

Vorlage-Nr. 14/1540

öffentlich

Datum: 27.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Herr Thewes

| | | |
|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| Krankenhausausschuss 3 | 24.10.2016 | Kenntnis |
| Krankenhausausschuss 2 | 25.10.2016 | Kenntnis |
| Krankenhausausschuss 4 | 26.10.2016 | Kenntnis |
| Krankenhausausschuss 1 | 27.10.2016 | Kenntnis |
| Gesundheitsausschuss | 28.10.2016 | Kenntnis |

Tagesordnungspunkt:

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Kenntnisnahme:

Der Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird gemäß Vorlage Nr. 14/1540 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK. nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

| | |
|---|-----------------------------------|
| Produktgruppe: | |
| Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan | Aufwendungen: /Wirtschaftsplan |
| Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme: | Auszahlungen: /Wirtschaftsplan |
| Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: | |
| Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten | |
| ja | |

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Zusammenfassung:

Nach dem Referentenentwurf vom 19. Mai 2016 (vgl. Vorlage 14/1297) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 3. August 2016 dem Kabinett einen Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgelegt und in die parlamentarische Beratung eingebracht. Ziel ist es, die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern und die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Der neue ordnungspolitische Rahmen nach dem Gesetzentwurf des PsychVVG ist in Anlage 1 im Überblick dargestellt.

Gegenüber dem Referentenentwurf enthält der aktuelle Gesetzesentwurf folgende wesentliche Veränderungen:

- Die verbindliche Einführung des neuen Entgeltsystems wird um ein Jahr verschoben. Alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken haben das System jetzt zum 01.01.2018 einzuführen. Nach einer zweijährigen budgetneutralen Phase startet das System dann zum 01.01.2020.
- Die bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigenden Tatbestände sind spezifiziert worden. Leistungserhöhungen können allerdings nur noch vereinbart werden, wenn diese auf zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes zurückzuführen sind.
- Die Bestimmungen zum „Leistungsbezogenen Vergleich“ sind spezifiziert worden. Es wird jetzt explizit auf regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung verwiesen, die ein Teil des Vergleichs darstellen. Neu ist, dass der Vergleich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt werden soll.
- Für regionale und strukturelle Besonderheiten sollen jetzt gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- Der bisher vorgesehene, zu vereinbarende landesweite Basisentgeltwert entfällt.
- Der Psych-PV Nachweis erfolgt bis einschließlich 2019 nur noch gegenüber dem InEK. Ab dem Jahr 2020, wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen, gegenüber dem InEK und den Krankenkassen.
- Wenn stationsäquivalente Leistungen erbracht werden, muss jetzt keine Kapazitätsanpassung mehr direkt vorgenommen werden. Allerdings sollen die Selbstverwaltungspartner vereinbaren, welche Grundsätze für eine Kapazitätsanpassung gelten sollen.

Von Seiten des LVR werden folgende Regelungen grundsätzlich als positiv beurteilt:

- a. Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt.
- b. Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll.
- c. 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.
Im Jahr 2019 kann der um den Veränderungswert gesteigerte Gesamtbetrag für Personalkostensteigerungen für PsychPV-Stellen überschritten werden. Bis 2018 gilt hier der alte PsychPV Ausnahmetatbestand der alten BPfIV.
- d. Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht (§ 3 Abs 7).

- e. Für leistungsbezogene, strukturelle Besonderheiten können gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- f. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.

Aus Sicht des LVR besonders kritisch zu betrachten sind:

- Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung 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 Tarifraten 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.
- 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.
- Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält keine Vorgaben, dass das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten ist.
- Das InEK wird in den Gesetzestext explizit aufgenommen. Damit wird das InEK faktisch zu einem Bundesinstitut.

Aus Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland ergeben sich wesentliche Punkte, die im Referentenentwurf dringend anzupassen sind:

- Vollständige Finanzierung der notwendigen Personalausstattung:
Die Finanzierung der Vorgaben zur Personalausstattung sind nur unzureichend geregelt. Zu regeln ist im Gesetz, dass die vereinbarten Psych-PV Stellen auch ausreichend finanziert werden.
- Der Gesetzgeber hat normative Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems vorzugeben. Leider wird die Systematik von § 17d KHG nicht geändert. Es bleibt bei einem leistungsorientierten (pauschalierenden) Entgeltsystem. Der Richtungswechsel von einem Preis- zu einem Budgetsystem muss im Gesetzestext deutlicher werden, damit die Selbstverwaltungspartner und InEK bei der Weiterentwicklung des Systems daran gebunden sind.
- Orientierung an den Mindestvorgaben zur Personalausstattung:
Grundsätzlich sollte sich das neue Entgeltsystem an den neuen Mindestvorgaben zur Personalausstattung orientieren. Auf dieser Basis könnten nach dem Vorbild der Psych-PV Behandlungsbereiche definiert werden, die die Basis eines differenzierten Entgeltkataloges darstellen. Somit ergäbe sich ein durchgängiges System von Vorgaben zur Personalausstattung, der Budgetfindung und der Abrechnung.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1540:

I. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Nach dem Referentenentwurf vom 19. Mai 2016 (vgl. Vorlage 14/1297) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 3. August 2016 dem Kabinett einen Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgelegt und in die parlamentarische Beratung eingebracht. Ziel ist es, die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern und die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Der neue ordnungspolitische Rahmen nach dem Gesetzentwurf des PsychVVG ist in **Anlage 1** im Überblick dargestellt.

Grundsätzlich wird an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung soll gefördert werden.

Gegenüber dem Referentenentwurf enthält der aktuelle Gesetzesentwurf folgende Veränderungen:

- **§ 17d KHG Vorgaben zum neuen Entgeltsystem**
In den § 17d KHG, der die Grundlage des Neuen Entgeltsystems bildet, wurde folgende Passage aufgenommen: *„dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“* Damit erfolgen Vorgaben für die Entgeltsystematik, die jedoch unbestimmt sind.
- **§ 3 Abs. 1 BPfIV: Zeitplan Start jetzt 1.1.2020**
Die verbindliche Einführung des neuen Entgeltsystems wird um ein Jahr verschoben. Alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken haben das System jetzt zum 1.1.2018 einzuführen. Nach einer zweijährigen budgetneutralen Phase startet das System dann zum 1.1.2020. Damit wird erreicht, dass das neue System parallel zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Kraft tritt.
- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Budgetfindung**
Die bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigenden Tatbestände sind spezifiziert worden. Leistungserhöhungen können allerdings nur noch vereinbart werden, wenn diese auf zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes zurückzuführen sind. Die Möglichkeiten Kostenentwicklungen zu berücksichtigen, sind um die Punkte Verweildauerverkürzung, Fehlbelegungsprüfungen und Verlagerung in den ambulanten Bereich ergänzt worden. Regionale und strukturelle Besonderheiten sind mit aufgenommen worden.
- **§ 4 BPfIV: Leistungsbezogener Vergleich**
Die Bestimmungen zum „Leistungsbezogenen Vergleich“ sind spezifiziert worden. Es wird jetzt explizit auf regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung verwiesen, die ein Teil des Vergleichs darstellen. Neu ist, dass der Vergleich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

erstellt werden soll.

Der Vergleich ist jetzt nicht mehr die „Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages“ sondern dient nur noch der Unterstützung der Vertragsparteien. Allerdings ergibt sich eine Verbindlichkeit zur Anwendung des Vergleichs bei der Budgetvereinbarung aus § 3 BpflV.

- **§ 6 Abs. 2 BpflV: Entgeltformen**

Für regionale und strukturelle Besonderheiten sollen jetzt gesonderte Entgelte vereinbart werden, in Analogie zu den besonderen Einrichtungen in der Somatik. Eine Vorabauskunft durch das InEK ist nicht mehr erforderlich.

- **§ 10 BpflV: Landesweiter Basisentgeltwert**

Der bisher vorgesehene, zu vereinbarende landesweite Basisentgeltwert entfällt. Dieser ist zukünftig Teil des leistungsbezogenen Vergleichs. Der § 10 entfällt komplett, so dass keine Regelungen auf Landesebene mehr erfolgen.

- **§ 18 BpflV: Psych-PV Nachweis**

Der Psych-PV Nachweis erfolgt bis einschließlich 2019 nur noch gegenüber dem InEK. Ab dem Jahr 2020, wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen, gegenüber dem InEK und den Krankenkassen. Der vorgehaltene Personalbestand ist bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen (§ 3 BpflV).

- **§ 115d SGB V Stationsäquivalente Leistungen**

Der Absatz ist neu verfasst worden. Es muss jetzt keine Kapazitätsanpassung mehr vorgenommen werden, wenn stationsäquivalente Leistungen erbracht werden. Allerdings sollen die Selbstverwaltungspartner vereinbaren, welche Grundsätze für eine Kapazitätsanpassung gelten sollen.

Mit den Veränderungen hat das BMG teilweise auf die Stellungnahmen der Berufs- und Fachverbände reagiert. Der LVR-Klinikverbund hat seine Forderungen in die Stellungnahmen der BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser) und des Deutschen Städtetages eingebracht.

II. Beurteilung des Gesetzesentwurfs durch den Landschaftsverband Rheinland

Mit dem Gesetzesentwurf soll der ordnungspolitische Rahmen des neuen pauschalen Entgeltsystems in der Psychiatrie entsprechend der Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems angepasst werden von einem Preis- zu einem Budgetsystem. Die Vertragsparteien erhalten Vorgaben für die Budgetfindung und die Budgetbemessung.

1. Veränderungen mit eher positiver Beurteilung

- a. 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.
- b. 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 Krankenhauses). Dabei werden Ansätze des alten § 6 BPfIV (Ausnahmetatbestände) übernommen.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht.
- g. Für leistungsbezogene, strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- h. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.

2. Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:

- a. Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung 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.

- b. 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.
- c. Wesentliche Regelungsinhalte werden an die Selbstverwaltungspartner verwiesen. Dies sind:
 - Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
 - Wegfall von Dokumentationsvorschriften
 - Ausgestaltung des Nachweises
 - Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
 - Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler BesonderheitenDies 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.
- d. 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.

Der Allgemeine Teil der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Gesetzentwurf ist als **Anlage 2** beigelegt.

3. Vom Gesetzentwurf nicht erfasste Bereiche

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.

Der Gesetzgeber 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 Gesetzesbegründung führt das BMG aus, 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.

III. Vorschläge des Landschaftsverband Rheinland zur Anpassung des Gesetzentwurfes

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

- **Finanzierung der notwendigen Personalausstattung**
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 BpflV korrigiert werden musste. Zu regeln ist im Gesetz, dass die vereinbarten Psych-PV Stellen auch ausreichend finanziert werden. Dabei ist ausdrücklich zwischen tarifgebundenen und tarifungebundenen Krankenhäusern zu unterscheiden.
- **Vorgaben zur Entgeltsystematik**
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.
- **Orientierung an den Mindestvorgaben zur Personalausstattung**
Grundsätzlich sollte sich das neue Entgeltsystem an den neuen Mindestvorgaben zur Personalausstattung orientieren. Auf dieser Basis könnten nach dem Vorbild der Psych-PV Behandlungsbereiche definiert werden, die die Basis eines differenzierten Entgeltkataloges darstellen. Somit ergäbe sich ein durchgängiges System von Vorgaben zur Personalausstattung, der Budgetfindung und der Abrechnung.

Der LVR wurde gebeten in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme des LVR ist als **Anlage 3** beigefügt.

IV. Weiteres Vorgehen

Der voraussichtliche Zeitplan des Gesetzgebungsverfahrens stellt sich aktuell wie folgt dar (Änderungen nicht ausgeschlossen):

| | |
|-----------------|--|
| 07.09.2016: | Gesundheitsausschuss des Bundesrates |
| 22.09.2016: | 1. Lesung im Bundestag |
| 23.09.2016: | 1. Durchgang Bundesrat |
| 26.09.2016: | Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages |
| 10./11.11.2016: | 2./3. Lesung Bundestag |
| 25.11.2016: | 2. Durchgang Bundesrat |
| 01.01.2017: | Inkrafttreten |

Über den weiteren Verlauf und die Veränderungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird die Verwaltung weiter berichten.

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Grundsätzliche Veränderungen des ordnungspolitischen Rahmens durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Stand: 7. September 2016 (Kabinettentwurf)

1. Ausgestaltung als Budgetsystem (§ 3 BPfIV)

Das von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbarte Psych-Entgeltsystem wird auf der Grundlage eines Budgetsystems angewendet. Damit wird zugleich die bisher vorgesehene Anwendung als Preissystem aufgegeben. Mit Unterstützung des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltsystems wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Dabei setzen die Verhandlungen auf den bestehenden Budgets auf. Für die Vereinbarung bedarfs- und leistungsgerechter Budgets haben die Vertragsparteien vor Ort unter Nutzung des Krankenhausvergleichs haus-individuelle Besonderheiten und Leistungsveränderungen zu berücksichtigen. Der Krankenhausvergleich soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausesindividuell durch Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus. Der bisher vorgesehene gesetzliche Konvergenzprozess zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten wird daher aufgegeben. Im Ergebnis soll die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt werden.

2. Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument (§ 4 BPfIV)

Für die Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind, wird ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

3. Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung (§ 136a SGB V)

a. Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs

Um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Die im Rahmen der Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung festzulegenden Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Soweit die Personalvorgaben nicht auf S3-Leitlinien und auch nicht auf anderweitige hohe Evidenz gestützt werden können, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch Expertisen niedrigerer Evidenz einbeziehen. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung zu berücksichtigen.

Die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden. Bis zum Inkrafttreten der neuen Mindestvorgaben gelten die bestehenden Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung weiter.

b. Finanzierung des Personalbedarfs

Zur Finanzierung von Personalkostensteigerungen ist generell lediglich eine Finanzierung von 40 % der Differenz zwischen der Veränderungsrate und der Tarifierhöhung vorgesehen. Entsprechend werden Ausnahmetatbestände formuliert, dass bei der Vereinbarung des Budgets nach § 3 BPfIV die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung bzw. deren Nachfolgeregelungen bei der Budgetbemessung zu berücksichtigen sind.

c. Nachweis zur Umsetzung der Mindestvorgaben

In den Jahren 2016 bis einschließlich 2019 besteht verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, eine Nachweispflicht der Vollkräfte nach der Psych-PV gegenüber dem InEK.

Ab dem Jahr 2020 besteht eine vollumfängliche Nachweispflicht zur Bemessung einer möglichen Rückzahlungsverpflichtung von Budgetanteilen, der Leistungsbeurteilung im Rahmen des Leistungsvergleichs und der Evaluation der Personalausstattung für die Entwicklung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung sowohl gegenüber dem InEK als auch gegenüber den Krankenkassen.

4. Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage

Die Kalkulation des Entgeltsystems und seiner bundeseinheitlichen Entgelte erfolgt weiterhin auf empirischen Daten und unter Verwendung der Kostendaten der Kalkulationshäuser. Ab dem Jahr 2017 soll die Kalkulationsgrundlage zudem repräsentativen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Nachdem der G-BA verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festgelegt hat, sind die Qualitätsvorgaben auch von den Einrichtungen, die an der Kalkulation teilnehmen, als Teilnahmevoraussetzung zu erfüllen. In der Übergangsphase bis zur Festlegung der Qualitätsvorgaben durch den G-BA und einer hinreichenden Umsetzung der Qualitätsvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll von den Kalkulationshäusern eine 100 prozentige Umsetzung der Psych-PV gefordert werden. Für die Kalkulation soll hierdurch eine möglichst umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erreicht werden.

5. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d SGB V)

Die Versorgungsstrukturen werden weiterentwickelt, indem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen oder Patienten durch spezielle Behandlungsteams ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten, sofern eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen. Die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ soll zukünftig der vollstationären und teilstationären Behandlung gleichgestellt werden. Die Leistungen sind Teil des Budgets des psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhauses.

6. Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen

In den psychiatrischen Institutsambulanzen soll mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen hergestellt werden. Hierfür werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die DKG verpflichtet, in der Vereinbarung des

bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen.

7. Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

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

Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden zudem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiter zu entwickeln. Hierzu ist zuerst eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu treffen. Im Sinne einer Daueraufgabe haben der GKV-Spitzenverband und die DKG auch über diesen Termin hinaus geeignete Maßnahmen für eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu vereinbaren und umzusetzen.

8. Verbesserung des Mindererlösausgleich

Der Ausgleich von Mindererlösen wird zu Gunsten der Krankenhäuser von 20 % auf 50 % verbessert.

9. Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden verpflichtet, eine bundeseinheitliche Definition der Kriterien von Krankenhausstandorten und der Krankenhausambulanzen festzulegen, die insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung der stationären Leistungen, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet ist.

Auf dieser Grundlage haben der GKV-Spitzenverband und die DKG künftig ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte und der Standorte von Krankenhausambulanzen zu führen und zu aktualisieren, wobei mit der Führung des Verzeichnisses auch das InEK beauftragt werden kann. Ein solches Verzeichnis ist u. a. Voraussetzung für die Regelungen des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) im Bereich der Qualitätssicherung und der Mengensteuerung.

10. Zeitplan

Die verpflichtende Einführung des neuen Entgeltsystems für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird um ein Jahr auf den 01.01.2018 verschoben. Die Jahre 2018 und 2019 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen das Budget grundsätzlich noch nach der Bundespflegesatzverordnung in der bis 31.12.2012 geltenden Fassung ermittelt wird. Die für die Jahre 2019 bis 2023 vorgesehene Konvergenzphase wird gestrichen. Dafür wird ab dem 1.1.2020 über den § 4 ein Krankenhausvergleich eingeführt, so dass über einen Leistungsvergleich eine Anpassung der Budgets erreicht werden soll. Die Vertragsparteien sind aufgefordert, mehrjährige Anpassungsvereinbarungen zur Angleichung der Budgets zu vereinbaren. Ein landesweiter Basisentgeltwert wird nicht mehr ermittelt.

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum Gesetzentwurf
der Bundesregierung
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und
psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

vom 31. August 2016

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Allgemeiner Teil | 4 |
| Besonderer Teil | 11 |
| Artikel 1 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes | 11 |
| Zu Artikel 1 Nr. 1: § 2a KHG | |
| Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten | 11 |
| Zu Artikel 1 Nr. 5a) aa): § 17d KHG | |
| Anpassung des Auftrages der Selbstverwaltung zur Systementwicklung | 14 |
| Zu Artikel 1 Nr. 5a) cc): § 17d KHG | |
| Kalkulationsgrundlage..... | 15 |
| Zu Artikel 1 Nr. 5d): § 17d Abs. 4 KHG | |
| Einführungsphasen | 16 |
| Artikel 2 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung | 18 |
| Zu Artikel 2 Nr. 4b: § 3 Abs. 1 BPfIV | |
| Einführungsphasen | 18 |
| Zu Artikel 2 Nr. 4c: § 3 Abs. 2 BPfIV | |
| Vereinbarung des Gesamtbetrages - Fristen | 18 |
| Zu Artikel 2 Nr. 4d: § 3 Abs. 3 und 4 BPfIV | |
| Vereinbarung des Gesamtbetrages | 19 |
| Zu Artikel 2 Nr. 4h: § 3 Abs. 7 BPfIV | |
| Mindererlösausgleich | 23 |
| Zu Artikel 2 Nr. 5: § 4 BPfIV | |
| Leistungsbezogener Vergleich | 25 |
| Zu Artikel 2 Nr. 6b: § 6 Abs. 2 und 3 BPfIV | |
| Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung | 26 |
| Zu Artikel 2 Nr. 9a) dd): § 9 Abs. 1 Nr. 7 bis 9 BPfIV | |
| Vereinbarung auf Bundesebene | 27 |
| Zu Artikel 2 Nr. 11: § 11 BPfIV | |
| Unterlagen der Budgetvereinbarung | 28 |
| Zu Artikel 2 Nr. 14b: § 18 Abs. 2 BPfIV | |
| Nachweispflichten zur Stellenbesetzung und Verwendung der Mittel | 29 |
| Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes | 31 |
| Zu Artikel 3 Nr. 1: § 4 Abs. 2b KHEntgG | |
| Klarstellung zur Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag | 31 |
| Artikel 4 - Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes | 35 |
| Zu Artikel 4 Nr. 3: § 21 Abs. 2 Nr. 2b) KHEntgG | |
| Übermittlung und Nutzung von Daten | 35 |
| Artikel 5 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | 36 |
| Zu Artikel 5 Nr. 2a - b: § 39 Abs. 1 SGB V | |
| Krankenhausbehandlung | 36 |
| Zu Artikel 5 Nr. 3: § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V | |
| Bedarfsplanung..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| Zu Artikel 5 Nr. 4: § 109 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern | 39 |
| Zu Artikel 5 Nr. 5: § 115d SGB V Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung | 40 |
| Zu Artikel 5 Nr. 6: § 118 Abs. 3 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen | 44 |
| Zu Artikel 5 Nr. 7b): § 136 Abs. 1 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung | 45 |
| Zu Artikel 5 Nr. 8a - d: § 136a Abs. 2 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen | 46 |
| Zu Artikel 5 Nr. 9: § 136c Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung | 47 |
| Zu Artikel 5 Nr. 10: § 137 Abs. 2 Satz 1 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses | 49 |
| Zu Artikel 5 Nr. 13: § 271 Abs. 2 Satz 4 SGB V Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds in Liquiditätsreserve | 50 |
| Zu Artikel 5 Nr. 14: § 293 Abs. 6 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer | 51 |
| Zu Artikel 5 Nr. 15: § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen | 54 |
| Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf | 56 |
| 1. Tarifausgleichsrate bezogen auf Landesbasisfallwerte | 56 |
| 2. Einführung einer Krankenhausarztnummer für ambulante Krankenhausleistungen | 57 |
| 3. Notfallvergütung | 61 |
| 4. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf besondere Einrichtungen | 64 |
| 5. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf Anforderungen aus den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren | 65 |
| 6. Ausweitung des Hygieneförderprogramms auf Psych-Einrichtungen | 66 |
| 7. Klarstellung zu § 301 SGB V - Übermittlung der Einweisungsdiagnose | 67 |
| 8. Klarstellung zu § 301 SGB V - Angaben zu durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | 68 |
| 9. Feststellung von Arbeitsunfähigkeit durch Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung | 70 |
| 10. Extrabudgetäre Vergütung „Behandlungen von Bluterpatientinnen und -patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik“ | 71 |
| 11. Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bei stationsäquivalenter Behandlung | 72 |
| 12. Hilfsmittelversorgung von Patienten | 72 |

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Weichen für die weitere Umsetzung der Finanzierungsreform für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung neu gestellt. Der ursprünglich vorgesehene Weg in eine preisorientierte Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen wird nicht weiter verfolgt. Die Ziele, die die Koalition mit dieser ordnungspolitischen Neuausrichtung anstrebt, werden von den Krankenhäusern unterstützt, nämlich:

- Begründete individuelle Kosten der Kliniken sollen auch weiterhin über krankenhausespezifische Budgets finanziert werden.
- Regionale und strukturelle Besonderheiten sollen im Rahmen der individuellen Budgets berücksichtigt werden.
- Der Krankenhausvergleich soll als Orientierungshilfe zur Gewährleistung eines ausreichenden, den Personal- und Qualitätserfordernissen angemessenen Budgets und nicht als Budgetabsenkungsinstrument eingesetzt werden.
- Der Entgeltkatalog soll den medizinischen Erfordernissen Rechnung tragen und darf nicht zu Fehlanreizen und Fehlsteuerungen führen.
- Die Kalkulation der Bewertungsrelationen soll auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Personalausstattung und leitliniengerechten Qualitätsnormen erfolgen.
- Die Personalausstattung soll verbessert werden.

Diese mit den Eckpunkten und im strukturierten Dialog am 18. Februar 2016 formulierten Leitziele werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf durch zahlreiche Regelungen, die in ihrer komplexen Zusammenwirkung gesehen werden müssen, aufgegriffen. Dabei werden zentrale Kritikpunkte der Krankenhäuser am Konzept des Referententwurfs nunmehr berücksichtigt. Grundsätzlich wird sich die Reform der Finanzierung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen aber daran messen lassen müssen, wie die konkrete Ausgestaltung von verbindlichen Personalanforderungen erfolgt. Dabei ist die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes zur Umsetzung unterschiedlicher medizinischer Konzepte zu berücksichtigen, die Problematik des Fachkräftemangels und von dadurch bedingten Nicht- und Minderbesetzungen zu lösen und die vollständige Personalfinanzierung zu sichern. Insbesondere diese Fragen werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aber in keinsten Weise zufriedenstellend beantwortet. Durch die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Überführung der G-BA-Empfehlungen zur therapeutischen Personalausstattung (§ 136 a SGB V) in eine verbindliche Mindestvorgabe, wird die Unzulänglichkeit des Gesetzentwurfs im Gesamtbereich Personal noch einmal deutlich verstärkt.

Die Verpflichtung zur Umsetzung von externen, durch G-BA-Richtlinien vorgegebenen Personalvorhaltungen kann zwingend nur dann zur Anwendung kommen, wenn die vollständige Refinanzierung der daraus resultierenden Personalkosten gesetzlich und unabdingbar so sichergestellt wird, dass sämtliche Personalkosten einschließlich aller Komponenten der Tarifanpassungen eins zu eins und ungedeckt in die Budgets ein-

gebracht werden. Dies muss auch für die politisch gewollte volle Personalausstattung nach PsychPV ab sofort gelten.

Mit den vorgegebenen detaillierten Nachweispflichten über die Personalausstattung und der Zweckbindung von Budgetanteilen wird ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung eingeleitet, der den Krankenhäusern die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Versorgungsgestaltung nimmt. Die Krankenhäuser brauchen ausreichende Flexibilität für einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz des Personals. In jedem Falle müssen die Auswirkungen von Personalfluktuationen und Personalengpässen aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt sanktionsfrei bleiben und dürfen keine nachträglichen Budgetkürzungen auslösen. Ohne diese flankierenden Regelungen entsteht eine starre Zweckbindung für den überwiegenden Teil der Budgets der Krankenhäuser.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind die weiteren mit dem Gesetzentwurf angesprochenen Themenkomplexe im Einzelnen wie folgt zu bewerten.

Zeitplan und Einführungsphasen

Mit der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr greift der Gesetzentwurf eine elementare Forderung der Krankenhäuser auf. Aufgrund der tiefgreifenden Neuausrichtung des Systems und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben ist die Verschiebung um ein Jahr zwingend erforderlich. Nunmehr kann die erforderliche Anpassung des Entgeltkataloges bis zur verbindlichen Anwendung des Systems im Jahr 2018 umgesetzt werden. Auch für die Entwicklung eines sachgerechten Krankenhausvergleiches einschließlich der Umsetzung der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen steht ein Jahr mehr zur Verfügung. Zudem erfolgt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2020 zeitgleich mit der Einführung der Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung, so dass keine Inkonsistenzen des Systems entstehen.

Vorschriften für die Budgetverhandlungen ab 2020

Die neuen Vorschriften zur Budgetfindung greifen die bisherigen Verhandlungstatbestände auf. Auf die noch im Referentenentwurf vorgesehene Einführung von theoretischen „Wirtschaftlichkeitsreserven“ und „Substitutionspotenzialen“ bei der Geltendmachung von Leistungszuwächsen wird verzichtet.

Eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zum derzeitigen Budgetrecht stellen allerdings die Regelungen zur Leistungsentwicklung dar, da diese nicht mehr als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht werden können. Dies wird mit der nun vorgesehenen Zulassung von Überschreitungen der Veränderungsrate bei Leistungszuwächsen aufgrund der Krankenhausplanung in keinsten Weise geheilt.

Behandlungsfälle von Patienten mit psychischen Erkrankungen verzeichnen in den letzten Jahren einen der größten Zuwächse bei den Fallzahlen von Krankenhäusern. Auch in Zukunft ist von einem steigenden Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen auszugehen. Das damit verbundene Morbiditätsrisiko darf nicht den Kranken-

häusern aufgebürdet werden. Deshalb muss wie im bisherigen Budgetrecht auch in Zukunft gewährleistet sein, dass Fallzahl- und Fallschwereresteigerungen als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht und damit ohne fiskalische Deckelung in die Budgets der Krankenhäuser eingebracht werden können. Ohne diese Korrektur würde eine deutliche Verschlechterung bei der Finanzierung des zusätzlichen Leistungsbedarfs gegenüber dem geltenden Recht eintreten.

Die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ab dem Jahr 2017 auf 50 % ist mit Blick auf bestehende Prognoseunsicherheiten bei der Vorausschätzung des Leistungsmengengerüstes sachgerecht. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum in Folge der Verlängerung der freiwilligen Anwendungsphase bis einschließlich 2017 der Mindererlösausgleich für die Optionshäuser im Jahr 2017 nicht wie in den Vorjahren mit 95 % beibehalten wird. Auch die sehr restriktiven Ausgleichssätze in Höhe von 85 % bzw. 90 % für die sonstigen Mehrerlöse sind nicht nachvollziehbar. Der Mehrerlösausgleich sollte zumindest wie im somatischen Bereich dauerhaft auf 65 % festgelegt werden.

Beim Krankenhausvergleich ist noch deutlicher hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Vergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen dürfen und dass dieser nur als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner vorgesehen ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Vergleich von den Krankenkassen primär zur Absenkung der Budgets genutzt werden wird. So sieht der Gesetzentwurf vor, dass eine deutliche Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte nur bei unabweisbaren Gründen zulässig ist. Eine analoge Regelung zur Anhebung von Budgets bei deutlicher Unterschreitung der Vergleichswerte ist nicht vorgesehen. Diese Asymmetrie zu Lasten der Krankenhäuser muss gestrichen werden.

Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die regionalen und strukturellen Besonderheiten mit dem Gesetzentwurf sowohl in den Budgetvorschriften als auch bei der Ausgestaltung des Krankenhausvergleiches explizit aufgegriffen werden. Zudem werden in der Begründung vielfältige Aufgaben und Besonderheiten beispielhaft erläutert, die einen höheren Finanzierungsbedarf begründen können. Somit wird der Wille des Gesetzgebers deutlich, dass regionale und strukturelle Besonderheiten in der neuen Budgetsystematik krankenhausesindividuell berücksichtigt werden sollen.

Allerdings muss in den Budgetvorschriften noch klarstellend ergänzt werden, dass diese Besonderheiten nicht nur bei der Leistungsentwicklung zu berücksichtigen sind, sondern auch die damit verbundenen Kosten in den Budgetverhandlungen geltend gemacht werden können.

Bezüglich der technischen Umsetzung sieht der Gesetzentwurf vor, dass für die „regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung“ krankenhausesindividuelle tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbart werden sollen. Dies könnte so verstanden werden, dass bei Vorliegen von strukturellen Besonderheiten anstatt der pauschalierenden Tagesentgelte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte

vereinbart werden sollen. Um dies zu vermeiden, fehlt noch das ausdrückliche Bekenntnis, dass strukturell bedingte Kostenunterschiede auch durch unterschiedlich hohe krankenhausespezifische Basisentgeltwerte dauerhaft berücksichtigt oder durch Zuschläge finanziert werden sollen.

Krankenhausvergleich

Zur Unterstützung der Vertragsparteien auf Ortsebene soll ein „leistungsbezogener Vergleich“ entwickelt und ab dem Jahr 2020 budgetwirksam eingesetzt werden. In den Vergleich sind insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einzubeziehen. Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und können nach Fachgebieten untergliedert werden.

Personalkostenunterschiede, die sich aufgrund regionaler Arbeitsmarkt- und Tarifbedingungen ergeben, müssen bei der Anwendung des Vergleichs ebenso berücksichtigt werden, wie tarifrelevante Altersstrukturunterschiede in der Personalausstattung der einzelnen Krankenhäuser

Der Krankenhausvergleich kann nur das Instrument einer Orientierungshilfe sein. Grundsätzlich positiv ist, dass die regionalen oder strukturellen Besonderheiten bei der Ausgestaltung des Vergleiches explizit einzubeziehen sind. Hiermit wird durch den Gesetzgeber anerkannt, dass strukturell bedingte Kostenunterschiede auch bei ähnlichen Leistungen (im Sinne der Definition der pauschalen Entgelte) begründet sein können. Allerdings ist zu beachten, dass der Mehraufwand wie z. B. bei der Pflichtversorgung nicht von dem Merkmal als solchem, sondern von dessen Intensität bestimmt wird und somit stark variieren kann. Für eine sachgerechte Abbildung dieser Strukturmerkmale wäre dann eine kaum praktikable Anzahl von Vergleichsgruppen erforderlich. Zudem stellt der Vergleich auf die nach § 6 Absatz 2 BPfIV zu vereinbarenden krankenhausespezifischen Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten ab. Um auf dieser Grundlage auch strukturelle Besonderheiten zu erfassen, die sich nicht über den Patientenbezug oder die Behandlungsleistungen beschreiben lassen, müssten die in § 6 BPfIV angelegten Entgeltformen um Zuschläge ergänzt werden.

Begrenzung des Aufwands für Dokumentation und Abrechnungsprüfung

Der Gesetzentwurf greift als weiteren Kritikpunkt am Preissystem den „Bürokratie-“ und „Misstrauensaufwand“ auf. Es ist nicht mit dem Ziel einer Verbesserung der Personalausstattung vereinbar, wenn medizinisch-pflegerisches Personal mehr als zwingend erforderlich der Patientenversorgung entzogen wird. Mit dem Gesetzentwurf wird die Selbstverwaltung beauftragt, den Dokumentationsaufwand durch Streichung der nicht erlösrelevanten OPS zu reduzieren und das Entgeltsystem an die Erfordernisse des neuen Budgetsystems anzupassen. Somit können nicht nur die Kodierung, sondern auch die Abrechnungsbestimmungen und die Struktur der Entgelte im Sinne einer „Konsolidierung“ weiterentwickelt werden. Unter den neuen Rahmenbedingungen kann das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, während das Ziel der „Kostentrennung“

an Bedeutung verliert, ohne dass die Transparenzanforderungen des Systems reduziert werden müssen.

Kalkulation der Bewertungsrelationen

Die DKG unterstützt die Zielsetzung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen „*perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität*“ durchzuführen. Aufgrund der seit Jahren fehlenden Ausfinanzierung der Psych-PV ist allerdings davon auszugehen, dass kaum ein Krankenhaus die Anforderungen der Psych-PV vollständig erfüllen kann. Daher ist die nunmehr in der Gesetzesbegründung vorgegebene Möglichkeit, dass die umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV für die Kalkulation der Bewertungsrelationen auch durch Hochrechnung der Kalkulationsdaten gewährleistet werden kann, von großer Bedeutung, um die Zielsetzung erreichen zu können.

Die vorgesehene Vereinbarung von Übergangsfristen zur Umsetzung von G-BA-Anforderungen für die Kalkulationseinrichtungen wirft die Frage auf, inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG von den vom G-BA vorgegebenen Fristen abweichen können. Auch zur Weitergeltung der Psych-PV für die Kalkulationskrankenhäuser über das Jahr 2019 hinaus sollte nochmals geprüft werden, inwieweit dies mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung ab dem Jahr 2020 im Einklang steht.

Standortdefinition und -verzeichnis

Die Krankenhäuser anerkennen den Bedarf für eine bundeseinheitliche Definition der Standorte eines Krankenhauses. Dem Wortlaut des vorliegenden Gesetzesentwurfs und der Gesetzesbegründung nach, jeden Standort eindeutig geokodieren zu können, ist eine kleinräumige Standortdefinition vorgesehen. Ist dies tatsächlich beabsichtigt, werden weitergehende gesetzliche Anpassungen, z. B. der Mindestmengenregelungen, zwingend notwendig, um diese kleinräumigen Standorteinheiten zusammenfassen zu können - ähnlich wie es für die Budgetverhandlungen schon vorgesehen ist - und für die Qualitätssicherung sachgerecht nutzbar machen zu können. Daher ist es erforderlich, gesetzlich zu regeln, dass der G-BA auch mehrere oder alle Standortkennzeichen eines Krankenhauses insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung zusammenfassen kann. Auch muss die Definition eines Hauptstandortes mit Nebenstandorten möglich sein. Schließlich erscheint es unsachgemäß, jede kleinzellige Tagesklinik als eigenen Standort auszuweisen.

Da von der Standortdefinition nur die Krankenhäuser und ihre Ambulanzen direkt betroffen sind, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die DKG und der GKV-SV im Rahmen ihrer Vereinbarung das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herstellen sollen. Diese Vorgabe ist daher ersatzlos zu streichen.

Grundsätzlich akzeptieren die Krankenhäuser auch das geplante bundesweite Verzeichnis der Krankenhausstandorte.

Stationsäquivalente Behandlung

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Stärkung einer patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Mit dem Gesetzentwurf wird klargestellt, dass eine stationsäquivalente Behandlung gleichberechtigt zur vollstationären Behandlung eingeführt wird. Klar hervorzuheben ist die optionale Möglichkeit des Angebots dieser Versorgungsform. Die Verknüpfung mit dem Abbau stationärer Betten verkennt den steigenden Versorgungsbedarf für psychisch Kranke und wird den Einstieg in die stationsäquivalente Behandlung für die Krankenhäuser erschweren. Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Umsetzung stationsäquivalenter Behandlung (flexible, individuelle, multiprofessionelle 24-stündige Ressourcenbereitstellung) ist nicht von Ersparnissen gegenüber der vollstationären Behandlung auszugehen. Die entsprechende Finanzierung muss sichergestellt sein. Deshalb müssen Mehraufwendungen auch oberhalb der Veränderungsrate berücksichtigt werden.

Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ihr Leistungsspektrum geht weit über das der vertragsärztlichen Versorgung hinaus, insbesondere in Hinblick auf Patientenspektrum und Komplexität. Deshalb ist nicht nachvollziehbar, ob und inwieweit die Daten der PIAs zu einer Verbesserung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung beitragen können. Der Effekt auf die Niederlassung von Vertragsärzten dürfte jedenfalls sehr gering sein. Aus diesen Gründen ist die vorgesehene massive Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung für die Krankenhäuser inakzeptabel.

Die Streichung der regionalen Versorgungsverpflichtung für die Ermächtigung Psychosomatischer Institutsambulanzen wird ausdrücklich begrüßt. Das Erfordernis einer Facharztüberweisung wird von den Krankenhäusern als zu hohe Barriere für den Zugang zur Behandlung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz abgelehnt.

Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Klarstellung, dass der G-BA im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch dazu ermächtigt ist, Regelungen zur Finanzierung von notwendigen Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu treffen. Dies muss auch die Kosten der Datenannahme beinhalten.

Die Aufnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in den Kreis der Empfänger der Daten zu den Auswertungen zu Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach §136c Abs. 1 SGB V, ist abzulehnen. Dies ist eine unverhältnismäßige und nicht erforderliche Ausweitung der Übermittlungsbefugnisse des G-BA.

Fazit

Aus Sicht der Krankenhäuser werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf tragfähige Grundlagen für die Neuausrichtung der Finanzierung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen als Budgetsystem und für die Weiterentwicklung der Versorgung gelegt. Auf dieser Grundlage kann das leistungsorientierte Entgeltsystem an die neuen Rahmenbedingungen angepasst und ein sachgerechter Krankenhausvergleich entwickelt werden. Um Missverständnisse und Verzögerungen zu vermeiden, sollten jedoch die Fragen zur technischen Umsetzung der Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten zeitnah geklärt werden.

Höchst problematisch bleibt nach wie vor die Ausgestaltung von verbindlichen Personalanforderungen. Verbindliche Personalvorgaben müssen die vollständige Refinanzierung, die Forderung nach Flexibilität des Personaleinsatzes zur Umsetzung unterschiedlicher medizinischer Konzepte und die Problematik des Fachkräftemangels und dadurch ausgelöste Nicht-/Minderbesetzungen berücksichtigen.

Die massive Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung für die PIAs der Krankenhäuser ist angesichts der geringen Effekte auf die Niederlassung von Vertragsärzten nicht zu rechtfertigen und für die Krankenhäuser inakzeptabel.



Qualität für Menschen

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 zurückzahlen 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 BpflV 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 Bundespflegesatzverordnung 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.“