

**Referentenentwurf für ein
Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung
und der Vergütung für
psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG):
Eine Einschätzung**

Bearbeitungsstand: 10.06.2016

Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover
Email: michael.simon@hs-hannover.de

Inhalt

1	Vorbemerkungen	3
2	Keine Abkehr von PEPP: An der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems wird festgehalten.....	4
2.1	„Leistungsorientierter Gesamtbetrag“: Das neue Zielbudget nach erfolgter Angleichung	5
3	Der leistungsbezogene Vergleich	5
4	Fortsetzung der Budgetdeckung.....	6
5	Geänderte Vorgaben zur Kalkulation der bundesweit geltenden Bewertungsrelationen.....	7
6	Budgetneutrale Bedingungen weiterhin nur bis Ende 2018	8
7	Vereinbarungen auf der Bundesebene	9
8	Vereinbarungen auf der Landesebene	9
9	Vereinbarungen auf der Krankenhausebene	10
9.1	Krankenhausindividueller Basisentgeltwert.....	12
9.2	Zweck der Aufteilung des Gesamtbetrages in unterschiedliche Entgeltbereiche.....	13
10	Vorgaben zur Personalbesetzung	13
10.1	G-BA Richtlinie zu Mindestvorgaben für die Personalausstattung.....	13
10.2	Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung.....	15
10.3	Aufhebung der Psych-PV.....	16
11	Zusammenfassung	16
12	Literatur	18

1 Vorbemerkungen

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung für den Bereich der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung auf ein pauschalierendes Entgeltsystem (PEPP) wird seit Jahren kontrovers diskutiert und stößt auf erhebliche Kritik von Seiten der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände dieses Bereichs. Führende Verbände und Fachgesellschaften des Bereichs legten im September 2015 als Gegenentwurf ein Konzept für ein „Budgetbasiertes Entgeltsystem“ vor (DGPPN et al. 2015). Die SPD-Bundestagsfraktion griff die Kritik auf und verabschiedete auf ihrer Klausurtagung vom 8.01.2016 einen Beschluss unter dem Titel: „PEPP muss endgültig weg“ (SPD-Bundestagsfraktion 2016). Nach einem Gespräch zwischen den führenden Gesundheitspolitikern der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD sowie Ländervertretern am 18.02.2016 stellten der Gesundheitsminister und die führenden Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition der Öffentlichkeit „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vor (Gröhe et al. 2016).

Die Eckpunkte wurden vielfach als Abkehr von der geplanten Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gedeutet. Allerdings gab es auch Zweifel, ob die Eckpunkte dies tatsächlich beinhalteten. Eine Klärung der Frage, ob tatsächlich eine Abkehr vom PEPP erfolgen soll, war jedoch erst nach Vorlage des Gesetzentwurfes möglich. Ende Mai legte das BMG schließlich einen ersten Referentenentwurf für ein PsychVVG vor.

Das vorliegende Papier enthält eine erste Einschätzung dieses Referentenentwurfes. Es werden allerdings nicht alle darin aufgeführten Neuregelungen berücksichtigt. Die Darstellung und Einschätzung ist vielmehr konzentriert auf die Frage, ob und inwieweit der Referentenentwurf tatsächlich eine Abkehr vom Vorhaben der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) enthält.

Primärer Zweck des vorliegenden Papiers ist es, über die wichtigsten Inhalte des Referentenentwurfes zu informieren. Die darüber hinaus eingefügten Kommentare sind lediglich Einschätzungen der Bedeutung und voraussichtlicher Auswirkungen der geplanten Änderungen. Sie bedürfen sicherlich einer weiteren Prüfung und sollen nur einen Beitrag zur fachöffentlichen Diskussion über den Referentenentwurf leisten.

Um den an der Thematik Interessierten die Möglichkeit einer eigenen Urteilsbildung zu eröffnen, werden die geplanten Änderungen von Rechtsvorschriften wörtlich und – sofern sie Teil eines Absatzes sind – zusammen mit dem gesamten Absatz oder den die Änderung umgebenden Sätzen zitiert.

Zum Zweck der besseren Erkennbarkeit von Änderungen sind sie mit Hilfe der folgenden Formatierungen kenntlich gemacht:

- Sätze oder Satzteile die gestrichen werden sollen, wurden durchgestrichen; neue Paragraphen oder Teile von Paragraphen wurden fett hervorgehoben.
- Teilweise wurde die Satznummer durch eine hochgestellte Zahl zu Beginn des zitierten Satzes gekennzeichnet, damit der Abgleich mit dem Referentenentwurf leichter möglich ist.

Hinweise auf Fehler und Irrtümer im vorliegenden Papier wären hilfreich und können an die auf dem Deckblatt angegebene Emailadresse gesendet werden.

2 Keine Abkehr von PEPP: An der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems wird festgehalten

An der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems wird ausdrücklich festgehalten. Dies kommt vor allem auch darin zum Ausdruck, dass der für das Entgeltsystem zentrale § 17d KHG in diesem Punkt unverändert bleiben soll:

„¹Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. ²Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. ³Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. ⁴Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. ⁵Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. ⁶Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen“ (§ 17d Abs. 1 KHG).

Die zentralen Elemente des geplanten pauschalierenden Entgeltsystems sollen somit erhalten bleiben:

- der bundesweit geltende Entgeltkatalog
- die bundesweit geltenden Bewertungsrelationen
- die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten

Sowohl der Entgeltkatalog als auch die Bewertungsrelationen sollen weiterhin verbindlich von allen Krankenhäusern anzuwenden sein.

Dass es keine Abkehr von PEPP, sondern nur eine Modifikation geben soll, wird insbesondere auch an darauf bezogenen Aussagen im Begründungsteil des RefE deutlich (Hervorhebungen: MS):

„Anstelle einer schematischen **Konvergenz** ist eine erforderliche **Budgetangleichung** vertraglich durch die Vertragsparteien **vor Ort** zu vereinbaren“ (RefE PsychVVG, S. 26f.).

„Die **bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen** entfällt. **Stattdessen** wird über **krankenhausindividuelle Anpassungsvereinbarungen** die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt“ (RefE PsychVVG, S. 30).

„Regelhaft ist von einer **Umsetzung über mehrere Jahre** auszugehen, die bei **erforderlichen Anpassungen mögliche Versorgungsprobleme vermeidet**. Die Alternative zu einer mehrjährigen Anpassungsvereinbarung ist bei geringfügigem Änderungsbedarf die direkte Umsetzung bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags. Bedarf für eine krankenhausindividuell zu vereinbarende **schrittweise Erhöhung oder Absenkung** des bisherigen Gesamtbetrags durch eine **Anpassungsvereinbarung**“ (RefE PsychVVG, S. 30).

„Die **bislang vorgesehene schematische Konvergenz** der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte und Erlösbudgets wird abgelöst. Mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen wird **stattdessen** ein **leistungsbezogener Vergleich** eingeführt. Er bildet die **Grundlage für** die Vertragsparteien vor Ort zur **Bestimmung** eines **leistungsgerechten Gesamtbetrags**, eines **leistungsgerechten Basisentgeltwerts** und **leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte**, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Für darüber hinaus verbleibende, nicht durch das Leistungsspektrum des Kran-

kenhauses aufklärbare Budgetunterschiede, soll im Wege der **Verhandlung** ein **Prozess** organisiert werden, durch den auf eine **Annäherung zu leistungsorientierten Budgetniveaus** hingewirkt wird. Grundsätzlich sind **Erhöhungen** und **Absenkungen** der Budgets möglich“ (RefE PsychVVG, S. 31).

2.1 „Leistungsorientierter Gesamtbetrag“: Das neue Zielbudget nach erfolgter Angleichung

Zu beachten ist, dass in der Begründung des Referentenentwurfes neue Begriffe eingeführt werden, die von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein dürften. Der Begriff des „leistungsorientierten Gesamtbetrags“ dient offenbar als Bezeichnung für das Zielbudget nach erfolgter „Anpassung“ des krankenhausesindividuellen Gesamtbetrages, ebenso wie „leistungsorientierter Basisentgeltwert“ für den angestrebten landesweit einheitlichen Basisentgeltwert und „leistungsorientierte Entgelte“ für landesweit einheitliche Entgelte steht. Offenbar soll der Zusatz „leistungsorientiert“ zukünftig für Werte stehen, die landes- oder bundesweit vereinheitlicht wurden.

Dies wird jedoch weder im vorgeschlagenen Gesetzestext noch in der Begründung offengelegt. Die Verwendung des Begriffs „leistungsorientiert“ erfolgt jedoch einer stringenten Logik folgend und systematisch, so dass davon auszugehen ist, dass die Autoren des Referentenentwurfes ihn mit genau der oben herausgearbeiteten Bedeutung verwendet haben.

3 Der leistungsbezogene Vergleich

Es soll ein neues Element in das pauschalierende Entgeltsystem eingeführt werden, der ‚leistungsbezogene Vergleich‘. Dazu soll der § 4 BPfIV wie folgt neu gefasst werden:

„§ 4 Leistungsbezogener Vergleich

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

(2) Den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen. Sie sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 genutzt werden können.“

Der leistungsbezogene Vergleich dürfte von zentraler Bedeutung für das neue Entgeltsystem sein. Der Vergleich soll an die Stelle der entfallenden gesetzlich vorgegebenen schrittweisen Angleichung an den auf Landesebene vereinbarten Landesbasisentgelt treten. Die Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert soll zukünftig dadurch erreicht werden, dass der neue Vergleich die Zielwerte liefert, an die die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte und tagesbezogenen Entgelte schrittweise anzupassen sind.

Dementsprechend ist weiterhin auf Landesebene für das folgende Jahr ein Landesbasisentgeltwert auf Grundlage der voraussichtlichen Summe aller Bewertungsrelationen im Lande zu vereinbaren. Dieser Wert soll zukünftig aber nicht mehr für gesetzlich vor-

gegebene ‚schematische‘ Jahresschritte verwendet werden, sondern als Richtwert für die Verhandlungen vor Ort dienen. Das ist es, was sich hinter der Behauptung verbirgt, es würde ein System krankenhausindividueller Budgets eingeführt und die „Verhandlungsebene vor Ort gestärkt“ (RefE PsychVVG, S. 30).

Langfristig ist zudem nicht nur eine Angleichung auf Landesebene, sondern auch auf Bundesebene – also die Einführung bundesweit einheitlicher Vergütungen – geplant, was der letzte Satz in Absatz 1 andeutet. Dies wäre insofern nicht überraschend, als für das DRG-System seit langem eine so genannte ‚Bundskonvergenz‘ angestrebt wird. Bislang war jedoch nur ein Korridor mit maximaler Abweichung der Landesbasisfallwerte nach oben und unten durchsetzbar.

In der Begründung des RefE wird die Funktion des Vergleichs noch deutlicher erkennbar (Hervorhebungen: MS):

„Der **Krankenhausvergleich** soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den **Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung** in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine **Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen**, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausindividuell durch **Anpassungsvereinbarungen** berücksichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus“ (RefE PsychVVG, S. 16f.).

„Die zeitliche und der Höhe nach schematische Annäherung an einen landesweit geltenden Basisentgeltwert entfällt. **An die Stelle der schematischen Konvergenz tritt nunmehr der leistungsbezogene Vergleich** nach § 4“ (RefE PsychVVG, S. 35).

„Für diesen **leistungsbezogenen Vergleich** werden die **Vertragsparteien auf Landesebene** beauftragt, Folgendes zu ermitteln:

- Bis zum 30. November eines Jahres, erstmals bis zum 30. November 2018, für das folgende Jahr einen **landesweiten Basisentgeltwert**; dabei haben sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 auszugehen (Absatz 2).

- Die jeweils **durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte** nach § 6 Absatz 1 bis Absatz 3; dabei haben sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe auszugehen (Absatz 3).

Fehlende Werte sind jeweils zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen.

Kommen **Vereinbarungen** nach den Absätzen 2 und 3 bis zum 30. November des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die **Schiedsstelle** nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich die ausstehende Entscheidung fest“ (RefE PsychVVG, S. 35).

4 Fortsetzung der Budgetdeckelung

Wie bisher soll zukünftig auch eine Obergrenze für die Entwicklung der Budgets (Gesamtbetrag) gelten (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„Ab dem krankenhausindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2018 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu vereinbaren, ~~mit der Maßgabe, dass anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt; für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden; ab dem 1. Januar 2017 bildet der Veränderungswert die maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags.~~ Ausgangsgrundlage der Vereinbarung ist der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag“ (§ 3 Abs. 2 BpflV).

Auch nach der Änderung durch das PsychVVG sollen die krankenhausindividuellen Budgets einer relativ strikten Budgetdeckelung unterliegen, deren Obergrenze durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder („Veränderungsrate nach § 71 SGB V“) und die vom Statistischen Bundesamt ermittelte durchschnittliche Kostenentwicklung aller Krankenhäuser bestimmt wird. Das Ergebnis der Ermittlung der Kostenentwicklung durch das Statistische Bundesamt wird im KHEntgG „Orientierungswert“ genannt (§ 10 Abs. 6 KHEntgG). Übersteigt der „Orientierungswert“ die „Veränderungsrate“, so haben DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband die Differenz zu ermitteln und einen bundesweit geltenden „Veränderungswert“ zu vereinbaren, der bei der jährlichen Vereinbarung der Landesbasisfallwerte (DRG) bzw. Basisentgeltwerte (Psych) zu berücksichtigen ist.

Durch das PsychVVG werden für die Vereinbarung der krankenhausindividuellen Budgets allerdings mehrere Öffnungen hin zu einer Berücksichtigung der krankenhausindividuellen Kosten und Besonderheiten und Überschreitung der Obergrenze eingeführt, die bisher nicht vorgesehen waren (§ 3 Abs. 3 und 4 BPfIV, s. unten).

5 Geänderte Vorgaben zur Kalkulation der bundesweit geltenden Bewertungsrelationen

Deutliche Änderungen sind bei den Vorschriften zur Kalkulation der bundesweit geltenden Bewertungsrelationen geplant (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„7Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert **die ab dem 1. Januar 2020 die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen sollen**; § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 ist entsprechend anzuwenden. **Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben zur Personalausstattung weiter**“ (§ 17d Abs. 1 KHG).

Die Passagen zur Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe vermitteln den Eindruck, dass ab 2020 nur noch Einrichtungen in die Stichprobe aufgenommen werden dürfen, die die in einer noch zu beschließenden Richtlinie des G-BA (s.u. § 136a SGB V) enthaltenen Mindestvorgaben für die Ausstattung mit therapeutischem Personal erfüllen. Dem ist jedoch nicht so. Zum einen ist es keine zwingende Muss-Vorschrift zum anderen ist in der Begründung ausgeführt, dass Abweichungen zulässig sind, wenn ansonsten nicht genug Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung stehen. Oberste Priorität wird der Sicherstellung der Kalkulation eingeräumt, die Erfüllung der Anforderungen wird dem untergeordnet:

„Ab dem Jahr 2017 soll die **Kalkulationsgrundlage** zudem **repräsentativen Gesichtspunkten** Rechnung tragen. Nachdem der G-BA verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festgelegt hat, sind die **Qualitätsvorgaben** auch von den Einrichtungen, die an der Kalkulation teilnehmen, **als Teilnahmevoraussetzung zu erfüllen**. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen erfolgt damit perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität. In der **Übergangsphase** bis zur Festlegung der Qualitätsvorgaben durch den G-BA und einer hinreichenden Umsetzung der Qualitätsvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll von den **Kalkulationshäusern eine 100 prozentige Umsetzung der Psych-PV** gefordert werden. Für die Kalkulation soll hierdurch eine möglichst umfas-

sende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erreicht werden. **Diese Soll-Vorgabe darf jedoch nicht dazu führen, dass eine belastbare Kalkulation aufgrund einer nicht mehr hinreichenden Kalkulationsgrundlage verhindert wird**“ (RefE PsychVVG, S. 18).

Wichtig ist zudem Folgendes: Mit der Vorgabe, dass die Kalkulationskrankenhäuser die Anforderungen der G-BA Richtlinie zur Personalausstattung erfüllen sollen, wird ein zentrales Prinzip der Kalkulation durchbrochen. Die Kalkulation erfolgt bislang – ebenso wie im DRG-System – auf Grundlage von Ist-Leistungen und Ist-Kosten. Die neue Vorschrift stellt die Kalkulation für den Bereich der Personalkosten des therapeutischen Personals auf eine Mischkalkulation um, bestehend aus Soll-Kosten (Anzahl und Qualifikation des Personals) und Ist-Kosten (tatsächliche durchschnittliche Personalkosten je Vollkraft).

Die Vorgabe, dass die in die Kalkulationsstichprobe aufzunehmenden Kliniken Mindestanforderungen an die Personalbesetzung erfüllen müssen, ist aus Sicht der Qualitätssicherung zu begrüßen. Sie ist jedoch nicht ‚zu Ende gedacht‘, denn: Warum wird die Kalkulation nicht auch der anderen Kostenarten auf Soll-Kosten umgestellt? Warum werden weiterhin die durchschnittlichen Ist-Personalkosten verwendet?

6 Budgetneutrale Bedingungen weiterhin nur bis Ende 2018

Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems soll unter „weiterhin budgetneutralen Bedingungen“ erfolgen (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„**7**Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2017 **unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen** eingeführt. **Ab dem Jahr 2019 sind von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag anzupassen.** ~~⁸Erstmals für das Jahr 2019 wird nach § 18 Absatz 3 Satz 3 ein landesweit geltender Basisentgeltwert vereinbart. ⁹Ab dem Jahr 2019 werden der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget der Einrichtungen nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung schrittweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen. (§ 17d Abs. 4 KHG).~~

Als „budgetneutral“ wurden im DRG-System die Jahre 2003 und 2004 bezeichnet, in der aus der Abrechnung von DRG-Fallpauschalen keine Absenkung oder Erhöhung der Budgets resultieren sollten. Budgetkürzungen und -erhöhungen aufgrund des neuen Entgeltsystems sollten erst nach ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems ab dem Jahr 2005 eintreten. Die Verwendung des Begriffs „budgetneutral“ erfolgt hier offenbar in Analogie zum DRG-System.

Die ‚budgetneutrale Phase‘ bei der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems wird in § 3 Abs. 1 der aktuell geltenden BpflV als Zeitraum von 2013 bis 2018 festgelegt. Das soll nicht geändert werden. Somit endet die budgetneutrale Phase weiterhin zum 31.12.2018. Der RefE enthält folglich keine Verlängerung der budgetneutralen Phase.

Ab dem 1.01.2019 sollen die Bestimmungen der durch das geplante PsychVVG neu gefassten Bundespflegesatzverordnung gelten, und das heißt: die krankenhausesindividuellen Budgets und Entgelte sind schrittweise an die im leistungsbezogenen Vergleich enthaltenen Werte anzugleichen. Dass dies zu Budgetkürzungen für einen relevanten Teil der Krankenhäuser führen wird (und soll), kommt im Begründungsteil des Referentenentwurfes auch sehr deutlich zum Ausdruck (Hervorhebungen: MS):

„Wie bisher wird gewährleistet, dass für die Dauer der budgetneutralen Phase vorzulegende Nachweise über Art und Anzahl der Entgelte nur für die Ermittlung des krankenhausesindividuellen Ba-

sisentgeltwerts und zur Erörterung der medizinischen Leistungsstruktur verwendet werden. Eine **vergleichende Verwendung zur Absenkung des Krankenhausbudgets ist bis zum Ende der budgetneutralen Phase nicht** zulässig“ (RefE PsychVVG, S. 28).

Die Verwendung des Vergleichs als Richtgröße für die Absenkung von Krankenhausbudgets ist nur bis Ende 2018 nicht zulässig, danach ist sie zwingend vorgeschrieben.

7 Vereinbarungen auf der Bundesebene

Bei den Vorschriften zu den Vereinbarungen auf Bundesebene sind keine inhaltlichen Änderungen, sondern nur redaktionelle Anpassungen vorgesehen (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. ~~2Sie vereinbaren bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen.~~
³Nach Maßgabe der Sätze 4 bis 9 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. ~~4Das Vergütungssystem wird für die Einrichtung für die Jahre 2013 bis 2018 budgetneutral umgesetzt, erstmals für das Jahr 2013.~~ ⁵Das Vergütungssystem wird zum 1. Januar 2013, 1. Januar 2014, 1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016 jeweils auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. ⁶Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger, frühestens jedoch zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres, den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 schriftlich mitzuteilen. ⁷Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2017 **unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen** eingeführt. **Ab dem Jahr 2019 sind von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag anzupassen.** ⁸~~Erstmals für das Jahr 2019 wird nach § 18 Absatz 3 Satz 3 ein landesweit geltender Basisentgeltwert vereinbart.~~ ⁹~~Ab dem Jahr 2019 werden der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget der Einrichtungen nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung schrittweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.~~ ¹⁰Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2018 einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, erste Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl und erste Erkenntnisse zu Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor. ¹¹In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. ¹²Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“ (§ 17d Abs. 4 KHG).

8 Vereinbarungen auf der Landesebene

Die Vereinbarungen auf Landesebene sollen der geplanten Modifikation des Entgeltsystems entsprechend angepasst werden. Der § 10 BPfIV soll dazu wie folgt neu gefasst werden:

„§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

(1) Die in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) treffen die ihnen nach den folgenden Absätzen zugewiesenen Vereinbarungen.

(2) Für Zwecke des Vergleichs nach § 4 ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. November eines Jahres, erstmals zum 30. November 2018, für das folgende Kalenderjahr einen landesweiten Basisentgeltwert. Für die Ermittlung gehen sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen. Auf dieser Grundlage schätzen sie unter Beachtung der für die Vertragsparteien nach § 11

geltenden Vorgaben für die Vereinbarung des Erlösbudgets sowie der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr.

(3) Für Zwecke des Vergleichs nach § 4 ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. November eines Jahres, erstmals zum 30. November 2018, die jeweils durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3. Für die Ermittlung gehen sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Eine Vereinbarung nach Absatz 2 und 3 kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Einigung bis zum 30. November des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich die ausstehende Entscheidung fest.“

Die Vertragsparteien auf Landesebene (Landeskrankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenkassen und PKV-Verband) haben somit, wie auch im geltenden Recht vorgesehen, für das jeweils folgende Jahr einen landesweiten Basisentgeltwert, die voraussichtliche Summe der effektiven Bewertungsrelationen und Erlöse aller Krankenhäuser zu vereinbaren. Lediglich der Zweck soll sich ändern. Hatte der Landesbasisentgeltwert bislang die Funktion, verbindliche Vorgabe für das Ziel der Angleichung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte zu sein, so soll er nun als Orientierungsgröße für die Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen dienen.

Der Landesbasisentgeltwert geht in den neuen leistungsbezogenen Vergleich ein und ist somit wesentlicher Richtwert für die Vereinbarung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte. In welchem Umfang und in welcher Geschwindigkeit die Anpassung erfolgt, ist nun aber nicht mehr bundesweit einheitlich durch die BpflV vorgegeben, sondern wird abhängig vom Verlauf der Verhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen sein. Dies ändert aber nichts daran, dass das geplante neue System zu einer schrittweisen Anpassung an den Landesbasisentgeltwert führen soll.

In der Begründung des Referentenentwurfes wird behauptet, es würde zukünftig keine ‚Vereinbarung‘ eines Landesentgeltwertes mehr geben, sondern nur noch eine Schätzung der Vertragsparteien auf Landesebene (Hervorhebungen: MS).

„ist zukünftig auch **kein Landesbasisentgeltwert** mehr zu vereinbaren und dementsprechend dient auch der Veränderungswert nicht mehr der Zuwachsbegrenzung eines entsprechenden Landesbasisentgeltwerts“ (RefE PsychVVG, S. 34).

„ist zukünftig von den Vertragsparteien auf Landesebene auch **kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren**“ (RefE PsychVVG, S. 36).

Dies ist nicht richtig: Im Gesetzentwurf steht explizit der Begriff „Vereinbarungen“ (Abs. 1), und dass es sich nicht um eine unverbindliche Schätzung handelt, wird auch daran erkennbar, dass bei einer Nichteinigung die Schiedsstelle den Landesentgeltwert verbindlich festsetzt.

9 Vereinbarungen auf der Krankenhausebene

Die Vorgaben zu den Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen sollen in einem neu gefassten § 3 Abs. 3 und 4 BpflV geregelt werden:

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

Ausgangsgrundlage des jeweils vereinbarten Gesamtbetrags des Vorjahres vorzugehen. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den bundesweiten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,
2. Veränderungen von Art und Menge von krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen und leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten,
3. Kostenentwicklungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
4. die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4,
5. für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen sowie einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung,
6. für die Jahre ab 2020 die Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal,
7. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 3 Nummer 5 oder 6 dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 5 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 3 Nummer 1 oder 2 ist nur zulässig, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungs- schwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, leistungsbezogener struktureller Besonderheiten sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2019 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. Erlösbudget für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2,
2. Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3,
3. Erlössumme für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4.

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

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

Die neue Regelung gibt einerseits vor, dass bei der Budgetvereinbarung auch die krankenhausindividuellen Kosten zu berücksichtigen sind sowie die Ergebnisse der Personalbedarfsermittlung mittels Psych-PV und die Kosten der Umsetzung der vom G-BA beschlossenen verbindlichen Vorgaben zur Personalausstattung. Andererseits sind aber auch die Ergebnisse des neuen Krankenhausvergleichs zu beachten, und somit die Durchschnittskosten aller Einrichtungen.

Die Vorgabe, dass auch die krankenhausindividuellen Kosten und die Vorgaben des G-BA zur Personalbesetzung zu berücksichtigen sind, dürfte eine deutliche Verbesserung gegenüber der vorherigen Rechtslage bringen. Diese Vorschrift kann die Ausgangsbedingungen verbessern, um in den Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen die Refinanzierung krankenhausindividueller Kosten geltend zu machen. Ob und inwieweit eine Finanzierung der krankenhausindividuellen Kosten vereinbart wird, dürfte vor allem von den Krankenkassen abhängen.

Sollten die Krankenkassen vor Ort eine restriktive Haltung einnehmen, steht dem Krankenhaus allerdings die Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle offen. Und da die entsprechende Rechtsvorschrift die Berücksichtigung der krankenhausindividuellen Kosten vorgibt, könnte der Weg über Schiedsstellen für Krankenhäuser erfolgversprechend sein. Ist ein Krankenhaus vor der Schiedsstelle nicht erfolgreich, kann es gegen die Entscheidung der Schiedsstelle klagen.

Zu beachten ist dabei allerdings, dass sowohl die Schiedsstelle als auch die Gerichte an die geltenden Rechtsvorschriften gebunden sind, und die schreiben eine Angleichung auf Grundlage des Krankenhausvergleichs vor. Insofern kann diese Öffnung den gewollten Angleichungsprozess und die daraus resultierenden Budgetabsenkungen nicht verhindern.

Von besonderer Bedeutung in dieser Passage ist zudem die Vorschrift, dass die krankenhausindividuellen Entgelte die maßgeblichen Vergleichswerte nur dann „deutlich überschreiten“ dürfen, wenn dies vom Krankenhaus als unabweisbar nachgewiesen wurde. Als erheblich sollen laut Begründung des Referentenentwurfes Überschreitungen um mehr als ein Drittel gelten. Auch hier wird die weit reichende Bedeutung des neu einzuführenden „leistungsbezogenen Vergleichs“ nach § 4 BPflV erkennbar.

Die Regelung, dass im Falle der Nichtbesetzung vereinbarter Stellen die entsprechenden Mittel zurückzuzahlen sind, dürfte eine sinnvolle Sanktionsmaßnahme zur Durchsetzung der Einhaltung der vereinbarten Personalbesetzung sein.

9.1 Krankenhausindividueller Basisentgeltwert

Die bisherigen Absätze 3 bis 7 werden Absätze 5 bis 9. Dadurch wird § 3 Abs. 3 BPflV zu § 3 Abs. 5 BPflV und soll wie folgt geändert werden (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„Für die Abrechnung der Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 ~~sind für die Jahre 2013 bis 2018 krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte~~ **ist ein krankenhausindividueller Basisentgeltwert** zu ermitteln“

Dabei handelt es sich um eine Folgeregelung der Grundsatzentscheidung, dass es keine ‚schematische‘ Angleichung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesdurchschnitt geben soll. Es ändert nichts daran, dass der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert schrittweise an den Landesbasisentgeltwert angeglichen werden soll.

Die Vorschriften zu Mehr- und Mindererlösausgleichen sollen erhalten und nur etwas modifiziert werden (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„Weicht ~~für die Jahre 2013 bis 2018~~ die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 von dem veränderten Gesamtbeitrag nach Absatz 2 Satz 5 **oder Absatz 3 Satz 9** ab, so werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mindererlöse werden für die Jahre 2013, 2014, 2015 und 2016 zu 95 Prozent und ab dem Jahr 2017 zu ~~20~~ **50** Prozent ausgeglichen,
2. Mehrerlöse, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen,
3. sonstige Mehrerlöse werden für die Jahre 2013, 2014, 2015 und 2016 zu 65 Prozent ausgeglichen, ab dem Jahr 2017 werden sonstige Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach Absatz 2 Satz 5 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen“ (§ 3 Abs. 7 BPfIV).

Erreicht ein Krankenhaus die vereinbarte Gesamtsumme der Erlöse nicht, so soll es nicht nur 20%, sondern 50% der nicht erzielten Erlöse als Ausgleich erhalten. Zwar stellt dies eine Verbesserung für die Krankenhäuser dar, der Personalkostenanteil liegt aber deutlich höher. Insofern bergen Mindererlöse weiterhin ein Verlustrisiko für das Krankenhaus.

9.2 Zweck der Aufteilung des Gesamtbetrages in unterschiedliche Entgeltbereiche

An der Aufteilung des Gesamtbetrags in ein *Erlösbudget* (pauschalierte tagesbezogene Entgelte), die *Summe der Zu- und Abschläge* und die *Summe der Erlöse aus krankenhausspezifischen Entgelten* wird weiterhin festgehalten. Warum dies geschieht und für die Funktionsfähigkeit eines pauschalierenden Entgeltsystems auch unerlässlich ist, kommt in einer Passage der Begründung des RefE zum Ausdruck:

„Für möglichst belastbare Vergleichsinformationen ist es erforderlich, dass der vereinbarte **Gesamtbetrag aufgeteilt** wird“ (RefE PsychVVG, S. 30).

Die Aufteilung ist erforderlich, um Daten zu erhalten für den Vergleich auf Landesebene. Als Daten für einen Vergleich wären weder das Budget (Gesamtbetrag) noch eine Aufteilung des Budgets auf Belegungstage als Verrechnungseinheit geeignet. Für den Vergleich werden die im bundesweit geltenden Entgeltkatalog aufgeführten Entgelte benötigt, da davon ausgegangen wird, dass sie die erforderlichen Daten für einen Vergleich liefern.

10 Vorgaben zur Personalbesetzung

Bislang hat der G-BA nur den Auftrag, „Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ zu beschließen (§ 136a Abs. 2 SGB V). Nun soll er den Auftrag erhalten, in einer Richtlinie „verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung“ festzulegen, die ab 2020 die geltende Psych-PV ablösen sollen.

10.1 G-BA Richtlinie zu Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Der G-BA soll beauftragt werden, verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung mit therapeutischem Personal festzulegen. Dazu soll § 136a Abs. 2 SGB V wie folgt neu gefasst werden (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„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. Die **Mindestvorgaben zur Personalausstattung** nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen“ (§ 136a Abs. 2 Satz 1).

Die Einführung verbindlicher Vorgaben zur Personalbesetzung ist grundsätzlich zu begrüßen. Den G-BA mit der Entwicklung solcher Vorgaben zu beauftragen, ist allerdings kein geeigneter Weg, nicht zuletzt auch, weil in dessen Entscheidungsgremium bei der Entscheidung über eine solche Richtlinie außer den drei Unparteiischen Mitgliedern nur Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und der DKG sitzen werden. Sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die Führung der DKG haben sich in der Vergangenheit jedoch mehrfach gegen verbindliche Vorgaben zur Personalbesetzung ausgesprochen. Beide Akteure sollen nun über verbindliche Mindestvorgaben entscheiden. Bei einer solchen Konstellation ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Stimmen der Unparteiischen entscheidend sein werden.

Zudem nicht erkennbar, ob im Unterausschuss Qualitätssicherung, der eine solche Richtlinie entwickeln muss, ausreichend Sachverstand vorhanden ist, nicht nur für die Frage einer angemessenen Personalausstattung allgemein, sondern in diesem Fall speziell für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Nicht nur, dass sich dieser Unterausschuss bislang nicht mit diesem speziellen Thema befasst hat, es wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht bekannt sein, wer an den Beratungen über eine solche Richtlinie teilnimmt und über den wahrscheinlich vorentscheidenden Richtlinienentwurf abstimmt, denn die Mitglieder des Unterausschusses sind nicht öffentlich bekannt. Es müsste wahrscheinlich erst ein entsprechender Gerichtsbeschluss erwirkt werden, um den G-BA zur Veröffentlichung der Namen und Funktionen der Mitglieder des Unterausschusses zu zwingen.¹

Bei einer Beauftragung des G-BA ist zudem zu bedenken, dass das BMG keine Fachaufsicht ausüben darf, sondern nur eine Rechtsaufsicht. Die Regierung und somit der Gesetzgeber kann die Inhalte einer Richtlinie nur über die Fassung des gesetzlichen Auftrages beeinflussen. Der gefasste Beschluss des G-BA kann vom BMG nur beanstandet werden, wenn ein Verstoß gegen geltendes Recht und Verfahrensvorschriften vorliegt. Sollte das Ergebnis inhaltlich nicht den Erwartungen und Zielen der Politik entsprechen, wäre nur nachträglich über eine erneute Gesetzesänderung und weitergehende Konkretisierung des Gesetzauftrages zu bewirken, dass die Richtlinie geändert wird.

Bei der Entwicklung von Vorgaben zur Personalbesetzung sollte dem sowohl bei der Psych-PV als auch der Pflege-Personalregelung beschritten Weg gefolgt und eine unabhängige Expertenkommission beauftragt werden, die einen Entwurf erarbeitet, der Grundlage einer Rechtsverordnung des Bundes vom BMG werden kann.

Die Begründung des Referentenentwurfes enthält zudem unterschiedliche und teilweise auch widersprüchliche Aussagen zu der gewünschten Richtlinie. So wird auf Seite 25 ausgeführt, die Mindestanforderungen sollten zunächst nur für solche Indikationen eingeführt werden, für die bereits S3-Leitlinien existieren.

„Die **Mindestanforderungen** sollen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt“ (RefE PsychVVG, S. 25).

Auf Seite 43 ist hingegen davon nicht die Rede, dort wird eindeutig festgestellt, die Richtlinie solle für die gesamte Psychiatrie und Psychosomatik gelten.

Von einer Beschränkung auf einzelne Diagnosen oder Therapien oder Indikationen ist im vorgeschlagenen neuen Gesetzestext allerdings nicht die Rede. Sie wäre auch weder sachlich hinreichend begründbar noch praktikabel. Vorgaben zur Personalbesetzung können praktikabel nur für abgegrenzte Organisationsbereiche (z.B. Stationen) erfolgen. Vorgaben für einzelne Patientengruppen in Abhängig von der Diagnose oder Therapie würden dazu führen, dass auf Stationen nur für einen Teil der Patienten Vorgaben gel-

¹ Entsprechende erfolgreiche Klagen gab es bislang bspw. in Nordrhein-Westfalen und vor kurzem vor dem Verwaltungsgericht des Landes Berlin.

ten, für alle übrigen keine. Eine solche Regelung ist weder praktisch umsetzbar noch ist deren Einhaltung überprüfbar.

Wenn die neue Richtlinie nur für einen kleinen Teil der Patienten oder Indikationen gelten würde, gäbe es für alle andere Patienten oder Indikationen keine Regulierung der Personalausstattung mehr, da die Psych-PV bei Inkrafttreten der Richtlinie aufgehoben werden soll. Insofern muss die neue G-BA Richtlinie zwingend für alle Patienten der stationären Psychiatrie und Psychosomatik gelten.

Die Erläuterungen zu diesem Teil des geplanten Gesetzes finden sich im Begründungsteil des Referentenentwurfes:

„Sobald die **Vorgaben des G-BA** nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung vorliegen, die zum Jahr **2020** die Vorgaben der **Psych-PV ablösen**, sind durch Nummer 6 die G-BA-Festlegungen zu verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung **bei der Budgetverhandlung zu berücksichtigen**“ (RefE PsychVVG, S. 29).

„Zur Sicherung der Behandlungsqualität wird der **G-BA** durch die Änderungen im neuen Satz 2 insbesondere damit beauftragt, in seinen **Richtlinien Mindestvorgaben** zu dem für die Versorgung erforderlichen therapeutischen Personal verbindlich festzulegen sowie Indikatoren zur Bewertung der Qualität zu entwickeln. Die **Mindestvorgaben**, die die bisher vorgesehenen Empfehlungen zur Personalausstattung ersetzen, sind aus Sicht von Fachexperten erforderlich, **weil** die bisherigen Vorgaben der **Psych-PV ab dem Jahr 2020 außer Kraft** treten. **Da die therapeutische Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einen sehr personalintensiven Bereich darstellt, hängt die Versorgungsqualität hier in besonderem Maße von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in stationären Einrichtungen bedarf daher zur Sicherung der Strukturqualität weiterhin bindender Regelungen für die Personalausstattung.** Mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben wird der Umfang der zur notwendigen Versorgung der Patienten vorzuhaltenden Personals beschrieben, der nicht unterschritten werden darf. Diese Personalvorgaben werden daher als **Mindestanforderungen der Strukturqualität** für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung **möglichst auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz** festgelegt werden sollen, mit dem Ziel eine leitliniengerechte Behandlung zu unterstützen. Für die Festlegungen zur Personalausstattung sind danach insbesondere evidenzbasierte Leitlinien mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (S3-Leitlinien) von besonderer Bedeutung. Die Mindestvorgaben haben in personeller Hinsicht die in den Leitlinien vorgesehene Behandlung zu fördern. **Soweit sich die Mindestvorgaben nicht aus Leitlinien oder anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen ableiten lassen**, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch **sonstige externe Expertise** einbeziehen. Darüber hinaus stehen die bisherigen **Vorgaben der Psych-PV zur Orientierung** zur Verfügung, **die jedoch an die aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anzupassen sind**“ (RefE PsychVVG, S. 43).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Begründung zusammen mit dem Gesetzestext als Bundestagsdrucksache vom Bundestag beschlossen wird und die Begründung für die Auslegung einer Gesetzesvorschrift von hervorgehobener Bedeutung ist.

10.2 Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung

Die bestehende Vorschrift, dass die Krankenhäuser die zweckentsprechende Verwendung der Mittel zur Finanzierung der Umsetzung der Psych-PV nachweisen müssen und nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzahlen sind, galt bislang bis Ende 2018. Sie soll bis Ende 2019 verlängert und der geplanten Einführung verbindlicher Vorgaben zur Personalbesetzung angepasst werden (Neufassung: fett; Streichung: durchgestrichen):

„Für die Jahre 2013 bis **2019** haben die Krankenhäuser, die eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abschließen, den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung ~~zum 31. Dezember~~ **in Vollkräften** sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. **Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für die Maßnahmen nach Satz 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach Satz 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3 zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes; erstmals zum 1. August 2017 sind die Angaben für das Jahr 2016 zu übermitteln“ (§ 18 Abs. 2 BPflV).**

Die geplante Vorschrift zum Nachweis der Stellenbesetzung und zweckentsprechenden Mittelverwendung erscheint sinnvoll und nützlich, insbesondere die Vorgabe, dass die Stellenbesetzung in Vollkräften nachgewiesen werden muss.

10.3 Aufhebung der Psych-PV

Mit Inkrafttreten der G-BA Richtlinie soll die Psych-PV aufgehoben werden.

Artikel 5: Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

„In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1147), das zuletzt durch Artikel 16c des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, werden die Wörter „am 1. Januar 2019“ durch die Wörter „am 1. Januar 2020“ ersetzt.“

Damit wird die Aufhebung der Psych-PV um ein Jahr verschoben und tritt erst zum 1.0.2020 außer Kraft. Wenn die Regulierung der Personalbesetzung durch eine Richtlinie des G-BA in Kraft tritt muss die Psych-PV aufgehoben werden, da beide Regelungen sonst parallel und somit in Konkurrenz zueinander geraten würden.

11 Zusammenfassung

Der vorgelegte Referentenentwurf enthält keine Abkehr vom Vorhaben der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. Die zentralen Elemente des pauschalierenden Entgeltsystems sollen beibehalten werden:

- bundesweit geltender Entgeltkatalog mit
- bundesweit geltenden Bewertungsrelationen
- Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten
- Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten
- schrittweise Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert
- Vorgabe einer Obergrenze für die Entwicklung der Budgets und Entgelte

Die wichtigsten Änderungen dürften sein:

- Umstellung von einer ‚schematischen‘ Angleichung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte in gesetzlich festgelegten jährlichen Schritten auf eine ‚vor Ort‘ in „Anpassungsvereinbarungen“ festzulegende schrittweise Angleichung.
- Einführung eines „leistungsbezogenen Vergleichs“ als Richtgröße für die ‚vor Ort‘ zu vereinbarende Angleichung.
- Option der Einbeziehung krankenhausindividueller Kosten bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes, allerdings unter restriktiven Rahmensetzungen.
- Einführung verbindlicher Vorgaben für die Ausstattung mit therapeutischem Personal.

Das neue System soll offenbar wie folgt funktionieren:

- Es wird weiterhin ein Landesbasisentgeltwert für jedes Bundesland vereinbart.
- Er wird jedoch nicht mehr „schematisch“ als fester Zielwert für die Angleichung (Konvergenz) der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte vorgegeben, sondern dient als Richtwert für krankenhausindividuelle Vereinbarungen über eine schrittweise Angleichung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert.
- Eine zentrale Funktion für den geplanten zukünftigen Angleichungsprozess soll der neu einzuführende leistungsbezogene Vergleich einnehmen. Die darin aufgenommenen Werte sollen bei den Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen als Richtwert zugrunde gelegt werden und als Zielwerte für eine schrittweise Angleichung („Umsetzung über mehrere Jahre“) des jeweiligen krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes dienen.

Abschließend sei noch kurz auf die Funktion der Sprache und Fachbegriffe im Referentenentwurf, seiner Begründung und den Eckpunkten vom 18.02.2016 eingegangen. Insgesamt vermittelt die Verwendung von Fachbegriffen, deren juristische Bedeutung sich erst vor dem Hintergrund eingehenderer Beschäftigung mit den entsprechenden Rechtsvorschriften erschließt, und die Gestaltung von Formulierungen in den Eckpunkten, Pressemitteilungen des BMG sowie im Begründungsteil des Referentenentwurfes, als solle der Eindruck vermittelt werden, die Forderungen der Fachgesellschaften und Psychiaterverbände sowie der SPD-Bundestagsfraktion würden erfüllt und eine Abkehr von PEPP vollzogen. Bei genauer Betrachtung und Kenntnis der tatsächlichen Bedeutung der einschlägigen Fachbegriffe des Krankenhausfinanzierungsrechts zeigt sich jedoch, dass dies offenbar weder zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Eckpunkte geplant war, noch mit dem vorgelegten Referentenentwurf beabsichtigt ist.

Eine wirkliche Abkehr von PEPP hätte m.E. erfordert:

- Abschaffung der Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten
- Abschaffung von bundesweit geltenden Bewertungsrelationen
- Keine Einführung eines ‚leistungsbezogenen Vergleichs‘
- Vereinbarung des krankenhausindividuellen Budgets (Gesamtbetrag) allein auf Grundlage der krankenhausindividuellen Kosten

Ob auch eine Abschaffung des bundesweit geltenden Entgeltkatalogs notwendig wäre, bedürfte m.E. einer vertiefenden Fachdiskussion über dessen Nutzen und Risiken.

12 Literatur

- DGPPN et al. (2015): Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Online verfügbar unter: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-09-09_Plattform_Entgelt_Konzeptpapier_Budgetbasiertes_Entgeltsystem_FINAL.pdf (22.02.2016).
- Gröhe, Hermann; Nüßlein, Georg; Lauterbach, Karl W.; Michalk, Maria; Mattheis, Hilde (2016): Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems. Stand: 18.02.2016. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/160218_Eckpunkte_Psych-EntgeltG_II_Version.pdf (19.02.2016).
- SPD-Bundestagsfraktion (2016): PEPP muss endgültig weg: Für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen! Beschluss der SPD-Bundestagsfraktion vom 08.01.2016. Online verfügbar unter: http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/beschluss_pepp.pdf (31.03.2016).