

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

Stellungnahme

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

Berlin, den 2. September 2016

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

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

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

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

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

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

1. Grundsätzlicher Änderungsbedarf

Im vorgelegten Gesetzentwurf besteht für folgende Regelungen grundsätzlicher Korrekturbedarf:

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

2. Spezieller Änderungsbedarf

2.1 Verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung

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

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

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

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

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

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

2.2 Nachhaltige Ausfinanzierung von Personal und tarifliche Personalkostensteigerungen

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

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

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

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

Zwei Rechenbeispiele im Anhang (A) verdeutlichen die Finanzierungslücken.

2.3 Absenkung der Budgetbasis bei Nichtbesetzung von vereinbarten Stellen

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

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

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

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

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

3. Weiterer Änderungsbedarf

3.1 Mehrmengenregelungen §3 Absatz 3

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

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

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

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

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

3.3 Regelungen im Gesetzentwurf zu Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen

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

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

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

3.4 Legaldefinition von regionaler Pflichtversorgung

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

Gez.

Aktion Psychisch Kranke (APK)

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands (AKP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAGKT)

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken (DATPPP)

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Anhang A Beispielrechnungen „Refinanzierungslücken von Tarifkostensteigerungen“

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

Beispiel 1

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

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

Angenommene Kostensteigerungen für das neue Budgetjahr:

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

Das bedeutet für das Krankenhaus 2017:

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

Die Gesamtkostensteigerung für 2017 dieses Krankenhauses entspräche 440.000 €.

Eine Refinanzierung der Kostensteigerung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Regelungen:

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

Refinanziert werden im dargestellten Beispiel also:

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

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

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

Beispiel 2

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

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

Angenommene Kostensteigerungen für das neue Budgetjahr:

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

Das bedeutet für das Krankenhaus im Jahr X:

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

Die Gesamtkostensteigerung für dieses Krankenhauses entspräche 280.000 €.

Eine Refinanzierung der Kostensteigerung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Regelungen:

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

Refinanziert werden im dargestellten Beispiel also:

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

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

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