

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0197(21neu)  
gel. ESV zur öAnhörung am 26.09.  
2016\_PsychVVG  
22.09.2016

**Martina Wenzel-Jankowski**

Landesrätin

**Stefan Thewes**

LVR-Fachbereichsleiter

Köln, 22.09.2016

## Stellungnahme des Landschaftsverband Rheinland

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes  
zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung  
für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)  
BT-Drucksache 18/9528**

anlässlich der öffentlichen Anhörung des

**Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages**

am 26. September 2016 in Berlin

## 1. Vorbemerkungen

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten für die etwa 9,6 Millionen Menschen im Rheinland. Als größter regionaler psychiatrischer Krankenhausträger ist der LVR-Klinikverbund maßgeblich an der psychiatrischen Versorgung im Land NRW beteiligt. Mit seinen neun psychiatrischen Kliniken betreibt der LVR rd. 6.110 Betten/Plätze, davon entfallen 3.529 Betten und 823 tagesklinische Plätze (insgesamt 4.352 Betten/Plätze) auf den KHG-Bereich mit den Fachbereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Neurologie. Der LVR-Klinikverbund ist der regionale Pflichtversorger für insgesamt 4,2 Mio. Einwohner im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und 5,5 Mio. Einwohner im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit insgesamt 10.087 beschäftigten Menschen an über 40 dezentralen Standorten behandelten die LVR-Kliniken im Jahr 2012 62.660 Personen an 1.613.636 Berechnungstagen. Hinzu kamen im Jahr 2012 56.291 ambulante Patientinnen und Patienten.

Daneben ist der LVR als Träger der überörtlichen Eingliederungshilfe auch als Kostenträger für die Versorgung (chronisch) psychisch kranker Menschen im Rheinland verantwortlich.

In seiner Rolle als Regionalverband sieht der LVR sich in einer übergreifenden Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen, indem er als Fördergeber ein bundesweit beispielgebendes flächendeckendes Netz von 70 sozialpsychiatrischen Zentren in freier und kommunaler Trägerschaft im Rheinland finanziell unterstützt.

Der LVR ist damit direkt als Träger des LVR-Klinikverbundes und indirekt als Träger der überörtlichen Sozialhilfe von den Auswirkungen des Pauschalentgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) betroffen.

## 2. Stellungnahme

Mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) nimmt der Gesetzgeber eine Fülle von Kritikpunkten auf, die in der Vergangenheit, insbesondere von den Berufs- und Fachverbänden, an dem neuen Entgeltsystem vorgebracht wurden, und bietet Lösungen für die primären Probleme. Mit dem Gesetzentwurf ist eine grundsätzliche Veränderung des ordnungspolitischen Rahmens für die Einführung des neuen Entgeltsystems verbunden, die von den Krankenhausträgern sehr begrüßt werden.

### a. Veränderungen mit eher positiver Beurteilung

- Der Zeitplan wird ein weiteres Mal verschoben. Die verbindliche Einführung muss für alle Einrichtungen zum 01.01.2018 erfolgen, der Start im Echtbetrieb zum 01.01.2020.
- Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt (Neuformulierung des § 3). Hierzu wird grundsätzlich ein Gesamtbetrag vereinbart, der um individuelle Aspekte erhöht oder vermindert werden kann (= Budget des Kranken-

hauses). Dabei werden Ansätze des alten § 6 BpflV (Ausnahmetatbestände) übernommen.

- Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll. Die Ergebnisse des Vergleichs sind bei der individuellen Budgetfindung zu berücksichtigen. Sollte sich auf dieser Basis ein Anpassungsbedarf ergeben, haben die Vertragsparteien eine „Anpassungsvereinbarung“ zu treffen, die mehrjährig sein soll. Er ist die Grundlage für die Budgetfindung.
- Grundsätzlich soll das Budget um den Veränderungswert fortgeschrieben werden. Für Tarifsteigerungen wirkt die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wieder eingeführte Tarifraterate ab 2017 in Höhe von 40 % der Differenz zwischen Tarifergebnis und Veränderungswert. Diese 40 %-Regelung ist allerdings nicht unproblematisch, weil sie tendenziell die Tarif-Schere offen hält und im Ergebnis zu einer Unterschreitung der Psych-PV bzw. G-BA Vorgaben führen könnte
- Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen. Diese werden in § 115d SGB V definiert, wobei die konkrete Ausgestaltung den Selbstverwaltungspartnern unter Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen wird. Kritisch ist allerdings, dass Voraussetzung für die Inanspruchnahme, neben einer Indikation für eine stationäre Behandlung, auch eine akute Krankheitsphase vorliegen muss.
- Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser werden jedoch bezogen auf den Mehrerlösausgleich gegenüber somatischen Krankenhäusern weiterhin benachteiligt. In somatischen Kliniken gilt ein Mehrerlösausgleich von 65%, während dieser für psychiatrische und psychosomatische Kliniken 85% betragen soll.
- Für leistungsbezogene strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.

#### **b. Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:**

- In § 3 Abs. 3 Satz 5 BpflV dürfen die Vertragspartner leistungsbezogene Budgeterhöhungen nur noch berücksichtigen, wenn diese auf zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes zurückzuführen sind. Dies ist eine zu enge Beschränkung zur Abbildung von Leistungsveränderungen.
- Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung ab dem Jahr 2020 gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK nachzuweisen. Dies widerspricht grundsätzlich dem Budgetprinzip.

Kritisch ist insbesondere anzumerken, dass eine vollständige Refinanzierung der Stellen der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird. Hoch problematisch ist, dass Tarifsteigerungen nur anteilig refinanziert werden, wenn der Veränderungswert unterhalb der Tarifraterate liegen sollte. Im Gesetz ist lediglich eine Refinanzierung von 40% dieser Differenz vorgesehen. Es kann erwartet werden, dass sich ab dem Jahr 2020 damit wieder eine Tarifschere öffnet, die die Mindestvorgaben zur

Personalausstattung aushöhlt. Auf die nicht auskömmliche Refinanzierung von Tarifsteigerungen müssen die psychiatrischen Kliniken mit Personalanpassungen reagieren. Verstärkt wird dieser Effekt durch den geforderten Nachweis der Umsetzung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Erfolgen die Personalanpassungen, können die Kliniken den Nachweis zur Personalausstattung nicht mehr erbringen. Nach den neuen Regelungen in § 3 haben die Verhandlungspartner vor Ort dieses Ergebnis zu bewerten und bei der Budgetfindung zu berücksichtigen. Dies könnte eine Budgetabsenkung zur Folge haben, wodurch im Folgejahr noch weniger Budget zur Verfügung steht. Damit könnte sich eine Abwärtsspirale entwickeln, die den Personalbestand weiter aushöhlt.

- Für die stationsäquivalente Behandlung soll ein eigener Leistungskatalog definiert werden. Wenn diese jedoch Teil des Budgets werden, sollten diese Leistungen auch Gegenstand eines gemeinsamen einheitlichen Entgeltkataloges werden.
- Wesentliche Regelungsinhalte werden an die Selbstverwaltungspartner verwiesen. Dies sind:
  - Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
  - Wegfall von Dokumentationsvorschriften
  - Ausgestaltung des Nachweises zur Personalausstattung
  - Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
  - Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler Besonderheiten
 Dies erfordert umfangreiche Verhandlungen und Abstimmungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Spitzenverband der Gesetzliche Krankenkassen und der Privaten Krankenkassen. Die Vereinbarung auf Basis von Kompromissen ist hierbei zu erwarten.
- Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält aber keine Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten ist.

### **3. Vorschläge zur Anpassung des Gesetzentwurfes**

Aus Sicht des LVR ergeben sich wesentliche Punkte, die im Gesetzentwurf dringend anzupassen sind:

#### **a. Finanzierung der notwendigen Personalausstattung verbunden mit einer Nachweispflicht**

Die Finanzierung der Vorgaben zur Personalausstattung sind nur unzureichend geregelt. Durch die Einführung einer Nachweispflicht ergibt sich zudem die verstärkende Problematik, dass Mittel zurückzuzahlen sind, die ein Krankenhaus jedoch nie erhalten hat. Die Problematik ergibt sich teilweise aus der Formulierung, dass die „Zahl der Personalstellen“ zu finanzieren und nachzuweisen ist. Diese Art der Formulierung hat bereits zu der bekannten Psych-PV Schere in den Jahren 2000 bis 2008 geführt, mit Psych-PV Quoten von unter 80 %, die dann über die Neuregelung des § 6 Abs. 4 BPfIV korrigiert werden musste. Zu regeln ist im Gesetz, dass die vereinbarten Personalstellen auch ausreichend finanziert werden. Dabei ist ausdrücklich zwischen tarifgebundenen und tarifungebundenen Krankenhäusern zu unterscheiden.

Der 8. Senat des Bundessozialgerichtes hat am 7. Oktober 2015 in einem Grundsatzurteil Aussagen zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen getätigt (Az: B 8 SO 21/14 R). Demnach sind tarifbedingte Personalkosten stets wirtschaftlich und vom Sozialhilfeträger zu refinanzieren. Dieses Recht wird den psychiatrischen Kliniken durch den Gesetzentwurf verweigert.

Dem LVR ist es durchaus bewusst, dass die Gefahr besteht, dass zusätzliche Mittel für zusätzliches Personal von – insbesondere gewinnorientierten - Kliniken für andere Zwecke verwendet werden. Dem ist durch geeignete Regelungen entgegenzuwirken. Die vorgesehene Regelung der Nachweispflicht ohne Refinanzierung der notwendigen Tarifsteigerungen und Berücksichtigung bei der Budgetfindung ist ein Systemdefekt, der mittelfristig in eine Abwärtsspirale der Personalausstattung führen wird.

**Der LVR schlägt vor, die Tarifraten für psychiatrische und psychosomatische Kliniken zu 100% zu refinanzieren, um eine ausreichende Personalausstattung sicherstellen zu können. Nur in diesem Fall fügen sich die Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal des GBA und des entsprechenden Nachweises nach § 18 BPfIV zu einem sinnvollen System. In jedem anderen Fall kann der erforderliche Nachweis nicht Gegenstand der jährlichen Budgetvereinbarung sein, ohne massive Systembrüche in Kauf zu nehmen, mit erheblichen Folgen für die langfristige Personalausstattung.**

**Alternativ ist daran zu denken, den Nachweis im Rahmen der Qualitätsberichterstattung zu führen, in Verbindung mit qualitätsorientierten Zuschlägen für die Kliniken, die eine höhere Personalausstattung vorhalten.**

#### **b. Berücksichtigung von Leistungserhöhungen**

Die Überarbeitung des § 3 Abs. 3 Satz 5 BPfIV sieht vor, dass Budgetsteigerungen durch „Veränderungen von Art und Menge der Leistungen“ nur zulässig sind, wenn dafür „zusätzliche Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ ursächlich sind. Diese Beschränkung spiegelt nicht die tatsächliche Praxis der psychiatrischen Versorgung wider. Das Leistungsgerüst von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ist immer wieder durch Schwankungen gekennzeichnet, für die teilweise Erklärungen (Großschadensereignisse, etc.) in der Regel aber keine Erklärungen gefunden werden können. Die Vertragspartner müssen über die Möglichkeit verfügen, diese Schwankungen sowohl im Leistungsgerüst, als auch in der Budgetbemessung berücksichtigen zu können.

**Der LVR schlägt vor, entsprechend der Systematik des § 6 der Bundespflegeverordnung in der bis zum 31.12.2012 gültigen Fassung, auch „vereinbarte Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen“ als Ausnahmetatbestand aufzunehmen.**

**c. Veränderung des Mehrerlösausgleichs**

Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser werden jedoch bezogen auf den Mehrerlösausgleich gegenüber somatischen Krankenhäusern weiterhin benachteiligt. In somatischen Kliniken gilt ein Mehrerlösausgleich von 65%, während dieser für psychiatrische und psychosomatische Kliniken weiterhin 85% betragen soll.

**Der LVR schlägt vor, den Mehrerlösausgleich von somatischen und psychiatrischen Kliniken einheitlich auf 65% festzulegen.**

**d. Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen (§115d SGB V)**

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von stationsäquivalenten Leistungen ist neben einer Indikation für eine stationäre Behandlung auch eine akute Krankheitsphase. Nach Erfahrungen des LVR im Rahmen von Hometreatment-Projekten in den LVR-Kliniken, ist eine kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten während einer Krankheitsphase ein sehr geeignetes Mittel stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Die Erbringung der Leistungen, an das Merkmal einer akuten Krankheitsphase zu knüpfen, könnte dazu führen, dass lediglich Spontaninterventionen finanziert werden. Die Bedingung zur Erbringung der Leistungen an die Notwendigkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit zu knüpfen, ist ausreichend.

**Der LVR schlägt vor, in § 115d SGB V den Zusatz „akute Krankheitsphase“ zu streichen.**

**e. Vorgaben zur Entgeltsystematik (PEPP ist noch nicht weg!)**

Der Gesetzentwurf beschränkt sich auf Formulierungen zu einer Veränderung des ordnungspolitischen Rahmens. Offen bleibt, welche Struktur der Entgeltkatalog zukünftig haben wird. Die Verantwortung und die Weiterentwicklung des Katalogs liegen weiterhin bei den Selbstverwaltungspartnern. Die massive Zunahme der Bürokratie resultiert aber i.W. aus dem PEPP-Entgeltkatalog und den über die Definitionshandbüchern und den Kodierrichtlinien vorgegebenen Dokumentationsverpflichtungen für die Beschäftigten.

Der Gesetzentwurf hat in den 17d KHG eine Formulierung aufgenommen, dass *„unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein“* muss.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass „Angesichts der geänderten Rahmenbedingungen für den Einsatz des Entgeltsystems, das nunmehr nicht mehr als Preis-, sondern als Budgetsystem angewendet werden soll (vgl. § 17d Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG), muss das Entgeltsystem für das Jahr 2018 und die Folgejahre überarbeitet werden und die Pauschalierung gestärkt sowie auf eine Verminderung des Dokumentationsaufwands hingewirkt werden.“

Gegenüber dem Referentenentwurf ist dies bereits eine Verbesserung, allerdings noch sehr unspezifisch. Wichtig wäre, dass das Vergütungssystem auch kompatibel ist zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Die Chance zur

nachhaltigen Veränderung des Systems wird damit ausgelassen. PEPP ist durch das Budgetsystem abgemildert, aber noch nicht weg.

Der Gesetzgeber hat normative Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems vorzugeben. Dies könnte durch eine Neuformulierung des § 17d KHG umgesetzt werden, an die die Selbstverwaltungspartner und das InEK bei der Entwicklung des Systems gebunden wären.

**Der LVR schlägt vor, die Formulierung in §17d KHG wie folgt zu erweitern: „Das Vergütungssystem und die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen einer einheitlichen Systematik folgen.“**