

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(5)
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
19.09.2016



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische
und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)
(BT-Drucksache 18/9528 vom 05.09.2016)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16

bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 19. September 2016

Der Marburger Bund bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“.

Er begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf bereits einige Korrekturen an den geplanten Regelungen erfolgten, die auch der Marburger Bund in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf angeregt hat.

Insbesondere begrüßen wir, dass der Gesetzentwurf an der Festlegung von verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung festhält. Damit wird eine der zentralen Forderungen des Marburger Bundes zumindest in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aufgegriffen.

Gleichwohl bedarf es für eine zielgerichtete Umsetzung weiterer grundsätzlicher Nachbesserungen der Regelungen des Gesetzentwurfes. Dies betrifft insbesondere die Refinanzierung der Personalkosten und die Ausfinanzierung von Tarifsteigerungen.

Im Einzelnen nimmt der Marburger Bund zu Schwerpunkten des Gesetzentwurfes wie folgt Stellung:

Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem

Der Marburger Bund begrüßt die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Abkehr von einem Preissystem für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen, wie es PEPP bisher vorgesehen hat.

Eine Neuausrichtung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Psych-Entgeltsystems war dringend erforderlich und wurde auch vom Marburger Bund gefordert.

Wiederholt hat der Marburger Bund davor gewarnt, mit der Vorgabe eines reinen Preissystems die Fehler des DRG-Systems zu wiederholen und sich für eine grundsätzliche Änderung der PEPP-Systematik ausgesprochen.

Bereits zum DRG-System für die somatischen Krankenhäuser haben wir auf die Fehlanreize und Risiken eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems hingewiesen.

Der Gesetzentwurf sieht nunmehr die Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem vor. Ein Budgetsystem kann für diesen Leistungsbereich grundsätzlich ein besseres Instrument sein. Allerdings kommt es auch hier auf die Ausgestaltung

im Einzelnen an, um der Zielsetzung und den geplanten Wirkungen des Gesetzentwurfes in der praktischen Umsetzung Rechnung zu tragen.

Anpassung Entgeltkatalog und Verlängerung Optionsphase

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG)

Zu Nummer 5 (§ 17d) Kalkulation und Anpassung des Entgeltkatalogs

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung – BpflV)

Zu Nummer 4 (§ 3) Verlängerung Optionsphase

Die Einführung des Budgetsystems soll auf Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs für stationäre und teilstationäre Leistungen erfolgen (PEPP-Entgeltkatalog).

Der Marburger Bund begrüßt die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Anpassung des Entgeltkatalogs an den neuen Einsatzzweck. Bei einer stärkeren Pauschalierung darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass dem Katalog auch zukünftig eine zentrale Bedeutung für die Vereinbarung des krankenhausespezifischen Gesamtbetrages zukommt. Deshalb sind hohe Anforderungen an die Kalkulationskrankenhäuser zu stellen. Dies betrifft insbesondere die Vorhaltung der notwendigen personellen Ausstattungen, die in vollem Umfang in der Kalkulation zu berücksichtigen sind. Hierbei muss sichergestellt werden, dass auch personalrelevante Tatbestände wie neue Versorgungsformen (Stationsäquivalente Behandlung) oder Qualitätsvorgaben Berücksichtigung finden.

Soweit mit der Anpassung des Entgeltkatalogs auch der Dokumentationsaufwand begrenzt werden soll, findet das von den angestellten Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus volle Unterstützung. Die arbeitstägliche, zeitliche Belastung für bürokratischen Aufwand beträgt bereits mehr als 30 % der ärztlichen Arbeitszeit, die somit nicht mehr der Patientenversorgung zur Verfügung steht.

Dass im Zuge der notwendigen Anpassung des Entgeltkatalogs in 2017 die Optionsphase um ein Jahr verlängert und dementsprechend die verbindliche budgetneutrale Phase verschoben werden soll ist folgerichtig. Sie gibt den Krankenhäusern darüber hinaus die Möglichkeit, weiter Erfahrungen zu sammeln insbesondere auf Grundlage der Neuausrichtung des Systems.

Berücksichtigung regionaler und struktureller Besonderheiten

Regionale und strukturelle Besonderheiten werden im Gesetzentwurf als Aufwands- und Kostenkategorien unabhängig von den pauschalierenden Leistungsentgelten anerkannt. Das ist grundsätzlich zu begrüßen. Für die konkreten

Budgetverhandlungen dürfte allerdings die Nennung einiger Beispiele für regionale und strukturelle Besonderheiten im Gesetzentwurf hilfreich sein.

Leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument

Zu Artikel 2: (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung – BPfIV)

Zu § 4 und zu § 10: Einführung Leistungsbezogener Vergleich

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ein leistungsbezogener Vergleich die Grundlage bilden soll zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgelts und leistungsgerechter krankenhausespezifischer Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind.

Dadurch soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausespezifische Aspekte zurückzuführen sind.

Die im Gesetzentwurf nunmehr stärker zum Ausdruck gebrachte Orientierungsfunktion des Vergleichs ist eine erste Verbesserung gegenüber dem Referentenentwurf.

Ein leistungsbezogener Vergleich ist als Orientierungsgröße im Sinne eines Benchmarks grundsätzlich sinnvoll. Ob hier eine valide Vergleichsgrundlage etabliert werden kann, sehen wir skeptisch in Bezug auf die erforderliche Datenbasis und die tatsächlich verfügbaren Daten.

Vorrangig besteht jedoch die Gefahr, dass der vorgesehene leistungsbezogene Vergleich automatisch zu Budgetabsenkungen führt. Die Abkehr von einem auf Landesebene zu vereinbarenden landesdurchschnittlichen Entgeltwert als „Preisvergleich“, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, zeigt, dass auch der Gesetzgeber diese Gefahr gesehen hat.

Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches – SGB V)

Zu § 136a Absatz 2 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Diese sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden. Bis zum Jahr 2019 sind die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen maßgebend.

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Neuausrichtung des Vergütungssystems verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung vorsieht. Die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, welche unerwünschten Wirkungen entstehen, wenn Personalmindeststandards nicht verbindlich festgelegt sind.

Die Vorhaltung eines genügend fachlich qualifizierten Personals und Personalmindeststandards sind aus Sicht des Marburger Bundes unverzichtbare Voraussetzung für die Umsetzung der von der Bundesregierung mit dem KHSG initiierten Qualitätsoffensive.

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat daher auch in ihrer jüngsten Sitzung im Mai 2016 den Gesetzgeber und die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Umsetzung von Personalvorgaben im Rahmen der Qualitätsoffensive aufgefordert.

Finanzierung und Nachweis von Personalstellen

Zu Artikel 2: (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung – BPfIV)
Zu § 3 Abs. 3 Satz 4 Nummer 5 und §18 Finanzierung Personalstellen

Eine verbindliche Personalausstattung muss allerdings durch verlässliche Regelungen zur Refinanzierung der Personalkosten abgesichert werden.

Bis zur Anwendung des neuen Systems haben die Psychiatrische Einrichtungen einen Anspruch auf die Finanzierung der Zahl der Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV sowie auf die budgeterhöhend zu berücksichtigende Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen, wenn die Vorgaben der Psych-PV in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden.

Gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPfIV ist ab dem Jahr 2020 die Umsetzung der vom G-BA festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal ein wesentlicher Tatbestand der Budgetverhandlung. Positiv bewertet wird, dass eine Überschreitung des Gesamtbetrages möglich ist, wenn die Vorgaben für das erforderliche Personal anders nicht zu erreichen sind. Ein Rechtsanspruch auf die Finanzierung der Zahl der Personalstellen ergibt sich hieraus allerdings nicht.

Refinanzierungslücke bei Tarifkostensteigerungen

Derzeit ist eine Refinanzierung der Personalkostensteigerungen nur möglich, wenn sich die Tarifsteigerungen im Bereich des Orientierungs-/bzw. Veränderungswerts bewegen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen ist daher ein Fortschritt. Eine Beschränkung der Refinanzierung auf 40 Prozent reicht allerdings bei verbindlichen Personalvorgaben nicht. Erforderlich ist eine

Refinanzierung der Kostensteigerungen zu 100 %, um die Umsetzung des erforderlichen Personalmindeststandard auch de facto halten zu können.

Nachweis der Personalvorgaben

Gesetzliche Regelungen zum Nachweis der Einhaltung der Personalvorgaben sind aus Sicht des Marburger Bundes notwendig und werden daher grundsätzlich begrüßt.

Sofern sich auf Grundlage der vorgesehenen Nachweise ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vom Krankenhaus vorgenommen wurde, sieht der Gesetzentwurf vor, dass im Rahmen des Krankenhausbudgets zu vereinbaren ist, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der Ansatz ist grundsätzlich konsequent, sollte aber mit Augenmaß umgesetzt werden. Eine dauerhafte Absenkung des Gesamtbetrages auch bei nachweislich begründeten lediglich temporären Abweichungen wirkt sich letztlich negativ auf die Finanzierung der vorhandenen Personalstellen aus.

Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)
Zu Nummer 2 (§ 39), zu Nummer 4 (§ 109) und zu Nummer 5 (§ 115d)

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich Maßnahmen zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung in der psychiatrischen Versorgung. Ob dies mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erreicht werden kann, sehen wir kritisch.

Durch die geplante Implementierung stationsäquivalenter Behandlung in § 39 SGB V handelt es sich leistungrechtlich um eine Form der Krankenhausbehandlung. Eine Krankenhausversorgung im häuslichen Umfeld des Patienten ist bislang im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht vorgesehen. Insofern müssen die betroffenen Beschäftigten, insbesondere der ärztliche Dienst in die Mitwirkung bei der Erbringung derartiger Leistungen wirksam eingebunden werden.

Die Erbringung stationsäquivalenter Behandlung stellt folglich neue Anforderungen an das Personal. Damit verbunden sind Fragen der erforderlichen Personalausstattung sowie Haftungsfragen.

Der Gesetzentwurf definiert in § 39 Abs. 1 SGB V die stationsäquivalente Behandlung dahingehend, dass diese eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete

multiprofessionelle Behandlungsteams umfasst. Dauer, Intensität und Dichte sowie Komplexität der stationsäquivalenten Versorgung soll einer vollstationären Behandlung entsprechen. Der Gesetzentwurf geht von mobilen Behandlungsteams aus, die in Rufbereitschaft stehen und tägliche Therapiekontakte haben sollen. Der Krankenhausträger stellt laut Gesetzentwurf insoweit sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit.

Die Erbringung dieser neuen Versorgungsmöglichkeit erfordert eine Anpassung der Personalausstattung. Denn anders als bei der vollstationären Versorgung würden entsprechende Behandlungsteams während der Versorgung im häuslichen Umfeld nicht der Versorgung der vollstationären Patienten zur Verfügung stehen. Das erforderliche Personal ist in der Psych-PV nicht vorgesehen. Es ist sicherzustellen, dass für die Dauer der Geltung des Psych-PV das zur Umsetzung der stationsäquivalenten Versorgung erforderliche Personal zusätzlich Berücksichtigung findet. Darüber hinaus muss der G-BA auch für diese neue Behandlungsform Personalmindeststandards festlegen.

Die Einführung von Rufbereitschaft und Behandlung im häuslichen Umfeld im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung wäre als neue Dienstaufgabe einzuführen und tangiert aufgrund der Änderung des Tätigkeitsbereiches möglicherweise bestehende arbeits- und tarifvertragliche Regelungen sowie aufgrund des geänderten Tätigkeitsortes auch Haftungsfragen des ärztlichen Dienstes. Die Refinanzierung der gegebenenfalls anzuhebenden Vergütung des Personals muss entsprechend sichergestellt werden.

Der Gesetzentwurf legt fest, dass dem Krankenhaus für die stationsäquivalente Versorgung die Therapieverantwortung obliegt. Außerdem muss das Krankenhaus dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann. Hieraus ergeben sich Haftungsfragen, die im Rahmen des Behandlungsvertrages neu geregelt werden müssen und nicht zu Lasten der behandelnden Ärzte gehen dürfen.

Die Vergütung der stationsäquivalenten Versorgung soll nach Krankenhausfinanzierungsrecht erfolgt. Psychiatrische Einrichtungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind - im Unterschied zu somatischen Häusern - verpflichtet, alle Patienten, die aus einem festgelegten Einzugsbereich zu ihnen kommen, zu behandeln. Der Aufwand dafür ist je nach Einwohner- und Sozialstruktur unterschiedlich. Das gilt dann entsprechend für die mobilen Behandlungsteams. Darüber hinaus sind bei der Versorgung im häuslichen Umfeld insbesondere auch

Wegezeiten zu kalkulieren, die mit Mehrkosten verbunden und bei der Vergütung bislang nicht berücksichtigt sind.

Kritisch sieht der Marburger Bund die im Gegenzug zur stationsäquivalenten Versorgung in § 115d Absatz 2 S.1 SGB V vorgesehene Verhandlung über den Abbau von vollstationären Betten und deren Herausnahme aus dem Krankenhausplan.

Die Krankenhausplanung ist originäre Aufgabe der zuständigen Landesbehörden. Die Regelung ist daher mit der Länderkompetenz für die Krankenhausplanung unvereinbar.

Unabhängig davon ist es fraglich, ob die mit dem Gesetzentwurf unterstellte Kausalität angesichts des in verschiedenen Studien dargelegten steigenden Versorgungsbedarfs in der psychiatrischen Versorgung überhaupt gegeben ist. Zu beachten ist auch, dass gerade in der psychiatrischen Versorgung eine hohe Quote der Wiederaufnahmen besteht. Außerdem muss das Krankenhaus im Rahmen einer stationsäquivalenten Versorgung dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann. Die Leistungsfähigkeit der vollstationären Versorgung im Krankenhaus darf also nicht gefährdet werden. Zudem liegen zu der neuen Behandlungsform bislang nur Erfahrungen aus wenigen Modellprojekten vor. Der Mangel an einer validen Datenlage über die Inanspruchnahme darf daher ebenfalls beim Abbau von stationären Kapazitäten nicht außer Acht gelassen werden.

Definition von Krankenhausstandorten und Standortverzeichnis

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes -KHG)
Zu Nr. 1 (§ 2a Neu) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)
Zu Nr. 14 (§ 293 Abs. 6 NEU) Standortverzeichnis

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine bundeseinheitliche Definition vereinbaren, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

Die Vorgabe einer bundeseinheitlichen Standortdefinition ist aus Sicht des Marburger Bundes grundsätzlich nachvollziehbar, soweit diese als ein vergütungsrechtliches Instrumente im Bereich der Leistungserbringung (wie zum Beispiel Zuschläge) dienen soll. Denn nur hier können die Vorgaben der Selbstverwaltungspartner auch Verbindlichkeit erzeugen.

In zahlreichen Bundesländern betreffen die krankenhauserplanerischen Festlegungen die Krankenhausstandorte und ggf. deren Betriebsstätten. Hier sollten Inkompatibilitäten vermieden werden. Es wäre daher sinnvoll, die von den Ländern zugrunde gelegten Standortdefinitionen zunächst dahingehend zu überprüfen, ob diese nicht als bundeseinheitliche Vorgaben übernommen werden können.

Soweit eine bundeseinheitliche Standortdefinition auch für die Krankenhausplanung geeignet sein soll, können aufgrund der Zuständigkeit der Bundesländer keine verbindlichen Vorgaben geregelt werden. Insofern ist an der Planungshoheit der Länder festzuhalten. In jedem Fall wäre eine Beteiligung der Länder im Zusammenhang mit dem Abschluss der Vereinbarung zur Standortdefinition erforderlich.

Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches – SGB V) Zu Nummer 13 (§ 271 Absatz 2 Satz 4 SGB V) Gesundheitsfonds

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 Mittel aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Milliarden Euro zugeführt werden sollen.

Höhere Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen hätten allerdings nur einen Einmaleffekt. Strukturelle Defizite werden damit nicht gelöst werden können. Ebenso nicht das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung sowie der Finanzierung der erforderlichen Personalausstattung in den Krankenhäusern.