



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

## Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung  
für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

anlässlich der Anhörung des  
Bundesministeriums für Gesundheit  
am 17. Juni 2016

**14. Juni 2016**

- Die Einführung eines Budgetsystems ist kritisch zu sehen und bedeutet einen Rückschritt zu einem weniger leistungsgerechten Abrechnungssystem.
- Verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung werden der komplexen und vielschichtigen Versorgungssituation in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern nicht gerecht.
- Die PKV muss in die Entscheidungsprozesse und den Informationsaustausch im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen effektiv einbezogen werden.

## **Inhalt**

### 1. Allgemeine Anmerkungen

### 2. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs

- a. § 2a KHG – Definition von Krankenhausstandorten
- b. § 17d Abs. 1 KHG – Anforderungen an Kalkulationshäuser zur Kalkulierung der Bewertungsrelationen
- c. § 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV – Vereinbarung eines Zuwachses des Gesamtbetrags bis zur Höhe des doppelten Veränderungswertes
- d. § 9 Abs. 1 Nr. 7 BPfIV – Benennung von nicht erforderlichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln
- e. § 18 Abs. 2 BPfIV – Nachweis zur Personalausstattung
- f. § 115d Abs. 2 SGB V – Vereinbarung zu den Anforderungen an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung
- g. § 115d Abs. 4 SGB V – Berichtvorlage und Datenübermittlung
- h. § 293 Abs. 6 SGB V – Verzeichnis der Krankenhausstandorte

## **1. Allgemeine Anmerkungen**

Die grundsätzliche Abkehr von einem landeseinheitlichen Preissystem auf Basis des PEPP-Entgeltkatalogs und seiner Ausführungsbestimmungen und die Einführung eines Budgetsystems sind insgesamt kritisch zu sehen. Dieser Übergang bedeutet einen Rückschritt hin zu einem kostenbasierten Abrechnungssystem. Das Ziel einer leistungsorientierten Vergütungsform als Voraussetzung für ein wirtschaftliches Krankenhauswesen wird damit in Frage gestellt. Der neu vorgesehene leistungsbezogene Vergleich könnte zu mehr Transparenz bezüglich unterschiedlicher Budgethöhen führen. Ob dieser Vergleich in der Praxis auch der besseren Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der Vereinbarung leistungsgerechterer Budgets dienen kann, ist allerdings zweifelhaft.

## **2. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs**

### **a. § 2a KHG – Definition von Krankenhausstandorten**

#### **Vorgeschlagene Regelungen**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) werden verpflichtet, im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung Regelungen zur Bestimmung des Krankenhausstandortes zu entwickeln. Die festzulegende Definition gilt sodann für den GKV-Spitzenverband, die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die DKG, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Auf der Grundlage der festzulegenden Definition ist nach § 293 Absatz 6 SGB V vom GKV-Spitzenverband und der DKG ein Verzeichnis aufzubauen und zu führen.

#### **Bewertung**

Da die privaten Krankenversicherungsunternehmen von der Regelung unmittelbar betroffen sind und die vorzunehmende Standortdefinition auch für diese verbindlich gilt, sollte nicht bloß ein Benehmen, sondern ein Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung hergestellt werden. In Absatz 1 Satz 1 sollte daher das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt werden.

Des Weiteren sollte entsprechend der Aufzählung in § 2a Absatz 1 Satz 5 KHG in der Begründung auf Seite 23 unten klargestellt werden, dass die Definition auch für die privaten Krankenversicherungsunternehmen gilt.

## **b. § 17d Abs. 1 KHG – Anforderungen an Kalkulationshäuser zur Kalkulierung der Bewertungsrelationen**

### **Vorgeschlagene Regelungen**

Voraussetzung für die Kalkulationsteilnahme ist die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des G-BA, insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Die Kalkulationshäuser sollen ab dem 1. Januar 2020 die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V erfüllen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen.

### **Bewertung**

Eine ausreichende Personalausstattung, insbesondere auch im Bereich der Pflegekräfte, ist integraler Bestandteil einer guten Patientenversorgung und trägt in vielen Facetten wesentlich zur Behandlung und Genesung der Patienten bei. Mängel in der pflegerischen Versorgung können ggf. die gesamte Versorgung der Patienten gefährden.

Die Forderung nach einer allgemeinverbindlichen Personalbemessung für alle Versorgungsbereiche wird allerdings der komplexen und vielschichtigen Situation bei der Gestaltung der Krankenversorgung in deutschen Kliniken nicht gerecht. Die Verfügung von Normzahlen, die bundesweit gültig sein sollen, ist deshalb keine sachgerechte Lösung. Mit welcher Personalbemessung ein Krankenhaus seine Aufgaben der Krankenversorgung erfüllt, hängt von vielen Faktoren ab und ist von Haus zu Haus sehr unterschiedlich.

Dies gilt auch für Krankenhäuser der Psychiatrie und Psychosomatik, die in der Regel für eine heterogene Patienten Klientel mit unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankung zuständig sind; hier ist eine verbindliche Personalbemessung umso schwieriger. Die Änderungen in Absatz 1 Satz 7 sollten daher ersatzlos gestrichen werden.

## **c. § 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV – Vereinbarung eines Zuwachses des Gesamtbetrags bis zur Höhe des doppelten Veränderungswertes**

### **Vorgeschlagene Regelungen**

Bis zum Ende der Optionsphase zum 31. Dezember 2016 bleibt der Anreiz bestehen, dass psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die in den Optionsjahren Gebrauch vom PEPP-Vergütungssystem machen, einen Zuwachs ihres Gesamtbetrags bis zur Höhe des doppelten Veränderungswerts vereinbaren können. Während der anschließenden verpflichtenden Anwendung des neuen Entgeltsystems ist die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags wieder auf den einfachen Veränderungswert begrenzt.

## **Bewertung**

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll beschlossen werden, das derzeitige PEPP-Vergütungssystem in ein neues Budgetsystem weiterzuentwickeln. Es ist daher nicht einzusehen, warum psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen weiterhin einen Zuwachs ihres Gesamtbetrags bis zur Höhe des doppelten Veränderungswerts vereinbaren können sollen, obwohl das von ihnen angewandte Vergütungssystem überholt ist. Der Anreiz des doppelten Veränderungswertes für die Jahre 2015 und 2016 sollte daher gestrichen werden.

### **d. § 9 Abs. 1 Nr. 7 BPfIV – Benennung von nicht erforderlichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln**

#### **Vorgeschlagene Regelungen**

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom DIMDI herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben.

## **Bewertung**

Die Vorgabe für die Vertragsparteien auf Bundesebene, Benennungen von Diagnose- und Prozedurenschlüsseln zum Zwecke der Streichung zu benennen, steht im Widerspruch zur Entwicklung in den letzten Jahren, insbesondere zusätzliche OPS-Codes aufzunehmen, um eine Differenzierung des psychiatrischen Fallpauschalensystems zu ermöglichen. Diese Ergänzungen dienen auch der Schaffung von Transparenz über das Leistungsgeschehen in der Psychiatrie, was auch im vorliegenden Referentenentwurf befürwortet wird.

Daher wird vorgeschlagen, in § 9 Absatz 1 Nr. 7 keine Streichung von Schlüsseln vorzugeben, sondern eine Überprüfung und Überarbeitung der Diagnose- und Prozedurenschlüsseln durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu regeln, wodurch die Transparenz des Leistungsgeschehens in der Psychiatrie und Psychosomatik verbessert werden soll. Diese Überprüfung und Überarbeitung sollte im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften erfolgen.

## **e. § 18 Abs. 2 BPfIV – Nachweis zur Personalausstattung**

### **Vorgeschlagene Regelungen**

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 SGB V zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen.

### **Bewertung**

Die Nachweise zur Zahl der vorhandenen Personalstellen bzw. zur Personalausstattung sollten nicht (nur) gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 BPfIV, sondern gegenüber den in § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG genannten Beteiligten erbracht werden. Nur so ist sichergestellt, dass auch die Private Krankenversicherung (PKV) Kenntnis über die Personalsituation im Krankenhaus erlangt.

## **f. § 115d Abs. 2 SGB V – Vereinbarung zu den Anforderungen an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung**

### **Vorgeschlagene Regelungen**

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere u.a. zu den Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird.

### **Bewertung**

Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sollte seitens der an der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Krankenhäuser nicht nur dokumentiert, sondern auch gegenüber der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

Es wird daher vorgeschlagen, § 115d Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V wie folgt zu formulieren:

*„1. den Anforderungen an die Dokumentation und die Nachweise gegenüber der Krankenversicherung; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert und gegenüber der Krankenversicherung nachgewiesen wird,“*

## **g. § 115d Abs. 4 SGB V – Berichtvorlage und Datenübermittlung**

### **Vorgeschlagene Regelungen**

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die hierfür erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

### **Bewertung**

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung können Datenlieferungen in geeigneter Form an die für die Berichterstellung zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene nur dann vornehmen, wenn sie ihrerseits die relevanten Abrechnungsdaten der Leistungserbringer im Wege des elektronischen Datenaustausches erhalten. Daher wird vorgeschlagen, in § 115 d Abs. 4 SGB V folgenden Satz anzufügen:

*„An der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer haben die erforderlichen Abrechnungsdaten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt hat.“*

## **h. § 293 Abs. 6 SGB V – Verzeichnis der Krankenhausstandorte**

### **Vorgeschlagene Regelungen**

Auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 KHG führen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können gemeinsam das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren das Nähere zum Verzeichnis.

### **Bewertung**

Da die Regelungen zur Bestimmung des Krankenhausstandortes gem. § 2a KHG im Einvernehmen mit der PKV erfordern sollten, ist es folgerichtig, dass auch das Nähere zum Standortverzeichnis im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbart werden sollte. Dies sollte in § 293 Abs. 6 Satz 9 entsprechend ergänzt werden.