

Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit
für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische
und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)
(Stand: 19. Mai 2016)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16

bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 14. Juni 2016

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ sollen die Eckpunkte der Koalition zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 umgesetzt werden.

- Eine Neuausrichtung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Psych-Entgeltsystems war dringend erforderlich und wurde auch vom Marburger Bund wiederholt gefordert.
- Insbesondere begrüßen wir, dass der Referentenentwurf die Festlegung von personellen Mindeststandards vorsieht. Damit wird eine der zentralen Forderungen des Marburger Bundes zumindest in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aufgegriffen.

Darüber hinaus beinhaltet der Referentenentwurf

- Regelungen zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld und
- Regelungen zur Definition und Identifikation von Krankenhausstandorten und ihren Ambulanzen (bundeseinheitliche Standortdefinition und Standortverzeichnis)

Der Marburger Bund nimmt zu den vorgenannten Regelungsbereichen des Referentenentwurfs wie folgt Stellung:

Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem

Der Marburger Bund begrüßt die mit den Eckpunkten bereits angekündigte Abkehr von einem Preissystem für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen, wie es PEPP bisher vorgesehen hat.

Wiederholt hat der Marburger Bund davor gewarnt, mit der Vorgabe eines reinen Preissystems die Fehler des DRG-Systems zu wiederholen und sich für eine grundsätzliche Änderung der PEPP-Systematik ausgesprochen.

Bereits zum DRG-System für die somatischen Krankenhäuser haben wir auf die Fehlanreize und Risiken eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems hingewiesen.

Der Referentenentwurf sieht nunmehr die Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem vor. Ein Budgetsystem kann für diesen Leistungsbereich grundsätzlich ein besseres Instrument sein. Allerdings kommt es auch hier auf die Ausgestaltung im Einzelnen an, die der Marburger Bund insbesondere bei folgenden Regelungen des Referentenentwurfs kritisch sieht:

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Krankenhäuser wie bisher ein krankenhauses-individuelles Budgets verhandeln können, allerdings auf der Basis ihrer Leistungen und unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung).

Bundeseinheitlich kalkulierter Entgeltkatalog

An einem bundeseinheitlich kalkulierten Entgeltkatalog wird festgehalten. Der Kalkulation des Katalogs kommt daher zukünftig eine zentrale Bedeutung für die Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Gesamtbetrages zu. Deshalb sind hohe Anforderungen an die Kalkulationskrankenhäuser zu stellen. Dies betrifft insbesondere die Vorhaltung der notwendigen personellen Ausstattungen, die in vollem Umfang in der Kalkulation zu berücksichtigen sind. Hierbei muss sichergestellt werden, dass auch personalrelevante Tatbestände wie neue Versorgungsformen (stationsäquivalente Behandlung) oder Qualitätsvorgaben Berücksichtigung finden.

Leistungsbezogener Vergleich

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu § 4 und zu § 10

Der Referentenentwurf sieht weiter vor, dass ein leistungsbezogener Vergleich die Grundlage bilden soll zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhauses-individueller Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind.

Ein leistungsbezogener Vergleich ist als Orientierungsgröße im Sinne eines Benchmarks grundsätzlich sinnvoll. Ob hier eine valide Vergleichsgrundlage etabliert werden kann, sehen wir skeptisch in Bezug auf die erforderliche Datenbasis und die tatsächlich verfügbaren Daten. Vor diesem Hintergrund muss sichergestellt werden, dass der vorgesehene leistungsbezogene Vergleich nicht automatisch zu Budgetabsenkungen führt.

Insgesamt ist sicherzustellen, dass die Vereinbarung eines bedarfsgerechten Budgets nicht durch Fehlkalkulationen des bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs und/oder durch einen nicht belastbaren leistungsbezogenen Vergleich konterkariert wird.

Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Neuausrichtung des Vergütungssystems verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung vorsieht. Die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, welche unerwünschten Wirkungen entstehen, wenn Personalmindeststandards nicht verbindlich festgelegt sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Diese sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden. Bis zum Jahr 2019 sind die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen maßgebend.

Die Vorhaltung eines genügend fachlich qualifizierten Personals und Personalmindeststandards sind aus Sicht des Marburger Bundes unverzichtbare Voraussetzung für die Umsetzung der von der Bundesregierung mit dem KHSG initiierten Qualitätsoffensive. Die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat daher auch in seiner jüngsten Sitzung im Mai 2016 den Gesetzgeber und die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Umsetzung von Personalvorgaben im Rahmen der Qualitätsoffensive aufgefordert.

- **Refinanzierung der Personalkosten**

Die Personalausstattung muss durch verbindliche und verlässliche Regelungen zur Refinanzierung der Personalkosten abgesichert werden.

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Zu § 3 Absatz 3

Positiv bewertet wird die vorgesehene Berücksichtigung der Personalkosten bei der Vereinbarung des Gesamtbetrages. Danach ist eine Überschreitung des Gesamtbetrages möglich, wenn die nach Psych-PV bzw. G-BA Vorgaben erforderliche Stellenzahl zu erreichen ist.

Zu § 3 Absatz 4

Begrüßt wird auch die vorgesehene Berücksichtigung der anteiligen Refinanzierung von Tarifsteigerungen. Erforderlich ist allerdings eine Refinanzierung der Kostensteigerungen zu 100 %, um den erforderlichen Personalmindeststandard auch de facto halten zu können.

Zu § 18

Gesetzliche Regelungen zum Nachweis der Einhaltung der Personalvorgaben sind aus Sicht des Marburger Bundes notwendig und werden daher grundsätzlich begrüßt.

Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) Zu Nummer 1 (§ 39), zu Nummer 3 (§ 109) und zu Nummer 4 (§ 115d)

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich Maßnahmen zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung in der psychiatrischen Versorgung. Ob dies mit den im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erreicht werden kann, sehen wir kritisch.

Durch die geplante Implementierung stationsäquivalenter Behandlung in § 39 SGB V handelt es sich leistungrechtlich um eine Form der Krankenhausbehandlung. Eine Krankenhausversorgung im häuslichen Umfeld des Patienten ist bislang im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht vorgesehen. Insofern müssen die betroffenen Beschäftigten, insbesondere der ärztliche Dienst in die Mitwirkung bei der Erbringung derartiger Leistungen wirksam eingebunden werden.

Die Erbringung stationsäquivalenter Behandlung stellt folglich neue Anforderungen an das Personal. Damit verbunden sind Fragen der erforderlichen Personalausstattung sowie Haftungsfragen.

Der Referentenentwurf definiert in § 39 Abs. 1 SGB V die stationsäquivalente Behandlung dahingehend, dass diese eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams umfasst. Dauer, Intensität und Dichte sowie Komplexität der stationsäquivalenten Versorgung soll einer vollstationären Behandlung entsprechen. Der Referentenentwurf geht von mobilen Behandlungsteams aus, die in Rufbereitschaft stehen und tägliche Therapiekontakte haben sollen. Der Krankenhausträger stellt laut Referentenentwurf insoweit sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit.

Die Erbringung dieser neuen Versorgungsmöglichkeit erfordert eine Anpassung der Personalausstattung. Denn anders als bei der vollstationären Versorgung würden entsprechende Behandlungsteams während der Versorgung im häuslichen Umfeld

nicht der Versorgung der vollstationären Patienten zur Verfügung stehen. Das erforderliche Personal ist in der Psych-PV nicht vorgesehen. Es ist sicherzustellen, dass für die Dauer der Geltung des Psych-PV das zur Umsetzung der stations-äquivalenten Versorgung erforderliche Personal zusätzlich Berücksichtigung findet. Darüber hinaus muss der G-BA auch für diese neue Behandlungsform Personalmindeststandards festlegen.

Die Einführung von Rufbereitschaft und Behandlung im häuslichen Umfeld im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung wäre als neue Dienstaufgabe einzuführen und tangiert aufgrund der Änderung des Tätigkeitsbereiches möglicherweise bestehende arbeits- und tarifvertragliche Regelungen sowie aufgrund des geänderten Tätigkeitsortes auch Haftungsfragen des ärztlichen Dienstes. Die Refinanzierung der gegebenenfalls anzuhebenden Vergütung des Personals muss entsprechend sichergestellt werden.

Der Referentenentwurf legt fest, dass dem Krankenhaus für die stationsäquivalente Versorgung die Therapieverantwortung obliegt. Außerdem muss das Krankenhaus dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann. Hieraus ergeben sich Haftungsfragen, die im Rahmen des Behandlungsvertrages neu geregelt werden müssen und nicht zu Lasten der behandelnden Ärzte gehen dürfen.

Die Vergütung der stationsäquivalenten Versorgung soll nach Krankenhausfinanzierungsrecht erfolgen. Psychiatrische Einrichtungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind - im Unterschied zu somatischen Häusern - verpflichtet, alle Patienten, die aus einem festgelegten Einzugsbereich zu ihnen kommen, zu behandeln. Der Aufwand dafür ist je nach Einwohner- und Sozialstruktur unterschiedlich. Das gilt dann entsprechend für die mobilen Behandlungsteams. Darüber hinaus sind bei der Versorgung im häuslichen Umfeld insbesondere auch Reisezeiten zu kalkulieren, die mit Mehrkosten verbunden und bei der Vergütung bislang nicht berücksichtigt sind.

Kritisch sieht der Marburger Bund auch die im Gegenzug zur stationsäquivalenten Versorgung vorgesehene Verhandlung über den Abbau von vollstationären Betten und deren Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Zunächst ist es fraglich, ob diese Kausalität angesichts des in verschiedenen Studien dargelegten steigenden Versorgungsbedarfs in der psychiatrischen Versorgung überhaupt gegeben ist.

Zu beachten ist ebenso, dass gerade in der psychiatrischen Versorgung eine hohe Quote der Wiederaufnahmen besteht. Außerdem muss das Krankenhaus im Rahmen einer stationsäquivalenten Versorgung dafür Sorge tragen, dass es auf

kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann. Die Leistungsfähigkeit der vollstationären Versorgung im Krankenhaus darf also nicht gefährdet werden.

Zudem liegen zu der neuen Behandlungsform bislang nur Erfahrungen aus wenigen Modellprojekten vor. Der Mangel an einer validen Datenlage über die Inanspruchnahme darf daher ebenfalls beim Abbau von stationären Kapazitäten nicht außer Acht gelassen werden.

Regelungen zur Standortdefinition von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nr. 1 (§ 2a Neu) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nr. 11 (§ 293 Abs. 6 NEU) Standortverzeichnis

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollen im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine bundeseinheitliche Definition vereinbaren, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.

Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

Die Definition soll verbindlich sein für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer.

Die Vorgabe einer bundeseinheitlichen Standortdefinition ist aus Sicht des Marburger Bundes grundsätzlich nachvollziehbar, soweit diese als ein vergütungsrechtliches Instrumente im Bereich der Leistungserbringung (wie zum Beispiel Zuschläge) dienen soll. Denn nur hier können die Vorgaben der Selbstverwaltungspartner auch Verbindlichkeit erzeugen.

Es stellt sich uns allerdings die Frage, warum entsprechende Regelungen nicht bereits in das Gesetzgebungsverfahren des KHSG im Hinblick auf die dort geschaffenen zahlreichen Zuschlagsregelungen Eingang gefunden haben.

Soweit eine bundeseinheitliche Standortdefinition auch für die Krankenhausplanung geeignet sein soll, können aufgrund der Zuständigkeit der Bundesländer keine

verbindlichen Vorgaben geregelt werden. Insofern ist an der Planungshoheit der Länder festzuhalten.

In zahlreichen Ländern betreffen die planerischen Festlegungen Krankenhausstandorte und ggf. deren Betriebsstätten. Hier sollten Inkompatibilitäten vermieden werden. Es wäre daher sinnvoll, die von den Ländern zugrunde gelegten Standortdefinitionen zunächst dahingehend zu überprüfen, ob diese nicht als bundeseinheitliche Vorgaben übernommen werden können.