

VPKD, Hofgarten 10, 34454 Bad Arolsen

Herrn  
Ferdinand Rau  
Leitung Referat 215  
Bundesgesundheitsministerium  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn

Hofgarten 10  
34454 Bad Arolsen  
Tel: +49 (0) 5691 / 6238-2000  
Fax: +49 (0) 5691 / 6238-1200  
info@vpkd.de

Bad Arolsen, 13.06.2016

**Stellungnahme des VPKD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der  
Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen(PsychVVG) vom  
19.05.2016**

**Stand Juni 2016**

Sehr geehrter Herr Rau,

der Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland, e.V., VPKD hat den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.05.2016 zur Kenntnis genommen und nimmt hierzu Stellung.

**Präambel**

der Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen Deutschlands (VPKD) vertritt über 80 Prozent der Psychosomatischen Krankenhausbetten in Fachkliniken und Abteilungen aller Trägerformen.

Psychosomatische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen behandeln jedes Jahr über 100.000 schwer erkrankte Menschen mit komplexen Krankheitsbildern wie z.B. Ess- und Zwangsstörungen, Ängste und Depressionen sowie somatoforme Störungen. Dies geschieht mit nachweisbaren und nachhaltigen Behandlungserfolgen und mit einer hohen Akzeptanz durch Patienten und niedergelassene Ärzte.

Neben Psychosomatischen Abteilungen an Universitätskliniken und in Allgemeinkrankenhäusern, die eine wohnortnahe stationäre und teilstationäre Versorgung vorhalten, gibt es hochspezialisierte Einrichtungen zur Behandlung von komplexen Krankheitsbildern.

Die deutliche Zunahme von Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen, die von allen Krankenkassen seit Jahren bestätigt werden (Gesundheitsreport 2016 Barmer GEK, DAK Gesundheitsreport 2015, TKK Gesundheitsreport 2015), wird ganz wesentlich durch Erkrankungen verursacht, die mit intensiver, interdisziplinärer Psychotherapie behandelt werden müssen. Viele psychiatrische Abteilungen sind für diese hoch komplexen und therapieintensiven Behandlungen oft nicht eingerichtet.

Unser Fachgebiet gehört zu den jüngsten und dynamischsten Gebieten der Medizin und kann in den wenigen Jahrzehnten seines Bestehens auf eine beachtliche Entwicklung von Therapiekonzepten und Erfolgsquoten verweisen. Therapiedokumentation und Ergebnismessung gehören in unseren Einrichtungen zum Alltag.

## **I. Herausforderung und Handlungsbedarf**

Der VPKD begrüßt, dass an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten werden soll. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden diese Ziele jedoch nicht erreicht.

Der Behandlungsbedarf an intensiver psychosomatisch, psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Die Behandlungsmöglichkeiten und das Leistungsangebot der Psychosomatik haben sich daran angepasst. Immer häufiger ist die medizinisch notwendige, intensive stationäre oder teilstationäre psychotherapeutische Behandlung die bessere und nachhaltigere Behandlungsalternative für psychisch kranke Menschen. Diese ausgezeichneten Behandlungsangebote gilt es inhaltlich und sektorenübergreifend weiter auszubauen sowie ausreichend und leistungsgerecht zu vergüten.

Eine bundesweit einheitliche pauschalierende Vergütung, wie mit dem PEPP ursprünglich verfolgt, erscheint weiterhin die geeignetste Lösung. Dieses Entgeltsystem müsste sich aber an den Behandlungserfordernissen messen lassen und die jeweilige Ergebnisqualität in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen. Bis heute fehlt für eine Leistungsorientierung die exakte Definition der erbrachten Leistung. Die Abbildung der Behandlungsleistung in der Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie ist besonders wegen der Heterogenität der einzelnen Konzepte und Behandlungsalternativen eine große Aufgabe, der sich die Psychosomatischen Kliniken weiterhin gerne stellen. Diese Aufgabe ist u.E. aber alternativlos, wenn man ein

transparentes und leistungsgerechtes Vergütungsmodell in der Psychiatrie und Psychosomatik etablieren möchte. Dieses braucht viel Tatkraft und auch Zeit in der Vorbereitung und Umsetzung, insbesondere weil es - anders als bei den DRGs - eine völlige Neuentwicklung darstellt. Zwischenzeitlich sollte das Budgetsystem in der bisherigen Form weitergeführt werden, jedoch ohne Konvergenz auf einen einheitlichen Landesbasisfallwert.

Nachfolgend die Stellungnahmen zu den einzelnen Elementen des Referentenentwurfs

## **II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem**

Die Auswirkungen der Ausgestaltung als Budgetsystem hängen von der Güte der Budgetinstrumente und deren Mechanismen ab. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist einerseits eine klare Definition der medizinisch-/therapeutischen Leistung (z.B. Anzahl und Merkmale von differenzierten OPS, PEPP, etc.) und andererseits aber auch von strukturellen Besonderheiten (z.B. Infrastruktur, spezialisierte Behandlungsangebote für definierte Patientengruppen, etc.), die ebenfalls Berücksichtigung finden sollen. Eine detaillierte Definition der Leistungskriterien, die zur Budgetfindung als auch für den Krankenhausvergleich herangezogen werden sollen, wird im Referentenentwurf nicht vorgenommen. Hier ist eine Konkretisierung erforderlich, da sonst allein die Prüfung der Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund rückt.

Der VPKD hat das PEPP-System kritisch kommentiert, weil die Leistungsabbildung im PEPP ungenügend ist. Wenn nun einfach die PEPPs auf das Budgetsystem übertragen werden, wird den Budgetvereinbarungen keine ausreichende Leistungsorientierung zugrunde liegen. Letztlich verbleiben die Personalvorgaben und die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven. Dies führt letztlich zu Budgets auf niedrigstem Niveau und wird aufgrund der niedrigen Anpassungsraten in wenigen Jahren die Krankenhäuser in eine ausweglose Situation führen.

Zudem ist die Delegation von mehr Verhandlungsspielraum auf die Budgetverhandlungsparteien auf lokaler Ebene generell als falsche Entwicklung einzustufen. Schon die Option der doppelten Verhandlungsrate für PEPP Optionshäuser hat zu einer deutlichen Verschlechterung des Verhandlungsklimas vor Ort geführt. Die Folge sind verspätete Abschlüsse, vermehrte Schiedsstellenbeschlüsse und im Ergebnis ein enormer Bürokratieaufwand in den Krankenhäusern und bei den Krankenkassen. Übertragen auf die komplexe Neugestaltung der Budgetfindung nach diesem Gesetzentwurf wird die Budgetfindung nach neuem Muster die Verhandlungspartner schlicht überfordern.

## **II.2 Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung**

Der VPKD warnt davor die Dokumentation therapeutischer Leistungen wesentlich einzuschränken. Im Vordergrund sollte die Erfassung von geeigneten OPS stehen, die einen Nachweis für die erbrachten Leistungen darstellen, auch wenn diese kurzfristig keine eindeutige Systematik in der Kostenstruktur (Kostentrenner) erkennen lassen. Die Bestrebungen den Dokumentationsaufwand durch Streichung von Diagnosen-, Operationen- und Prozedurenschlüsseln zu vermindern, birgt die große Gefahr, dass qualitätssichernde und fachgebietsspezifische Strukturmerkmale abgeschafft werden.

Bzgl. der Beauftragung von GKV-Spitzenverband und DKG in Sachen Abrechnungsprüfungen ist noch ein weiter Weg zu gehen, um das politische Ziel den mit der Abrechnungsprüfung zusammenhängenden administrativen Aufwand zu senken. Es darf zu keiner Verschärfung der schon heute bestehenden „Prüfexzesse“ kommen, die per se bei einer Verbreiterung der Datentransparenz und steigenden Vorgaben möglich ist. In Zukunft muss der Grundsatz gelten, dass im OPS vorhandene Strukturmerkmale nicht in Einzelfall-, sondern in Strukturprüfungen belegt werden müssen.

Der VPKD spricht sich für erneut für eine Weiterentwicklung des leistungsorientierten Systems aus und hat bereits in seinen Stellungnahmen aus Februar und März 2016 bzgl. der notwendigen Differenzierung im OPS Katalog auf den für das Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie geltenden hohen Stellenwert der qualitativen und quantitativen Ausgestaltung der Psychotherapie hingewiesen. Diese wird im aktuellen OPS gegenwärtig über die sogenannten Therapieeinheiten und einige Strukturmerkmale erfasst.

## **II.3 Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument**

Grundlage für einen Vergleich als Transparenzinstrument ist die genaue Ausformulierung des Mechanismus. Der leistungsbezogene Vergleich nach §4 der neu formulierten BPfIV soll Grundlage der Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausespezifischer Entgelte sein, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. So sehr in diesem Paragraphen die Leistung betont wird, so wenig ist klar, was damit gemeint ist. Es steht damit zu befürchten, dass als Leistungsdaten nur Patientenmenge und Aufenthaltsdauern, darüber hinaus jedoch im wesentlichen wirtschaftliche Daten herangezogen werden. So lange nicht geklärt ist, was die Krankenhausleistung ist, ist ein Krankenhausvergleich immer erst einmal ein Betriebsvergleich, d.h. er bezieht sich auf ganz einfache Daten, wie Diagnosespektrum, Fallzahl und letztlich wirtschaftliche Kenngrößen. Das entspricht keiner leistungsgerechten Differenzierung.

Der VPKD spricht sich gegen das Einfließen der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen aus. Die Steuerung des Personaleinsatzes ist Aufgabe der Krankenhäuser und Abteilungen. Wichtig ist, welche medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen bei welcher Patientengruppe erbracht wurden und weniger, wie viel Personal die Einrichtungen dafür eingesetzt haben. Aus diesem Grund spricht sich der VPKD auch gegen starre Personalvorgaben aus. Bundesweit geltende Normen für die Personalausstattung werden der heterogenen Versorgungslandschaft in der Psychosomatik und Psychotherapie nicht gerecht und bergen die Gefahr, die Entwicklung von neuen Therapieformen zu behindern. Mit den geplanten, starren Vorgaben lässt sich keine moderne, effektive und effiziente Medizin realisieren.

#### **II.4 Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung**

Der VPKD begrüßt den Anspruch zur Verbesserung der Personalausstattung in den Kliniken. Mit den Instrumenten der Personalvorgaben wird dies nicht erreicht. Eine Ableitung von Personalvorgaben aus bestehenden Leitlinien ist nicht möglich. Normative Personalvorgaben lehnen wir daher für die Psychosomatik explizit ab. Leistungsfähige psychotherapeutische Konzepte in der Psychosomatik, z.B. für Depressive Patienten, für Borderline Patienten und für Trauma Patienten hätten auf Basis von verpflichtenden Personalvorgaben, wie sie jetzt geplant sind, nicht entstehen können. Diese zementieren in der Regel den Status quo der medizinischen Versorgung und erschweren medizinischen Fortschritt.

#### **II.5 Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage**

Der VPKD betrachtet die Ausführungen zu diesem Bereich des Referentenentwurfs als theoretisches Wunschkonzert. Der VPKD kann sich nicht vorstellen, wie eine Kalkulation des Entgeltssystems auf empirischer Datengrundlage im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie erfolgen soll. Es ist bereits unklar, wie sich Psychosomatische Kliniken dafür qualifizieren sollen.

Hauptursachen für die heute bestehende, nicht 100 prozentige Umsetzung der Psych-PV durch die Psychiatrien ist neben dem Mangel an Fachpersonal die über Jahre nicht erfolgte Ausfinanzierung der Stellen. Dies ist ein weiterer vulnerabler Punkt im Entwurf mit Blick auf den Krankenhausvergleich.

## **II.6 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld**

Es ist nachvollziehbar, dass für bestimmte Patientengruppen eine sektorenübergreifende Versorgung durch die Psychiatrien durchgeführt werden soll. Der VPKD sieht das so genannte „Home-Treatment“ wie die DKG als stationsäquivalente und somit originäre Krankenhausleistung an. Diese ist v.a. für chronisch kranke, therapieunfähige Patienten notwendig, wie sie insbesondere in psychiatrischen Kliniken behandelt werden.

## **II.7 Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen**

PIAs sollen nach Einzelleistungen und nicht nach Pauschalen vergütet werden (wie bspw. in Bayern).

## **II.8 Psychosomatische Institutsambulanzen**

Der VPKD begrüßt ausdrücklich, dass die „regionale Versorgungsverpflichtung“ aus dem §118 gestrichen worden ist. Der Auftrag an GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), zur vertraglichen Regelung bedarfsgerechter ambulanter psychosomatischer Leistungen in PsIAs führte in den letzten drei Jahren leider dazu, dass die Absicht des Gesetzgebers zur Umsetzung des § 118 mit unterschiedlichen Argumentationen verhindert wurden. Deswegen appelliert der VPKD an den Gesetzgeber den Gesetzestextes so auszugestalten, dass die Vertragspartner hierzu innerhalb einer bestimmten Frist verpflichtet werden. Sollte der Vertrag auf Bundesebene nicht fristgerecht vorgelegt werden, sollten die PsIAs auch ohne diese Rahmenvorgaben und damit ohne einschränkenden Personenkreis ihren Betrieb aufnehmen und Verträge mit den Krankenkassen auf Landesebene schließen dürfen. Der Verweis auf das Bundesschiedsamt ist nicht ausreichend, da dieses zumindest von einem der Vertragspartner auf Bundesebene angerufen werden muss.

In diesem Zusammenhang weist der VPKD erneut auf die Wichtigkeit der Einrichtung von Psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) hin und spricht sich ferner für die Möglichkeit der Erbringung und Abrechnung von online gestützten Therapieverfahren aus, um die sektorenübergreifende Versorgung und die Sicherung des Behandlungserfolgs nachhaltig zu stärken. Ferner erscheint es uns von besonderer Bedeutung bei psychotherapeutischen Behandlungen auf die Möglichkeit von täglichen Behandlungen, auf die Notwendigkeit von Kombinationsbehandlungen (Einzel- und Gruppentherapien) und auf die Notwendigkeit von non-verbale Therapieverfahren (Kunst- und Bewegungstherapien) bei bestimmten Erkrankungsgruppen hinzuweisen.

## II. 9 Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Im § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird gefordert, dass die Selbstverwaltungspartner eine bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten „für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik“ vornehmen. Im § 4 der Bundespflegesatzverordnung wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der „die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte“ für Budgetverhandlungen dienen soll. Hierfür fehlen bisher alle notwendigen Voraussetzungen:

- Bis heute gibt es in den Bundesländern keine einheitliche, eigenständige Krankenhausplanung für Psychosomatische Kliniken. Unter Fachabteilungsschlüssel Psychosomatik finden sich auch Standorte und Kliniken, die die Strukturvoraussetzungen, die personellen Ausstattungen, die im OPS für Psychosomatische Abteilungen geforderte Therapiedichte nicht erfüllen
- In den umgewidmeten psychosomatischen Betten in psychiatrischen Kliniken wurde keine Struktur- oder Konzeptprüfung durchgeführt, wie sie in allen neuen Psychosomatischen Abteilungen oder bei jeder Erweiterung von den Ministerien der Länder gefordert werden
- In vielen dieser neuen Psychosomatischen Abteilungen ist kein Facharzt für Psychosomatische Medizin angestellt (Strukturanforderung). Deshalb kann an diesen Abteilungen keine Facharztweiterbildung vorgehalten werden

Bis heute fehlt für eine Leistungsorientierung und für einen Leistungsbezogenen Vergleich (§4 Bundespflegesatzverordnung) eine exakte Leistungsdefinition. Unter diesen fehlenden Voraussetzungen ist ein leistungsbezogener Vergleich nicht möglich und es werden „Äpfel mit Birnen“ verglichen. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob z.B. eine Patientin mit einer Magersucht (F50.0: Anorexia nervosa) nur eine Infusion oder Medikamente bekommt oder in einer Spezialabteilung eine komplexe, symptombezogene Behandlung im interdisziplinären Behandlungsteam mit speziell ausgebildeten Therapeuten und Pflegekräften, mit Essbegleitung und einem spezialisierten Gewichtszunahmeprogramm erhält.

So bleibt ein Vergleich ausschließlich ein Vergleich der Wirtschaftlichkeit und kein Vergleich der Leistung, wie im Gesetz gefordert.

Die Ausführungen bergen zudem die Gefahr, dass sich die Kostenträger die Versorgungsstrukturen schaffen, die am kostengünstigsten sind. Die Psychosomatische Medizin erfolgt heute schon überregional. Wir hoffen, dass dieser Punkt, der seit Jahren bei Planbettenanträgen und in Budgetverhandlungen seitens der Krankenkassen negiert wird, positiv bei der Standortidentifikation Berücksichtigung findet.

## Zusammenfassung

Der Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland, e.V., begrüßt im Referentenentwurf die Absicht zur leistungsorientierten Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen und die sektorenübergreifenden Ansätze, die allerdings mit dem vorgelegten Entwurf überwiegend nicht erreicht werden dürften. Wir lehnen starre Vorgaben zur Personalausstattung strikt ab und fordern deutliche Änderungen bei der Budgetfindung. Die neuen Instrumente zur Budgetfindung sind bis zur Entwicklung eines bundesweit einheitlichen pauschalierenden Entgeltsystems nicht umzusetzen.

Für den VPKD, 13.06.2016



Dr. Christian Raible  
1. Vorsitzender VPKD



Dr. Claus Krüger  
2. Vorsitzender VPKD