



Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 03.08.2016

Berlin, 14.09.2016

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

I. Grundlegende Anmerkungen

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass in dem am 3. August 2016 vorgelegten Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) erneut Vorschläge der Bundesärztekammer berücksichtigt wurden. Insbesondere die organisatorisch unverzichtbare Verschiebung der Optionsphase um ein Jahr, die deutlich bessere Integration medizinischer Expertise der Ärzteschaft und der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften sowie der Verzicht auf die Ausweitung der schon umfangreichen Prüfbefugnisse und Aktivitäten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen sind als Fortschritt im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu werten.

Insbesondere tragen die in dem Regierungsentwurf nachjustierten Finanzierungs- und Verhandlungsvorgaben dazu bei, dass Kliniken etwaige lokale Besonderheiten besser mit den weiterhin vorgesehenen bundeseinheitlichen Finanzierungsvorgaben in Übereinstimmung bringen können. Allerdings sollten die regionalen und strukturellen Besonderheiten zukünftig auf Basis einer eindeutigen Rechtsgrundlage geltend gemacht werden können. Dies gilt nicht zuletzt für die wahrgenommenen Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge (z. B. regionale Pflichtversorgung).

Aus Sicht der Bundesärztekammer bleibt die zentrale Kernfrage für ein langfristiges Gelingen der geplanten, weitreichenden Reform der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen:

Gelingt es mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eine auskömmliche und nachhaltige Refinanzierung der Personalkosten zu gewährleisten?

Vor dem Hintergrund der bestehenden gravierenden Personalengpässe in den betroffenen Abteilungen und Kliniken, des demografischen Wandels der Gesamtbevölkerung und der Ärzteschaft sowie des steigenden ärztlichen Behandlungsbedarfs wird die Qualität und Quantität des verfügbaren medizinischen Personals zum Schlüssel für den Erfolg der Reform.

In diesem Zusammenhang spielt auch die Berücksichtigung der finanziellen Aufwendungen für die Personalentwicklung eine entscheidende Rolle. Hier sollte aus den Erfahrungen der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems gelernt werden, um einer möglichen Gefährdung von Weiterbildungskapazitäten infolge der starken Leistungsverdichtung vorbeugen zu können. Ebenso kann eine Berücksichtigung der Personalentwicklungskosten in Zukunft dazu beitragen, dass u. a. kurzfristige Personalförderprogramme zur Kompensation des Fachkräftemangels überflüssig werden.

Der 119. Deutsche Ärztetag hatte Ende Mai 2016 erneut auf die besondere Bedeutung einer angemessenen Personalausstattung in den Krankenhäusern hingewiesen und die politisch Verantwortlichen sowie die Krankenhausträger aufgefordert, 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 Ärztetags 2016 vom 27.05.2016).

Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Schritte in diese Richtung werden grundsätzlich begrüßt. Allerdings muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren sichergestellt werden, dass die noch gemeinsam zu erarbeitenden Vorgaben zu einer (Mindest-) Personalausstattung nicht als Obergrenze missverstanden werden können und zusammen mit den jährlichen Tarifanpassungen ausfinanziert sind.

Mit der Aufnahme und Beibehaltung der sogenannten „Stationsäquivalenten Leistungen“ als ergänzende Versorgungsoption wird der langjährigen Forderung der Bundesärztekammer nach einem Ausbau der sektorübergreifenden, vernetzten Versorgung Rechnung getragen. Die hierbei in dem Regierungsentwurf aufgenommenen Konkretisierungen werden grundsätzlich begrüßt. Wesentlich ist, dass dieser Kooperationsansatz nicht zu einem Abbau der stationären Versorgungskapazitäten führen soll und darf, sondern zu einer verbesserten Abstimmung zwischen den im ambulanten und stationären Sektor für die Versorgung Verantwortlichen führt.

Dies umfasst auch die Integration präziserer Vorgaben für den unverzichtbaren Abstimmungsbedarf mit den Ärztinnen und Ärzten der ambulanten Versorgung im Sinne der Schaffung einer stabilen, gleichberechtigten Kooperationsebene für diese neue Form der sektorübergreifenden und nicht alleinig stationären Versorgung.

Mit Bezug auf die modifizierten Vorgaben für die „Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten“ wird seitens der Bundesärztekammer nochmals auf die besondere, grundgesetzlich verbriefte Bedeutung der Planungshoheit der Bundesländer hingewiesen. Der Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer heißen nach wie vor die Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer gut. Einer zu kleinteiligen Standortdefinition sollte zudem vorgebeugt werden.

Abschließend wird seitens der Bundesärztekammer erneut auf den besonderen, übergreifenden Schutzbedarf der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Abteilungen und Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei der Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems hingewiesen. Schon jetzt können teilweise notwendige, neu etablierte Abteilungen aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen sowie aufgrund des Ärzte- und Fachkräftemangels nicht betrieben werden.

II. Spezielle Anmerkungen / Stellungnahme

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG

Zu Artikel 1, Nr. 4, § 17c

A) Streichung des bisherigen Absatz 2a neu:

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.“~~

B) Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt die Streichung und die damit verbundene Entbürokratisierung für die in den Kliniken und den Medizinischen Diensten tätigen Ärztinnen und Ärzte der Krankenversicherung.

Zu Artikel 1, Nr. 5, § 17d

A) Änderung von § 17 d, Absatz 1, Satz 4

„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“

B) Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt die mit der Neuformulierung verbundene gesetzliche Festschreibung des Ziels, den Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß reduzieren zu wollen. Die angestrebte Differenzierung von medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen sollte bei der geplanten Neuausrichtung unter Einbeziehung der medizinischen Expertise der Ärzteschaft und der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften erfolgen.

Zu Artikel 1, Nr. 5, § 17d

A) Änderung von § 17 d, Absatz 4

„(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird bis zum 1. Januar 2017 auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt.

Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“

B) Stellungnahme

Mit der geplanten Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr wird einer zentralen Forderung der Bundesärztekammer aus den vorhergehenden Diskussionen zum Referentenentwurf entsprochen. Dies ist umso erfreulicher, da sich in den laufenden Diskussionen mehr und mehr Adaptierungsbedarf auf Bundesebene sowie für die Beteiligten vor Ort abzeichnet.

Im Gegensatz zur Einführung des G-DRG-Systems konnte bei der Ausgestaltung eines Psych-Entgeltsystems in Deutschland auf kein bereits bestehendes Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik zurückgegriffen werden. Die Neuentwicklung ist daher zeitaufwändig. Die geplante Neuregelung trägt dazu bei, dem von der Bundesärztekammer geforderten Primat „Qualität vor Schnelligkeit“ Rechnung zu tragen.

Zu Artikel 1, Nr. 5, § 17d

A) Änderung von § 17 d, Absatz 4, Satz 8

„(4) [...] Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“

B) Stellungnahme

Der vorgesehene Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen und die Anzahl von resultierenden Modellvorhaben nach § 64b SGB V ist grundsätzlich zu begrüßen. Um neben den ökonomischen und vertraglichen Belangen insbesondere die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung rechtzeitig berücksichtigen zu können, sollte die Bundesärztekammer in den Kreis der zu einer Stellungnahme Berechtigten einbezogen werden:

C) Änderungsvorschlag

„(4) [...] Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Bundesärztekammer, Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“

Änderung der Bundespflegesatzverordnung – BPfIV

Zu Artikel 2, Nr. 4, § 3

A) Änderung in § 3

„d) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 und 4 eingefügt:

(3) Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den auf Bundesebene vereinbarten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,
2. Veränderungen von Art und Menge der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung,
3. Kostenentwicklungen sowie Verkürzungen von Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,
4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4,
5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal,
6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5. [...]“

B) Stellungnahme

Durch die mit dem Reformvorhaben vorgesehene Formulierung der neuen Absätze 3 und 4 werden wesentliche Vorgaben für die angestrebte Budgetverhandlungssystematik festgeschrieben. Die Bundesärztekammer begrüßt Präzisierungen, die den Kliniken besser als zuvor ermöglichen werden, die Kosten des jeweiligen einzelnen Hauses und dessen Spezifika mit den bundeseinheitlichen Entgelten abgleichen zu können. Auch die Aufnahme des Vorschlages des Entfalls der unbestimmten Budgetkürzungskriterien („Wirtschaftlichkeitsreserven, Substitutionspotential“) ist ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings verdeutlicht sich die weiterhin bestehende Schwachstelle, Teile des PEPP-Entgeltkatalogs als zentrales Element beibehalten zu wollen. Somit kann auch mit dem vorliegenden Regierungsentwurf nur von einem inkompletten Wechsel eines Preissystems in Richtung eines Budgetsystems ausgegangen werden. Die intendierte Ausrichtung der Kalkulation an der Versorgungsqualität wird grundsätzlich begrüßt, sollte aber unbedingt die oben beschriebene Notwendigkeit einer angemessenen Personalausstattung mit berücksichtigen (aktuell: Gegenfinanzierung 100 Prozent Psych-PV-Umsetzung). Bei dem zu erwartenden ansteigenden Behandlungsbedarf sollte zudem die daraus resultierende höhere Anzahl der Patienten („Fallzahl sowie Fallschwere“) als Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht werden können. Weiterhin sollte den regionalen und strukturellen Aspekten über die Vereinbarkeit von krankenhausesindividuellen Entgelten anstelle von pauschalierenden Tagesentgelten entsprochen werden können.

C) Änderungsvorschlag

„5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal und die entstehenden Kosten ,“

Zu Artikel 2, Nr. 5, § 4

A) Fassung von § 4

„Leistungsbezogener Vergleich

(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene einen leistungsbezogenen Vergleich. In die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind insbesondere einzubeziehen

- 1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen,*
- 2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2,*
- 3. die vereinbarten Entgelte sowie*
- 4. die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen.*

Auf der Grundlage der Daten nach Satz 2 und der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 sind als Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs insbesondere auszuweisen

- 1. nach Leistungen oder Leistungsgruppen differenzierend die Bandbreite der vereinbarten Entgelte und statistische Lage- und Streumaße zu diesen Entgelten,*
- 2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 sowie*
- 3. der Umfang der personellen Ausstattung.*

Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und können nach Fachgebieten untergliedert werden.

(2) Die Krankenhäuser übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 2 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Dieses ermittelt die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach Absatz 1 Satz 3 und stellt sie den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung. Die Ergebnisse sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 genutzt werden können.“

B) Stellungnahme

Mit der Modifikation der Vorgaben zu der Neueinführung des leistungsbezogenen (Krankenhaus-) Vergleichs und dem damit verbundenen Entfall der bisher geplanten Vergleichsgröße „durchschnittlicher Landesentgeltwert“ wird einerseits, wie gefordert, verstärkt dem Prinzip einer Orientierungshilfe für die Verhandler vor Ort Rechnung getragen, andererseits einer finanziellen Zwangsnivellierung im Sinne einer Konvergenzautomatik hin zu einer bundeslandeseinheitlichen Vergütung stärker vorgebeugt. Inwiefern dies unter den realen Verhandlungsbedingungen gelingen wird, sollte zudem eine Fragestellung der Begleitforschung zu den Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems sein, um ggf. rechtzeitig gegensteuern zu können.

Zu Artikel 2, Nr. 4 d), § 3

A) Änderung in § 3, neuer Absatz 4

(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteienvereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 10 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

B) Stellungnahme

Leider bleibt die Bundesregierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf an dieser entscheidenden Stelle weit hinter der Forderung der Bundesärztekammer zurück. Wenn das Gesetz in der personalintensiven psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nachhaltige positive Veränderungen bewirken soll, ist eine Adaptierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren zwingend erforderlich. Bezüglich der Relevanz einer auskömmlichen Personalverfügbarkeit und deren Refinanzierung wird auf die grundlegenden Anmerkungen (S.1 - 2) sowie die erfolgte Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des PsychVVG vom 14.06.2016 verwiesen. Im Rahmen der anstehenden Gesetzgebung zu einem Psych-Entgeltsystem ist die Refinanzierung der Tarifierhöhungen zu 100 Prozent unverzichtbar. Alle Komponenten der Tarifadaptierungen müssen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der geplanten, verpflichtenden externen Personalvorgaben ungedeckt in den Budgets berücksichtigt werden können.

Ohne eine auskömmliche Personalverfügbarkeit und deren Refinanzierung kann die geplante Reform nicht gelingen! Die bisher laut Begründung des vorliegenden Entwurfs vorgesehenen 60 Millionen Euro Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung stehen in keinem realistischen Verhältnis zu den Erfordernissen (Nachjustierung zur 100 Prozent Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung, Umsetzung der geplanten Personalanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses).

C) Änderungsvorschlag u. a.:

(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteienvereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um 100 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 10 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

Zu Artikel 2, Nr. 9, § 9 Abs. 1

A) Ergänzung der Nummern 7 bis 9

„dd) [...]“

7. erstmals zum 31. März 2017 und ab 2018 bis zum 28. Februar jeden Jahres, die Benennung von Schlüssel, die für den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeführt wurden und sich für diesen Zweck als nicht erforderlich erwiesen haben; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum nächstmöglichen Zeitpunkt umsetzen“

B) Stellungnahme

Die mit dem Gesetzentwurf in diesem Absatz zum Ausdruck kommende Intention der Verschlinkung der Klassifikation und abhängiger Dokumentationsaufwendungen wird begrüßt. Gerade der bisher für die Psych-Entgeltsystematik geschaffene Prozedurenschlüssel ist wiederholt Anlass für Auseinandersetzungen der Vertragspartner. Erfahrungsgemäß ist allerdings der zeitliche Aufwand für die zu schaffende Vereinbarungslösung aufwendig und damit der angestrebte 31. März 2017 als zu ambitioniert zu bewerten.

Zu Artikel 2, Nr. 14, § 18

A) Änderungen in § 18

a) In Absatz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016“ die Angabe „oder 2017“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, werden die Wörter „der Bundespflegesatzverordnung“ gestrichen und werden die Wörter „zum 31. Dezember“ durch die Wörter „in Vollkräften“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung der von dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhauseine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellen

besetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 zum 31. März jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 11 und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4; die Angaben für das Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017 zu übermitteln.“

B) Stellungnahme

Im Vergleich zum Referentenentwurf werden mit den Modifikationen des § 18 BPfIV die geplanten, umfänglichen Nachweispflichten der Kliniken reduziert. Bisher war vorgesehen, dass für die Jahre 2016 bis 2019 gegenüber den anderen Vertragsparteien nachzuweisen ist, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Anzahl der Personalstellen durch die Kliniken eingehalten werden.

Die mit der Neuregelung verbundene Entbürokratisierung wird seitens der Bundesärztekammer begrüßt. Diese Stellen wurden und werden bisher nicht zu 100 Prozent gegenfinanziert. Gemäß der modifizierten Regelung des Regierungsentwurfs greifen die Budgetregeln ab 2020. Ab dann werden auch die (Mindest-) Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss erwartet, die dann zur Grundlage der Nachweispflichten werden sollen.

Änderung des Fünften Sozialgesetzbuchs – SGB V

Zu Artikel 5, Nr. 2, § 39 in Verbindung mit Nr. 5, Artikel 5 § 115 d neu

A) Änderungen in § 39, Absatz 1

a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“

b) 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 Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

B) Stellungnahme

Die gegenüber dem Referentenentwurf erfolgten Präzisierungen werden die gemeinsamen Verhandlungen zur Ausgestaltung vor Ort erleichtern. Insbesondere der Entfall der Vorrangigkeit gegenüber der stationären Versorgung wird eine bessere Adaptierung dieser zusätzlichen Versorgungsoption an die Verhältnisse vor Ort ermöglichen. Nach wie vor fehlt eine präzisere Vorgabe für den Abstimmungsbedarf mit den Ärztinnen und Ärzten der ambulanten Versorgung im Sinne einer stabilen Kooperationsebene für diese neue Form der sektorübergreifenden und nicht alleinig stationären Versorgung.

Angesichts der schon jetzt mehr als angespannten Personalsituation in den betroffenen Fachdisziplinen des Wirkungsbereichs 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 weiterhin fraglich, in welchem Umfang Klinikverwaltungen ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams für diesen logistisch anspruchsvollen Ansatz freistellen werden können. Der angestrebte Zeitrahmen für die präzise neu zu schaffende Leistungsbeschreibung (§ 115 d Abs. 2 Satz 2 SGB V) ist mit dem 28. Februar 2017 zu kurz bemessen und würde die begrüßenswerte Integration medizinischer Expertise durch die Einbindung der Fachgesellschaften gefährden.

Zu Artikel 5, Nr. 4, § 39

A) Ergänzung von § 109 Absatz 1

4. [...]

„Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d, vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 abweichend von Satz 4 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist. Kommt ein Vertrag nach Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114.“

B) Stellungnahme

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Beibehaltung dieser Regelung kritisch zu werten. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund multipler Analysen der Bundesregierung und zugehöriger Ministerien zur demografischen Herausforderung, dem wachsenden Versorgungsbedarf chronisch Kranker und der Zunahme des gerontopsychiatrischen Behandlungsbedarfes (z. B. Demenzerkrankungen) greift die geplante Regelung zu kurz (siehe Änderungsvorschlag).

Die Bundesärztekammer begrüßt im Weiteren die geplante Integration und Berücksichtigung der ärztlicher Expertise („[...] *im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften.*“) bei der geplanten Ausgestaltung der Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.

C) Änderungsvorschlag

4. Dem § 109 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d, vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 abweichend von Satz 4 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern, beizubehalten oder ggf. auszubauen ist. Kommt ein Vertrag nach Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114.“

Zu Nr. 8, Artikel 5, § 136a Abs. 2

A) Änderung in § 136 a, Abs. 2, Satz 1

„a) [...]“

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. [...]“

B) Stellungnahme

Die geplante Einführung von Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal greift eine langjährige Forderung der Ärzteschaft auf (zuletzt: Entschließung IV-32 des 119. Deutschen Ärztetags Ende Mai 2016; www.baek.de, Register Beschlussprotokoll). Im Rahmen der weiteren Umsetzung sollte dringend die medizinische Expertise der Bundesärztekammer und der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften direkt einbezogen werden, da den vorhandenen Leitlinien zwar wesentliche Hinweise, aber keine umfänglichen quantitativen Angaben zu entnehmen sind.

Die Inhalte einiger internationaler Leitlinien sind zudem nicht Eins-zu-eins auf die Versorgungsrealität in Deutschland übertragbar. Die Einbindung der medizinischen Expertise wird auch für eine erste Abschätzung des notwendigen Anpassungsbedarfes infolge der Neueinführung der stationsäquivalenten Versorgung und den damit erforderlichen Personalressourcen unverzichtbar, sollte man bis 2020 gemeinsam getragene, verlässliche Mindeststandards implementieren wollen. Die Vorgaben für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dabei wegen der sehr unterschiedlichen Erfordernisse getrennt vorzunehmen.

Seitens der Bundesärztekammer wird ergänzend die Durchführung einer Begleitanalyse mit der Verpflichtung zur Vorlage von Zwischenberichten zum Umsetzungsstand in den Jahren 2018 und 2019 empfohlen.

Weiterhin muss aus Sicht der Bundesärztekammer im weiteren Gesetzgebungsverfahren sichergestellt werden, dass die neuen Mindeststandards in Zukunft auf keinen Fall als Obergrenze einer Personalausstattung (z. B. bei Budgetverhandlungen, etc.) missverstanden werden können.

Zu Nr. 13, Artikel 5, § 271 Abs.2 Satz 4

A) Änderung in § 271 Absatz 2 Satz 4

„Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

B) Stellungnahme

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine finanzielle Stärkung des Gesundheitsfonds im Hinblick auf die zukünftigen Versorgungserfordernisse prinzipiell zu begrüßen. Bezüglich der Begründung zu diesem geplanten Schritt wird darauf hingewiesen, dass der Bundesärztekammer nach wie vor keine differenzierten Informationen über die aus der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender aktuell entstehenden Kosten vorliegen. Allerdings ist schon jetzt absehbar, dass sich die ergänzenden Aufwendungen weit über das Jahr 2017 hinaus ergeben werden: Insofern wäre eine längerfristig angelegte Finanzinitiative aus Bundesmitteln zur Bewältigung der ergänzenden Versorgungsaufgaben nicht zuletzt vor dem Hintergrund bestehender Investitionsstaus zielführend. Die intendierten Investitionen u. a. in die Digitalisierung und die Förderung moderner Projekte der Telemedizin wird begrüßt.

Zu Nr. 15, Artikel 5, § 295 Abs.1b Satz 4

A) Änderung in § 295 Abs.1b Satz 4

„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 vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b zu beschließenden Bestimmungen bis spätestens zum 1. Januar 2018 einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der zur 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.“

B) Stellungnahme

Die mit dem Gesetzentwurf einhergehende Feststellung des Weiterentwicklungsbedarfs der Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen wird seitens der Bundesärztekammer geteilt. Allerdings sollte bei den bisher intendierten Dokumentationsanforderungen (Übermittlung standortbezogener fachgebietsspezifischer Vollzeitäquivalente) deutlich mehr dem Primat der Datensparsamkeit und Bürokratievermeidung Rechnung getragen werden. Der mit den umfangreichen Datenerfassungen absehbare Gestaltungsgewinn im Hinblick einer etwas stärker ausdifferenzierten Bedarfsplanung steht in keiner Relation zu dem Dokumentationsumfang und ist angesichts des Fachkräftemangels und der wachsenden Arbeitsverdichtung korrekturbedürftig.