwurf der Anforderung Rechnung, dass das Versorgungs- und Vergütungssystem grundsätzlich weiterentwickelt werden muss und dass die bisher vorgesehenen Regelungen des PEPP-Systems diesen Zielen nicht entsprechen.

Diese Grundausrichtung wird durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände begrüßt.

Der Gesetzesentwurf bleibt jedoch in der Ausgestaltung hinter den Vorschlägen und Forderungen der Verbände zurück. Gemessen an diesen Anforderungen und den genannten Zielen weist der vorgelegte Referentenentwurf gravierende Probleme in Form von unklaren und inkonsistenten Formulierungen, in sich widersprüchlichen Bestimmungen und lückenhaften Regelungen auf. Diese Problembereiche erfordern umfassende Änderungen, Klarstellungen und Erweiterungen der vorgeschlagenen gesetzlichen Bestimmungen.

Die im Folgenden konkret benannten Problembereiche sind dazu geeignet, dass die formulierten Ziele des Gesetzes in wesentlichen Aspekten nicht erreicht werden können bzw. dass bei einzelnen Bestimmungen die Gefahr besteht, dass die benannten Ziele in ihr Gegenteil verkehrt werden.

Insbesondere besteht in den folgenden Bereichen gravierender Änderungsbedarf:

- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Eindeutige und durchgängige Trennung zwischen Budgetfindung und Abrechnung
- Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen
- Definition und Durchführung eines Krankenhausvergleichs
- Nachweisverpflichtung
- Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen

4 Spezieller Änderungsbedarf

In den folgenden Bereichen besteht spezieller Änderungsbedarf.

4.1 Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die wesentliche Grundlage und ein zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems. In den Regelungen, die das Krankenhausentgeltsystem insgesamt betreffen sowie in einigen anderen Bereichen ist deshalb festzulegen, dass diese besonderen Bedürfnisse zwingend zu berücksichtigen sind.

Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Erkrankungen muss in die Bestimmungen mit einbezogen werden.

Ebenfalls muss sichergestellt sein, dass die unterschiedlichen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik – insbesondere auch bei Berechnung von landes- oder bundesweiten Kennzahlen – berücksichtigt werden. Dies gilt auch für die Besonderheiten der universitären Medizin.

4.2 Eindeutige und durchgängige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung

Der Gesetzentwurf beschreibt das zukünftige Finanzierungssystem als ein Budgetsystem und grenzt es von einem Preissystem ab. Die grundlegende Voraussetzung dafür ist eine durchgängige und eindeutige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung. Diese Trennung ist in dem Gesetzentwurf nicht konsistent und widerspruchsfrei umgesetzt. Die Regelungen zur Budgetfindung sind nicht in ausreichendem Maß geeignet, den erforderlichen und durch den Gesetzentwurf vorgegebenen Wechsel von einem Preissystem in ein Budgetsystem sicherzustellen und umzusetzen.

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen zur Budgetfindung stellen in erheblichem Maß auf eine (empirische) Kalkulation ab, wie sie im Rahmen des PEPP-Systems durchgeführt wurde und die an den Prinzipien eines Preissystems orientiert ist.

Eine Budgetfindung auf der Basis von Ergebnissen dieser Kalkulation wäre systemwidrig. Die Regelungen zur Budgetfindung müssen einen normativen Aspekt beinhalten.

Die Regelungen zur Budgetfindung müssen deshalb dahingehend ergänzt bzw. ersetzt werden, dass alleine der erforderliche Aufwand zur Diagnostik und Behandlung gemäß dem daraus resultierenden (quantitativen und qualitativen) Personalbedarf sowie die krankenhausindividuellen leistungsbezogenen und strukturellen Besonderheiten die entscheidenden Bestandteile des zu vereinbarenden Budgets darstellen. Parameter, die auf einer „empirischen Kalkulation“ durch das InEK basieren, beziehen sich auf das bisherige PEPP-System und sind für den Zweck der Budgetfindung im Rahmen eines Budgetsystems grundsätzlich nicht geeignet. Ebenfalls sind zum Zwecke der Budgetfindung durch Relativgewichte bewertete Leistungen nicht heranzuziehen.

Die Kalkulation von Leistungen und die Bewertung in Form von Relativgewichten wird allenfalls auf der Abrechnungsebene dazu benötigt, eine krankenhausindividuelle Abrechnungsgröße zu bestimmen. Die Realisierung des vereinbarten krankenhausindividuellen Budgets geschieht in einem Budgetsystem durch Abschlagszahlungen auf das Budget, die sich aus Art und Menge der vereinbarten Leistungen sowie der jeweiligen krankenhausindividuellen Abrechnungsgröße ergeben.

Die vorgeschlagenen Regelungen bzgl. einer (vereinbarten) Überschreitung des Veränderungswertes bzw. des bestehenden Gesamtbetrags führen nicht zu einer an Art, Menge und Qualität der Leistung angepassten Vergütung, sondern stehen in der Gefahr, in der Konsequenz zu einer Reduzierung der verfügbaren Ressourcen im Versorgungssystem beizutragen.

Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die prospektiv kalkulierten Leistungen nach Art und Menge in den Psych-Fächern nicht in jedem Fall ausreichend zuverlässig abgeschätzt werden können. Insbesondere der demografische Faktor, ein verändertes (und veränderliches) Inanspruchnahmeverhalten und die Entwicklung neuer Versorgungsformen führen zu Differenzen zwischen den prospektiv vereinbarten Budgetwerten und den (retrospektiv) erzielten Erlösen. Insbesondere ein erforderlicher Mehraufwand und daraus resultierende Mehrerlöse sind nicht ausreichend in den Regelungen zum Mehrerlösausgleich berücksichtigt. Die hier vorgeschlagenen Regelungen orientieren sich an den Fächern der somatischen Medizin, die jedoch ein anderes Verhältnis von fixen zu variablen Kosten aufweisen.

4.3 Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen

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. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung haben jedoch gezeigt, dass eine (erforderliche) Ausfinanzierung der Personalkosten durch die Kostenträger auf Basis der tatsächlich anfallenden Personalkosten nur dann umgesetzt wird, wenn dies auch so gesetzlich eindeutig vorgegeben wird. Eindeutige Regelungen dazu sind jedoch bisher im Gesetzestext nicht vorhanden. Unmissverständliche und für alle Beteiligten verbindliche Vorgaben sind dazu erforderlich.

Die erforderlichen Personalressourcen müssen aufgabenbezogen qualitativ und quantitativ festgelegt werden. Erforderlichenfalls sind hier normative Vorgaben zur Sicherstellung der erforderlichen Qualität zu machen.

Eine umfassende und verbindliche Finanzierung läuft ohne eine vollständige Refinanzierung von tariflich bedingten Personalkosten-Steigerungen nicht nur ins Leere, sondern führt zu einer schrittweisen Aushöhlung dieser Vorschrift.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die durch veränderten regionalen Aufwand, verändertes Inanspruchnahmeverhalten, verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, Orientierung an aktuellen Qualitätskriterien und fehlende Anpassungsmöglichkeiten im Rahmen der PsychPV entstandenen Defizite in der Finanzierung deutlich höher anzusetzen sind, als dies durch das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Abschätzung der erwarteten Kostensteigerungen dargestellt wird. Gleichzeitig wird das im Referentenentwurf beschriebene Potential für Einsparungen aufgrund von erforderlichen strukturellen Anpassungen nicht so umsetzbar sein wie angenommen.

4.4 Krankenhausvergleich

Ein Krankenhausvergleich erscheint als Orientierungsgrundlage grundsätzlich geeignet, den Aufwand und die Konzepte der Leistungserbringung vergleichend zu erfassen und damit Transparenz für den Aufwand und die erbrachten Leistungen herbeizuführen. Dabei ist jedoch durchgehend darauf zu achten, dass es sich nicht primär um einen Vergleich von Kostendaten (Krankenhaus-Betriebsvergleich) handelt, sondern um den Vergleich von Kennzahlen, die für die krankenshausindividuellen Budgetverhandlungen einen Orientierungs-Rahmen bilden können. Insofern wird ein Krankenhausvergleich nicht als eine Grundlage für die Budgetfindung, sondern als Orientierung für die Verhandlungspartner vor Ort gesehen.

Ein Krankenhausvergleich muss auch eindeutig von einer Kalkulation, wie sie im Rahmen von Preissystemen durchgeführt wird, abgegrenzt werden. Es ist in keiner Weise zielführend, die im Rahmen des Krankenhaus-Vergleiches erhobenen Daten als Mittelwerte vorzugeben und die krankenshausindividuellen Verhandlungsergebnisse daran zu bewerten. Es ist vielmehr im Rahmen eines Budgetsystems erforderlich, durch die erhobenen Vergleichs-Daten einen Korridor zu beschreiben, der den Beteiligten vor Ort Orientierung für die Verhandlung geben kann.

Diejenigen Krankenhäuser, die im Rahmen des Krankenhausvergleiches Daten liefern, müssen geeignet sein, das Leistungsgeschehen auf der Basis einer 100-prozentigen Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung adäquat abzubilden.

Die Verwendung von Durchschnittswerten aus den Budgetvereinbarungen im Sinne einer Kalkulation von Kosten würden zu einer primär abwärts gerichteten Konvergenz-Problematik der Krankenhäuser führen, die nach den Zielen und auch dem Wortlaut des Gesetzes ausgeschlossen sein soll.

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

4.5 Nachweisverpflichtung

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

Allerdings erfordert diese Verpflichtung unabdingbar 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.

Nachweispflichten sind insbesondere nur mit der Ausfinanzierung der Personalvorgaben und des medizinisch leistungsgerechten Budgets vereinbar.

4.6 Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen

Die Möglichkeit, dass von Krankenhäusern zukünftig (stationsäquivalente) Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbracht werden können, wenn dies therapeutisch erforderlich und sinnvoll ist, und dadurch gleichzeitig stationäre Behandlungen ersetzt oder ergänzt werden können, wird durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände begrüßt. Wenn diese Leistungen als eine weitere Behandlungsmöglichkeit im Rahmen einer sinnvoll abgestuften Behandlung definiert werden, wird dies zu einer Verbesserung im Sinne der Menschen mit psychischen Erkrankungen führen.

Dies kann aber nur gelten, wenn dieses Behandlungsinstrument nach Art und Ausgestaltung ausreichend flexibel gestaltet ist. Eine Behandlung im häuslichen Umfeld kann zwar die im Wesentlichen gleiche Komplexität wie eine stationäre Behandlung aufweisen, wird sich aber trotzdem in Dauer und Intensität davon unterscheiden müssen. Wäre dies nicht der Fall, so wäre ein solches Behandlungsinstrument auch nicht erforderlich.

Die Bestimmungen bzgl. der stationsäquivalenten Leistungen müssen so gestaltet werden, dass für die Krankenhäuser eine wirtschaftliche Leistungserbringung möglich ist. Dies gilt auch für die Bestimmungen bzgl. einer durchgehenden Behandlungsbereitschaft. Anderenfalls wird dies dazu führen, dass die entsprechenden Leistungen nicht erbracht werden können.

Stationsäquivalente Leistungen haben eine eigenständige Indikation gegenüber den anderen Behandlungsformen bzw. Behandlungssettings. Sie sind jedoch keinesfalls gegenüber stationären oder teilstationären als vor- oder nachgeordnete Behandlungsmaßnahmen zu sehen, sondern werden in relevantem Umfang für Patienten eingesetzt werden, die von den bisherigen Behandlungsformen nicht profitieren konnten.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden dem gesetzlichen Auftrag, gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung konkrete Kriterien für Indikation und Organisation sowie verbindliche Qualitätsstandards zu entwickeln, nachkommen.

Gez.

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands (AKP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken (DATPPP)

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B

D-10117 Berlin

Tel.: 030-240 477 20

Fax: 030-240 477 229

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Stellungnahme

14. Juni 2016

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE**Ergänzende Stellungnahme der DGPPN zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für
psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)****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 von Kindern mit psychischen Erkrankungen 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 die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund ökonomischer Aspekte 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.

PRÄSIDENTIN

Dr.med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

**BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE,
UNIVERSITÄRE LEHRE**

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

**BEISITZER PSYCHOSOMATIK,
PSYCHOTRAUMATOLOGIE**

Prof. Dr. med. Martin Driessen

**BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,
VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

**BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE,
E-LEARNING**

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

**BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

**VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK**

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

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 die 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 finanziell 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 sollen betonen, 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 Entgeltsystems 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 krankenhausesindividuell 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, bezogen.

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 aus-

schließt. 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 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, dass 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 dem 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 BPflV)

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 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.

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 Auslegungsstreitigkeiten 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 der Stellenbesetzung ergebende nicht zweckentsprechend verbrauchte Finanzierungsbetrag 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:

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Beibehaltung des Budgetsystems, nach dem ein krankenhausesindividueller Basisentgeltwert zunächst zu ermitteln ist, bevor er der Abrechnung der Entgelte zu Grunde gelegt werden kann. Er „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 aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht sachgerecht. Mehrleistungen führen auch in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu höheren anteiligen Kosten als 10-15 %.

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, krankenhausesindividueller 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 nicht 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 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 wird 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.

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 Qualitätsnachweise, die zu erhöhtem Dokumentationsaufwand führen, nur vom GBA verbindlich eingeführt werden dürfen.

20. 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 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.“

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 krankenhausindividuellen 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 zu schließen. 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.

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 hervorgehen.** 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 es keine zwingende Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zur Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen geben.