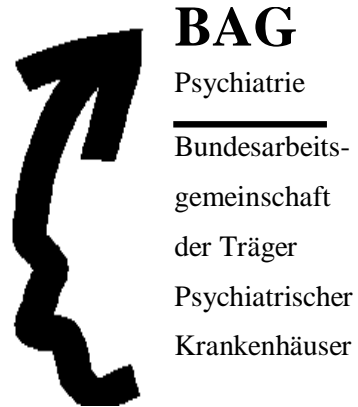


BAG-Psychiatrie, Ständeplatz 2, 34117 Kassel

1.  
Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Ferdinand Rau  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn



**Datum:** 01.12.2011  
**Auskunft erteilt:** Herr Hübner  
**Telefon:** 0561 – 1004 / 5321  
**Telefax:** 0561 – 1004 / 5421  
**E-Mail-Adresse:** [joachim.huebner@vitos.de](mailto:joachim.huebner@vitos.de)  
**Aktenzeichen:** C 22

**Gesetz zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**  
**Ihr Schreiben vom 09.11.2011 - AZ: 215-20 602-03/001**

Sehr geehrter Herr Rau,

ich bedanke mich, dass Sie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) Gelegenheit geben, zum Referentenentwurf des Einführungsgesetzes zum neuen Entgeltsystem der Krankenhauspsychiatrie Stellung zu nehmen und dass Sie die BAG zum Anhörungstermin am 05.12.2011 eingeladen haben. Ich werde selbst am Erörterungstermin teilnehmen.

Leider haben Sie die Frist für die Stellungnahme sehr knapp bemessen, so dass keine Detailabstimmung mit den Mitgliedern meiner Organisation möglich war.

Ehe ich auf die Einzelregelungen des Gesetzentwurfes eingehe, möchte ich einige Grundsatzbemerkungen vorausschicken.

**1. Vorbemerkungen**

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Fallzahl im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie von 2003 zu 2009 um rund 14 % erhöht. Die Fallzahl des Fachgebietes Psychosomatik und Psychotherapie ist während desselben Zeitraumes fast um das 2 1/2-fache gestiegen. Dieser deutliche Anstieg der Fallzahlen wird nach meiner Erwartung auch in Zukunft weiter anhalten.

Es wird deshalb darauf ankommen, dass psychiatrische Versorgungssystem mit seinen unterschiedlichen Leistungsangeboten und Leistungserbringern optimal miteinander zu vernetzen, um die Effizienz des Versorgungssystems zu steigern. Dies gilt im besonderen Maße für Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und chronischen Krankheitsverläufen. Die ambulante nervenärztliche Behandlung, Psychotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, medizinische Rehabilitation, Ergotherapie und die Behandlung durch Institutsambulanzen sollten zusammen mit der klinisch-psychiatrischen Behandlung stärker miteinander verknüpft werden. Ideal wäre es, auch rehabilitative Leistungen nach den SGB VI und XII sowie Leistungen

der Pflege (SGB XI) mit einzubeziehen. Ziel sollte es sein, diese Form einer sektoren- und disziplinenübergreifenden Komplexleistung als gesetzliche Regelleistung für psychisch kranke Menschen anzubieten. Damit würde die programmatische Forderung des § 27 Abs. 1 SGB V – „den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen“ – mit Leben erfüllt.

Ein Einführungsgesetz für ein Krankenhausentgeltsystem kann dies sicher nicht leisten. Der Gesetzgeber ist deshalb aufgerufen, die leistungsrechtlichen Regelungen anzupassen, weil ohne strukturelle Veränderungen bei den begrenzten finanziellen Ressourcen in Zukunft mehr oder weniger globale Leistungs- und Qualitätseinschränkungen drohen.

Wenn - wie im Referentenentwurf vorgesehen - Fallzahlsteigerungen nur mit einem vermeintlich variablen Kostenanteil bei den Landesbasisentgeltwerten berücksichtigt werden, führt dies entweder zu Einschränkungen der Leistungsqualität oder zwingt die Krankenhäuser zur Erbringung zusätzlicher - möglicherweise medizinisch nicht notwendiger - Leistungen, um Erlösausfälle zu kompensieren. Beides sind falsche Anreize.

Der Referentenentwurf ist zu einem Zeitpunkt vorgelegt worden, zu dem die künftige Vergütungsstruktur und der Entgeltkatalog noch nicht einmal in Ansätzen erkennbar sind. Das erschwert die sachgerechte Bewertung der einzelnen Bestimmungen. Es wäre wünschenswert gewesen für die Entwicklung eines Entgeltsystems, für das es weltweit kein Vorbild gibt, mehr Zeit zur Verfügung zu haben. Da es aber offenbar politisches Ziel ist, den im § 17 d KHG genannten Einführungszeitpunkt für das neue Entgeltsystem (01.01.2013) einzuhalten, ist eine ausreichende Einführungs- und Übergangsfrist dringend nötig. Die vierjährige budgetneutrale Phase mit zwei Optionsjahren und eine fünfjährige Konvergenzphase verbunden mit einer Kappungsgrenze begrüße ich ausdrücklich und halte sie für unverzichtbar.

Vor der endgültigen „Scharfschaltung“ des Systems am Ende der Konvergenzphase sollte nochmals sorgfältig geprüft werden, ob die einzelnen Systemkomponenten die leistungsgerechte Versorgung psychischer kranker Menschen auch in Zukunft gewährleisten. Außerdem muss die uneingeschränkte Umsetzung der Qualitätsstandards der Psychiatrie-Personalverordnung gewährleistet sein.

Ich begrüße es sehr, dass für das neue Entgeltsystem der Krankenhauspsychiatrie mit der zu ändernden Bundespflegesatzverordnung eine eigene Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die einzelnen Bestimmungen des Referentenentwurfes sind zwar weitgehend an die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes angelehnt, die künftige Bundespflegesatzverordnung ermöglicht es aber, Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung besser abzubilden.

Eine dieser Besonderheiten ist die regionale Pflichtversorgung, die gewährleistet, dass auch Patienten mit schweren psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten und Patienten, die gegen ihren Willen gerichtlich zur stationären Behandlung eingewiesen werden, jederzeit im Pflichtversorgungskrankenhaus aufgenommen werden können. Die regionale Pflichtversorgung unterscheidet die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen von somatischen Krankenhäusern aber auch von psychosomatischen Kliniken, die diese Form der Pflichtversorgung in der Regel nicht kennen.

Die regionale Pflichtversorgung ist mit zusätzlichem Vorhalteaufwand verbunden, da die Kliniken zu jeder Zeit aufnahmebereit sein und die psychiatrische Notfallversorgung sicherstellen müssen. Darüber hinaus sind Personalkapazitäten notwendig, um die Krankenhäuser mit außerklinischen Einrichtungen und Diensten zu vernetzen und in den gemeindepsychiatrischen Netzwerken mitzuwirken. Dies ist unverzichtbar, um ein qualifiziertes Entlassungsmanagement praktizieren zu können.

Diese Form der regionalen Pflichtversorgung lässt sich nicht in Diagnosen oder Prozeduren abbilden, sondern muss als Strukturelement über Zuschläge finanziert werden. Hierzu fehlen aber die gesetzlichen Grundlagen im Referentenentwurf.

Die schon im Jahre 2010 eingeführten OPS-Kodes erforderten die Umstellung oder den Aufbau einer neuen IT-Infrastruktur zur patientenbezogenen Leistungs- und Kostenerfassung. Mitarbeiter in den Kliniken mussten auf breiter Basis geschult werden. Außerdem ist der Einsatz von Medizin-Controllern, Kodierfachkräften und Case-Managern erforderlich. Die Krankenhäuser haben diesen Einführungsaufwand bisher ohne finanziellen Ausgleich aus den laufenden Budgets aufbringen müssen.

Die im Referentenentwurf genannten Kosten sind unvollständig, da eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft den jährlichen Aufwand für das neue Entgeltsystem auf rund 350.000 € pro Krankenhaus schätzt. Diese Kosten müssen in angemessener Form als Aufwand der Systemeinführung im neuen Vergütungssystem berücksichtigt werden.

Der Referentenentwurf hält bei der Kostenentwicklung an der Veränderungsrate nach § 71 SGB V fest. Lediglich in einer Fußnote wird in Aussicht gestellt, den Kostenorientierungswert anzuwenden. Gerade in der Psychiatrie mit einem Personalkostenanteil von 80 % und zum Teil mehr reicht die Veränderungsrate der Krankenversicherungseinnahmen bei weitem nicht aus, um die tatsächliche Kostenentwicklung abzudecken. Finanzierungslücken wären von vornherein vorprogrammiert.

Der Gesetzgeber hat als Voraussetzung für den Einstieg in das neue Entgeltsystem Wert darauf gelegt, dass die Qualitätsstandards der Psychiatrie-Personalverordnung uneingeschränkt umgesetzt werden. Hierzu hat er zwei Mal die Bundespflegesatzverordnung geändert. Dies war notwendig, weil die Veränderungsrate - trotz der sog. TVöD-Berichtigung - zur Unterfinanzierung dieser Standards führte. Das gleiche droht nach den Bestimmungen des Referentenentwurfes beim neuen Vergütungssystem.

## **2. Anmerkungen zu den Einzelvorschriften**

### **Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 17 b KHG)**

Psychiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen nehmen regionale Pflichtversorgungsaufgaben wahr. Die Versorgungsstrukturen der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterscheiden sich insoweit von der Somatik und auch von der Psychosomatik. Die Kliniken müssen in der Lage sein, auch schwierige und auffällige Patienten jederzeit aufzunehmen und zu behandeln. Sie können Patienten nicht wie in der Somatik üblich beispielsweise an Kliniken der Maximalversorgung weiterleiten.

Mit der regionalen Pflichtversorgung ist ein erhöhter Vorhalteaufwand für die jederzeitige Aufnahmebereitschaft verbunden. Zusätzliche Kosten entstehen den Pflichtversorgungskliniken durch unterschiedliche Vernetzungsaufgaben mit den außerklinischen Einrichtungen und Diensten ihrer Versorgungsregion. Sie sind erforderlich, um die Weiterbetreuung von Patienten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung im System gemeindepsychiatrischer Angebote optimal zu organisieren, damit zur Verkürzung der Verweildauer beizutragen und Wege zu einer sektorübergreifenden Versorgung zu ebnen.

Als Strukturelement lässt sich dieser Aufwand nicht über die Patientenmerkmale der OPS-Kodes abbilden. Deshalb muss die gesetzliche Voraussetzung zur Vereinbarung von Zuschlägen für die regionale Pflichtversorgung geschaffen werden.

Dies sollte durch die Ergänzung des § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG, der gemäß § 17 d Abs. 2 KHG auch für das Psychiatricentgeltssystem gilt, geschehen. Diese Ergänzung wäre auch als neue Ziffer 4 in § 2 Abs. 2 BPfIV aufzunehmen. In diese Ergänzung sollten auch Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre psychiatrische Versorgung aufgenommen werden. Eine vergleichbare Regelung existiert für die Somatik im Krankenhausentgeltgesetz. Auch für die Psychiatrie sind Zentren- oder Schwerpunktbildungen im Rahmen spezialisierter Versorgungsangebote beispielsweise für Borderline-Patienten denkbar.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 17 d Abs. 4 KHG)**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Optionskliniken bis zum 31.10.2013 eine schriftliche Erklärung gegenüber den Budgetparteien über den Einstieg ins neue Vergütungssystem abgeben müssen. Dieser Zeitrahmen ist zu knapp bemessen. Der Entgeltkatalog für das Jahr 2013 soll bis zum 30.09.2012 vereinbart werden. Von den Software-Anbietern müssen entsprechende Grouper entwickelt und vom InEK zertifiziert werden. Die Kliniken müssen dann prüfen, ob Ihnen unter diesen Bedingungen eine Optierung möglich ist. Deshalb sollte die Erklärungsfrist bis 30.11.2012 verlängert werden.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 3 BPfIV)**

Bisher sind die Strukturen des neuen Vergütungssystems noch nicht erkennbar. Dies kann nicht überraschen, weil - anders als seinerzeit bei der Somatik - weltweit kein Vorbild für ein pauschalierendes Psychiatricentgeltssystem vorhanden ist. Die gesetzliche Vorgabe des § 17 d KHG zur Einführung des Vergütungssystems im Jahre 2013 ist außerordentlich ambitioniert. Mehr Zeit für Entwicklung und Erprobung wäre wünschenswert gewesen.

Der Referentenentwurf hält aber am Einführungszeitpunkt 01.01.2013 fest. Die vorgesehenen vier budgetneutralen Jahre mit zwei Optionsjahren sind zur Weiterentwicklung des Entgeltkataloges, für die praktische Umsetzung des neuen Systems in den einzelnen Kliniken, aber auch zur Prüfung von Anreiz- und Steuerungswirkungen, die vom neuen System ausgehen können, dringend nötig und unverzichtbar.

Es ist verständlich, dass Anreize geschaffen werden sollen, um möglichst viele Kliniken/Abteilungen zur Optierung ab 2013 oder 2014 zu gewinnen. Die Regelung wonach § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. nur für Optionskliniken bis 2016 gelten soll, ist hierzu nicht geeignet.

§ 6 BPfIV a. F. bleibt während der budgetneutralen Phase ohnehin Grundlage für die Budgetverhandlungen. Dies gilt insbesondere für die Ausnahmetatbestände von der Betragsobergrenze nach § 6 Abs. 1 BPfIV a. F., zum Beispiel Veränderungen der Leistungsstruktur und der Fallzahl, zusätzliche Kapazitäten durch Bescheide der Krankenhausplanung.

§ 6 Abs. 4 BPfIV a. F. hat lediglich eine Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht in vollem Umfang umgesetzte Personalstellen nach dem Psych-PV eröffnet. Die Kliniken haben hiervon Gebrauch gemacht und zum Teil Stufenvereinbarungen getroffen, die bis in das Jahr 2013 reichen. Diese Vereinbarungen dürfen durch die vorgesehene Regelung des § 3 Abs. 1 BPfIV nicht aufgehoben werden.

Deshalb ist diese Regelung zu streichen.

Der im § 3 Abs. 5 BPfIV vorgesehene Mindererlösausgleich für die Jahre 2013 und 2014 mit 75 % kann ebenfalls nicht als Anreiz für Optionskliniken angesehen werden. Kliniken unterliegen beim Einstieg in ein neues Vergütungssystem der Gefahr der Fehleinschätzung und damit einem erhöhten Risiko von Mindererlösen. Bei Einführung des DRG-Systems wurde Optionskliniken ein Mindererlösausgleich von 95% zugestanden. Ich sehe keinen Grund, die psychiatrischen Kliniken schlechter zu stellen.

Unverständlich ist mir, warum beim Mehrerlösausgleich Quoten von 85 bzw. 90 % vorgesehen sind, die deutlich über der für die Somatik geltenden Quote liegen. Für den Mehrerlösausgleich sollten ebenfalls 65 % angesetzt werden.

Ab dem Jahr 2015 sollen die Ausgleichsätze von 20% für Mindererlöse und 85% bzw. 90% für Mehrerlöse gelten. Diese Quoten sind „Ergebnis der gesundheitspolitischen Diskussion und nicht betriebswirtschaftlich ermittelt“, wie aus der Begründung des Referentenentwurfes hervorgeht. Solange keine qualifizierte Kalkulation vorliegt, sind Mindererlöse mit 40% und Mehrerlöse mit 65% auszugleichen.

Die Bestimmung über kodierbedingte Mehrerlöse ist zu streichen, da Mehrerlöse aus Dokumentationseffekten nicht konkret ermittelbar sind und wenn überhaupt feststellbar nur zeitlich befristet wirken.

§ 3 Abs. 2 BPfIV sieht die Verminderung der Budgetsumme vor, wodurch der Grundsatz der Budgetneutralität verletzt wird. Die in § 3 Abs. 2 Nr. 1 a) und b) genannten Abzugstatbestände für Leistungen der integrierten Versorgung und Modellvorhaben sind bisher bei der Ermittlung des medizinisch leistungsgerechten Budgets berücksichtigt worden. Diese Abzugstatbestände sind deshalb zu streichen. Sollte sie bestehen bleiben, müsste konsequenterweise auch die Erhöhung der Ausgangsgrundlage möglich sein, weil Modellvorhaben oder Verträge zur integrierten Versorgung enden und diese Leistungen wieder über das Budget der Klinik finanziert werden müssen.

Der Budgetneutralität müssen die tatsächlich erzielten Erlöse der Kliniken zugrunde liegen. Dies bedeutet, dass auch Rechnungskürzungen aufgrund von MDK-Prüfungen wegen Dokumentations- oder Kodierfehlern auszugleichen sind. Die budgetneutralen Jahre dienen gerade dazu, dass die Kliniken die neue Vergütungssystematik einüben können. Dokumentationsfehler werden dabei nicht zu vermeiden sein.

### **Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 4 BPfIV)**

Der Referentenentwurf enthält zahlreiche Detailbestimmungen, die ohne Kenntnis des bundeseinheitlichen Leistungskataloges nur schwer zu bewerten sind. Grundsätzlich begrüße ich die vorgesehene fünfjährige Konvergenzphase verbunden mit einer Kappungsgrenze.

Änderungsbedarf sehe ich beim § 4 Abs. 2 Nr. 1 BPfIV hinsichtlich der Verminderung des Ausgangswertes für die Ermittlung des Erlösbudgets. Ich verweise insofern auf meine Stellungnahme zu § 3 Abs. 2 BPfIV.

Die Veränderungsrate nach § 71 SGB V ist nicht geeignet, die Kostenentwicklung psychiatrischer Kliniken angemessen zu berücksichtigen. Bei einem Personalkostenanteil von 80%, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sogar eher mehr, ist die Veränderungsrate trotz des weiterhin vorgesehenen anteiligen Tarifausgleiches nicht geeignet, die Kostenentwicklung abzudecken. Sie muss durch den Kostenorientierungswert ersetzt werden.

Die Finanzierung zusätzlicher Leistungen nach § 4 Abs. 3 BPfIV weist für das Zieljahr 2021 einen von der DRG-Einführung abweichenden Prozentwert aus. Statt 75% sollte es deshalb 80% heißen.

Schließlich verweise ich auf die oben dargelegte Problematik der Prozentsätze der Mehr- und Mindererlöse, die in § 4 BPfIV entsprechend zu übernehmen sind.

### **Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 5 BPfIV)**

Solange keine bundeseinheitliche Vereinbarung von Zu- und Abschlägen vorliegt, müsste den Vertragsparteien auf örtlicher Ebene die Möglichkeit gegeben werden, Zu- und Abschläge zu vereinbaren. Dies gilt vor allem für Zuschläge für die regionale Pflichtversorgung aber auch für Zentren und Schwerpunkte.

### **Zu Artikel 2 Nr. 11 (§ 8 BPfIV)**

Nach § 8 Abs. 2 BPfIV können am Entlassungs- oder Verlegungstag keine Entgelte berechnet werden. Dies ist nicht sachgerecht, weil gerade bei Entlassung und Verlegung besondere Aufwendungen für die Überleitung insbesondere chronisch psychisch Kranker in das aufnehmende außerklinische Hilfesystem anfallen. Entlassungs- und Verlegungstage sind deshalb als Kostenträger in der Kalkulation durch das InEK berücksichtigt worden. Deshalb müssen an diesen Tagen auch Entgelte berechnet werden dürfen.

Bei der gesetzlichen Vertretung nach § 8 Abs. 6 BPfIV ist wohl die „rechtsgeschäftliche“ Vertretung gemeint.

### **Zu Artikel 2 Nr. 13 (§ 9 BPfIV)**

In § 9 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV taucht die Formulierung „so wie in geeigneten Fällen Regelungen zu nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten“ auf. Diese Formulierung löst Irritationen aus. Das neue Entgeltsystem basiert auf Tagespauschalen und nicht auf Fallpauschalen. Bei Tagespauschalen sind Vereinbarungen über erkrankungstypische Verweildauern oder Behandlungszeiten nicht erforderlich. Diese Formulierung ist zu streichen.

Ebenso zu streichen ist die Regelung des § 9 Abs. 1 Nr. 7 BPfIV. Die Kriterien für die Beurteilung der Dauer der Krankenhausbehandlung bei psychisch Kranken sind durch Rechtssprechung des Bundessozialgerichtes im Einzelnen definiert. Krankenhausbehandlung hat keine sozialen Gesichtspunkte, beispielsweise die tatsächliche Verfügbarkeit von Anschlussbehandlungsmöglichkeiten, zu berücksichtigen. Der behandelnde Arzt trägt die Verantwortung dafür, dass diese Kriterien eingehalten werden. Außerdem haben die Krankenkassen mit Einschaltung des MDK die Möglichkeit, Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zu prüfen.

Nach § 11 Abs. 4 SGB V haben die Krankenhäuser im Rahmen eines Versorgungsmanagements für eine sachgerechte Anschlussbetreuung der Patienten zu sorgen.

Aus den genannten Gründen besteht kein Anlass, Vereinbarungen über Interventionszeitpunkte oder Abstimmungsverfahren mit den Krankenkassen zu treffen. Sie würden im Übrigen erhebliche Probleme des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht verursachen.

### **Zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 10 BPfIV)**

Die Bestimmungen über die Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten ab 2017 sind weitgehend den Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes entlehnt. Damit werden die im DRG-System bestehenden Probleme auf das Psych-Entgeltsystem übertragen.

Nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 BPfIV sind Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, dass in den psychiatrischen Kliniken trotz jahrelanger Budgetdeckung und Unterfinanzierung der Qualitätsstandards der Psych-PV noch immer nennenswerte Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Wäre dies so, hätte es keiner Änderung der Bundespflegesatzverordnung zur Nachverhandlung der Psych-PV bedurft.

Krankenhausleistungen müssen medizinisch leistungsgerecht aber auch wirtschaftlich sein. Die Krankenkassen achten bei den Budgetverhandlungen sehr genau darauf, dass keine unwirtschaftlichen Aufwendungen über die Budgets finanziert werden.

Es ist schwer vorstellbar, wie Wirtschaftlichkeitsreserven definiert und monetär bewertet werden sollen. Die Berücksichtigung von vermeintlichen Wirtschaftlichkeitsreserven im Landesbasisentgeltwert führt schließlich zu dem kuriosen Ergebnis, dass eine Klinik, die hoch wirtschaftlich geführt wird, durch den Abschlag im Landesbasisentgeltwert „bestraft“ wird.

Aus den genannten Gründen ist diese Regelung zu streichen. Das nach wie vor geltende allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot der Bundespflegesatzverordnung reicht aus.

Leistungsveränderungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 BPfIV werden sich in der Psychiatrie und der Psychosomatik als weiterhin deutlich steigende Fallzahl niederschlagen. Wenn sich die Entwicklung - wie in den letzten Jahren geschehen - fortsetzt, wächst die Fallzahl in der Psychosomatik deutlich stärker als in der Psychiatrie. Wenn die Landesbasisentgeltwerte durch diesen Effekt nicht im nötigen Umfang steigen oder gar abgesenkt werden, kommt es zu ungerechtfertigten Verteilungseffekten, die letztlich zu Lasten schwer- und chronisch-psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Kliniken gehen. Dies muss in jedem Fall vermieden werden.

Ein variabler Kostenanteil bei Mehrleistungen ist kaum fundiert zu bestimmen. Fallzahlsteigerungen werden zu zusätzlichen Bettenkapazitäten an neuen Standorten und zu neuen Tageskliniken führen. Für neue Einrichtungen kann es keine Differenzierung zwischen variablen und fixen Kosten geben.

Die Berücksichtigung von Kodiereffekten ist im DRG-System zu einem permanenten Streitpunkt geworden. Es fehlen valide Kriterien für die Definition und Bewertung solcher Effekte. Im Übrigen sind Kodiereffekte bestenfalls eine temporäre Erscheinung.

Diese Regelungen sind deshalb zu streichen.

Unverständlich ist, dass allgemeine Ausgabenentwicklungen außerhalb der Bewertungsrelationen (§ 10 Abs.2 Nr. 4 BPfIV) berücksichtigt werden. Diese Bestimmung führt bei einer Absenkung der Landesbasisentgeltwerte zu Belastungen für alle Krankenhäuser, obwohl Entgelte außerhalb der Bewertungsrelationen jeweils nur bei einzelnen Kliniken und dabei noch in höchst unterschiedlichem Umfang abgerechnet werden. Diese Form der „Kollektivhaftung“ ist abzulehnen.

Der Verweis in § 10 Abs. 2 Nr. 7 BPfIV auf die Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1 BPfIV ist sehr unspezifisch. Es ist nicht erkennbar, welche Teile der nach dieser Bestimmung auf Bundesebene zu vereinbarenden Parameter bei den Landesbasisentgeltwerten berücksichtigt werden sollen.

Die Vereinbarung der Landesbasisentgeltwerte soll an eine Obergrenze entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 SGB V gebunden werden (§ 10 Abs. 3 BPfIV). Ich habe an anderer Stelle bereits dargelegt, dass dies nicht akzeptabel ist. Die Veränderungsrate muss durch den Kostenorientierungswert ersetzt werden.

Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass der Referentenentwurf in gewissen Grenzen die Berücksichtigung von Tariferhöhungen vorsieht. Leider werden aber nicht alle Tarifpositionen (beispielsweise Bereitschaftsdienst oder die leistungsorientierte Vergütung) miteinbezogen. Zudem halte ich die Berücksichtigung von lediglich 50 % des Unterschiedsbetrages für zu gering.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 15 (§ 11 BPfIV)**

Der mit der Systemeinführung verbundene zusätzliche Bürokratieaufwand sollte nach Möglichkeit begrenzt werden. Nach § 11 Abs. 4 BPfIV hätten die Optionskliniken noch bis 2016 Teile der LKA der Bundespflegesatzverordnung vorzulegen. Dies ist nicht erforderlich.

Die Aufzählung im § 11 Abs. 4 Nr. 1 sollte um die Abschnitte K6 und K7 ergänzt werden.

§ 11 Abs. 6 sollte ersatzlos gestrichen werden. Ich verweise insoweit auf meine Begründung zu § 9 BPfIV.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 19 (§ 15 BPfIV)**

Die in § 15 Abs. 2 BPfIV genannte Begrenzung des Ausgleichs von Zuschlägen ist zu niedrig und kann zu Liquiditätsverlusten der Krankenhäuser führen. Dies gilt vor allem deshalb, weil vielfach Budgetvereinbarungen nicht prospektiv zustande kommen.

Der letzte Satz des § 15 Abs. 2 BPfIV ist zu streichen. Ein „verspäteter Budgetabschluss“ kann vielfache Gründe haben, wobei es schwer fallen dürfte, eindeutig Gründe zu finden, die allein vom Krankenhaus zu vertreten sind.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 20 (§ 16 BPfIV)**

Diese Bestimmung bietet die Möglichkeit, Modellvorhaben mit sektorübergreifenden Versorgungsangeboten abzuschließen. Sie ist deshalb ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings wird aus der Begründung nicht recht klar, wie sich diese Modellvorhaben zu denjenigen des § 64 b SGB V (Artikel 4 Nr. 2 des Referentenentwurfes) abgrenzen.

Nicht erkennbar ist, warum diese beiden Modellvorhaben unterschiedliche Laufzeiten bekommen sollen.

Modellvorhaben nach § 16 BPfIV sind mit einer erhöhten Zugangshürde in Form einer doppelten Dokumentation, d. h. mit erhöhtem Bürokratieaufwand, versehen. Deshalb sollte geprüft werden, ob auf die Datenermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz verzichtet werden kann.

Um auch potentiellen „Konvergenzgewinnern“ den Anreiz zu bieten, Modellvorhaben nach § 16 BPfIV abzuschließen, sollte klar gestellt werden, dass bereits während der Laufzeit des Modellvorhabens eine Annäherung des Erlösbudgets der Klinik an den landesweit geltenden Basisentgeltwert möglich ist.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 21 (§ 17 BPfIV)**

Mit dem Wegfall der LKA ist zu befürchten, dass ähnliche Probleme wie bei somatischen Krankenhäusern nach Einführung des Krankenhausentgeltgesetzes eintreten. Der Verband der privaten Krankenversicherung bezweifelte die Angemessenheit der Basispreise für gesondert berechenbare Leistungen der Unterkunft.

Deshalb sollte geprüft werden, ob diese Regelungslücke dadurch geschlossen werden kann, dass ein Auftrag an die Vertragspartner auf Bundesebene geht, eine entsprechende Empfehlung abzuschließen.

#### **Zu Artikel 4 Nr. 2 (§ 64 b SGB V)**

Die Möglichkeit, Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Versorgung abzuschließen, wird ausdrücklich begrüßt. Der Hinweis, dass dabei insbesondere die psychiatrischen Institutsambulanzen zu berücksichtigen sind, ist nicht erforderlich, sondern eher schädlich, weil hierdurch das breite Spektrum anderer ambulanter Angebote aus dem Blick geraten könnte.

Basierend auf Erfahrungen mit Verträgen zur integrierten Versorgung ist zu befürchten, dass Modellvorhaben nach § 64 b SGB V nur eine beschränkte Wirkungsbreite erlangen werde. Verträge werden wahrscheinlich immer nur mit einzelnen Krankenkassen zustande kommen. Patienten müssen sich einschreiben, was zu geringen Fallzahlen führt. Schließlich ist mit der Dokumentation der Daten nach § 301 SGB V ein erhöhter Bürokratieaufwand verbunden.

Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob die Modellvorhaben nicht noch effektiver gestaltet werden können.

### **Zu Artikel 4 Nr. 3 (§ 118 SGB V)**

Ich halte es für fraglich, dass psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen Institutsambulanzen benötigen. Gerade psychosomatische Fachkrankenhäuser arbeiten in der Regel überregional, so dass eine ambulante Versorgung von Patienten ohnehin ausscheidet.

Die Übertragung der Absätze 1 und 2 des § 118 SGB V auf die Psychosomatik wirft viele Fragen auf. Warum sollen psychosomatische Ambulanzen den Titel „psychiatrische Institutsambulanz“ tragen? Warum sollen psychosomatische Abteilungen kraft Gesetzes ermächtigt sein, Ambulanzen zu betreiben, während Fachkrankenhäuser eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses benötigen? Wie wird regionale Versorgungsverpflichtung nach § 118 Abs. 2 SGB V für psychosomatische Kliniken und Abteilungen definiert? Die Ermächtigung beinhaltet psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsleistungen. Psychosomatische Behandlung kommt im § 118 nicht vor. Bei psychosomatischen Abteilungen wäre ein dreiseitiger Vertrag zur Definition der Leistungen abzuschließen oder soll der schon bestehende Vertrag für psychiatrische Institutsambulanzen Anwendung finden?

Die jetzige Regelung des Referentenentwurfes ist nicht geeignet, ambulante Institutsleistungen für die Psychosomatik zu etablieren.

### **Zu Artikel 4 Nr. 4 (§ 120 SGB V)**

In § 120 Abs. 2 SGB V müsste konsequenterweise neben der bestehenden Regelung zu Vergütungen für psychiatrische Institutsambulanzen eine Bestimmung zur Vergütung psychosomatischer Institutsambulanzen eingefügt werden.

### **Zu Artikel 4 Nr. 5 (§ 137 SGB V)**

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass spätestens zum 01.01.2017 einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren eingeführt werden sollen. Besonders wichtig sind Indikatoren, die die Behandlungsqualität abbilden. Sie sollten dann idealerweise mit den Entgelten verknüpft werden.

### **Zu Artikel 7 (Psychiatrie-Personalverordnung)**

Die Aufhebung der Psych-PV zum Ende der Konvergenzphase ist die logische Konsequenz aus der „Scharfschaltung“ des neuen Vergütungssystems. Ziel des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes von 2009 ist es, die vollständige Umsetzung der Qualitätsstandards der Psych-PV zu erreichen und zu gewährleisten. Dazu dienen die beiden Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (§ 6 Abs. 4 BPfIV).

Leider höhlt die Veränderungsrate nach § 71 SGB V trotz der TVöD-Berichtigung seit 2009 die Finanzierbarkeit der Psych-PV von Jahr zu Jahr erneut aus. Dieser Prozess wird sich bis 2017 fortsetzen. Um die Qualitätsstandards der Psych-PV in das neue System überführen zu können, muss ein Anpassungs- oder Nachfinanzierungsmechanismus gefunden werden, ehe die Psych-PV endgültig aufgehoben wird.

Mit freundlichen Grüßen

(Joachim Hübner)  
Vorsitzender

Anschrift: BAG-Psychiatrie, Ständeplatz 2, 34117 Kassel

Vorsitzender: Prokurist Joachim Hübner, Tel.: 0561 - 10 04 - 53 21, Fax: 0561 - 10 04 - 54 21, [joachim.huebner@vitos.de](mailto:joachim.huebner@vitos.de)

Geschäftsführer/zugl. Geschäftsstelle: Jürgen Vöckel, Tel.: 0561 - 10 04 - 24 28, Fax: 0561 - 10 04 - 14 28, [juergen.voeckel@vitos.de](mailto:juergen.voeckel@vitos.de)

Telefonvermittlung 0561 - 10 04 - 0, Fax: 0561 - 10 04 - 29 29, Bankverbindung Kasseler Bank, BLZ 520 900 00, Kto.-Nr. 16 78 612

2.  
**Herrn Vöckel per E-Mail**  
**Herrn Neßhold**

zur Kenntnis.

4.  
**Zum Vorgang**

(Joachim Hübner)  
Vorsitzender

111201k48hübner02-do.doc