

## **Stellungnahme für den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

*Eine Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz vom 11.09.2016*

Die Bundesdirektorenkonferenz (BDK) begrüßt es sehr, dass der Deutsche Bundestag über ein Gesetz berät, welches den seit 2009 laufenden Prozess der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für die Krankenhausbehandlung im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatik in grundlegenden Punkten modifizieren soll. Dies ist notwendig, weil sich der bisher beschrittene Weg als nicht zielführend erwiesen hat, weshalb nun umfangreiche und substanzielle Anpassungen des Gesamtsystems und des Einführungsprozesses notwendig sind.

Basis hierfür sind die Eckpunkte der Regierungskoalition vom 18.02.2016, die sich in wesentlichen Kernpunkten auf einen Vorschlag der Plattform Entgelt der Fachgesellschaften und Verbände vom Herbst 2015 beziehen. Die Bundesdirektorenkonferenz hat mit einer eigenen Stellungnahme vom 23. Februar 2016 (siehe Anlage 1) und zusammen mit den Verbänden in einem Brief vom 16. März 2016 (siehe Anlage 2) verdeutlicht, wo die Schwerpunkte bei der Umsetzung der Koalitionseckpunkte liegen müssten.

**Der nun vorliegende Kabinettsentwurf übernimmt zwar Ideen und Begriffe aus den Koalitionseckpunkten und dem Verbändevorschlag vom Herbst 2015, setzt aber die notwendigen Veränderungen in den zentralen Punkten inhaltlich nicht sachgerecht um.**

In einer Stellungnahme vom 2.09.2016 haben die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt, der auch die Bundesdirektorenkonferenz angehört, gemeinsam zum Ausdruck gebracht, dass der vorliegende Gesetzentwurf insgesamt weit hinter den Forderungen und Erwartungen zurückbleibt (siehe Anlage 3). Insbesondere die Regelungen zu den verbindlichen Mindeststandards für die Personalausstattung und zu deren Finanzierung, zu den entsprechenden Nachweisen und deren Wirkungen auf das Budget wurde als völlig unzureichend und hinsichtlich der Schaffung einer stabilen Grundlage für eine moderne und zukunftsichere psychiatrische Versorgung kontraproduktiv bewertet.

Insbesondere werden wesentliche Systemelemente des bisherigen Weges beibehalten, zum Beispiel die empirische Kalkulation und Mechanismen zur starren Begrenzung der Gesamtausgaben, die sich zur Erreichung der neuen Ziele nicht eignen. Diese neuen Ziele sind u.a. die vollständige faktische Umsetzung der PsychPV bzw. später der Personalvorgaben des GBA, die bedarfsgerechte Flexibilisierung der Budgetfindung vor Ort und die effektive Förderung stationsäquivalenter Behandlungsverfahren. Dazu möchten wir im Folgenden zunächst aus fachlich-ärztlicher Sicht einige Argumente vortragen, und dann einen alternativen Lösungsvorschlag unterbreiten, der ein grundsätzlich anderes Vorgehen beinhaltet als der aktuelle Gesetzentwurf. Zunächst aber zur Beurteilung des aktuellen Entwurfs entlang der Ziele der Koalitionseckpunkte vom Februar 2016:

## II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem

Es ist zunächst grundsätzlich begrüßenswert, dass der Weg eines einheitlichen Preissystems verlassen wird und dafür auf lokaler Ebene ein Budget verhandelt werden soll. Problematisch ist aber der Weg der Budgetfindung. Grundlage der Budgetfindung sollen ganz überwiegend die Leistungen des PEPP Kataloges sein, deren relative Bewertung auch in Zukunft empirisch kalkuliert wird. Hinzu kommen dann krankenhausindividuell zu vereinbarende Budgetanteile entsprechend strukturelle und regionaler Besonderheiten. Völlig unklar ist allerdings, wie die Kosten diese Besonderheiten von denen rechnerisch getrennt berechnet werden sollen, die bereits in den empirisch kalkulierten Relativgewichten enthalten sind, die ja beanspruchen, auf einer Vollkostenkalkulation zu beruhen. Diese erhebliche Inkonsistenz zeigt sehr deutlich, dass in dem Gesetzentwurf inkompatible Systemkomponenten miteinander vermischt sind: Eine empirische Kalkulation ermittelt aus einer gegebenen Stichprobe von Krankenhauskostendaten (relative) Kosten definierter Leistungen. Dabei mittelt die Kalkulation naturgemäß die Kosten der Häuser und nimmt eben gerade *keine* Rücksicht darauf, unter welchen besonderen Bedingungen die Leistung vor Ort erbracht wird. Strukturelle Kosten kann die Kalkulation einzelnen Leistungen überhaupt nicht zuordnen, sondern wenn überhaupt nur allen Leistungen insgesamt. Genau dies sollte aber aus unserer Sicht das neue Budgetsystem leisten: Es sollte gerechtfertigte Kostenunterschiede in der Erbringung von Leistungen sowohl auf der Ebene der einzelnen Leistung (z.B. Erbringung in einer personalintensiven kleinen Behandlungseinheit), als auch gerechtfertigte Vorhaltekosten sachgerecht finanzieren.

Zusammenfassend eignet sich der Leistungskatalog des PEPP Systems in einem echten Budgetsystem bestenfalls zur reinen Leistungsbeschreibung, aber nicht zu finanziellen Bewertung der Leistungen, selbst dann nicht, wenn dies nur in Form von Relativgewichten erfolgt. Auch bei Nutzung der PEPP Kategorien ausschließlich zur Leistungsbeschreibung bliebe im Übrigen das Problem bestehen, dass der PEPP Katalog Leistungen diagnose- und fallbezogen definiert, was nicht dem Ziel einer individuellen bedarfsbezogenen Leistungsdefinition entspricht.

Die Abkehr von einer systematischen Konvergenz und einem festgelegten Landesentgeltwert ist zu begrüßen, weil sie die logische Konsequenz der Einführung eines Budgetsystems ist. Allerdings zeigt sich im Gesetzentwurf, dass die Konvergenz funktional weitgehend unverändert beibehalten werden soll. Eine Konvergenz als solche ist zwar nicht grundsätzlich kritisch zu sehen, da es in der Tat Hinweise dafür gibt, dass die historisch gewachsene erhebliche Spreizung der tagesbezogenen Vergütungen nicht ausschließlich sachliche Gründe hat. Allerdings sollte sich aus unserer Sicht die Konvergenz dynamisch aus der sachgerechten Zusammensetzung der Budgets ergeben und nicht statisch durch den Bezug auf einen Mittelwert oder andere Parameter, die aus dem Krankenhausvergleich errechnet wird. Wie schon früher vorgeschlagen, ist der beste Motor einer sachgerechten Konvergenz der Entgelte eine verpflichtende Regelung der Personalausstattung, deren Ausfinanzierung und ihre Nutzung als wesentliche Budgetgrundlage.

## II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen

Schon in unserer Stellungnahme vom 23.2.2016 haben wir vorgeschlagen, auf die empirische Kalkulation in Zukunft zu verzichten. Wir bekräftigen diese Positionierung an dieser Stelle und

verweisen auf die Ausführungen zum vorherigen Punkt. Der PEPP Katalog in seiner jetzigen Form eignet sich bestenfalls zur Leistungsbeschreibung. Idealerweise würde diese aber in Zukunft ohne primären Diagnose- und Fallbezug direkt tagesbezogen durchgeführt werden. Zu entwickeln wäre demnach ein Leistungskatalog, der bezogen auf den Behandlungstag und das Behandlungssetting (vollstationär, teilstationär und stationsäquivalent) anhand der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und unter Einbeziehung setting-bezogener Basiskosten unterscheidbare und möglichst homogene Leistungsmodule definiert, zum Beispiel so, wie die Verbände dies im sog. PQP Konzept vorgeschlagen haben.

### **II.3 Verbesserte Personalausstattung**

Diese wesentliche Forderung greift der Gesetzentwurf dort auf, wo er den Krankenhäusern Nachweispflichten zur Personalausstattung zunächst gegenüber dem InEK für die Vorgaben der PsychPV und dann ab 2020 für die Vorgaben des GBA gegenüber den Krankenkassen auferlegt. Es muss an dieser Stelle nochmals betont werden, dass solche Nachweispflichten ausschließlich im Zusammenhang mit flankierenden Regelungen statthaft sein können, die die konkrete Ausfinanzierung der geforderten personellen Ressourcen mittel- und langfristig sicherstellen. Solche dringend notwendigen Vorschriften sind im aktuellen Gesetzentwurf nicht erkennbar. Es ist im Gegenteil sogar so, dass starre Regeln zur Begrenzung von Budgeterhöhungen, empirische Kalkulation und ein Krankenhausvergleich auf der Basis von Ist-Werten, die gegenwärtige personelle Unterfinanzierung zementieren und auf Dauer weiter verschlimmern werden.

Es ist allgemein bekannt und durch verschiedene empirische Untersuchungen belegt, dass bundesweit eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vereinbarten Personalstellen und deren tatsächlicher Finanzierung besteht. Dies dürfte ein ganz wesentlicher Grund dafür sein, dass die tatsächliche Erfüllungsquote der PsychPV bundesweit im Mittel unter 90% liegt. Aus fachlicher Sicht gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass sich der Personalbedarf seit Einführung der PsychPV verringert hätte. Im Gegenteil: Aufgrund der Verdopplung der Fallzahlen in den letzten 20 Jahren, der enormen Verkürzung der Behandlungsdauer, aufgrund des medizinischen Fortschritts und des drastischen Anstiegs des Aufwandes zur Dokumentation, der nicht zuletzt in erheblichem Maße der Entwicklung des neuen Entgeltsystems geschuldet ist, ist davon auszugehen, dass eine mittlere Erfüllung der PsychPV von 100% die absolute Minimalvoraussetzung für eine leitliniengerechte und dem Stand der ärztlichen Wissenschaft entsprechende Versorgung der Patienten ist.

Erst wenn der Gesetzentwurf durch entsprechende Änderungen diesen Fakten Rechnung trägt, kann er seinem Anspruch gerecht werden, die Versorgung durch eine Anpassung der Personalausstattung tatsächlich zu verbessern.

Der Gesetzentwurf enthält eine Regelung, die den GBA beauftragt, bis 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischen Personal zu schaffen. Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, eröffnet sie doch die Möglichkeit die über 20 Jahre alten Vorgaben der PsychPV zu aktualisieren und dem medizinischen Fortschritt anzupassen.

Diese Aktualisierung muss aber umfassend und durchgängig sein, d.h sie muss alle Behandlungsbereiche und Behandlungssettings gleichermaßen erfassen, und sie darf keinesfalls nur auf diejenigen Behandlungskonstellationen beschränkt bleiben, die tatsächlich bereits durch medizinische Leitlinien abgedeckt sind. Dies ist notwendig, um zu verhindern, dass Vorgaben zu Teilbereichen der Behandlung auf Kosten der personellen Ressourcen anderer Teilbereiche umgesetzt werden. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Vorgaben zur Personalausstattung der Weiterentwicklung der Medizin regelmäßig angepasst werden.

In einer weiterentwickelten Form des Gesetzentwurfes sollte deshalb nach §136a Abs. 2 Satz 1 SGB V folgender Satz eingefügt werden:

*Die Mindestvorgaben müssen anlog zur Psychiatriepersonalverordnung umfassend und durchgängig sein und damit alle Behandlungsbereiche und Behandlungssettings erfassen. Sie sind regelmäßig im Abstand von 5 Jahren zu aktualisieren.*

#### **II.4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument**

Ein Krankenhausvergleich, wie ihn der Gesetzentwurf vorsieht, ist grundsätzlich zu begrüßen, weil er wertvolle Informationen über das Leistungsgeschehen, seine lokale, regionale und überregionale Differenzierung, die Einhaltung der Personalmindestvorgaben und vieles mehr liefert. Insofern kann er auch ein qualitativ wertvolles Instrument zur Budgetfindung sein. Ein Krankenhausvergleich aber, der, wie aktuell vorgesehen, vor allem der Ermittlung von durchschnittlichen Entgelthöhen dient, die wiederum als quantitative Richtwerte für die Budgethöhe der einzelnen Krankenhäuser Verwendung finden, erfüllt diesen Zweck nicht.

Die BDK begrüßt dieses Instrument also, insbesondere nach Wegfall der empirischen Kalkulation, sieht seine Nützlichkeit aber in einem anderen Zusammenhang als dies der aktuelle Gesetzentwurf tut. Entsprechend empfehlen wir, die in den Vergleich einzubeziehenden Parameter so zu modifizieren, dass sie den oben genannten Zielen entsprechen.

#### **II.5 Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung**

Der Gesetzentwurf sieht vor, in §39 SGB V eine stationsäquivalente Behandlung als neue Form der Krankenhausbehandlung einzuführen. Dies ist zu begrüßen, ermöglicht es doch erstmals im Rahmen der deutschen Sozialgesetzgebung außerhalb der sog. Modellvorhaben systematisch die Behandlung schwer kranker Patienten durch das Krankenhaus im häuslichen Umfeld.

Die flankierenden Regelungen im Referentenentwurf sind aber derart starr und restriktiv, dass das eigentliche fachliche Ziel, nämlich eine Flexibilisierung der Behandlung zugunsten der Bedürfnisse und Bedarfe der Patienten, so nicht erreicht werden kann.

Schon die Festlegung in §39 SGV, dass die stationsäquivalente Behandlung hinsichtlich ihrer Intensität, Dichte und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht, geht an den fachlichen Zielen vorbei. Diese Behandlungsform bringt eben nicht das Krankenhaus selbst,

sondern nur bestimmte Mittel des Krankenhauses in die häusliche Umgebung des Patienten und muss sich, um effektiv zu sein, in vielerlei Hinsicht von der vollstationären Behandlung unterscheiden, damit sie den häuslichen Bedingungen gerecht werden kann. Die Kosten dieser Behandlungsform, die solche einer vollstationären Behandlung im Einzelfall deutlich überschreiten können und nur selten unterschreiten werden, ergeben sich gerade aus den unterschiedlichen Gegebenheiten, die eine extrem hohe Personalbindung mit eingeschränkten Möglichkeiten der Steigerung der Effizienz des Personaleinsatzes verbinden. So können, zum Beispiel, naturgemäß beim hometreatment therapeutische Leistungen nur individuell und nicht in der Gruppe erbracht werden. Zielführend wäre es – wenn im Einzelfall eine stationsäquivalente Behandlung möglich erscheint - die bisher für die stationäre und teilstationäre Behandlung zur Verfügung gestellten Mittel ohne Abschläge dem Krankenhaus zur Verfügung zu stellen, welches dann entsprechend den Bedürfnissen und Bedarfen des Patienten einen individuellen lebensfeldorientierten Behandlungsplan erstellt. Aus Sicht der BDK sind deshalb die letzten Sätze, die §39 SGB V angefügt werden sollen, ersatzlos zu streichen, zumal auch der Bezug zur vollstationären Behandlung nicht verfängt, da stationsäquivalente in mancher Hinsicht mehr vollstationären und in anderer Hinsicht mehr teilstationären Leistungen vergleichbar sind.

Stationsäquivalente Behandlungen werden mit Sicherheit die eine oder andere vollstationäre oder teilstationäre Behandlung ersetzen, sie werden es aber auch ermöglichen, Patienten zu helfen, die bisher eine Behandlung im Krankenhaus abgelehnt haben. Insgesamt ist es aus fachlicher Sicht deshalb weder haltbar anzunehmen, dass stationsäquivalente Leistungen grundsätzlich günstiger sind als die Behandlung im Krankenhaus (eher das Gegenteil ist der Fall), noch ist es gerechtfertigt, ein Junktum zu knüpfen zwischen der Erbringung stationsäquivalenter Leistungen und einem Bettenabbau, wie es der Gesetzesentwurf in seiner aktuellen Form tut. Letztlich sollten aus fachlicher Sicht stationsäquivalente Leistungen in Art und Umfang dynamisch definiert und entsprechend vor allem unter Berücksichtigung des personellen Aufwandes differenziert vergütet werden.

**Zusammenfassend nimmt der vorliegende Gesetzentwurf wesentliche Begriffe und Ideen der Koalitionseckpunkte und des Verbändeentwurfs vom Herbst 2015 auf, verfehlt aber weitgehend deren tatsächliche inhaltliche Umsetzung. Grund hierfür ist vor allem, dass die bisherigen systematischen Ansätze weitgehend beibehalten werden sollen, obwohl sie für die Erreichung wesentlicher neuer Ziele nicht tauglich sind. Die Bundesdirektorenkonferenz schlägt deshalb ein gänzlich anderes, aber insgesamt wesentlich einfacheres und konsistenteres Vorgehen vor:**

1. Zum 1.1.2017 wird der Einschluss neuer Krankenhäuser in die Reihe der Optionshäuser gestoppt. Gleichzeitig wird die kalkulatorische Weiterentwicklung des Entgeltkataloges beendet.
2. Krankenhäuser, die bereits optiert haben, verwenden weiterhin die PEPP-Entgelte als Abschlagszahlungen auf ihr verhandeltes Budget. Anpassungen der Budgets erfolgen nach den geltenden Regelungen. Parallel hierzu wird die notwendige Dokumentation um alle nicht abrechnungsrelevante Elemente bereinigt.
3. Krankenhäuser, die nicht optiert haben, verhandeln ihre Budgets weiter nach der aktuell gültigen BPfIV.

4. In den Krankenhäusern mit Modellprojekten sind keine Anpassungen nötig. Ggf. wir für die Abschlagszahlungen weiter der Entgeltkatalog 2016 verwendet.
5. In den Jahren 2017-2019 werden die Budgets aller Krankenhäuser stufenweise so angepasst, dass eine reale 100%ige Erfüllung der PsychPV gewährleistet ist.
6. In den Jahren 2017-2018 wird vom G-BA unter fachkundiger Beratung durch eine Expertenkommission basierend auf der PsychPV ein umfassendes leistungsbezogenes Personalbemessungsinstrument entwickelt, welches eine tagesgenaue bedarfsorientierte Einstufung aller Patienten ermöglicht und alle Behandlungssettings erfasst. Dabei wird von einer 100%igen PsychPV Erfüllung ausgegangen und es werden verschiedene Behandlungssettings vollstationärer und teilstationärer Art abgebildet, sowie stationersetzende Leistungen, die im häuslichen Umfeld der Patienten erbracht werden. Für jedes Setting werden entsprechend der Einstufung der Patienten tagesbezogene Relativgewichte gebildet, die sich zunächst an den in der PsychPV vorgefundenen Relationen orientieren können, solange keine andere klaren Evidenzen vorliegen.
7. Analog der in der PsychPV vorgesehenen Strukturprüfungen werden parallel Instrumente entwickelt, die es den Krankenkassen erlauben, die Umsetzung der neuen Personalvorgaben in den Kliniken zu überprüfen.
8. Ab 2018 wird aus den bisherigen Kalkulationskrankenhäusern und, um die Repräsentativität zu gewährleisten, einer noch zu bestimmenden zusätzlichen Zahl von Einrichtungen eine Stichprobe gebildet, die einen Krankenhausvergleich generiert, der zur Orientierung auf der lokalen Ebene dient.
9. Ab 2019 wird das neue Personalbemessungsinstrument für 2 Jahre in einer Stichprobe der Krankenhäuser erprobt und adaptiert. Hierbei wird die tagesbezogene Einstufung der Patienten optimiert. Bis zum Ende dieser Erprobungsphase wird die Gültigkeit der PsychPV verlängert.
10. Ab 2021 wird das neue System flächendeckend eingeführt. Hierbei sind die Regeln zur Budgetfindung so zu gestalten, dass eine Finanzierung der normativen Personalvorgaben sichergestellt ist.

Wir sind uns dessen bewusst, dass dieses Vorgehen einer umfassenderen Neuorientierung gleichkommt, die über den vorliegenden Gesetzentwurf deutlich hinausgeht. Dabei sehen wir auch, dass das hier skizzierte Vorgehen sehr rasch in gesetzliche Formulierungen umgesetzt werden müsste, um eine Verabschiedung noch in diesem Jahr zu ermöglichen. Wir sind uns aber sicher, dass ein solches Vorgehen notwendig ist um langfristig die Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zukunftsorientiert zu verbessern und den speziellen Bedürfnissen dieser Menschen gerecht zu werden.

Kontakt:

Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Klinikum Ingolstadt  
Krumenauerstrasse 25  
85049 Ingolstadt  
Telefon: 0841 880 2200  
Email: [bdk@klinikum-ingolstadt.de](mailto:bdk@klinikum-ingolstadt.de)

## **Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – auf die konkrete Umsetzung der beschlossenen Neuausrichtung kommt es an**

*Eine Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz, 23. Februar 2016*

Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt, dass das Bundesgesundheitsministerium und die Partner der großen Koalition sich in ihrem Eckpunktepapier vom 18. Februar 2016 wesentliche Elemente des Verbändevorschlags vom Herbst 2015 zu einem sachgerechten Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken zu Eigen gemacht haben.

Insbesondere die Abkehr von einem Preissystem zugunsten hausindividuell verhandelter Budgets, sowie das klare Bekenntnis zu verbindlichen Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung könnten den Weg für ein sachgerechtes Entgeltsystem ebnen, welches den individuellen Bedürfnissen der Patienten psychiatrischer Erkrankungen gerecht wird.

Entscheidend für die Erreichung dieses Ziels wird allerdings sein, dass die Regierungseckpunkte rasch durch entsprechende Gesetzesänderungen mit Leben erfüllt werden.

*Zu den einzelnen konkreten Punkten des Regierungseckpunktepapiers:*

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

Das Entgeltsystem soll als Budgetsystem nahezu ausschließlich für stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen ausgestaltet werden. Von den ambulanten Leistungen eines Krankenhauses wird nur die stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (home-treatment) einbezogen. Somit werden die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen weiterhin separat vergütet werden, was die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt.

Die Regierungseckpunkte machen den bundesweit kalkulierten Entgeltkatalog zur Grundlage für die Budgetverhandlung. Dabei bleibt unklar, ob es sich hierbei um den PEPP Katalog oder um eine noch zu schaffenden neuen Entgeltkatalog handelt. Klar ist allerdings, dass sich der PEPP Katalog und die ihm zugrunde liegende Kalkulationssystematik nicht als Grundlage für die Verhandlung hausindividueller Budgets eignen. Zum einen bezieht die PEPP Kalkulationssystematik bereits sämtliche Kosten mit ein, auch diejenigen, die lokalen und strukturellen Besonderheiten geschuldet sind und somit im neuen System individuell verhandelt werden sollen. Zum anderen liefert die PEPP Kalkulationssystematik ausschließlich Relativgewichte, die sich zwar zur Berechnung von Abschlagszahlungen auf ein bestehendes Budget eignen, aber weder als Grundlage zur Berechnung noch zur Weiterentwicklung eines solchen.

Die Abkehr von einer systematischen Konvergenz und einem einheitlichen Landesentgeltwert ist zu begrüßen. Motor für die dennoch anzustrebende Reduktion der aktuell noch sehr hohen Variabilität der Vergütung müssen dann vor allem die verpflichtenden Regelungen zur Personalausstattung sein. Ein systematisches Personalbemessungssystem ähnlich der aktuellen Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) sollte deshalb eine zentrale Grundlage für die Budgetermittlung werden.



## II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen

Die Sinnhaftigkeit einer weiteren Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf der Basis von Kostendaten der Krankenhäuser ist zweifelhaft. Sie macht bestenfalls für andere als Personalkosten einen Sinn, weil ja letztere gerade für die Kalkulationshäuser im Wesentlichen durch normative Vorgaben festgeschrieben sein sollen. Falls tatsächlich empirische Kalkulationen trotz der normativen Personalvorgaben durchgeführt werden sollen, ist eine repräsentative Auswahl von Krankenhäusern zu begrüßen, wobei die Durchführung einer solchen Auswahl und ihre konkrete Durchsetzung noch geklärt werden müssten.

## II.3 Verbesserte Personalausstattung

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Regierungskoalition die Notwendigkeit einer besseren Personalausstattung sieht und diese verbindlich festschreiben will. Hierfür eignet sich die 100%ige Erfüllung der PsychPV als Grundlage. Zusätzlicher Personalbedarf ergibt sich durch die Weiterentwicklung der medizinischen und rechtlichen Standards seit Einführung der PsychPV vor 25 Jahren insbesondere im Bereich der Behandlung schwer- und schwerstkranker Menschen und im Bereich der Psychotherapie, sowie durch den erheblichen zusätzlichen Dokumentations- und Administrationsaufwand im PEPP System, der aktuell 5-10% der eigentlich für die Behandlung der Patienten vorgesehenen personellen Ressourcen bindet. Hier ließen sich prospektiv erhebliche Einsparungen dadurch realisieren, dass man den immensen Dokumentations- und Misstrauensaufwand, der mit dem PEPP System verbunden ist, im neuen System drastisch reduziert.

Eine Ableitung der verbindlichen Personalvorgaben durch den G-BA von existierenden Behandlungsleitlinien wird – entgegen der im Regierungseckpunktepapier geäußerten Vermutung – grundsätzlich nicht möglich sein. Diese Behandlungsleitlinien enthalten in aller Regel diagnosebezogen *qualitative* Behandlungsempfehlungen die nicht zwischen verschiedenen Behandlungssettings differenzieren und zudem in aller Regel auf Evidenzen beruhen, die an ambulant behandelten Patienten gewonnen wurden. Die tatsächlich im Rahmen einer stationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung notwendigen Personalressourcen sind hieraus *quantitativ* nicht ableitbar, zumal sie nur zum geringsten Teil von der Diagnose und zum überwiegenden Teil vom aktuellen Befinden des Patienten abhängen. Deshalb wird der G-BA hier normative Vorgaben machen müssen, die in erster Linie auf externer fachlicher Expertise beruhen sollten.

Die Regierungseckpunkte bekennen sich zu verbindlichen Personalvorgaben, enthalten aber keine Positionierung zur Verbindlichkeit der Finanzierung, die aber für das Funktionieren des Systems unabdingbar ist.

## II.4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

Die Regierungseckpunkte sehen vor, dass die Budgetverhandlungen auf den aktuellen Budgets aufsetzen. Zur Bemessung leistungsorientierter Budgets soll während einer budgetneutralen Phase von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene ein Krankenhausvergleich etabliert werden, der dann (nach Ende der budgetneutralen Phase) als Orientierungsmaßstab für die



Budgetverhandlungen dienen soll. Es ist völlig unklar, welche Bedeutung im neuen System eine budgetneutrale Phase haben soll, die im PEPP System ja der Vorbereitung der Konvergenz dienen sollte, welche im neuen System aber nicht mehr vorgesehen ist. Deshalb scheint der Begriff „budgetneutrale Phase“ im ohnehin budgetorientierten System systemfremd und sollte entsprechend auch keine Verwendung finden oder völlig neu definiert werden.

Ebenso unklar ist, welche Funktion der zu etablierende Krankenhausvergleich haben soll und in welchem Verhältnis er zur weiterhin durchzuführenden empirischen repräsentativen Entgeltkalkulation steht, die allerdings, wie zu Punkt II.2 bereits ausgeführt, ohnehin nicht oder nur in Teilbereichen mit einem Budgetsystem kompatibel ist.

## **II.5 Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung**

Die Unterstützung von Behandlungsformen im häuslichen Umfeld des Patienten ist sehr zu begrüßen. Darüber hinaus sollte das neue System aber auch andere Formen der Krankenhausbehandlung „ohne Bett“, wie aufsuchende Behandlungsformen, die weniger intensiv als das home-treatment und stufenlose Übergänge von ambulanten zu teilstationären Behandlungsformen fördern.

Obwohl diese auch zur sektorübergreifenden Versorgung gehören, erwähnen die Regierungseckpunkte die Modellprojekte nach §64b SGB V nicht. Da die Modellprojekte aber weit weniger schwungvoll in Gang gekommen sind, als erhofft, scheinen auch hier rechtliche Modifikationen, zum Beispiel ein Kontrahierungszwang für die Krankenkassen, erwägenswert.

## **III Einführungsphase des neuen Entgeltsystems**

Es ist sehr zu begrüßen und dringend notwendig, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem im Jahr 2016 zu schaffen. Eine verbindliche Einführung mit Beginn des Jahres 2017 für alle Krankenhäuser hält die Bundesdirektorenkonferenz aber für unrealistisch. In 540 Krankenhäusern, von denen 2/3 noch das alte budgetorientierte System und 1/3 das abzulösende PEPP System verwenden, auf einen Schlag in ein neues System einzuführen, welches in seinen konkreten Konturen erst im Herbst dieses Jahres erkennbar sein wird, würde schon an den fehlenden technischen und administrativen Voraussetzungen scheitern.

**Zusammenfassend enthalten die jüngst vorgelegten Regierungseckpunkte gute Ansätze für die Schaffung eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik, aber auch eine Reihe mehrdeutiger Festlegungen und Widersprüche, so dass entscheidend für den Erfolg der geplanten und sehr zu begrüßenden Richtungsänderung die konkrete Umsetzung durch Gesetze und Verordnungen sein wird. Gerne wird die Bundesdirektorenkonferenz ihre fachliche Expertise in die dazu notwendigen weiteren Diskussionen einbringen.**

Kontakt:

Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Klinikum Ingolstadt  
Krumenauerstrasse 25  
85049 Ingolstadt  
Telefon: 0841 880 2200  
Email: bdk@klinikum-ingolstadt.de

# Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

c/o DGPPN, Reinhardtstraße 27 B, 10117 Berlin

Bundesminister für Gesundheit  
Hermann Gröhe  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Berlin, den 16. März 2016

Nachrichtlich an:

Herrn Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB; Frau Hilde Mattheis, MdB; Frau Maria Michalk, MdB; Herrn Dr. Georg Nüsslein, MdB

**Anmerkungen und Hinweise der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände aus den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu den „Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vorgelegt am 18. Februar 2016**

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,

wir bedanken uns für Ihre Bemühungen um die Einführung eines zukunftsfähigen Entgeltsystems und für die Möglichkeit, zu den o. g. Eckpunkten, die Sie im Rahmen des Strukturierten Dialogs einigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden am 18. Februar 2016 vorgestellt haben, Stellung nehmen zu können.

Wir verstehen die „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ als eine verbindliche Basis für eine noch in diesem Jahr zu schaffende gesetzliche Grundlage für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems für die Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Die Fachgesellschaften und Verbände begrüßen es, dass das Bundesministerium für Gesundheit und die Regierungsfractionen sich die wesentlichen Elemente des Verbändevorschlags für ein Budgetorientiertes Finanzierungssystem vom September 2015 zu Eigen gemacht haben. Wir stimmen ausdrücklich mit Ihnen darin überein, dass es ein Ziel des zukünftigen Entgeltsystems sein muss, dass *„die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt [werden], indem sie unter Berücksichtigung*

*regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten bedarfs- und leistungsgerechte Budgets vereinbaren.“<sup>1</sup>*

Entscheidend für die Erreichung dieses Ziels wird es sein, dass die Eckpunkte rasch mit Leben erfüllt werden.

Aus der Perspektive der Fachgesellschaften und Verbände müssen dabei folgende Punkte konkret umgesetzt werden.

## (II.1) Ausgestaltung als Budgetsystem

In den Eckpunkten wird ausgeführt, dass das „*neue Entgeltsystem (...) als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen*“ (und damit auch für stationersetzende und stationergänzende Leistungen) umgesetzt wird.

Dies bedeutet für uns, dass die Ebene der Budgetfindung strikt von der Ebene der Abrechnung getrennt gesehen werden muss.

Die Grundlage für die Budgetfindung stellt demnach der konkret erforderliche regionale Bedarf, die Struktur der Versorgungsregion (Morbiditätsstruktur, Inanspruchnahmeverhalten etc.) und die krankenhausspezifische Struktur der Leistungsbereiche dar. Die Budgetfindung erfolgt somit nicht auf der Basis empirisch kalkulierter Entgelte.

Zur krankenhausesindividuellen Budgetfindung müssen die strukturellen Besonderheiten und der daraus abzuleitende Personalbedarf berücksichtigt werden, wie z.B. Dezentralität, gemeindenahe Versorgung, unterschiedliche Stationsgrößen, Altersstruktur der Patienten mit sehr jungen bzw. sehr alten Patienten, hohe Notfallquoten, Aus-, Fort- und Weiterbildung, universitäre Medizin, Spezialangebote etc.. Die genannten Strukturbereiche haben eine direkte Auswirkung auf die Personalbemessung bzw. die Personalkosten und weitere damit verbundene Kosten.

Die Vereinbarungen zur Budgetfindung müssen über alle Budgetanteile schiedsstellenfähig sein.

Besonderer Wert ist bei der Budgetfindung auf die strukturellen Besonderheiten der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie zu legen. Es wird deshalb dringend empfohlen, für

---

<sup>1</sup> Eckpunkte Abschnitt I, 2. Absatz

jede Einrichtung getrennte (Teil-) Budgets für die Fachgebiete der (Erwachsenen-)Psychiatrie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und ärztlichen Psychotherapie zu vereinbaren.

Weiterhin wird ausgeführt, dass *„die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt.“*

Diese Bestimmung wird von uns ganz ausdrücklich unterstützt. Wir sehen darin den Willen, das zukünftige Finanzierungssystem leistungsgerecht und dynamisch bzgl. regionaler Veränderungen der Demografie und Epidemiologie sowie der Inanspruchnahme bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

Dieser Prozess darf jedoch in keinem Fall dazu führen, dass es letztlich durch Verschiebungen zu einer Reduktion der im gesamten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kommt.

## (II.2) Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen

Gemäß den Eckpunkten erfolgt die *„auf empirische Daten gestützte Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen unter Verwendung der Kostendaten von Kalkulationskrankenhäusern, die zukünftig eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden.“*

Es ist uns wichtig zu betonen, dass die Repräsentativität der Kalkulationskrankenhausstichprobe nicht primär anhand formaler Daten ermittelt wird, sondern dass die Repräsentativität der unterschiedlichen Versorgungsregionen und -strukturen dabei in den Vordergrund gestellt wird. Die Repräsentativität muss für jede Stichprobe der Kalkulation, also auch für die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, fachspezifisch gewährleistet sein.

Der derzeitige fall- und diagnosebezogene Entgeltkatalog eignet sich nicht als Grundlage für die Budgetverhandlungen, da er auf die Generierung einheitlicher deduktiv ermittelter Bewertungsrelationen ausgelegt ist. Wie sich in der Erprobungsphase des PEPP-Systems gezeigt hat, sind solche empirischen einheitlichen Bewertungsrelationen eben gerade nicht geeignet, die Heterogenität

des regionalen Leistungsgeschehens adäquat abzubilden. Allerdings kann die empirische Kalkulation zum Krankenhausvergleich weiterentwickelt werden.

Das Budget selbst sollte auf der Basis eines umfassenden Personalbemessungsinstrumentes und unter Berücksichtigung weiterer krankenhaustypischer Budgetkomponenten sowie der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten des Krankenhauses verhandelt werden. Ausgangspunkt sind dabei die aktuellen Krankenhausbudgets, die zunächst – vor Verfügbarkeit des neuen Personalbemessungsinstrumentes – in allen Krankenhäusern so angepasst werden müssen, dass eine 100%ige Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sichergestellt ist. Damit entfällt die Notwendigkeit einer landesweiten Konvergenz. Motor für die anzustrebende Reduktion der aktuell noch sehr hohen Variabilität der Vergütung werden in Zukunft die verpflichtenden Regelungen zur Personalausstattung sein. Dabei sind insbesondere Kosten für die Pflichtversorgung (Aufnahme rund um die Uhr an 7 Tagen pro Woche; einschließlich gesetzlich untergebrachter Patienten) zu berücksichtigen. Ebenfalls wird in diesem Punkt ausgeführt, dass *„die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist.“* Die psychiatrischen und psychosomatischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände unterstreichen die in den Eckpunkten erkennbare Ausrichtung hin zu einer verbesserten Versorgungsqualität.

Ebenfalls wird festgelegt, dass *„die Mindestanforderungen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt. (...) In der Übergangsphase soll für die Krankenhäuser eine 100%ige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgegeben werden.“*

Es ist uns wichtig zu betonen, dass die geforderte 100%ige Umsetzung der Psych-PV durchgehend bis zu einer verbindlichen neuen Regelung erfolgt und nicht nur für die Kalkulationskrankenhäuser, sondern für alle Einrichtungen, die der Psych-PV unterliegen, gültig sein muss. Die Berechnung der (vollständigen) Psych-PV-Umsetzung muss auf eine eindeutige und einheitliche Grundlage gestellt werden. Für Kliniken und Abteilungen der Psychosomatischen Medizin, für die die Psych-PV nicht gilt, sind analoge, empirisch begründete und bereits bisher bei der Personalbemessung anerkannte Personalanhaltszahlen (in Analogie zur Psych-PV) zu verwenden und zu 100 % umzusetzen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch eine 100%ige Umsetzung der Psych-PV systembedingt nicht alle für die Versorgung relevanten Kosten abgebildet werden (z. B. Nachtdienst der Pflege, Bereitschaftsdienste der Ärzte) und dass auch die medizinischen Entwicklungen seit Inkrafttreten der Psych-PV nicht adäquat abgebildet sind.

Es müssen deshalb Tatbestände definiert werden, die über den durch die Psych-PV geregelten Bereich hinausgehen.

Der in den Eckpunkten genannte Bezug auf die S3-Leitlinien darf nicht dazu führen, dass relevante klinische Fragestellungen nicht berücksichtigt werden bzw. dass dabei die jeweiligen Diagnosen im Vordergrund stehen. Zu berücksichtigen ist neben den häufigen Komorbiditäten ebenfalls, dass sich die relevanten Unterschiede aus dem jeweils erforderlichen klinischen Aufwand und aus dem Setting ergeben. S3-Leitlinien liegen ebenso auch für nicht-diagnosebezogene Situationen vor (z. B. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ bzw. Definition der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung analog OPS Ziff. 9-634). In besonderer Weise gilt dies auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bei der der Rückbezug auf störungsspezifische Leitlinien aufgrund der Studienlage meist nicht möglich ist. Für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie werden aktuell Personalbedarfsberechnungen auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien vorgelegt.

### (II.3) Verbesserte Personalausstattung

Gemäß den Eckpunkten wird der G-BA beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen. Er hat dabei die Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen.

Aus unserer Sicht ist eine verbesserte Personalausstattung im Sinne der Eckpunkte dringend erforderlich.

Wir begrüßen es deshalb ausdrücklich, dass die durch den G-BA festzulegenden Mindestvorgaben verbindlichen Charakter haben sollen. Dabei ist es unbedingt erforderlich, dass die Ausfinanzierung dieser Mindestvorgaben und der daraus resultierenden Personalkosten bzw. damit verbundener Kosten verbindlich für alle Krankenkassen festgeschrieben wird. Diese Finanzierung muss im Fall der Nicht-Einigung schiedsstellenfähig sein.

Die Formulierung im Eckpunktepapier ist an Art. 2 Abs. 5 Ziff. 3 des KHSVG anzulehnen, bei der die verbindliche Finanzierung der für den verbesserten Personaleinsatz erforderlichen Mehraufwände zu durch den G-BA festgelegten Mindestanforderungen festgelegt wurde. Wir gehen davon aus, dass diese Regelung weiterhin auch auf die psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen übertragen wird.

In jedem Fall ist sicherzustellen, dass eine regelmäßige Überprüfung der Vorgaben auf der Basis von epidemiologischen, demographischen und fachlichen Entwicklungen erfolgt (definierte Anpassungszeitpunkte). Anderenfalls würde sich erneut eine Lücke zwischen der Festlegung der verbindlichen Personalvorgaben und möglichen inhaltlichen Weiterentwicklungen ergeben.

Die durch den G-BA zu ermittelnden Mindestvorgaben müssen sich auf quantitative und qualitative Vorgaben erstrecken.

Bei der Festlegung von Mindestvorgaben kann der G-BA gemäß den Ausführungen der Eckpunkte auch „externe Expertise“ einbeziehen. Dies ist aus unserer Sicht zwingend erforderlich, zumal nicht für alle Patientengruppen entsprechende Leitlinien umfassend vorliegen. Diese Vorgabe verstehen wir dahingehend, dass durch den G-BA eine Expertenkommission einzusetzen ist, die alle Bereiche der genannten Fächer und Versorgungsbereiche abdeckt.

Abschließend führen die Eckpunkte in diesem Abschnitt aus, die verbindlichen personellen Mindestvorgaben seien bis zum 1.1.2020 vorzulegen.

Hierbei ist besonders darauf hinzuweisen, dass die Regelungen der Psych-PV nach der geltenden Rechtslage zum 31.12.2018 auslaufen würden. Es ist aus unserer Sicht unabdingbar, dass zwischen einem möglichen Auslaufen der Regelungen der Psych-PV und neuen Mindestanforderungen keine zeitliche Lücke auftritt.

In diesem Zusammenhang ist es für uns von großer Bedeutung, dass es zu einer umfassenden „Entbürokratisierung“ auf allen Ebenen des Finanzierungssystems kommt. Durch ausufernde und nicht fachlich begründete Dokumentationsverpflichtungen sowie durch einen massiven Misstrauensaufwand werden dem Hilfe- und Versorgungssystem personelle und finanzielle Ressourcen in erheblichem Ausmaß entzogen, die dann für eine patientenbezogene Arbeit nicht mehr zur Verfügung stehen.

#### (II.4) Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

Es ist aus unserer Sicht zwingend erforderlich, dass der geplante Krankenhausvergleich insbesondere für die bedarfsorientiert unterschiedlich ausgeprägten strukturellen Leistungsbereiche der Krankenhäuser entwickelt wird. Der Krankenhausvergleich soll zwei Funktionen erfüllen. Erstens sollen abgrenzbare Strukturbereiche mit Definitionen, wie sie auf Ortsebene zu kalkulieren sind, erarbeitet werden und zweitens sollen transparent die Schwankungsbreiten dieser Kalkulationen



auf Bundesebene erhoben und veröffentlicht werden und den Verhandlungspartnern vor Ort eine Hilfestellung und Orientierung sein. Da die strukturell unterschiedlich ausgestalteten Leistungsbereiche der Krankenhäuser überwiegend regional am Bedarf der Versorgungsregion ausgestaltet sind, sind Durchschnittsbetrachtungen vor Ort nicht hilfreich.

Der Krankenhausvergleich darf – wie bereits im Strukturierten Dialog besprochen – nicht als „Betriebsvergleich“ angelegt sein und sich damit am scheinbar günstigsten Krankenhaus orientieren.

Es ist deshalb sicherzustellen, dass die Budgets aller Krankenhäuser – nicht nur der Kalkulationshäuser – einer 100%igen Psych-PV-Umsetzung (bzw. für die Psychosomatische Medizin einer 100%igen Ausstattung gemäß der Personalanhaltszahlen der Psychosomatik) entsprechen.

Für den benannten Krankenhausvergleich sind fraglos geeignete Kriterien noch zu vereinbaren, die es ermöglichen, die im Krankenhaus und die durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen adäquat zu beschreiben. Es müssen dabei u. a. regionale strukturelle und fachliche Schwerpunkte, die Bedingungen der Pflicht- und Regelversorgung, die gemeindenahere Versorgung und die Vernetzung der Angebote eingehen. Darüber hinaus sollen unterschiedliche Kostenstrukturen, die durch regionale Faktoren oder z. B. durch die Anwendung bestimmter Tarifverträge begründet sind, in ihren Bandbreiten transparent gemacht werden. Bei der Entwicklung des Krankenhausvergleichs werden die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt die Partner der Selbstverwaltung entsprechend beratend unterstützen.

Das InEK ermittelt aus den Daten der Krankenhäuser, die individuelle Strukturbereiche kalkuliert und verhandelt haben, die Vergleichszahlen für den Krankenhausvergleich. Es müssen dazu die Voraussetzungen geschaffen werden (Kostenstellen, zusätzliche Daten abfragen), um diese Aufgabe zu bewältigen. Der Krankenhausvergleich sollte jährlich erfolgen. Ferner müssen die Leistungsbereiche des Krankenhausvergleichs schiedsstellenfähig und die entsprechenden Kalkulationen und deren Grundlagen allen Beteiligten zugänglich sein.

## (II.5) Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)

Gemäß den Vorgaben der „Eckpunkte“ sollen die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden. Insbesondere soll eine *„komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im*

*häuslichen Umfeld der Patienten durch spezielle Behandlungsteams“ für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Home-Treatment) ermöglicht werden.*

Wir unterstützen diese Regelungen ausdrücklich. Dabei ist es allerdings nicht die diagnostische Zuordnung, die den Bedarf an einer Behandlung im häuslichen Umfeld begründet, sondern die individuelle patientenbezogene Situation unter besonderer Berücksichtigung der Fähigkeit zur Teilhabe am Leben und sozialen Umfeld. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind stationärer ersetzende Maßnahmen auch aus Gründen der Beziehungsstabilität umzusetzen.

Bezüglich der Finanzierung dieses Angebots wird ausgeführt, dass diese Leistungen im Rahmen der Krankenhausvergütung zu erstatten sind und eine Bereinigung der Gesamtvergütung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung damit nicht verbunden ist. Das System der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) soll dabei – ebenso wie der Bereich der Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – unberührt bleiben.

Wir gehen davon aus, dass durch die hier aufgeführten Begriffe einer „komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Akut-Behandlung“ neben den Leistungen des Home-Treatments auch weitere, durch das Krankenhaus im Rahmen der regionalen Versorgungsverpflichtung durchzuführende, die stationäre Behandlung ersetzende bzw. ergänzende Maßnahmen gemeint sind, die bereits eingeführt sind oder zukünftig entwickelt werden und die eine gleichartige Zielsetzung wie Home-Treatment aufweisen. Insofern müssen die Bestimmungen zur Finanzierung so gestaltet werden, dass auch zukünftige entsprechende Behandlungsmaßnahmen adäquat finanziert werden. Die einschlägigen sozialrechtlichen Regelungen müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Ort der Leistungserbringung (im Krankenhaus oder außerhalb) für die adäquate Finanzierung nicht maßgebend ist.

Ergänzend dazu stellen wir fest, dass auch aus unserer Sicht Leistungen, die im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, nicht betroffen sind. Die benannten komplexen psychiatrischen Akut-Behandlungen im häuslichen Umfeld sind als Leistungen zu verstehen, die stationäre Behandlung ersetzen, erweitern oder ergänzen. Die Erstattung dieser Leistung im Rahmen der Krankenhausvergütung bedeutet, dass auch hierfür eine verbindlich zu finanzierende Personalbemessung im Rahmen einer Nachfolgeregelung zur Psych-PV festgelegt wird.

Es ist davon auszugehen, dass zur Umsetzung ein ausreichender Zeitrahmen erforderlich ist. Der Aufbau entsprechender Behandlungsteams und der aufsuchenden Infrastruktur benötigt einen zeitlichen Vorlauf. Es ist nicht zu erwarten, dass aus den jetzigen Modellvorhaben nach §64b SGB V umfassende Kalkulationsdaten abzuleiten sind. Im Rahmen von IV-Verträgen gibt es ebenfalls Erfahrungen mit Home-Treatment. Wir regen daher an, das DIMDI schon für 2017 anzuweisen,

den in den OPS 9.x formulierten Modellvorbehalt aufzugeben und auch das InEK auf eine Gesamtkostenkalkulation (inklusive Bereitstellungs-, Fahrtkosten und -zeiten) hinzuweisen.

Ebenfalls wird klargestellt, dass diese Finanzierung auf Bundesebene im Fall der Nicht-Einigung schiedsstellenfähig ist.

Unter dem Aspekt der notwendigen weiteren Vernetzung zwischen ambulanter und teil- bzw. vollstationärer Behandlung setzen wir auf die Zusage des BMG, dass die Einrichtung bereits gesetzlich vorgesehener Psychosomatischer Institutsambulanzen (PsIA) in der laufenden Gesetzgebung dahingehend konkretisiert wird, dass PsIAs vorrangig an Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit einem besonderen regionalen Behandlungsauftrag und einem breit gefächerten somatischen Fachabteilungsspektrum vergeben werden, um so den speziellen interdisziplinären Belangen der Psychosomatik Rechnung zu tragen. Diese Krankenhäuser haben für die Psychosomatik ein differenziertes Konzept der Vernetzung stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Einheiten mit ambulanten und teilstationären Versorgungsschwerpunkten zur Sicherung der Behandlungsergebnisse vorzulegen.

### (III) Einführungsphase des neuen Entgeltsystems

Gemäß den Eckpunkten erfolgt die Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Jahr 2016.

Weiterhin wird angestrebt, dass das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2017 verbindlich von allen Psych-Einrichtungen unter budgetneutralen Bedingungen anzuwenden ist.

Es ist sehr zu begrüßen und dringend notwendig, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem im Jahr 2016 zu schaffen. Eine verbindliche Einführung mit Beginn des Jahres 2017 wäre möglich, wenn zunächst die sog. Optionskrankenhäuser wieder nach den Regeln der Bundespflegesatzverordnung (in der Form vor der Änderung durch das PsychEntgG) abrechnen, in einem zweiten Schritt die Personalausstattung aller Krankenhäuser auf 100 % angehoben würde und parallel der Krankenhausvergleich und das neue Personalbemessungsinstrument durch den G-BA entwickelt würde. Dies wäre bis 2020 zu schaffen. Die Gültigkeit der Psych-PV müsste dafür aber um zwei Jahre verlängert werden.

Wir gehen davon aus, dass durch die vorgesehene gesetzliche Regelung im Jahr 2016 die am 1.1.2017 beginnende budgetneutrale Phase (im Sinne des PsychEntgG) und die daran anschließende Konvergenzphase aufgehoben werden und damit entfallen.

An deren Stelle sollten zunächst eine Entwicklungsphase von 2 Jahren für das neue Entgeltsystem und eine daran anschließende, ausreichend lange Einführungs- und Umsetzungsphase treten. Die Entwicklungsphase muss unter budgetneutralen Bedingungen erfolgen.

## Abrechnung

Abschließend ist festzuhalten, dass durch die Eckpunkte keine expliziten Aussagen zur Frage der Abrechnung (im Sinne von Abschlagszahlungen auf das Budget) gemacht werden. Hier sind weitere intensive Gespräche erforderlich, um ein geeignetes, leistungsgerechtes und transparentes Abrechnungssystem zu entwickeln.

Es ist darauf zu achten, dass die entstehenden Abrechnungsgrößen sich auf Patientengruppen mit einem möglichst gleichartigen Behandlungsaufwand (und nicht auf die Diagnose) beziehen. Die Abrechnungsgrößen müssen sich dynamisch an veränderte Situationen (z. B. Demographie, Morbidität, medizinische Entwicklung, Inanspruchnahme) anpassen können.

Mit freundlichen Grüßen

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

Gez.

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte 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 (DGSB)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Die Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

## Stellungnahme

zum Entwurf des Bundeskabinetts vom 3. August 2016 für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (PsychVVG) für den weiteren parlamentarischen Gesetzgebungsprozess

Berlin, den 2. September 2016

Die vorliegende Stellungnahme stellt gemeinsame Standpunkte der unterzeichneten Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände dar. Darüber hinausgehende Positionierungen und konkrete Änderungsvorschläge erfolgen durch die jeweiligen Fachgesellschaften und Verbände unmittelbar.

Für das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik wurden folgende politische Ziele von den Koalitionspartnern im Eckpunktepapier vom 18. Februar 2016 gesetzt: Leistungsorientierung und Transparenz, Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung sowie Berücksichtigung regionaler Bedingungen und krankenhausesindividueller Besonderheiten. Die Verhandlungspartner vor Ort sollen gestärkt werden, um bedarfs- und leistungsgerechte Budgets zu vereinbaren. An einer empirischen Kalkulation von definierten Leistungen (d. h. auf durchschnittlicher Ist-Kosten-Basis der Kalkulationskrankenhäuser) soll festgehalten werden.

Der Gesetzentwurf greift inhaltlich an einigen Stellen die von den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden seit September 2015 immer wieder vorgelegten Konzepte und Stellungnahmen auf:

- Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt vom 9. September 2015
- Brief der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt vom 16. März 2016 an Herrn Gesundheitsminister Gröhe mit Anmerkungen und Hinweisen zum Eckpunktepapier der Koalitionspartner vom 18. Februar 2016
- Gemeinsame Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt vom 14. Juni 2016 zum PsychVVG Referentenentwurf vom 19. Mai 2016

Die Fachgesellschaften und Verbände begrüßen die Absicht des Gesetzgebers, das Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik nicht als Preissystem weiterzuentwickeln.

Die vorliegende Stellungnahme stellt die bezüglich der erforderlichen Umwandlung zu einem Budgetsystem erfolgskritischen Punkte in den Vordergrund, weil der Gesetzentwurf insgesamt weit hinter den Forderungen und Erwartungen der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände zurückbleibt. Insbesondere das Ziel, die Verhandlungspartner vor Ort zu stärken, um bedarfs- und leistungsgerechte Budgets zu vereinbaren, kann sich aufgrund der vorgelegten Regelungen im PsychVVG-Entwurf ins Gegenteil verkehren.



## 1. Grundsätzlicher Änderungsbedarf

---

Im vorgelegten Gesetzentwurf besteht für folgende Regelungen grundsätzlicher Korrekturbedarf:

- Fehlende Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung von leistungsbezogenen, erforderlichen und verbindlich vorgegebenen Personalressourcen (Ausfinanzierung von Tarifsteigerungen)
- Undifferenzierte Regelungen für berufsgruppenspezifische Nachweispflichten jahresdurchschnittlicher Stellenbesetzungen von verhandelten zu besetzten Stellen
- Pauschale, nicht leistungsbezogene Regelungen zur Rückzahlungspflicht mit dauerhafter Budgetabsenkung bei Nichtbesetzung von verhandelten Stellen im Jahresdurchschnitt ohne Berücksichtigung von Gründen und Kompensationsleistungen des Krankenhauses.

## 2. Spezieller Änderungsbedarf

---

### 2.1 Verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 2020 verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik vorgeben. Diese Vorgaben sollen ab 2020 von den Kliniken umgesetzt und eingehalten werden.

Verbindliche Personalvorgaben müssen je nach Versorgungsaufgaben und Versorgungsleistungen der jeweiligen Fachklinik bzw. der Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern alle medizinisch-fachlichen Behandlungsbereiche umfassen. Die Vorgaben dürfen sich also nicht nur auf die Bereiche beschränken, die bereits durch medizinische Leitlinien abgedeckt sind. Personalvorgaben nur für Teilbereiche des gesamten Behandlungsspektrums vorzugeben, würde sonst zu Lasten der personellen Ressourcen anderer psychiatrischer und/oder psychosomatischer Versorgungsbereiche eines Krankenhauses gehen – insbesondere in den Kliniken mit umfassender Versorgungsverpflichtung. Ferner müssen die Vorgaben zur Personalausstattung gemäß der Weiterentwicklung der Medizin regelmäßig – zumindest alle fünf Jahre – überprüft und falls erforderlich angepasst werden.

Bei verbindlichen Personalvorgaben nach Art (Qualifikation) und Menge (Anzahl der Vollkräfte) für die psychiatrische und psychotherapeutische, die psychosomatische sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung muss jedoch immer die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser für die Versorgungsaufgabe gesichert werden. Starre, berufsgruppen- und nur auf Personalmenge fixierte Standards **ohne** Handlungsspielräume für das einzelne Krankenhaus in einem Rahmen von 5 bis 10 % das vorgegebene Personal flexibler zu besetzen und/oder neue personelle Versorgungskonzepte zu erproben, werden Fortschritt, Innovation und Effizienz bremsen. Die verbindlichen Rahmenvorgaben des G-BA müssen so ausgestaltet sein, dass Kliniken in ihren Versorgungsregionen handlungsfähig bleiben. Gerade der regional unterschiedlich ausgeprägte Fachkräftemangel wird zunehmend kreative Lösungen bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch die Krankenhäuser erfordern.

Für die Sicherstellung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie sowie in der Gerontopsychiatrie und in der Suchtmedizin werden weitere, spezifische und flexible Handlungsspielräume zu schaffen sein. Hierzu ist es erforderlich, die fachspezifischen Besonderheiten aus

der Amtlichen Begründung in den Gesetzestext zu transferieren, d. h. dass „die medizinischen Spezifika aus der spezialisierten Behandlung bestimmter Patientengruppen, wie z. B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Gerontopsychiatrie, gesondert zu berücksichtigende strukturelle Aspekte darstellen“ können. §3 (3) BPIfV sollte entsprechend ergänzt werden.

Als orientierende Basis für verbindliche Personalvorgaben durch den G-BA in den psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken sollen die seit 20 Jahren etablierten Personalanhaltszahlen für die Psychosomatische Medizin der Fachgesellschaften dienen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzentwurf für psychosomatisch-psychotherapeutische Leistungen keine Personalvorgaben vorsieht.

## 2.2 Nachhaltige Ausfinanzierung von Personal und tarifliche Personalkostensteigerungen

Verbindliche Personalvorgaben ohne verbindliche Ausfinanzierung von Tarifsteigerungen sind nicht miteinander vereinbar.

Die Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf ermöglichen trotz gegenteiliger Aussagen des BMG gerade keine Refinanzierung von Personalkostensteigerungen, wenn Tarifabschlüsse oberhalb der Veränderungsrate liegen. Auch weitere unabwiesbare Personalkostensteigerungen z. B. durch Änderungen von Entgeltordnungen müssen für die Krankenhäuser refinanzierbar sein.

Derzeit ist eine Refinanzierung der Personalkostensteigerungen nur möglich, wenn sich die Tarifsteigerungen im Bereich des Orientierungs-/bzw. Veränderungswerts bewegen und insbesondere die Personalkostenquote eines Krankenhauses nicht über 70 % beträgt. In den psychiatrischen Krankenhäusern liegt die Personalkostenquote jedoch überwiegend über 70 %. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das regelhaft so.

Der Veränderungswert 2016 ist mit 2,95 % außergewöhnlich hoch. Viele Jahre lag er unter 1 %. Dennoch wird es aufgrund der aktuellen Tarifabschlüsse im TVÖD mit 4,6 % und der ab 2017 gültigen neu gefassten Entgeltordnung mit weiteren Personalkostensteigerungen insbesondere für die Psychiatrie nicht möglich sein, die Tarifentwicklung aufzufangen. Die im PsychVVG vorgelegten Regelungen zur Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen sind vor dem Hintergrund verbindlicher Personalvorgaben und Nachweispflichten nicht hinnehmbar.

**Zwei Rechenbeispiele im Anhang (A) verdeutlichen die Finanzierungslücken.**

## 2.3 Absenkung der Budgetbasis bei Nichtbesetzung von vereinbarten Stellen

Im Gesetzentwurf ist eine Regelung zur systematischen Absenkung der Budgetbasis vorgesehen, („Gesamtbetrag“), gemäß § 3 (3) BPfIV. Nachhaltige Budgetabsenkungen aufgrund jahresdurchschnittlich nicht besetzter Stellen, die aber auf Grundlage der Leistungsplanung – unabhängig vom Grund – erforderlich wären, bedeutet den Eintritt in eine eigendynamische ökonomische und fachlich-qualitative Abwärtsspirale. Insbesondere in strukturschwachen Regionen ist das Fehlen von Personal immer wieder ein temporärer und kein gewollter Zustand, nicht besetzte Stellen dürfen deshalb aus unserer Sicht keine dauerhafte budgetabsenkende Wirkung haben (Gefahr einer Abwärtsspirale).

Personalkosten im therapeutischen und pflegerischen Bereich, die trotz Besetzungsbemühungen in einem Krankenhaus nicht entstanden sind, sollen als Ausgleich zurückgezahlt werden, wenn mehr als 10 % der verhandelten Stellen nicht besetzt werden konnten und nicht durch entlastende Aufwendun-

gen in anderen Bereichen (z. B. Zukauf von Honorar-Therapeuten in den Sachkosten) eine Kompensation erfolgt ist. Eine Budgetabsenkung – wie im Gesetzentwurf geplant – für Folgejahre darf nicht möglich sein. Rückzahlungen dürfen nur über Ausgleichs abgewickelt werden.

Ab dem Jahr 2020 sind mit Beginn der Anwendung des leistungsbezogenen Vergleichs die Ergebnisse der Nachweise zur personellen Ausstattung bei der Budgetfindung heranzuziehen. Abweichungen von den Mindestvorgaben an Personalausstattung sind nicht selten durch den herrschenden Fachkräftemangel, insbesondere in strukturschwachen Regionen, bedingt. Die Bemühungen des Krankenhauses die Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen, müssen hierbei weiterhin berücksichtigt werden.

Über die besonders relevanten Änderungsnotwendigkeiten unter (2) hinaus gibt es weitere wichtige Änderungsbedarfe, die angesprochen werden müssen.

## 3. Weiterer Änderungsbedarf

---

### 3.1 Mehrmengenregelungen §3 Absatz 3

Wie bekannt, steigt die stationäre und teilstationäre Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen für psychische Erkrankungen seit Jahren. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind Mehrleistungen als Ausnahmetatbestände für Budgetsteigerungen über den Veränderungswert hinaus ausschließlich an Mehrleistungen aufgrund von krankenhausesplanerischen Maßnahmen oder aufgrund des Investitionsprogrammes des Landes möglich.

Diese Regelung in Verbindung mit der Vorgabe, dass die Budgetverhandlungspartner den Sachverhalt „Verkürzung von Verweildauern“ berücksichtigen sollen, wirft für die Versorgungskliniken und für die Krankenhausplanung der Länder ein kostentreibendes Problem auf.

Pflichtversorger dürfen keine krankenhausesbehandlungsbedürftigen Patienten abweisen, sie haben Aufnahmepflicht, auch wenn sie zu über 100 % belegt sind. Die Krankenhausplanung vollzieht steigende Bedarfe bundesweit jedoch in der Regel erst, nachdem über mehrere Jahre unabweisbare Überbelegungen und Verweildauerverkürzung aufgrund der Aufnahmepflicht nachgewiesen werden, d. h. eine Kapazitätserhöhung unausweichlich wird. Diese Regelungen im PsychVVG werden dazu führen, dass viel früher und häufiger bei Überbelegung Kapazitätssteigerungen für die Patientenversorgung im stationären und teilstationären Bereich beantragt werden. Daher müssen Leistungssteigerungen bei Pflichtversorgungskliniken und bei elektiv versorgenden Kliniken differenziert bewertet werden.

### 3.2 Regelungen für befristete Zuschläge zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien des G-BA gemäß §5 Abs.3c KHEntG analog in §5 Abs. 4 BpflV

Diese Regelung in der aktuellen Gesetzesfassung passt überhaupt nicht in das Budgetsystem, da dort geregelt ist, dass befristete Zuschläge für Mehrkosten aufgrund von G-BA-Vorgaben verhandelt werden, bis das InEK bei der Kalkulation der Fallpauschalen diese Kosten einkalkuliert hat. Da die Finanzierung im DRG-System über Bewertungsrelation mal Landesbasisfallwert erfolgt, ist das im DRG-System sachgerecht. Vorgaben des G-BA für die Personalausstattung führen im Budgetsystem jedoch nicht auf Basis der InEK-Kalkulationen von Bewertungsrelationen zu einer Erhöhung des hausindividuellen Basisentgeltwerts. Die Finanzierung von G-BA Vorgaben muss deshalb dauerhaft budgeterhöhend in den Kliniken finanziert werden. Diese Regelung ist daher im Gesetzentwurf zu streichen.

### 3.3 Regelungen im Gesetzentwurf zu Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen

Die Regelungen im PsychVVG müssen so weiter entwickelt werden, dass die institutsambulante Versorgung in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie der Aufbau von Institutsambulanzen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie noch bedeutender in der Versorgung der Bevölkerung wirksam werden können.

So sollen laut Gesetzentwurf Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA) eine „zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen“. Im Gesetzentwurf ist aber gleichzeitig ein fachärztlicher Überweisungsvorbehalt in die psychosomatischen Institutsambulanzen vorgesehen, der auf Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beschränkt ist. Stattdessen empfehlen die Fachgesellschaften, dass ein Überweisungsvorbehalt – falls überhaupt sinnvoll – auf alle niedergelassenen Fachärzte ausgeweitet wird.

Die Anrechnung der PIA bei der Bedarfsplanung mittels Erhebung von Vollzeitäquivalenten insbesondere der Ärzte ist unseres Erachtens ungeeignet, Bedarf und Versorgungsleistungen sektorenübergreifend sinnvoll abzubilden. Vielmehr müssen die Voraussetzungen für eine sachgerechte sektorenübergreifende Beplanung geschaffen werden. Dafür sind grundlegende Reformen der Bedarfsplanungs-Richtlinie für den vertragsärztlichen Bereich notwendig.

### 3.4 Legaldefinition von regionaler Pflichtversorgung

Zu den strukturellen Besonderheiten, die krankenhausindividuell auf Ortsebene verhandelt werden können zählen unter anderem die regionale Pflichtversorgung oder auch die spezialisierte Behandlung besonderer Patientengruppen. Die „regionale Pflichtversorgung“ selbst ist jedoch rechtlich bisher nicht definiert. Es muss klar gestellt sein, dass damit beispielsweise das Vorhalten von Räumlichkeiten und 24h-Diensten in Abhängigkeit von der Größe der zu versorgenden Region, der Betrieb von Notfallambulanzen sowie die ständige Aufnahmebereitschaft auch für Patienten, die wegen selbst- und Fremdgefahr auch von der Polizei vorgestellt werden und ggf. geschützt untergebracht werden müssen, verbunden ist. Eine Legaldefinition zur regionalen Versorgungsverpflichtung ist nötig, damit die Krankenhäuser in den verschiedenen Regionen Deutschlands leistungsgerechte Verhandlungspositionen erhalten.

## Gez.

Aktion Psychisch Kranke (APK)

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 (BAG Psychiatrie)

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAGKT)

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)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

## Anhang A Beispielrechnungen „Refinanzierungslücken von Tarifkostensteigerungen“

Unter Beachtung der vorgelegten Regelungen im PsychVVG wurden folgende Berechnungen erstellt, die zweifelsfrei die systematische Unterfinanzierung von tariflichen Personalkostensteigerungen im Bereich der personalintensiven psychiatrischen Krankenhäuser aufdecken:

### Beispiel 1

Ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder eine psychiatrische Fachabteilung weisen grob typischerweise folgende Kostenverteilung *bei einem Gesamtbudget von 10 Mio € auf:*

20% Sachkosten (2 Mio €) und 80 % Personalkosten (8 Mio €).

Angenommene Kostensteigerungen für das neue Budgetjahr:

- Sachkosten (gemäß allgemeiner Teuerungsrate) 2% und
- Tarifkostensteigerung für Personal aufgrund der bundesweiten Tarifabschlüsse über 5 % sowie Änderung von Entgeltordnungen ab 2017.

Das bedeutet für das Krankenhaus 2017:

- Sachkostensteigerungen um +40.000 €,
- und Personalkostensteigerungen von +400.000 €.

**Die Gesamtkostensteigerung für 2017 dieses Krankenhauses entspräche 440.000 €.**

Eine Refinanzierung der Kostensteigerung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Regelungen:

- Über den „Orientierungs- bzw. Veränderungswert“ hier angenommen mit 2% zuzüglich
- 40 % der Tarifierhöhungsrate definiert als 50 Prozent der Differenz zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate (siehe hierzu auch §9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG / § 10 Absatz 5 KHEntG) = 1,5 % und  
davon nach PsychVVG: 40 % (d. h. bezogen auf 1,5 % ) = 0,6 %

Refinanziert werden im dargestellten Beispiel also:

$2,0 \% + 0,6 \% = 2,6 \%$  oder 260.000 €.

**Es ergibt sich eine Finanzierungslücke von -180.000 € oder 1,8 % des Gesamtbudgets für das Krankenhaus**

***Abzüglich der Sachkostensteigerungen, die sich unabweisbar ergeben, bleiben dem Krankenhaus aus dem Refinanzierungsvolumen zur Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen wie dargestellt nur 220.000 €. Eine Tarifkostensteigerung von 5 % wird in diesem Beispiel also nur zu 55 % refinanziert. Die Krankenkassen tragen demnach nur 2,75 % der Tarifkostensteigerungen anstelle der 5 %, die aufgrund des Tarifabschlusses unabweisbar sind.***

## Beispiel 2

Ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder eine psychiatrische Fachabteilung weisen grob folgende Kostenverteilung *bei einem Gesamtbudget von 10 Mio € auf:*

20% Sachkosten (2 Mio €) und 80 % Personalkosten (8 Mio €)

Angenommene Kostensteigerungen für das neue Budgetjahr:

- Sachkosten fiktiv 2% und
- Tarifkostensteigerung für Personal fiktiv 3 %

Das bedeutet für das Krankenhaus im Jahr X:

- Sachkostensteigerungen um +40.000 € und
- Personalkostensteigerungen von +240.000 €

**Die Gesamtkostensteigerung für dieses Krankenhauses entspräche 280.000 €.**

Eine Refinanzierung der Kostensteigerung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Regelungen:

- Über den „Orientierungs- bzw. Veränderungswert“ hier angenommen mit 2% zuzüglich
  - 40 % der Tarifierhöhungsrate definiert als 50 Prozent der Differenz zwischen dem Veränderungswert und der Tarifratenrate (siehe hierzu auch §9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG / § 10 Absatz 5 KHEntG) = 0,5 % und  
davon nach PsychVVG: 40 % (d. h. bezogen auf 0,5 % ) = 0,2 %

Refinanziert werden im dargestellten Beispiel also:

$2,0 \% + 0,2 \% = 2,2 \%$  oder 176.000 €.

***Es ergibt sich eine Finanzierungslücke von -104.000€ oder 1,04 % des Gesamtbudgets für das Krankenhaus.***

***Abzüglich der Sachkostensteigerungen, die sich unabweisbar ergeben, bleiben dem Krankenhaus aus dem Refinanzierungsvolumen zur Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen wie dargestellt nur 240.000 €. Eine Tarifkostensteigerung von 3% wird in diesem Beispiel also auch nur zu 73 % refinanziert. Die Krankenkassen tragen demnach nur 2,19 % der Tarifkostensteigerungen anstelle der 3 %, die aufgrund des fiktiven Tarifabschlusses unabweisbar wären.***