



Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.05.2016

Berlin, 14.06.2016

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Vorbemerkungen

Die Bundesärztekammer bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Referentenentwurf Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19.05.2016.

Die vorliegende Stellungnahme besteht aus zwei Abschnitten:

I. Grundlegende Anmerkungen

II. Spezielle Anmerkungen

I. Grundlegende Anmerkungen

Prinzip Budget- statt Preisniveau

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die mit dem Referentenentwurf verbundene Umsetzung wesentlicher Punkte der am 18. Februar 2016 im Bundesministerium für Gesundheit vereinbarten, gemeinsamen Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems. Insbesondere die geänderte Zielrichtung (Budget- statt Preisniveau) verbunden mit dem Entfall einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen sowie eine bessere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten stellt eine wesentliche Chance zur Verbesserung dar. Die Stärkung der Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort kann durch die damit verbundene Flexibilitätssteigerung maßgeblich zu einer verbesserten Akzeptanz der Psych-Entgeltfinanzierung beitragen. Mit dem Referentenentwurf sollte daher aus Sicht der Bundesärztekammer eine durchgängige Ausgestaltung als Budgetsystem sichergestellt werden.

Die dem vorliegenden Entwurf noch immanenten, umfänglichen Nachweisverpflichtungen und Vorgaben für Budgetverhandlungen sind dementsprechend zu reduzieren und anzupassen. Dies umfasst u. a. die technisch eindeutige Trennung zwischen der Budgetfindung und Abrechnung. Sollte, wie vorgesehen, an Elementen eines bundesweiten Entgeltkataloges festgehalten werden, wäre im Sinne einer zielführenden Adaptierung eine deutliche Reduzierung erforderlich. Die damit verbundene, dringend notwendige Entbürokratisierung würde zeitgleich die Freigabe weiterer personeller Ressourcen für die direkte Patientenversorgung ermöglichen.

Medizinisches Personal

Die mit der geplanten Einführung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung vorgesehene, verbesserte Berücksichtigung des verfügbaren medizinischen (insbesondere ärztlichen) Personals entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft und wird grundsätzlich begrüßt. Für die Patientenversorgung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist dies eine entscheidende Komponente. Der 119. Deutsche Ärztetag hat aktuell Ende Mai 2016 erneut auf die besondere Bedeutung der Thematik Personal hingewiesen und forderte die politisch Verantwortlichen und die Krankenhausträger auf, aus Gründen der Patientensicherheit und zum Schutz der Mitarbeiter verbindliche Personalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst zu schaffen. (Entschließung IV-32; Beschlussprotokoll des 119. Deutschen Ärztetages 2016 vom 27.05.2016). Dies kann auch gemeinsam abgestimmte normative Personalvorgaben umfassen.

Eine Vergütungsreform, die die Frage einer langfristig soliden Gegenfinanzierung von ausreichendem und hochqualifiziertem medizinischem Personal, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nicht löst, würde ansonsten keinen Erfolg haben.

Sektorübergreifende Ausrichtung

Mit der geplanten Weiterentwicklung der Regelungen zu den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen sowie der intendierten Verbesserung der Behandlung im häuslichen Umfeld, die in individuellen Konstellationen zu einer Entlastung der stationären Ressourcen führen kann, werden dringend notwendige Voraussetzungen für eine moderne, sektorübergreifende Versorgung geschaffen. Gleichzeitig sollten dabei die unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik) ausreichend Berücksichtigung finden.

Zeitraumen

Angesichts der mit der PEPP-Systematik gemachten Erfahrungen sollten den Beteiligten zur Sicherung einer nachhaltigen Akzeptanz ein ausreichender Zeitraum (z. B. Start ab dem 1.1.2018) für den Übergang in die neue Systematik ermöglicht werden.

II. Spezielle Anmerkungen / Vorläufige Stellungnahme

1. Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG)

a. Zu Nr. 1 (§ 2a KHG-E)

Der neue § 2 a soll wie folgt lauten:

„Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt unberührt. Die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“

Ausweislich der Begründung im Referentenentwurf soll eine juristisch belastbare Definition des Krankenhausstandortes, insbesondere bei den Krankenhäusern deren Versorgungseinheiten sich nicht vollständig räumlich an einem Ort befinden, geschaffen werden. Damit sollen klare Bezugspunkte für die Regelungen der Qualitätssicherung, der Bedarfsplanung, der Mindestmengen, des Sicherstellungszuschlags, der geplanten Notfallzuschläge sowie der Zu- und Abschlagsregelungen geschaffen werden.

Bei den vorgeschlagenen Vereinbarungen sollte aus Sicht der Bundesärztekammer u. a. sichergestellt werden, dass das aus der neuen Definition resultierende Verzeichnis vor dem Hintergrund der dynamischen Umgestaltung der stationären Versorgungseinheiten regelmäßig aktualisiert wird und ein Unterlaufen der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer sicher ausgeschlossen ist.

b. Zu Nr. 4 (§ 17c Abs. 2 a KHG-E)

§ 17c wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiter zu entwickeln. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren die näheren Einzelheiten für die Weiterentwicklung und deren Umsetzung. Für die Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist eine Vereinbarung erstmals bis zum 30. Juni 2017 zu treffen. Für die Weiterentwicklung sind insbesondere Prüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten und Prüfungen von Merkmalen der Strukturqualität einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder 3 nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.“

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die mit der Neuregelung verbundene Absicht einer Reduzierung des mit den Prüfungen gemäß § 275 Abs. 1 c SGB V einhergehenden Prüfaufwandes. Hierzu werden der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt zu analysieren, wie dieser Aufwand in Zukunft minimiert werden kann. Die bisherige Umsetzung der Prüfroutinen zeigt allerdings, dass die Berücksichtigung von statistischen Auffälligkeiten nur bedingt zu einer Reduktion beitragen konnte. Die vorgeschlagene Orientierung an Strukturmerkmalen in sogenannten Komplexcodes muss daher auch eher als Hilfskonstrukt verstanden werden. Die amtlichen Klassifikationen sind in den letzten Jahren primär mit der Prämisse der Weiterentwicklung der Vergütungssystematiken und nicht der Qualitätssicherung entwickelt worden. Dies zeigt auch die Frage des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zum jährlichen Vorschlagsverfahren zu den Klassifikationen: *„Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?“*. Somit bleibt die Aussagekraft zur Qualitätssicherung und potentiell resultierender Sanktionen (auch im Rahmen der nicht unumstrittenen Komplexcodes) überschaubar.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte bei der weiteren Systementwicklung ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, potentielle Risiken einer missbräuchlichen Anwendung von Patientendaten zu minimieren. Die Nutzung dokumentierter Diagnosen und medizinischer Prozeduren darf keine diskriminierenden Auswirkungen auf die betroffenen Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Zudem sollten die aus der vorgesehenen Analyse von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft resultierenden Instrumentarien darauf ausgerichtet werden, dass die aktuelle Anzahl der MDK-Fallprüfungen gesetzlich von aktuell rund 11-12 Prozent aller Krankenhausfälle auf maximal 3-5 Prozent aller Krankenhausfälle reduziert werden kann.

c. Zu Nr. 5 (§ 17d KHG-E)

§ 17d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 werden nach dem Wort „kalkuliert“ ein Komma sowie die Wörter „die ab dem 1. Januar 2020 die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen sollen“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben zur Personalausstattung weiter.“

Ziel der Neuregelung ist die Schaffung belastbarer Kalkulationsgrundlagen auf Basis empirischer Kosten- und Leistungsdaten. Da die an der geplanten Kalkulation freiwillig teilnehmenden Kliniken zukünftig auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben gemäß § 136 a Abs. 2 SGB V nachweisen können müssen, ist der geplante Zeitrahmen aus Sicht der Bundesärztekammer zu knapp bemessen und sollte vor dem Hintergrund der begrenzt verfügbaren Resultate der laufenden Diskussionen des Gemeinsamen Bundesausschuss zu den (Mindest-) Personalvorgaben um mindestens ein Jahr verlängert werden.

Die aus dem Bezug auf die Psychiatrie-Personalverordnung und der zugehörigen Begründung zu entnehmenden Anforderungen (*“Die Mindestanforderungen sollen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt.“*) zeigen, dass eine Orientierung an der bestverfügbaren Evidenz geplant ist. Hier gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer zu berücksichtigen, dass S-3-Leitlinien in der Regel nur überschaubare Aussagen zu Mindestpersonalbesetzungen enthalten. Die weitere Ausgestaltung der neuen Mindestanforderungen bedarf daher einer gemeinsamen fachlichen Erörterung mit den Experten der Ärzteschaft. Nicht zuletzt der demografisch bedingt steigende Versorgungsbedarf der Bevölkerung sollte bei der anstehenden Debatte zum Personalbedarf ausreichend Berücksichtigung finden. Die Bundesärztekammer und die betroffenen Fachgesellschaften stehen für diesen Fachdialog jederzeit zur Verfügung. Sollten bis zu dem geplanten Übergangszeitpunkt am 1. Januar 2020 keine validen Mindestvorgaben konsentierbar und / oder keine belastbare Kalkulation verfügbar werden, sollte zunächst die Psychiatrie-Personalverordnung bei einer 100 % -Umsetzung fortgelten. Gerade bei dem für die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung wichtigen Aspekt einer ausreichenden Ausstattung mit qualifiziertem Personal muss das Primat „Qualität vor Schnelligkeit“ gelten.

Besondere Einrichtungen ; Analyse Extremkosten

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

bb) In Satz 4 werden die Wörter „sowie § 17b Absatz 1 Satz 10 und 11 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen“ gestrichen.

Bedingt durch den mit dem Referentenentwurf verbundenen Paradigmenwechsel (Budget- statt Preisniveau) ist der Entfall der Regelungen zu den „Besonderen Einrichtungen“ und der Prüfungen von Patienten mit besonders hohen Kostenaufwendungen als etablierte Korrektive des G-DRG-Fallpauschalensystems sachgerecht.

Begleitforschung

„f) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.“

Die Bundesärztekammer hat seit Beginn der Debatte zur Einführung eines Psych-Entgeltsystems eine zeitnahe, unabhängige Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung der neuen Vergütungssystematik eingefordert. Vor dem Hintergrund der deutlich verspätet verfügbaren Ergebnisse der Begleitforschung zu den Auswirkungen des G-DRG-Fallpauschalensystems ist es für die zukünftige Systemqualität wesentlich, auf Ausgangsdaten vor Einführung der neuen Systematik Bezug nehmen zu können.

Positive, aber auch verbesserungsbedürftige Auswirkungen des neuen Psych-Entgeltsystems auf die Patientenversorgung, die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten / des medizinischen Personals, die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsstrukturen sollten rechtzeitig erkennbar werden, um im Sinne eines „lernenden Systems“ unter Anwendung der Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Prinzipien rechtzeitig gegensteuern zu können.

2. Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung – BPfIV)

a. Zu Nr. 4

§ 3 BPfIV-E (Asylbewerber)

„bb) In Satz 3 Nummer 1 Buchstabe b werden nach dem Wort „Patienten“ die Wörter „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt.“

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehene Regelung und die damit verbundene Wahloption für die Kliniken im Sinne einer Folgeänderung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG).

§ 3 Abs. 3 u. 4 BPfIV-E

d) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 eingefügt:

„(3) Für die Jahre ab 2019 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2019 ist der nach Absatz 2 Satz 4 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2018, auf den die Vorgaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend anzuwenden sind; in den Folgejahren ist entsprechend auf der Ausgangsgrundlage des jeweils vereinbarten Gesamtbetrags des Vorjahres vorzugehen. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den bundesweiten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,

2. Veränderungen von Art und Menge von krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen und leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten,

3. Kostenentwicklungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,

4. die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4,

5. für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen sowie einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegegesetzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung,

6. für die Jahre ab 2020 die Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal,

7. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 3 Nummer 5 oder 6 dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 5 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 3 Nummer 1 oder 2 ist nur zulässig, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, leistungsbezogener struktureller Besonderheiten sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2019 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. Entgelte, die die

maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. Erlösbudget für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2,

2. Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3,

3. Erlössumme für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4.

Der Gesamtbetrag ist um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung des bisherigen Budgets ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.“

In den neu eingefügten Absätzen werden u. a. Voraussetzungen definiert, die bei der ab 2019 vorzunehmenden Vereinbarung des Gesamtbeitrages für ein Krankenhaus zu berücksichtigen sind. So sehr das Grundprinzip dieser krankenhausspezifischen Vereinbarung zu begrüßen ist, bleibt dennoch offen, inwieweit z. B. die Forderung der Berücksichtigung der Anforderung „3. *Kostenentwicklungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven*“ für die Verhandlungspartner vor Ort faktisch umsetzbar werden.

Zudem wird die Berücksichtigung von Veränderungen der Art und Menge von bundesweit umfassten und/oder krankenhausspezifisch zu vereinbarenden Leistungen sowie leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten nur zulässig, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen (oder eine Verlagerung der Leistungen in die ambulante Versorgung) nicht möglich ist. Dies gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer kritisch zu hinterfragen. Letztlich dürfte sich damit der reale Verhandlungsrahmen vor Ort einschränken und somit die Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse und Besonderheiten deutlich vermindert werden.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass gerade in den Psych-Disziplinen die prospektive Einschätzung der Art und Menge von Leistungen nur bedingt verlässlich möglich ist. In Kombination mit neuen Versorgungsformen und den wachsenden demografischen Herausforderungen (z. B. in der Gerontopsychiatrie) muss eine ausreichende Berücksichtigung des ggf. notwendigen Mehraufwandes sichergestellt werden.

Tariferhöhung

„(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder 3 um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächst möglichen Pflegezeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 9 sind zu beachten. Eine Begrenzung durch Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht.“

Die Bundesärztekammer begrüßt generell die Möglichkeit der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen. Neben einer rechtssystematischen Anpassung wird klargestellt, dass die Umsetzung eines aufgrund von Tariferhöhungen erforderlichen Berichtigungsbetrags nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts eingeschränkt wird. Inwiefern die vorgesehene Regelung ausreichend sein wird sollte ggf. Teil der Begleitforschung zur Einführung des Psych-Entgeltsystems werden.

b. Zu Nr. 5 (§ 4 BPfIV-E)

„§ 4

Leistungsbezogener Vergleich

(1) Der leistungsbezogene Vergleich bildet die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. In den leistungsbezogenen Vergleich sind insbesondere die der letzten Budgetvereinbarung jeweils zugrunde gelegten Leistungen, leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die vereinbarten Entgelte, die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen sowie die Leistungen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden, einzubeziehen. Die Krankenhausleistungen und deren Vergütungen sind dabei grundsätzlich bundes- und landesweit zu vergleichen.“

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die zugrundeliegende Ablösung der bisher vorgesehenen schematischen Konvergenz der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte und der Erlösbudgets. Mit der Neuregelung ist zeitgleich die Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs vorgesehen. Dieser Vergleich soll zukünftig ermöglichen zu differenzieren, inwieweit die unterschiedlichen Budgethöhen auf strukturelle Besonderheiten, Leistungsunterschiede oder weitere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

Einen alleinig auf den Vergleich von Kostendaten ausgerichteter Krankenhausvergleich sowie eine generelle Nivellierung im Sinne einer Vorgabe von Mittelwerten (mit der Gefahr einer abwärts gerichteten Konvergenz) gilt es zu vermeiden. Ziel sollte eher die

Ermöglichung des Vergleichs von Kennzahlen werden, der für die anstehenden Budgetverhandlungen vor Ort einen Orientierungsrahmen ermöglicht.

Besondere Bedeutung wird der jeweiligen Personalausstattung der Klinik zukommen, die unter Beachtung der zukünftigen Mindestpersonalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss sowohl nach oben wie nach unten abweichen können (und somit auch entsprechende Abweichungen der Krankenhausbasisentgeltwerte). Inwiefern vor Ort jeweils detaillierte Daten zu der Vorgabe „...Leistungen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden, einzubeziehen.“ vorliegen werden, ist fraglich. Die geplanten Schlussfolgerungen zu möglichen Verlagerungspotential in ambulante Versorgungsstrukturen werden daher nur unpräzise sein können.

Einer durch den Krankenhausvergleich automatisierten Absenkung der Klinikbudgets sollte zudem vorgebeugt werden. Unter Berücksichtigung aller Kosten muss auch die Option einer ggf. notwendigen Budgetsteigerung sicher verankert sein. Der neu vorgesehene Vergleich sollte zudem bezüglich der Dokumentationsanforderung so bürokratiearm wie möglich ausgestaltet werden.

c. Zu Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 BPfIV-E - Leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten)

Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) Für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte. Voraussetzung ist eine vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorab einzuholende Information, inwieweit eine leistungsbezogene strukturelle Besonderheit nicht bereits sachgerecht vergütet werden kann. Die Information hat das Krankenhaus insbesondere unter Beschreibung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheit und der mit der Besonderheit verbundenen Zusatzkosten bis spätestens zum 31. Oktober, erstmalig zum 31. Oktober 2018, anzufordern; soweit dies für die Abgabe der Information erforderlich ist, sind auf Anforderung vom Krankenhaus zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Liegt die Information bei fristgerechter erfolgreicher Anfrage bis zur Vereinbarung für das Krankenhaus nicht vor, kann die Vereinbarung ohne die Information geschlossen werden. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine leistungsbezogene strukturelle Besonderheit haben die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu melden; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Beschreibung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheit zu übermitteln.“

Die Bundesärztekammer bewertet die vorgesehene Verpflichtung der Vertragspartner vor Ort kritisch, bezüglich der Fragestellung zu leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten

eine „Information“ beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einzuholen. Strukturelle Besonderheiten umfassen u. a. abweichende Therapiekonzepte, die Aufwandsunterschiede nach sich ziehen könnten. Letztlich führt eine entsprechende Anfragesystematik zu einer „Testierung“ durch das InEK, die nicht mit der geplanten Stärkung der Verhandlungsoptionen vor Ort einhergeht. Zudem wird das InEK mit bisher nicht vorgesehenen, personalaufwendigen Aufgaben betraut.

d. Zu Nr. 9 (§ 9 BPfIV-E)

cc) Folgende Nummern werden angefügt:

„7. bis jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März 2017, Benennung von Diagnose- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als nicht erforderlich erwiesen haben,

Die Bundesärztekammer begrüßt die mit der Neuregelung verfolgte Zielsetzung, den Diagnose- und Prozedurenschlüssel gemäß § 301 SGB V zu überprüfen und ggf. nicht (mehr) sinnvolle bzw. erforderliche Schlüssel zu streichen.

Begleitend zur Einführung des bisherigen PEPP-Systems sind teilweise Prozedurenschlüssel entwickelt worden, deren Umsetzung mit erheblicher Bürokratie bei gleichzeitig fragwürdiger Wertigkeit für die weitere Psych-Entgeltsystementwicklung verbunden sind. Anregungen zur Streichung bzw. Weiterentwicklung (z. B. seitens ärztlicher Experten der Ärztekammern und Fachgesellschaften) können zeitnah in Kooperation mit dem Selbstverwaltungspartnern und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufgegriffen und bürokratische Belastungen vermieden werden.

e. Zu Nr. 14 (§ 18 BPfIV-E)

„14. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, werden die Wörter „zum 31. Dezember“ durch die Wörter „in Vollkräften“ ersetzt und werden folgende Sätze angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung von

Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für die Maßnahmen nach Satz 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach Satz 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3 zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes; erstmals zum 1. August 2017 sind die Angaben für das Jahr 2016 zu übermitteln.“

Die Bundesärztekammer begrüßt die der Neuregelung zugrundeliegende Intention des Verordnungsgebers: *„Psychiatrische Einrichtungen haben einen Anspruch auf die Finanzierung der Zahl der Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV sowie auf die Nachverhandlungen von fehlenden Personalstellen, wenn die Vorgaben der Psych-PV in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden“.*

Die geplanten Nachweisverpflichtungen vor dem Jahr 2020 sind aus Sicht der Bundesärztekammer in der vorgesehenen Form noch nicht zielführend. Trotz der Ermangelung einer verbindlichen Finanzierung und dem Problem der teilweise arbeitsmarktbedingten Nichtnachbesetzbarkeit von medizinischen Fachkräften würde eine Verpflichtung zur Rückzahlung resultieren, die die Versorgungssituation im Gegensatz zur Grundintention des geplanten Gesetzes verschlechtern würde.

Bezüglich der weiteren Einschätzungen zum Thema Personal siehe unter I. (Grundlegende Anmerkungen, S. 2).

3. Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

a. Zu Nr. 1 (§ 39 SGB V-E)

„§ 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach dem Wort „vollstationär,“ die Angabe „stationsäquivalent (§ 115d),“ eingefügt.

b) In Satz 2 wird vor dem Wort „teilstationäre“ das Wort „stationsäquivalente,“ eingefügt.

c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

Mit der Einführung einer „stationsäquivalenten Behandlung“ wird eine neue, weitere Brücke zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor im Sinne der Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung angestrebt. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit anderen Ansätzen dieser Art wird es aus Sicht der Bundesärztekammer entscheidend sein, diese Form des Versorgungsansatzes präzise zu fassen und zu definieren. Zur Sicherung der zukünftig verbesserten Kooperationen zwischen den Sektoren sollten die berechtigten Anliegen der ca. 13.000 in der ambulanten psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte ausreichend Berücksichtigung finden. Bezüglich des Versorgungsbedarfs sollte davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der von dieser neuen, additiven Form der Versorgungsleistung individuell profitierenden Patientinnen und Patienten zunächst eher überschaubar sein dürfte.

Die der Begründung zu entnehmenden Intention, dass durch die vermiedenen oder verkürzten stationären Aufenthalte der Abbau von nicht mehr benötigten Krankenhauskapazitäten beschleunigt werden kann, wird von der Bundesärztekammer sehr kritisch hinterfragt. Die Studienergebnisse verschiedener Bundesministerien zum zukünftigen Versorgungsbedarf der Bevölkerung (z. B. zu den Themen Kindergesundheit, Demenz/Gerontopsychiatrie, Demografie) zeigen, dass im Gegenteil eher mit einem deutlich steigenden ambulanten und stationären Versorgungs- und Personalbedarf zu rechnen ist.

In den gesetzlichen Regelungen zur Einführung der stationsäquivalenten Leistungen muss aus Sicht der Bundesärztekammer zudem eindeutig sichergestellt werden, dass es zukünftig nicht zu einer generellen Begründungsanfrage des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für jeden stationären Behandlungsfall unter Hinweis auf die stationsäquivalenten Leistungen kommen kann. Es gilt festzuhalten, dass es sich um eine additive Option zur Sicherung einer möglichst optimalen Versorgung eines individuellen Patienten handelt.

Angesichts der schon jetzt mehr als angespannten Personalsituation in den betroffenen Fachdisziplinen des Wirkungsbereich des Psych-Entgeltsystems (z. B. führen Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie schon seit längerer Zeit die Liste der am meisten nachgefragten Ärzte an) bleibt es zudem fraglich, in welchem Umfang Klinikverwaltungen ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams für diesen logistisch anspruchsvollen Ansatz freistellen werden können. Dies umfasst u. a. auch haftungsrechtliche Aspekte, die sich aus der nachfolgenden Erläuterung der Begründung zur geplanten Neuanfügung des § 39 SGB V ergeben können: *„In Absatz 1 Satz 2 wird festgestellt, dass die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei den Krankenhausträgern liegt. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit. Im Rahmen seiner Therapieverantwortung muss das Krankenhaus außerdem dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann.“*

b. Zu Nr. 12 (§ 295 SGB V-E - Institutsambulanzen)

12. § 295 Absatz 1b Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der Bestimmungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b bis spätestens zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)] einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“

Die Bundesärztekammer begrüßt die im Entwurf konzipierte Steigerung der Bedeutung und Funktionalität der Institutsambulanzen. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Altersdurchschnitts der Patientinnen und Patienten und der in Zukunft teilweise längeren Wege zu den sie betreuenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten können Institutsambulanzen eine pragmatische, ergänzende Versorgungsalternative bieten. Die geplanten ergänzenden Datenerhebungen zur Verbesserung der Leistungstransparenz sollten sich auf ein pragmatisch sinnvolles Maß zwecks Sicherung einer langfristigen Umsetzbarkeit beschränken.