



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(10)
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
16.04.2012

Berlin, den 16. April 2012

Vorläufige Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft
(DKG)
zum
Regierungsentwurf für ein Gesetz
zur Einführung eines pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische
und psychosomatische Einrichtungen
(Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)

Inhaltsverzeichnis:

I.	Allgemeiner Teil	3
II.	Besonderer Teil	9
A)	Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	9
B)	Zu Artikel 2 – Änderungen der Bundespflegesatzverordnung	10
C)	Zu Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	30
D)	Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP - Ausschussdrucksache 17(14)0254	32

I. Allgemeiner Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) begrüßt, dass das anstehende Gesetzesvorhaben für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) mit dem Regierungsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit frühzeitig aufgenommen wird, da die Weichen für den vorgesehenen Systemwechsel in der Finanzierung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wohlüberlegt gestellt werden müssen. Dabei sollte jedoch nochmals bedacht werden, ob die Einführung des neuen Systems zum 1. Januar 2013 aufgrund der aktuellen Erfahrungen mit der Systementwicklung weiterhin vertretbar ist. Die DKG vertritt jedenfalls nach wie vor die Auffassung, dass das neue Entgeltsystem bereits zum Einstieg keine grundlegenden Fehler aufweisen darf, da das System bereits in dieser Phase Auswirkungen haben wird. Auch hält die DKG ihre Forderung aufrecht, dass noch vor dem Umstieg auf das neue System ausreichend Finanzmittel im System bereitgestellt werden müssen und insbesondere der nach Psych-PV nachgewiesene Personalbedarf vollständig refinanziert wird.

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass mit dem Regierungsentwurf abgesehen von dem Einführungstermin angemessene Zeiträume und weitgehend angemessene Rahmenbedingungen sowohl für die Systemeinführung in der budgetneutralen Phase als auch für die Scharfschaltung des Systems in der Konvergenzphase vorgesehen werden. Hiermit nimmt der Gesetzgeber Rücksicht auf die Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und trägt den Erfahrungen aus den ersten drei Jahren der Entwicklung eines vollständig neuen Entgeltsystems Rechnung. Da keine geeigneten Vorbilder für ein tagesbezogenes, pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik existieren, muss der Entgeltkatalog von Grund auf neu entwickelt werden. Auf der Grundlage der Leistungs- und Kostendaten des Jahres 2011 können hierfür erste Analysen erst im Jahr 2012 durchgeführt werden. Sofern es gelingt, die Zusammenhänge zwischen Tageskosten und Leistungen empirisch nachzuweisen und daraus leistungsorientierte Tagespauschalen abzuleiten, sind in einem zweiten Schritt die Anwendungspraxis und die Anreiz- und Steuerungswirkungen der Pauschalen – unter Berücksichtigung der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen und deren Therapievielfalt – zu beachten. Aufgrund der Vielzahl der unbeantworteten Fragen ist nicht zu erwarten, dass bereits für das Jahr 2013 vom InEK ein belastbarer Entgeltkatalog vorgelegt werden kann. Daher ist eine budgetneutrale Phase von vier Jahren zwingend für die Entwicklung des Entgeltkataloges erforderlich. Auch sind die beiden optionalen Jahre unverzichtbar, da dies den Krankenhäusern die erforderliche Vorbereitungszeit und auch die Wahl lässt, trotz der mangelnden Reife des Systems frühzeitig umzusteigen.

Die DKG begrüßt ebenfalls, dass die Scharfschaltung des Systems über eine Konvergenzphase mit fünf Anpassungsschritten erfolgen soll. Dabei sind aufgrund der zu erwartenden Budgetverschiebungen zwischen den Krankenhäusern die vorgesehenen Anpassungsschritte und die damit verbundene asymmetrische Konvergenz zum Landesentgeltwert von elementarer Bedeutung für die Akzeptanz des neuen Vergü-

tungssystems. Ebenso sind die Beibehaltung der Tarifraten in der budgetneutralen Phase und deren sachgerechte Überführung in den Landesentgeltwert im Rahmen der Konvergenzphase unverzichtbar. Auch ist aus Sicht der DKG die zur Begrenzung des maximalen Budgetverlustes eines Krankenhauses vorgesehene Kappungsgrenze erforderlich, um existenzgefährdenden Budgetverlusten entgegen zu wirken und dem Krankenhaus die Chance einzuräumen, sich an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen.

Allerdings wird der Regierungsentwurf nicht in allen Punkten den Voraussetzungen und Anforderungen zur Einführung des neuen Systems gerecht. Die DKG hatte bereits nach Aufforderung des BMG vom 3. Januar 2011 in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik unter der Voraussetzung unterstützt wird, dass durch die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) in der BpflV geschaffenen Vorgaben zur Vereinbarung der Krankenhausbudgets eine ausreichende Finanzierung der Versorgung sichergestellt wird. Insbesondere müssen vor der budgetneutralen Einführung des neuen Systems die Vorgaben der Psych-PV vollständig umgesetzt und über die individuellen Krankenhausbudgets finanziert werden.

Die verbesserten Rechtsgrundlagen in § 6 BpflV haben in den vergangenen drei Jahren maßgeblich zu einer besseren Durchsetzbarkeit der Psych-PV beigetragen. Trotz dieser Verbesserungen haben die meisten Einrichtungen bedauerlicherweise jedoch noch keine vollständige Umsetzung bzw. Refinanzierung der Psych-PV erreicht. Zudem zeichnen sich bereits neue Finanzierungslücken ab. Aufgrund des hohen Personalaufwandes in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist diese in besonderem Maße von der tarifbedingten Personalkostenentwicklung betroffen. Daher ist von großer Bedeutung, dass die Tarifraten auch langfristig erhalten bleiben und im Zuge der Systemumstellung sachgerecht angewendet werden. Ebenso ist für die Weiterentwicklung der Finanzmittel entscheidend, dass die unsachgerechte Bindung an die Grundlohnsumme auch für den Krankenhausbereich endlich verlassen wird und durch einen Kostenorientierungswert abgelöst wird, der den finanziellen Lasten der Krankenhäuser gerecht wird.

Nicht zuletzt muss auch der immense, zusätzliche Aufwand in den Krankenhäusern zur Einführung des neuen Entgeltsystems berücksichtigt werden. Die im Regierungsentwurf enthaltene Schätzung des „Erfüllungsaufwandes“ zur Umsetzung des Gesetzes berücksichtigt keineswegs die tatsächlich mit der Einführung des neuen Entgeltsystems verbundenen Aufwendungen der Krankenhäuser. Der im Regierungsentwurf geschätzte Erfüllungsaufwand von ca. 10 Tsd. Euro pro Einrichtung soll allein schon durch die neuen Formulare für die Budgetverhandlungen entstehen. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen macht dies jedoch nur einen Bruchteil der durch die Systemeinführung entstehenden Kosten aus. Die bereits seit dem Jahr 2010 stark erweiterten Dokumentationsanforderungen und Übermittlungspflichten von fallbezogenen Daten, der Aufbau einer vollständig neuen IT-Infrastruktur, der Aufwand für Schulungen in den Einrichtungen und das gesamte datentechnische und administrative Umfeld der Einführung des neuen Entgeltsystems werden mit dieser Schätzung nicht berücksichtigt. Die Erfahrungen aus der Einführung des G-DRG-Systems lassen erwarten, dass zusätzliche Belastungen in Hö-

he von jährlich rd. 350 Tsd. Euro pro Krankenhaus entstehen. Wenn zusätzliche Anforderungen an die Krankenhäuser gestellt werden, müssen diese auch zusätzlich finanziert werden. In diesem Zusammenhang ist unverständlich, dass vorgesehen ist, die Psych-PV für nicht optierende Einrichtungen auszusetzen. Dies kann nur als „Bestrafung“ gerade der Krankenhäuser verstanden werden, die nicht über die Ressourcen für einen frühzeitigen Systemumstieg verfügen.

Da nicht zu erwarten ist, dass eine vollständige Umsetzung der Psych-PV oder eine ausreichende Refinanzierung der Kostenentwicklung im Jahr 2012 bis zur Einführung des Systems erreicht werden kann, fordert die DKG den Gesetzgeber mit Nachdruck auf, die erforderlichen Finanzmittel, sofern der Einführungsstermin nicht verschoben wird, zumindest noch vor der Scharfschaltung des Systems, d. h. noch während der budgetneutralen Phase in den Jahren 2013 bis 2016, bereitzustellen. Unabhängig davon ist nicht zu erwarten, dass alleine ein verbesserter Mindererlösausgleich die Krankenhäuser zu einem frühzeitigen Umstieg motivieren könnte. Dieser kann bestenfalls als Absicherung des zusätzlichen Risikos verstanden werden, das ohne Wahrnehmung des Optionsrechts nicht existieren würde. Ein positiver und wirksamer Anreiz für einen frühzeitigen Umstieg auf das neue System könnte dagegen geschaffen werden, wenn – wie bei der DRG-Einführung – ebenfalls deutlich verbesserte Mehrerlösausgleiche vorgesehen würden.

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass mit diesem Gesetzgebungsverfahren über die budgetneutrale Einführungsphase hinaus auch erste Grundlagen für die Scharfschaltung des Systems durch die Konvergenzphase geschaffen werden sollen, da die Festlegung der späteren Rahmenbindungen eine wesentliche Voraussetzung für eine zielgerichtete und sachgerechte Systementwicklung und für die langwierige Vorbereitung der Krankenhäuser ist. Die DKG weist jedoch mit Nachdruck darauf hin, dass die Vorschriften zur Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in der Konvergenzphase nicht ungeprüft aus dem somatischen DRG-System übernommen werden dürfen. Dies würde negieren, dass die gesundheitspolitischen Ziele der Einführung des jeweiligen pauschalierenden, leistungsorientierten Finanzierungssystems grundverschieden sind. Während bei der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems neben der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung und dem Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern vor allem auch die Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser (insbesondere durch Senkung der Verweildauern) im Vordergrund stand, wurde die Einführung des neuen Systems in der Psychiatrie und Psychosomatik mit einer Verbesserung der Versorgung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen begründet. Somit stehen hier neben der leistungsgerechten Vergütung insbesondere die Leistungstransparenz zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und die Sicherstellung der Versorgungsqualität und nicht Kostensenkungen im Vordergrund. Aus diesen Gründen wurden bewusst keine Fallpauschalen mit Anreiz zur Verweildauerreduktion, sondern Tagespauschalen vorgesehen. Diese gesundheitspolitischen Ziele dürfen nicht auf den Entgeltkatalog eingeschränkt werden, sondern müssen sich vor allem auch in der zukünftigen Erlössituation der Krankenhäuser und in der zukünftigen Entwicklung der für das System bereitgestellten Finanzmittel wiederfinden. Wenn für die Verbesserung der Versorgung zusätzliche Behandlungsleistungen erforderlich werden, müssen diese dem Krankenhaus auch in voller Höhe vergütet werden. Keinesfalls dürfen

diese Leistungen durch einen relativen Preisverfall der Landesentgeltwerte zu einer finanziellen Kollektivhaftung der Krankenhäuser führen. Die DKG bittet daher, die für die Konvergenzphase im Regierungsentwurf aus dem DRG-System übertragenen Mechanismen nochmals kritisch im Hinblick auf die ursprünglichen gesundheitspolitischen Ziele der Systemeinführung zu prüfen.

Die DKG fordert den Gesetzgeber mit Nachdruck auf, die finanziellen Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem insbesondere wie folgt anzupassen:

- Ablösung der Grundlohnsumme durch den Kostenorientierungswert zum 1. Januar 2013 unter Berücksichtigung der zusätzlichen Lasten der Systemeinführung im Kostenorientierungswert bzw. dem daraus abgeleiteten Veränderungs Wert.
- Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen in voller Höhe über die Tarifraten bzw. die Berichtigungs-/Erhöhungsraten ab 2013.
- Budgetwirksame Fortgeltung der Psych-PV mit der Möglichkeit zur Nachverhandlung für alle Krankenhäuser während der gesamten Dauer der budgetneutralen Phase.
- Wirkungsvolle Anreize zum frühzeitigen Systemumstieg z. B. durch einen (wie im DRG-System) verbesserten Mehrerlösausgleich in Höhe von 65 %.
- Verbesserung der Risikoabsicherung des Umstieges auf ein unerprobtes System durch Erhöhung des Mindererlösausgleiches (wie bei Einführung des DRG-Systems) in den Optionsjahren auf 95 % und anschließend auf 40 %.
- Mit Beginn der Konvergenzphase vollständige Refinanzierung von zusätzlichen Leistungen in Folge von krankenhauplanerischen Maßnahmen (insbesondere zur Beseitigung von Unterversorgung) oder einem zunehmenden Behandlungsbedarf der Bevölkerung.

Diese Forderungen der DKG beziehen sich in erster Linie auf die mit der budgetneutralen Phase ab dem Jahr 2013 geplante Systemeinführung. Die DKG geht dabei davon aus, dass gegen Ende der budgetneutralen Phase eine erneute Standortbestimmung vorgenommen werden muss.

Neben den Vorschriften zu den finanziellen Rahmenbedingungen enthält der Regierungsentwurf Weichenstellungen für die Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems. Die DKG begrüßt, dass mit der Begründung unter Punkt A.I. klargestellt wird, dass das neue Entgeltsystem grundsätzlich auf die voll- und teilstationären Leistungen begrenzt ist und somit die ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht beinhaltet. Der Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser zur Umsetzung des Prüfauftrags, inwieweit die Leistungen der PIAs einbezogen werden könnten, muss dem Nutzen der Daten angemessen sein. Eine umfangreiche, bundesweite Dokumentation und Erfassung der ambulanten Leistungen wäre unter Beachtung dieser Begründung nicht zu vertreten.

Zudem widerspricht die zurzeit vorgesehene mögliche Berücksichtigung von Verweildauern bei Tagespauschalen der mit der Einführung des § 17d KHG verbunde-

nen Intention des Gesetzgebers, keine Anreize für Verweildauerreduktionen zu geben.

Daher fordert die DKG, die Vorschriften zur Umsetzung des neuen Entgeltsystems insbesondere wie folgt anzupassen:

- Streichung der Vorgaben zu verweildauerabhängigen Zu- und Abschlägen.
- Aufnahme einer Regelung, nach der auch Entlassungs- und Verlegungstage abrechnungsfähig werden, damit erhöhter Behandlungsaufwand an diesen Tagen auch sachgerecht in einem tagespauschalierenden System vergütet werden kann.
- Aufnahme einer Regelung für Zuschläge für besondere Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung und für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.
- Eigenständigkeit der Rahmenvereinbarung zum Behandlungsspektrum von psychosomatischen Institutsambulanzen.
- Sachgerechte Ausgestaltung von einzelnen Vorschriften, wie z. B. die Streichung der formelhaften Berechnung von Kodiereffekten.
- Technische Anpassungen zur Gangbarmachung einzelner Vorschriften, wie z. B. die Ausgestaltung der Formulare für die Budgetvereinbarungen.

Nähere Erläuterungen zu den Forderungen der DKG und erste Änderungsvorschläge finden sich im Besonderen Teil dieser Stellungnahme.

Neben den dargestellten Anpassungen der Ausgestaltung der Einführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems ist für den Bereich der Somatik eine Anpassung der finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser dringend erforderlich. Nach den jüngsten Tarifabschlüssen zeichnet sich für die Krankenhäuser für das Jahr 2012 eine erhebliche Finanzierungslücke infolge der deutlich unter der Personalkostensteigerung liegenden verminderten Veränderungsrate in Höhe von 1,48 % ab. Um diese Finanzierungslücke zu schließen, ist eine **Tarifausgleichsrate** einzuführen, mit der die über die Veränderungsrate hinausgehenden tarifvertraglich bedingten Personalkostensteigerungen vollumfänglich refinanziert werden. Dazu ist der Landesbasisfallwert nachträglich basiswirksam zu erhöhen und ein einmaliger Ausgleich für 2012 infolge der nachträglichen Erhöhung durchzuführen.

Bereits mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus dem Jahr 2009 wurde die Ermittlung eines **Orientierungswerts** durch das Statistische Bundesamt zur besseren Abbildung der Kostenstrukturen und -entwicklungen in den Krankenhäusern zum 30. Juni 2010 in Aussicht gestellt, mit dem die jahrelange Bindung an die Veränderungsrate nach § 71 SGB V ab dem Jahr 2011 beendet werden sollte. Stattdessen wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz die regelmäßig unterhalb der Kostenentwicklung liegende Veränderungsrate beibehalten und als Einsparmaßnahme für die Jahre 2011 und 2012 sogar noch weiter reduziert. Für die Krankenhäuser resultieren daraus Einsparungszwänge, die zu zunehmendem Personalabbau, schleichendem Substanzverlust und einer zunehmend grenzwertigen Leistungsverdichtung

führen. Um dem entgegenzuwirken, ist die Einführung des Orientierungswerts in voller Höhe mit Wirkung ab dem Jahr 2013 umzusetzen.

Ein weiteres Anliegen der Krankenhäuser, das über die Ausgestaltung der Einführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems hinausgeht, für die Krankenhäuser aber ebenfalls von großer Bedeutung ist, betrifft die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ermöglichten, neuen gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V, in denen künftig sektorübergreifende Versorgungsfragen beraten werden sollen. Um ihre Aufgaben in den Landesgremien erfüllen zu können, müssen auch die Landeskrankenhausgesellschaften die bei der Datenaufbereitungsstelle nach § 303d SGB V gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen dürfen. Im Gegensatz zu den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen wurden die Landeskrankenhausgesellschaften im Rahmen des GKV-VStG nicht in den Kreis der direkt Nutzungsberechtigten aufgenommen. Für eine gleichberechtigte Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaften in den Landesgremien ist eine entsprechende **Ergänzung des § 303e SGB V** erforderlich.

II. Besonderer Teil

A) Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

1. Zu Artikel 1 Nr. 2 - § 17b KHG

Um Zuschläge für besondere Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung und für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu ermöglichen, sind Ergänzungen in § 17b KHG sowie in § 2 und § 5 BPflV (neu) erforderlich.

Gemäß § 17d Abs. 2 Satz 4 KHG gelten die Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG entsprechend. Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 sind u. a. bundeseinheitlich Regelungen für Zu- und Abschläge, insbesondere für die Notfallversorgung, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG zu vereinbaren. Um eine Zuschlagslösung für die besonderen Aufgaben im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung zu ermöglichen, ist eine Ergänzung des Auftrags an die Selbstverwaltung in § 17b KHG erforderlich. In diesem Zusammenhang sollten auch die unterschiedlichen Begriffe „Leistungen“ und „Aufgaben“ einheitlich als „Aufgaben“ gefasst werden, um Irritationen zu vermeiden.

Als Voraussetzung zur Vereinbarung von Zuschlägen für die regionale Pflichtversorgung sowie für Zentren und Schwerpunkte auf der örtlichen Ebene sind ebenfalls unsere Änderungsvorschläge zu Artikel 2 Nr. 3 § 2 BPflV (Seite 9) und Nr. 5 § 5 BPflV (Seite 17) zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

In § 17b Absatz 2 KHG (in der Fassung des Regierungsentwurfs) ist Satz 4 wie folgt anzupassen (Ergänzungen unterstrichen):

„Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs.6 sowie bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sowie die besonderen Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung; für die Kalkulation und Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren, ~~und~~ Schwerpunkten und die regionale Pflichtversorgung, die nach Regionen differenziert werden können, sind die besonderen Leistungen Aufgaben zu benennen und zu bewerten und den Vertragsparteien im Voraus zu übermitteln.“

2. Zu Artikel 1 Nr. 3 - § 17d Abs. 2 KHG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungspartner werden beauftragt, zu prüfen, ob für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung Zu- oder Abschläge vorzunehmen sind.

Stellungnahme

Die Erteilung des Prüfauftrages und die dazugehörige Begründung machen deutlich, dass der Gesetzgeber keine wirtschaftliche Schlechterstellung der Einrichtungen beabsichtigt, die an der regionalen Versorgungsverpflichtung teilnehmen. Aus Sicht der DKG ist die alleinige Erteilung eines Prüfauftrages an die Selbstverwaltung nicht ausreichend. Es sollte bereits jetzt eine Lösung dafür geschaffen und die gesetzlichen Rahmenbedingungen dementsprechend ausgestaltet werden.

Um die Zuschläge für die Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu ermöglichen, sind Ergänzungen in § 17b KHG, § 2 und § 5 BPfIV notwendig. Die diesbezüglich zu beachtenden Änderungen finden sich in unseren Vorschlägen zu Artikel 1 Nr. 2 (Seite 8), Artikel 2 Nr. 3 § 2 BPfIV (Seite 9) und Nr. 5 § 5 BPfIV (Seite 17) wieder.

B) Zu Artikel 2 – Änderungen der Bundespflegsatzverordnung

1. Zu Artikel 2 Nr. 3 - § 2 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Als Voraussetzung für eine Zuschlagsfinanzierung fehlt eine Ergänzung der Allgemeinen Krankenhausleistungen um besondere Aufgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sowie um besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Stellungnahme

Für den Geltungsbereich des KHEntgG werden die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten mit § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG den allgemeinen Krankenhausleistungen zugerechnet. Auch wenn Zentren und Schwerpunkte in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine untergeordnete Bedeutung haben, müssen die besonderen Aufgaben als Voraussetzung für eine gesonderte Finanzierung in einem bundeseinheitlichen Entgeltsystem auch als allgemeine Krankenhausleistungen anerkannt werden. Insbesondere die besonderen Aufgaben im Rahmen der psychiatrischen, regionalen Pflichtversorgung sind diesbezüglich von essentieller Bedeutung.

Um die Möglichkeit von Zuschlägen für die regionale Pflichtversorgung und für Zentren und Schwerpunkte zu ermöglichen, sind ergänzend unsere Änderungsvorschläge zu Artikel 1 Nr. 2 (Seite 8) und Artikel 2 Nr. 5 § 5 BPfIV (Seite 17) zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

In § 2 Abs. 2 Satz 2 wird folgende Nr. 4 hinzugefügt:

„Nr. 4 die besonderen Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung und die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten.“

2. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 3 Abs. 1 Satz 1 bis 4 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Das neue Psych-Entgeltsystem wird in den ersten vier Jahren (2013 bis 2016) budgetneutral eingeführt. Dabei sind die ersten beiden Jahre als Optionsjahre ausgestaltet, in denen die Einführung des neuen Entgeltsystems nur auf Verlangen des Krankenhauses erfolgt.

Die Nachverhandlung von nicht besetzten Psych-PV Stellen gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. ist für optierende Einrichtungen bis 2016 weiterhin möglich. Für nicht optierende Einrichtungen entfällt diese Möglichkeit gänzlich.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die zeitlichen Rahmenbedingungen der budgetneutralen Phase sowie die Festlegung auf zwei Optionsjahre. Durch diese Regelungen wurde den Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sowie den Erfahrungen aus den letzten drei Jahren der Systementwicklung Rechnung getragen. Die Weiterentwicklung des Entgeltkatalogs, die Untersuchung der Anreiz- und Steuerungswirkungen und die praktische Umsetzung des neuen Entgeltsystems auf Ortsebene erfordern einen angemessenen Zeitrahmen, der durch den § 3 Abs. 1 Satz 1 und 2 BPfIV neu geschaffen wurde. Die zwei Optionsjahre bieten zudem die Möglichkeit, dass sich die Krankenhäuser auf die Anforderungen des neuen Entgeltsystems vorbereiten können. Sie lassen aber auch die Wahl, dass Krankenhäuser frühzeitig budgetneutral ins neue System umsteigen können.

Die Krankenhäuser müssen ihr Verlangen zur Einführung des neuen Vergütungssystems bis jeweils zum 30. November schriftlich mitteilen. Aus Sicht der DKG sollte die Erklärungsfrist bis jeweils zum 31. Dezember ausgeweitet werden, damit den Krankenhäusern genug Zeit bleibt, eine erste Bewertung sowie Abschätzung der Folgewirkungen vorzunehmen. Schon im DRG-System wurde eine Verschiebung der Entscheidungsfrist bis zum Ende des Jahres erforderlich.

Als Anreize zum frühzeitigen Umstieg auf das neue System sollen ein verbesserter Mindererlösausgleich und die Möglichkeit, weiterhin gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. nicht besetzte Psych-PV Stellen nachverhandeln zu können, dienen. Allerdings ist die Psych-PV bis heute nicht flächendeckend vollständig umgesetzt. Aus Sicht der DKG ist die mit dem § 3 Abs. 1 Satz 4 BPfIV eingeführte Regelung, dass nur optierende Krankenhäuser die Psych-PV Stellen nachverhandeln können, weniger als Anreiz für optierende Krankenhäuser, sondern vielmehr als Bestrafung für nicht optierende Krankenhäuser anzusehen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass den Krankenhäusern, die noch keine vollständige Psych-PV Erfüllung haben und denen daher effektiv Personal für die Versorgung der Patienten fehlt, nur dann die Möglichkeit zur Nacherfüllung gegeben sein soll, wenn diese im Gegenzug den zusätzlichen, vor allem personellen Aufwand durch das neue System in Kauf nehmen. Für nach Psych-PV unterbesetzte Krankenhäuser ist dies daher kaum ein Anreiz frühzeitig in das neue System umzusteigen, weshalb Anreize über andere Wege, z. B. einen verbesserten Mehrerlösausgleich, gesetzt werden sollten. Aus Sicht der DKG würde dadurch ein wirkungsvoller und positiver Anreiz zur frühzeitigen Systemumstellung gesetzt. Im vorliegenden Entwurf liegt der Mehrerlösausgleich mit einer Quote von 85 % bzw. 90 % zudem noch über der Quote im somatischen Bereich von 65 %. Die DKG fordert daher, insbesondere unter Berücksichtigung der damit einhergehenden Anreizwirkung, eine Anpassung der Quote auf 65 % (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 § 3 Abs. 5 BPfIV).

Änderungsvorschläge

1. Anpassung der Erklärungsfrist im Artikel 2 Nr. 5 § 3 Abs. 1 Satz 3 BPfIV

„Das Krankenhaus hat sein Verlangen bis zum ~~30. November~~ 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes schriftlich mitzuteilen.“

2. Analoge Anpassung der Erklärungsfrist im Artikel 1 Nr. 3 § 17d Abs. 4 Satz 5

„Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 sein Verlangen bis zum ~~30. November~~ 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres schriftlich mitzuteilen.“

3. Streichung des § 3 Abs. 1 Satz 4 BPfIV.

4. Anpassung der Übergangsvorschrift in Artikel 2 Nr. 22 § 18 BPfIV wie folgt:

„Krankenhäuser, die in den Jahren 2013 oder 2014 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einführen, haben in diesen Jahren die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung ~~mit der Maßgabe~~ anzuwenden, dass für diese Einrichtungen eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 letztmalig für das Jahr 2012 möglich ist.“

5. Anpassung der Mehrerlösregelung in Artikel 2 Nr. 5 § 3 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3

„3. Sonstige Mehrerlöse werden bis zur Höhe von 5 Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach Absatz 2 Satz 5 zu 65 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen.“

3. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 3 Abs. 2 BPfIV

Beabsichtigte Regelung

Es werden nähere Einzelheiten zur Ermittlung des Gesamtbetrags in der budgetneutralen Phase vorgegeben.

Stellungnahme

Das Vergütungssystem soll für die Jahre 2013 bis 2016 nach den Vorgaben des § 3 Abs. 1 budgetneutral eingeführt werden. Budgetneutralität bedeutet aus Sicht der DKG, dass die Höhe des Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Vergütungssystem beeinflusst wird und die bisherige Methodik der Budgetermittlung beibehalten wird. Dazu gehört zweifellos die entsprechende Anwendung von § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, wie sie in § 3 Abs. 2 Satz 1 vorgegeben wird.

Im § 6 Abs. 2 BPfIV a. F. sind die Regelungen zur Ermittlung der Tarif- und Berichtigungsrate verankert, die im Rahmen der budgetneutralen Phase eine analoge Anwendung finden. Durch die Berichtigungsrate werden 50 % des Unterschieds zwischen der Tarifraten und der Veränderungsrate zusätzlich im Budget berücksichtigt.

Die Kostenstruktur im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Personalkosten aus. Dies führt dazu, dass diese Einrichtungen extrem durch Tarifsteigerungen und die auseinandergehende Tarifschere belastet werden. Grundsätzlich bemisst sich der Personalbedarf in der psychiatrischen Versorgung bisher nach der Psych-PV. Trotz aller Bemühungen, auch von Seiten des Gesetzgebers, ist bis heute keine flächendeckende vollständige Umsetzung der Psych-PV erfolgt. Tarifbedingte Personalkostensteigerungen könnten dennoch überwiegend nur über Personalabbau kompensiert werden. Dadurch würde insbesondere in einem nach Psych-PV bereits unterbesetzten Versorgungsbereich die bisher erreichte Qualität der Versorgung massiv gefährdet werden.

Die DKG fordert deshalb, dass zum Ausgleich der tarifbedingten Personalkostensteigerungen die vollständige Berichtigungsrate ab 2013 in den Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser zur Anwendung kommt. Unter Berücksichtigung der Kostenstrukturen in diesen Einrichtungen würde dies einer budgeterhöhenden Wirkung von 80 % der Berichtigungsrate entsprechen. Die

Regelungen des § 3 Abs. 2 Satz 1 im Hinblick auf die Anwendung des § 6 Abs. 2 BPfIV a. F. sind entsprechend anzupassen.

Wie zuvor schon erwähnt, soll während der budgetneutralen Phase der Gesamtbetrag durch entsprechende Anwendung von § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung (siehe § 3 Abs. 2 Satz 1) ermittelt werden. Mit den Vorgaben des § 3 Abs. 2 Satz 2 wird jedoch von der bisherigen Methodik zur Ermittlung des Gesamtbetrags abgewichen und damit auch der Grundsatz der Budgetneutralität nicht durchgehend eingehalten.

Tatbestände, die nach § 6 Abs. 1 Satz 2 BPfIV a. F. bei der Vereinbarung des medizinisch leistungsgerechten Gesamtbetrags zu berücksichtigen sind, mindern nach den Vorgaben des § 3 Abs. 2 Satz 3 bereits die Ausgangsgrundlage der Vereinbarung. Würde ein Abzug bereits an dieser Stelle erfolgen, hätte das unmittelbare Auswirkungen auf die Obergrenze, die entsprechend niedriger ausfallen würde, weil der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung nach § 3 (B1, lfd. Nr. 7) entsprechend sinkt.

Die hier vorgesehenen Berücksichtigungstatbestände für Leistungsverlagerungen, Integrationsverträge und Modellvorhaben (Nr. 1a und Nr. 3b) waren bisher immer nur bei der Ermittlung des medizinisch leistungsgerechten Gesamtbetrags einzubeziehen (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und 4 BPfIV a. F.). Nach der durch mehrere Schiedsstellenentscheidungen bestätigten so genannten Zwei-Säulen-Theorie dürfen die Tatbestände gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 BPfIV a. F. die Obergrenze nach § 6 Abs. 1 Satz 3 BPfIV a. F. nicht absenken.

Genau das würde jedoch bei der vorgesehenen Minderung der Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung geschehen, da diese letztlich auch maßgeblich für die Ermittlung der Obergrenze ist.

Die DKG hat einen Vorschlag zur Neufassung des Abschnitts B1 erarbeitet, der eine budgetneutrale Umsetzung gewährleisten würde. Dazu wird auf die Ausführungen in der Stellungnahme zum Abschnitt B1 verwiesen.

4. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 3 Abs. 4 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Die zusätzliche Finanzierung von neuen Investitionskosten bei nicht oder nur teilweise geförderten Krankenhäusern gemäß den Vorgaben des § 17 Absatz 5 i.V.m. § 8 BPfIV a. F. kann nur erfolgen, soweit der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert niedriger als der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert des Landes ist. Die Investitionskosten sind im Gesamtbetrag gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV zu berücksichtigen.

Stellungnahme

Aus Sicht der DKG ist eine valide Schätzung des „durchschnittlichen Basisentgeltwert“ eines Landes, vor allem unter Berücksichtigung des Prospektivitätsgrundsatzes, nicht umsetzbar. Zugleich sollte die Regelung des § 17 Abs. 5 KHG nicht weiter eingeschränkt werden.

Änderungsvorschlag

Den § 3 Abs. 4 BPfIV wie folgt zu ändern:

Auf Antrag eines nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhauses sind Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen in dem Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 1 zusätzlich zu berücksichtigen, ~~soweit der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert niedriger ist als der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert der Krankenhäuser in dem Land.~~ Die Berücksichtigung erfolgt nach Maßgabe des § 17 Absatz 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Krankenhäuser, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.

5. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 3 Abs. 5 BPfIV

Beabsichtigte Regelung

Bei Abweichungen zwischen den vereinbarten und den tatsächlich erzielten Erlösen sind Erlösausgleiche vorgesehen.

Stellungnahme

Die grundsätzlich geltenden Ausgleichsregelungen der Bundespflegesatzverordnung in Höhe von 20 % für Mindererlöse und 85 % bzw. 90 % für Mehrerlöse sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar und sind mit der unter anderem in § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG geforderten, medizinisch leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar. Die Mehrerlösausgleiche sind dabei noch schlechter ausgestaltet als im Krankenhausentgeltgesetz. Kostenunterdeckungen bei Über- oder Unterschreitungen der vereinbarten Menge sind dadurch vorprogrammiert. Gerade noch akzeptabel wäre ein Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 40 % (entspricht der Höhe vor Einführung des Sanierungsbeitrags der Krankenhäuser für die GKV) und ein Mehrerlösausgleichssatz von 65 % wie im somatischen Bereich.

Selbst der für die Optionskrankenhäuser vorgesehene verbesserte Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 75 % fällt hinter die Bestimmungen für den somatischen Bereich, wo für Optionskrankenhäuser ein Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 95 % galt, zurück.

Besonders kritisch sind die Vorgaben zur Ermittlung von Mehrerlösen infolge einer veränderten Kodierung zu werten. In diesem Zusammenhang wird auf ein pauschaliertes Berechnungsverfahren zur Ermittlung der leistungsbedingten sonstigen Mehrerlöse bei mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten zurückgegriffen, das entsprechend bereits im somatischen Bereich zum Einsatz kam.

Dort hat dieses pauschale Berechnungsverfahren mit der vereinfachten formelhaften Ermittlung nur im Falle eines steigenden CMI und steigender Fallzahl zu nachvollziehbaren Ergebnissen geführt. Aber auch dann wurde jegliche CMI-Erhöhung als Kodiereffekt ausgewiesen. Daher führte das vereinfachte Verfahren in der Realität meistens zu stark verzerrenden und nur selten zu sachgerechten Erlösausgleichsbeträgen. Letztlich oblag es immer dem betroffenen Krankenhaus nachzuweisen, dass nicht sämtliche Mehrerlöse auf eine veränderte Kodierung zurückzuführen sind, da die Formel einseitig zu Lasten der Krankenhäuser ausgestaltet war.

Spätestens mit den Erfahrungen in der Somatik wurde deutlich, dass sich die Ermittlung der Mehrerlöse aus Dokumentationseffekten nicht in eine einfache Formel pressen lässt. Diese Fehler dürfen für das Psych-Entgeltsystem nicht wiederholt werden.

Die Lösung kann auch nicht darin bestehen, dass bei Versagen der Formel das Krankenhaus nachzuweisen hat, dass die sonstigen Mehrerlöse nach der vereinfachten formelhaften Ermittlung falsch bemessen sind. Letztlich ist eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Kodiereffekten und anderen Effekten selbst bei enormem administrativem Aufwand kaum möglich. Der Nachweis wird daher im Einzelfall nicht einfach zu führen sein und bietet zudem reichlich Konfliktpotenzial für die örtlichen Vertragsparteien.

Mehrerlöse infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren sind in einer für das Gesamtsystem relevanten Größenordnung nicht zu erwarten. Zudem ist eine trennscharfe Abgrenzung zu anderen Effekten technisch nicht möglich. Angesichts der mit 85 % bzw. 90 % ohnehin sehr hohen Mehrerlösausgleichssätze ist ein zusätzlicher vollständiger Erlösausgleich für etwaige Kodiereffekte nicht akzeptabel.

6. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 4 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Vorgaben zur Vereinbarung des Erlösbudgets im Rahmen der Konvergenzphase von 2017 bis 2021 getroffen.

Stellungnahme

Aufgrund der Vielzahl noch offener Grundsatzfragen ist es aus Sicht der DKG zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht, belastbare Einschätzungen zur Ausgestaltung der Konvergenzphase abzugeben. Entscheidend für die Beurteilung des § 4 ist vor allem der zukünftige bundeseinheitliche Leistungskatalog, welcher derzeit allerdings noch nicht vorliegt. Eine detaillierte Bewertung des § 4 sollte erst dann erfolgen, wenn sowohl der Leistungskatalog als auch die ersten Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen der budgetneutralen Phase vorliegen. Nachfolgend wird somit nur kurz auf einige Aspekte der allgemeinen Ausgestaltung der Konvergenzphase und nicht auf Detailfragen eingegangen.

Grundsätzlich wird die Scharfschaltung des Systems über eine fünfjährige Konvergenzphase von Seiten der DKG begrüßt. Die Ausgestaltung als asymmetrische Konvergenz ist hierbei einer der zentralen Punkte, welcher für die Akzeptanz des neuen Vergütungssystems entscheidend ist. Daher ist eine Beibehaltung der asymmetrischen Konvergenz zwingend erforderlich.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die in Absatz 5 Satz 5 vorgesehene Einführung von Kappungsgrenzen zur Begrenzung des maximalen Budgetverlustes eines Krankenhauses. Kappingsregelungen sind notwendig um Krankenhäuser zu Beginn der Umstellung auf das neue Vergütungssystem vor unbegründeten oder existenzbedrohenden Budgetverlusten zu schützen und ihnen die Möglichkeit zu gewähren, sich an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen.

Allerdings existieren auch einige Kritikpunkte, welche einer Anpassung bedürfen. Zu nennen wären hier beispielsweise, die derzeitigen Ausgleichssätze für Mehr- oder Mindererlöse in Absatz 8. Die grundsätzlich geltenden Ausgleichsregelungen der Bundespflegesatzverordnung in Höhe von 20 % für Mindererlöse und 85 % bzw. 90 % für Mehrerlöse sind aus Sicht der DKG unverständlich, da sich diese betriebswirtschaftlich nicht nachvollziehen lassen. Diese Kritik wurde ausführlicher auch bereits in der Stellungnahme zu Artikel 2 Ziffer 5 zu § 3 BPfIV geäußert. Darüber hinaus wird wie bereits zuvor dargestellt, die Umstellung auf einen sachgerechten Kostenorientierungswert und die Loslösung von der unsachgerechten Bindung an die Grundlohnsumme gefordert. Als unsachgerecht muss zudem die in Absatz 3 vorgesehene anteilige Refinanzierung von Mehrleistungen gesehen werden. Dies würde gegenüber der jetzigen Ausgangslage, nach welcher die Häuser gemäß § 6 Abs. 1 BPfIV sowohl Veränderungen in der medizinischen Leistungsstruktur als auch der Fallzahl vollständig geltend machen können, eine deutliche Schlechterstellung bedeuten. Zur Sicherstellung der Patientenversorgung ist somit auch in der Konvergenzphase eine vollständige Refinanzierung zusätzlicher Leistungen notwendig.

7. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 5 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Hier wird die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 17d Abs. 2 Satz 4 KHG durch die Vertragsparteien nach § 11 BPfIV (Ortsebene) geregelt.

Stellungnahme

Durch eine Ergänzung des neuen § 5 BPfIV ist wie im KHEntgG-Bereich sicherzustellen, dass die Vereinbarung eines Zuschlages für die besonderen Aufgaben der regionalen Pflichtversorgung oder von Zentren und Schwerpunkten durch die örtlichen Vertragsparteien auch möglich ist, solange keine bundeseinheitlichen Regelungen vorliegen.

Als Voraussetzung für die Vereinbarung auf der Ortsebene sind auch unser Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 3 (Seite 9) sowie die Ergänzung des Auftrags an die Selbstverwaltung gemäß Artikel 1 Nr. 2 (Seite 8) zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

In § 5 (in der Fassung des Regierungsentwurfs) wird folgender Absatz 3 hinzugefügt.

„(3) Soweit für die regionale Pflichtversorgung oder Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17d Abs. 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17d Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorliegen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die entsprechenden Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.“

8. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 6 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Es soll eine Vereinbarungsmöglichkeit für krankenhausesindividuelle Entgelte, die mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet sind, geschaffen werden.

Stellungnahme

Die Möglichkeit der Vereinbarung sonstiger Entgelte neben den auf Bundesebene kalkulierten Entgelten ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte für sehr kostenintensive Behandlungen, welche den Entgeltkatalogen nach § 7 Nrn. 1 und 2 zwar zugeordnet, mit diesen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, die Mög-

lichkeit einer abweichenden Vereinbarung gesonderter Zusatzentgelte durch die Vertragsparteien nach § 11 geschaffen werden.

9. Zu Artikel 2 Nr. 5 - § 6 Abs. 2 Satz 2 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Hier werden die Vorgaben zur Vereinbarung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) festgelegt.

Stellungnahme

In § 6 Abs. 2 Satz 2 werden durch den Verweis auf das KHEntgG die Einzelheiten des NUB-Verfahrens entsprechend für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung übernommen. Die Formulierungen des § 6 Abs. 2 KHEntgG sind im Hinblick auf die frühzeitige Vereinbarung von NUB-Leistungen jedoch missverständlich. Gemäß Gesetzestext wäre eine frühzeitige Vereinbarung eines NUB ohne Statusliste nur dann möglich, wenn auch die Budgetvereinbarung frühestens am 01. Januar geschlossen wird. Dies widerspricht dem Prospektivitätsgedanken einer vorzeitigen Verhandlungsmöglichkeit für NUB und stellt in Verbindung mit den Regelungen des § 15 für erstmals zu vereinbarende NUB ein Liquiditätsrisiko für die Krankenhäuser dar. Dieser Widerspruch existiert entsprechend im somatischen Bereich und sollte auch dort geklärt werden.

10. Zu Artikel 2 Nr. 7 - § 8 Abs. 2 Satz 1 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Behandlungen können nur am Aufnahmetag und jedem weiteren Tag der Krankenhausbehandlung abgerechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage sind nur bei teilstationärer Behandlung abrechenbar, soweit dieser nicht auch Aufnahmetag ist.

Stellungnahme

In einem tagesbezogenen Vergütungssystem kann eine sachgerechte Vergütung von aufwendigen Tagen erfolgen, wenn diese explizit abrechenbar sind. In Abstimmung zwischen der DKG, dem GKV-Spitzenverband und dem InEK wurden die Entlassungs- und Verlegungstage als Kostenträger in der Kalkulation berücksichtigt, da davon ausgegangen werden kann, dass an diesen Tagen ein erhöhter Aufwand entsteht. Ohne Abrechenbarkeit dieser Tage würde ein erheblicher Widerspruch zur Kalkulation entstehen. In der Begründung zum Regierungsentwurf ist dargelegt, dass sich die Möglichkeit, Näheres oder Abweichendes im Rahmen der Selbstverwaltungspartner zu vereinbaren, auch auf die Abrechenbarkeit der Entlassungs- und Verlegungstage bezieht. Dennoch fordert die DKG eine Klarstellung im Gesetzestext, dass auch für den Entlassungs- und Verlegungstag ta-

gesbezogene Entgelte abgerechnet werden können, solange diese nicht zugleich Aufnahmetage sind.

Änderungsvorschlag

Den § 8 Abs. 2 Satz 1 BPfIV neu wie folgt zu ändern:

Tagesbezogene Entgelte für voll- oder teilstationäre Leistungen werden für den Aufnahme-tag, den Entlassungs- und den Verlegungstag sowie für und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, kann nur abgerechnet werden, wenn dieser ~~der~~ nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet.

11. Zu Artikel 2 Nr. 9 - § 9 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Hier werden die Aufgaben der Selbstverwaltung auf der Bundesebene geregelt. Unter anderem sollen Regelungen zu erkrankungstypischen Behandlungszeiten vereinbart werden.

Stellungnahme

In § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 wird die Selbstverwaltung auf der Bundesebene über die Vorschriften des § 17d KHG hinaus damit beauftragt, zusätzlich „in geeigneten Fällen Regelungen zu Zu- oder Abschlägen, die nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten“ zu vereinbaren. Derartige Regelungen sind bei Tagespauschalen nicht erforderlich und würden auch der Intention des Gesetzgebers bei Fassung des § 17d KHG widersprechen, da durch den Tagesbezug ein Anreiz zur Verweildauerreduktion ausgeschlossen werden sollte.

Entsprechend der DKG Position, keine Anreize zur Verweildauerreduktion zu geben, ist diese neue Regelung ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschläge

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen (Streichung der neuen Verweildauerregelung).

„1. einen Katalog nach § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten einschließlich der Bewertungsrelationen sowie ~~in geeigneten Fällen Regelungen zu Zu- oder Abschlägen, die nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmen sind,~~“

12. Zu Artikel 2 Nr. 11 - § 10 BPfIV

Beabsichtigte Regelung

Ab dem Jahr 2017 soll – analog zum Landesbasisfallwert im somatischen Bereich – ein Landesbasisentgeltwert für das Psych-Entgeltsystem eingeführt werden.

Stellungnahme

Da der Landesbasisentgeltwert erst mit dem Jahr 2017 Anwendung finden soll, wird zu diesem Zeitpunkt auf eine detaillierte Stellungnahme zu allen Regelungen verzichtet. Dennoch sollen einige Hinweise auf problematische Regelungen oder bestehenden Anpassungsbedarf nicht unterbleiben.

Die Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts lässt an vielen Stellen Parallelen zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach dem Krankenhausentgeltgesetz erkennen. Dies betrifft auch die Tatbestände, die bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts gemäß Absatz 2 insbesondere zu berücksichtigen sind. Diese sind vielfach allgemein und unpräzise gehalten und bergen damit – wie in der Somatik – entsprechendes Konfliktpotenzial.

Dies betrifft ganz besonders den Tatbestand der Wirtschaftlichkeitsreserven (Abs. 2 Nr. 2). Offensichtlich wird seitens des Gesetzgebers immer noch pauschal davon ausgegangen, dass in den Krankenhäusern, sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie, generell Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen. Dabei wird ignoriert, dass die Vereinbarung der Pflegesätze durch die Vertragsparteien auf Ortsebene dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegt (§ 3 Abs. 1 BPfIV) und deren Erhöhung ohnehin grundsätzlich auf die Höhe der Veränderungsrate begrenzt ist. Die Pflegesätze sind demnach bereits per Gesetz wirtschaftlich. Trotzdem werden offensichtlich jährlich neue Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gesehen.

Unabhängig von der inhaltlichen Kritik an dem Tatbestand ist dieser auch kaum justiziabel. In der praktischen Anwendung in der Somatik dient er regelmäßig als Verhandlungs- oder Vereinbarungsmasse. Selbstverständlich werden die Kostenträger auch im Psych-Entgeltsystem nicht die Möglichkeit auslassen, auf Grundlage dieser Vorschrift Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Krankenhäusern zu unterstellen. Dabei bleibt völlig unklar, wie der Tatbestand durch die Vertragsparteien umgesetzt und konkretisiert werden soll.

Es erscheint schwer möglich, etwaige Wirtschaftlichkeitsreserven zu definieren und monetär zu bewerten, die von sämtlichen oder den meisten Krankenhäusern aktiviert werden können. Damit fehlt die Grundlage, für die vom Gesetz vorgegebene Möglichkeit, diese Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Problematisch ist auch die Wirkung der Vorschrift auf alle Krankenhäuser im Land. Auch das wirtschaftlichste Krankenhaus im Land müsste über diese Vorschrift eine Absenkung des Landesbasisentgeltwerts infolge eines nicht begründbaren Pau-

schalabschlags für unterstellte Wirtschaftlichkeitsreserven gegen sich gelten lassen.

Aus den genannten Gründen ist die Vorschrift daher aufzuheben.

Die Vorschrift zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen (Abs. 2 Nr. 3) ist hinsichtlich ihrer absenkenden Wirkung auf den Landesbasisentgeltwert bei Leistungssteigerungen höchstproblematisch. Leistungssteigerungen werden kaum auf breiter Front bei allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in gleichem Umfang auftreten. Auch wenn insgesamt auf Landesebene ein Leistungsanstieg zu beobachten sein sollte, wird es in der Regel auch Krankenhäuser geben, bei denen Leistungsrückgänge zu verzeichnen sind. Die Annahme einer allgemeinen Kostendegression bei Leistungssteigerungen, wie sie im Gesetz unterstellt wird, ist deshalb nicht haltbar.

Nach der Vorschrift müssten jedoch auch Einrichtungen mit stagnierenden und zurückgehenden Leistungsmengen absenkende Effekte gegen sich gelten lassen. Die Vorschrift führt somit zu einer Kollektivhaftung aller Krankenhäuser des Landes bei Leistungssteigerungen im Land, was nicht akzeptabel ist.

Darüber hinaus fehlt eine Ausnahme für Leistungsveränderungen, die auf krankenhauplanerische Maßnahmen zurückzuführen sind (z. B. zusätzliche Kapazitäten zur Beseitigung von Unterversorgung). Leistungssteigerungen aufgrund krankenhauplanerischer Maßnahmen und Änderungen des Versorgungsauftrages müssen in voller Höhe refinanziert werden.

Neben der grundsätzlichen Kritik an dieser Vorschrift bereitet jedoch auch die konkrete Umsetzung – insbesondere die Bestimmung des geschätzten Anteils der variablen Kosten – erhebliche Schwierigkeiten. So liegen die Vorstellungen der Vertragsparteien, was unter variablen Kosten zu verstehen ist, in der Regel weit auseinander. Bei einer langfristigen Betrachtungsweise sind letztlich nahezu alle Kosten des Krankenhauses als variable Kosten anzusehen (sprungfixe Kosten). Die über diese Vorschrift berücksichtigten Beträge bei Leistungssteigerungen führen jedoch zu einer dauerhaften (Basis-)Absenkung des Landesbasisentgeltwerts.

In einem leistungsbezogenen Vergütungssystem greift eine rein betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise grundsätzlich zu kurz. Die Bewertung bzw. Ermittlung der variablen Kosten ist ausschließlich leistungsbezogen und damit unabhängig vom Beschäftigungsgrad des einzelnen Krankenhauses vorzunehmen.

Unter diesem Blickwinkel des Leistungsbezugs, der sich aus der mit dem pauschalierten System verbundenen Gesetzessystematik ergibt, fällt mit jeder (zusätzlichen) Leistung auch zusätzlich der Personal- und Sachmitteleinsatz an, der üblicherweise mit dieser speziellen Leistung auch verbunden ist (z. B. Arzt- und Psychologenkosten, medizinischer Bedarf, etc.). Insoweit ist zur Erbringung dieser Mehrleistung immer ein spezifischer zusätzlicher leistungsbezogener Personal- und Sachmitteleinsatz gegeben, der auch sachgerecht finanziert werden

muss. Die darauf zurückzuführenden zusätzlichen Kosten müssen den variablen Kosten i. S. dieser Vorschrift zugerechnet werden können.

Dazu ist eine entsprechende Klarstellung zur Minimierung des Konfliktpotenzials auf Landesebene erforderlich. Darüber hinaus ist die Ergänzung „soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind“ entbehrlich, weil hierin keine Leistungsveränderung zu sehen ist und diese kaum nachweisbar ist.

In der vorgeschlagenen Fassung kann die Vorschrift von der DKG nicht mitgetragen werden. Mit Blick darauf, dass eine Anwendung erst mit Einführung des Landesbasisentgeltwerts ab dem Jahr 2017 erfolgt, wird die DKG noch ihre Vorstellungen zum Umgang mit Leistungsveränderungen zu einem späteren Zeitpunkt konkretisieren.

Analog zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts sollen auch im Psych-Entgeltsystem Ausgabenentwicklungen außerhalb der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts berücksichtigt werden, soweit diese die Veränderungsrate überschreiten (Abs. 2, Nr. 4).

Die Regelung ist schon deshalb höchst problematisch, weil die Gesamtheit der Krankenhäuser über die Absenkung des Landesbasisentgeltwerts belastet wird. Die Finanzierung von Krankenhausleistungen über andere Entgelte als den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten erfolgt dagegen bei den einzelnen Krankenhäusern in höchst unterschiedlichem Umfang. Dennoch wird mit dieser Vorschrift quasi eine Kollektivhaftung für alle Krankenhäuser vorgegeben, die nicht akzeptabel ist.

Die Vorschrift ist daher aufzuheben.

Nach Abs. 2 Nr. 7 sind bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts auch Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1 zu berücksichtigen. In dieser unspezifischen Form hilft die Vorgabe sicher nicht weiter. Das gilt auch für die Gesetzesbegründung, aus der hervorgeht, dass mögliche Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auch für die Vertragspartner auf Landesebene verbindlich und daher bei der Vereinbarung des landesweiten Basisentgeltwerts zu berücksichtigen sind.

Wirft man einen Blick auf die nach § 9 Abs. 1 zu treffenden Vereinbarungen, so ist eigentlich nur für die anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Abs. 4 Satz 5 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5) klar, wie diese zu berücksichtigen ist. Dies ergibt sich jedoch ohnehin aus den Vorgaben des Abs. 4 Satz 5; dazu bedarf es nicht eines Verweises auf § 9 Abs. 1. Bei allen anderen Vereinbarungen bleibt unklar, wie diese explizit zu berücksichtigen sind. Vielfach ist eine Berücksichtigung sogar vollkommen abwegig. Das gilt beispielsweise für den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1 sowie die Weiterentwicklung der Abschnitte E1 bis E3 und B1 und B2 nach der Anlage der Ver-

ordnung (§ 9 Abs. 1 Nr. 6). Wie soll diese Vereinbarung bei der Ermittlung des Landesbasisentgeltwerts berücksichtigt werden?

Falls es dem Gesetzgeber hier darum gehen sollte, Weiterentwicklungen des Psych-Entgeltsystems oder der Abrechnungsbestimmungen, die lediglich technisch bedingt sind, zu berücksichtigen, dann sollte sich dies entsprechend auch im Gesetz wiederfinden. Der alleinige Verweis auf die Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1 ist in jedem Fall weder hilfreich noch zielführend.

Kritisch ist auch, dass gemäß Abs. 2 Satz 3 in der Konvergenzphase Ausgaben-erhöhungen durch Kodiereffekte durch eine entsprechende Absenkung des Basisentgeltwerts auszugleichen sind. Auch im Psych-Entgeltsystem dürfte es kaum gelingen etwaige Kodiereffekte von anderen Effekten trennscharf abzugrenzen.

13. Zu Artikel 2 Nr. 11 - § 10 Abs. 4 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Auch im neuen Psych-Entgeltsystem erfolgt eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerung durch die Krankenkassen über eine zwischen den Selbstverwaltungspartnern zu verhandelnde Berichtigungsrate. Die Berücksichtigung erfolgt ab 2017 im Landesbasisentgeltwert.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Aufnahme des § 10 Abs. 4 Satz 2 BPfIV, der die Inhalte des § 6 Abs. 2 BPfIV a. F. wiedergibt.

Aus Sicht der DKG ist jedoch eine Einschränkung der einzubeziehenden Tarifelemente unsachgerecht. Neben den zwei genannten Aspekten, Erhöhung der Vergütungstarifverträge und vereinbarte Einmalzahlungen, existieren noch weitere strukturelle tarifliche Vergütungselemente sowie weitere Komponenten, die zu einer Steigerung der Personalkosten führen können.

Daher fordert die DKG den grundsätzlichen Einbezug aller, auch struktureller, Tarifpositionen, wie beispielsweise die Einführung von zusätzlichen Urlaubstagen, die Verkürzung der Stufenlaufzeit sowie die Einführung zusätzlicher Stufen in die Entgeltgruppen.

Grundsätzlich ist die Beibehaltung der Berichtigungsrate zu begrüßen. Jedoch wird von der DKG, wie auch für die budgetneutrale Phase, eine 100 %-ige Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen gefordert. Die nur anteilige Refinanzierung führt zu einer immer weiter auseinandergehenden Tarifschere, die vor allem die Krankenhäuser im personalintensiven Versorgungsbe- reich der Psychiatrie und Psychosomatik besonders stark belastet. Der Unterschied zwischen Tarifrate und Veränderungsrate muss zu 100 % refinanziert werden. Aufgrund der Kostenstruktur in den betroffenen Krankenhäusern führt dies dazu, dass 80 % der verhandelten Berichtigungsrate budgetsteigernd wirksam werden.

Um Unklarheiten zu vermeiden, sollte für die Differenz aus Tarifraten und Veränderungsrate einheitlich der Begriff „Berichtigungsrate“ verwendet werden, da bisher im § 6 Abs. 2 BPfIV a. F. ausschließlich dieser Begriff Anwendung fand.

Änderungsvorschläge

Änderung des § 10 Abs. 4 Satz 2 wie folgt:

Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 ~~50~~ 100 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 3 Satz 1 und der Tarifraten berücksichtigt, ~~die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet. die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen aller zu quantifizierenden tarifvertraglichen Vereinbarungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Erhöhung der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen, errechnet.~~

Änderung des § 10 Abs. 4 Satz 5 wie folgt:

Der Basisentgeltwert ist von den Vertragsparteien um ~~40~~ 80 Prozent dieser Berichtigungsrate zu erhöhen.

14. Zu Artikel 2 Nr. 11 - § 11 Abs. 4 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Es folgt die Festlegung der zu übermittelnden Unterlagen, welche der Krankenhausträger als Grundlage für die Budgetverhandlungen auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen hat.

Stellungnahme

Die parallele Vorlage von LKA und AEB in 2013, 2014 oder 2015 für die optierenden Krankenhäuser scheint nicht erforderlich. Dies würde bedeuten, dass Krankenhäuser die bereits das neue Vergütungssystem in 2013 anwenden, noch in 2014, 2015 und 2016 Teile der LKA nach Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung vorzulegen hätten. Dies bedeutet einen unnötigen zusätzlichen Bürokratieaufwand, zumal die zusätzlich übermittelten Informationen wie Abteilungspflegesätze zu diesem Zeitpunkt keine Relevanz mehr besitzen. Hier ist eine entsprechende Klarstellung erforderlich.

15. Zu Artikel 2 Nr. 11 - § 12 BPfIV

Beabsichtigte Regelung

Die Vorschrift legt die näheren Einzelheiten für den Abschluss einer vorläufigen Budgetvereinbarung fest.

Stellungnahme

Die Vorschrift entspricht von der Zielsetzung her dem § 18 BPfIV und dürfte auch zukünftig eher von untergeordneter Bedeutung sein. Daher wird an dieser Stelle derzeit kein Änderungsbedarf gesehen.

16. Zu Artikel 2 Nr. 14 - § 15 Abs. 2 Satz 2 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Es folgt die Festlegung einer prozentualen Obergrenze für die Verrechnung von Zuschlägen.

Stellungnahme

Die in Satz 2 vorgesehene Obergrenze für die Verrechnung von Zuschlägen ist aus Sicht der DKG viel zu niedrig. Trotz des immer noch bestehenden Prospektivitätsgrundsatzes ist eine nicht prospektive Budgetverhandlung mittlerweile zum Regelfall geworden. In der Praxis wird die überwiegende Zahl der Budgetabschlüsse inzwischen nicht zu Beginn des Jahres, sondern erst im 2. Halbjahr getroffen. Je später im Jahr eine Budgetvereinbarung wirksam wird, umso stärker wirken sich die Verrechnungsbeträge aus Ausgleichen auf die Höhe des auszugleichenden Betrags aus. Auch zukünftig ist wie im somatischen Bereich weiterhin von einer unterjährigen Budgetvereinbarung als Regelfall auszugehen, aus diesem Grund ist eine Erhöhung der Obergrenze notwendig, um Liquiditätsverluste der Krankenhäuser zu vermeiden. Darüber hinaus sollte es den Vertragsparteien gemäß § 11 möglich sein eine Überschreitung dieser Obergrenze vereinbaren zu können, um ansonsten ggf. entstehende wirtschaftliche Risiken des Krankenhauses hierdurch abwenden zu können.

17. Zu Artikel 2 Nr. 14 - § 15 Abs. 2 Satz 3 BPfIV

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird der Entfall des Ausgleichs für Mindererlöse festgelegt, insofern eine verspätete Genehmigung der Budgetvereinbarung durch das Krankenhaus zu vertreten ist.

Stellungnahme

Die Regelung des Satz 3 wird abgelehnt. Ein Sanktionsmechanismus, welcher einseitig Nachteile für eine Vertragspartei beinhaltet, muss als unsachgerecht angesehen werden. Vielfach besteht gerade für die Krankenkassen der Anreiz eine Budgetverhandlung zu verzögern. So könnten die Krankenkassen beispielsweise bei absehbar hohen Verrechnungsbeträgen aufgrund der niedrigen Obergrenze (siehe Stellungnahme zu Artikel 2, Nr. 14 - § 15 Abs. 2 Satz 2 BPfIV) ein Interesse daran haben, möglichst zu einem späten Zeitpunkt eine Vereinbarung mit dem Krankenhaus zu treffen. Dem Krankenhaus entstünde in diesem Fall nicht nur ein Liquiditätsverlust, es wäre darüber hinaus in der Beweislast nachzuweisen, dass die verspätete Vereinbarung durch die Krankenkassen zu verantworten ist. Ein „verspäteter“ Budgetabschluss ist vielfach auf Gründe zurückzuführen, die das Krankenhaus nicht zu vertreten hat. Von einem einseitigen Sanktionsmechanismus sollte somit Abstand genommen werden.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung des § 15 Abs. 2 Satz 3.

18. Zu Artikel 2 Nr. 23 – Anlage zu BPfIV

Beabsichtigte Regelung

Für die Verhandlungen im Psych-Entgeltsystem wird die bisherige LKA durch neue Formulare ersetzt.

Stellungnahme

Abschnitte E1 bis E3

Eine abschließende inhaltliche Bewertung wird erst nach genauerer Kenntnis des Vergütungssystems möglich sein. Einige Hinweise auf Anpassungsbedarf können jedoch bereits an dieser Stelle gegeben werden.

Dies betrifft insbesondere den vorgesehenen gesonderten Ausweis für Überlieger bei fall- und zeitraumbezogenen Entgelten in den Abschnitten E1 und E2. Entsprechende Vorgaben finden sich auch für die in der Somatik geltenden Abschnitte E1 und E2.

Probleme ergeben sich dort insbesondere dadurch, dass die Überlieger am Jahresbeginn in der Praxis dem neuen Vereinbarungszeitraum zugerechnet werden müssen, obwohl diese noch nach dem alten Katalog des Vorjahres abgerechnet werden, weil für die Abrechnung der Fallpauschalen gemäß der Fallpauschalenvereinbarung der am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltende Fallpauschalen-Katalog maßgeblich ist. Zu Schwierigkeiten führt dies letztlich auch bei der budgettechnischen Umsetzung. Hier stellt sich in Verbindung mit dem Ab-

schnitt B2 die Frage, mit welchem Landesbasisfallwert die Überlieger zu bewerten sind oder ob möglicherweise sogar eine Überleitung der Überlieger auf den neuen Katalog zu erfolgen hat.

Solche Unstimmigkeiten sollten beim Psych-Entgeltsystem nicht wiederholt werden, auch wenn hier überwiegend von tagesbezogenen Entgelten auszugehen ist.

Davon ausgehend, dass die Abrechnung der Entgelthöhe auch im Psych-Entgeltsystem über den Aufnahmetag bestimmt wird, wäre selbst bei fall- und zeitraumbezogenen Entgelten grundsätzlich kein gesonderter Ausweis der Überlieger erforderlich, wenn die Zuordnung zum Erlösbudget für alle Patienten anhand des Aufnahmetags bzw. des Beginns der zeitbezogenen Vergütung erfolgen würde. So wäre sichergestellt, dass sich das Erlösbudget eines Vereinbarungszeitraums auch vollständig aus den im Vereinbarungszeitraum maßgeblichen mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten ableitet.

Die nunmehr vorgesehene verpflichtende Angabe einer dazugehörigen Fallzahl bei tagesbezogenen Entgelten (Abschnitt E1, neue Spalte 2a) ist sachlich nicht nachvollziehbar und führt zu unnötigem administrativem Aufwand für die Krankenhäuser. Dies gilt umso mehr, weil nicht ersichtlich wird, wie die Spalte konkret auszufüllen ist, wenn ein Fall aus verschiedenen tagesbezogenen Entgelten besteht.

So stellt sich die Frage, ob beispielsweise ein Fall, der aus vier unterschiedlichen tagesbezogenen Entgelten besteht, dann auch viermal in der Spalte 2a den entsprechenden Berechnungstagen bei tagesbezogenen Entgelten (Spalte 2) zugeordnet werden muss. Da die tatsächlichen Fälle dann mehrfach gezählt würden, hätte die auszuweisende Fallzahlsumme überhaupt keine Aussagekraft. Angesichts des nicht erkennbaren Nutzens dieser Spalte bei gleichzeitig erheblichem administrativem Aufwand muss diese wieder aufgehoben werden. Gleiches gilt für den Ausweis der dazugehörigen Belegungstage bei fall- und zeitraumbezogenen Entgelten (neue Spalte 3a).

Abschnitt B1

Insgesamt kennzeichnen den Abschnitt B1 in der vorgesehenen Fassung verschiedene technische Mängel, die es zu beheben gilt, wenn eine budgetneutrale Einführung des neuen Vergütungssystems gewährleistet sein soll. Zurückzuführen sind die Mängel insbesondere auf die Vorgaben des § 3 Abs. 2 BPfIV (s. Stellungnahme dort).

Änderungsvorschlag

Die DKG möchte nachfolgend einen Vorschlag für eine Fassung des Abschnitts B1 unterbreiten, der eine budgetneutrale Umsetzung zum Ziel hat. Dieser würde entsprechende Anpassungen innerhalb des § 3 Abs. 2 BPfIV nach sich ziehen.

Vorläufige Stellungnahme der DKG vom 16. April 2012 zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 BpflV für die Kalenderjahre 2013 bis 2016

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 BpflV für die Kalenderjahre 2013 bis 2016

lfd. Nr.	Berechnungsschritt	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
	Anpassung des Gesamtbetrags:		
1	Gesamtbetrag für das laufende Jahr		
2	+ Berichtigungen nach § 6 Abs. 2 BpflV a. F. *)		
3	+/- Sonstige Berichtigungen aus Vorjahren *)		
4	./. Ausgliederung ausländischer Patienten		
5	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche		
6	+/- Ausgliederung/Wiedereingliederung Zu- und Abschläge		
7	Ausgangsbetrag für Vereinbarung nach § 3		
8	+ Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V / Veränderungsweert		
9	= Zwischensumme		
10	+ Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen (§ 6 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 BpflV a. F.)		
11	+ zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes (§ 6 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 BpflV a. F.)		
12	+ Finanzierungsbeträge für Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b KHG (§ 6 Abs. 1 S. 4 Nr. 3 BpflV a. F.)		
13	+ zusätzliche Personalkosten durch Umsetzung der Psych-PV (§ 6 Abs. 1 S. 4 Nr. 4 i. V. m. Abs. 4 BpflV a. F.)		
14	+ zusätzliche Leistungen auf Grund strukturierter Behandlungsprogramme (§ 6 Abs. 1 S. 4 Nr. 6 BpflV a. F.)		
15	= Obergrenze ohne Ausgleiche		
16	+ Zuschlag für Instandhaltung nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BpflV a. F. auf Ausnahmetatbestände in Höhe von 1,1 % (Nr. 10-14)		
17	= Gesamtbetrag ohne Ausgleiche einschließlich Instandhaltungspauschale		
18	Vergleichsgröße: verhandelter leistungsgerechter Gesamtbetrag (§ 6 Abs. 1 S. 2 BpflV a. F.)		
19	Gesamtbetrag für den Vereinbarungszeitraum (Nr. 17 bzw. Nr. 18)		
20	+ Investitionskosten gemäß § 3 Abs. 4 BpflV		
21	+/- neue Ausgleiche für Vorjahre *)		
22	= Veränderter Gesamtbetrag		
23	davon: verändertes Erlösbudget **)		
24	davon: Entgelte nach § 6 Absatz 1 BpflV		
	Ermittlung des Basisentgeltwerts:		
25	Erlösbudget aus lfd. Nr. 23 **)		
26	./. Erlöse aus Zusatzentgelten		
27	= Summe mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte einschl. lfd. Nr. 21		
28	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen		
29	= krankenhausindividueller Basisentgeltwert		
30	nachrichtlich: Basisentgeltwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen		

*) die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.

**) Erlösbudget einschließlich der Erlöse für patientenbezogene Zu- und Abschläge.

C) Zu Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Zu Artikel 4 Nr. 2 - § 64b SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 64b SGB V wird im Geltungsbereich des SGB V eine neue Rechtsgrundlage speziell für Modellvorhaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung geschaffen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen hier unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung und der Optimierung der Versorgung psychisch kranker Menschen ermöglicht und gefördert werden.

Stellungnahme

Die DKG unterstützt die Einführung des § 64b SGB V. Durch die Verankerung im Geltungsbereich des SGB V wird die Intention die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu fördern betont. Mit einem speziellen Abschnitt für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird signalisiert, dass es um die Weiterentwicklung der Versorgung gehen soll. Die Regelungen für Modellprojekte sind wichtig, damit ausreichend sektorenübergreifende Versorgungsmöglichkeiten erprobt werden können, deren Ergebnisse die Weiterentwicklung des Psychiatrieentgeltsystems positiv fördern können. Ein Bestandsschutz für laufende Modellprojekte ist unverzichtbar.

2. Zu Artikel 4 Nr. 3 - § 118 Abs. 3 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Durch diese Regelung wird auch psychosomatischen Fachkrankenhäusern und psychosomatischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Möglichkeit zur Behandlung in Institutsambulanzen eröffnet.

Stellungnahme

Die Neuschaffung psychosomatischer Institutsambulanzen macht es möglich, schwer und chronisch kranke Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, die einer niedrigrschwelligeren und engmaschigen Behandlung bedürfen in krankenhäusenahen Strukturen ambulant zu behandeln. Der Forderung der DKG nach einer eigenständigen, von der dreiseitigen Rahmenvereinbarung für die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V unabhängigen Vereinbarung zur Definition der in den psychosomatischen Institutsambulanzen zu behandelnden Patientengruppen wird in der Begründung zu diesem Paragraphen Rechnung getragen.

Als nachteilig zu bewerten ist allerdings, dass die psychosomatischen Fachkliniken nicht analog zu den psychiatrischen Fachkrankenhäusern gemäß § 118 Abs.1 SGB V durch den Zulassungsausschuss zur ambulanten Versorgung ermächtigt werden, sondern ebenfalls unter die Ägide des § 118 Abs. 2 SGB V gestellt werden, so dass alle psychosomatischen Institutsambulanzen unter die Prämissen des auf Bundesebene speziell zu vereinbarenden dreiseitigen Vertrages fallen. Die Begründung verweist darüber hinaus auf Begrenzungsmechanismen bei der Ausgestaltung der Ermächtigung, indem zusätzlich eine Festlegung des spezifischen Versorgungsbedarfs, mit der Referenz auf die regionale Versorgungsverpflichtung der Häuser, gefordert wird.

Zudem wird mit den vorgesehenen Änderungen nicht deutlich, wie psychosomatischen Fachabteilungen von psychiatrischen Fachkliniken einzuordnen sind. Die Versorgung von psychosomatischen Patienten in psychiatrischen Institutsambulanzen von psychiatrischen Fachkrankenhäusern wird zumindest nicht eindeutig geregelt. Wir bitten daher um eine ergänzende Klarstellung im §118 Abs. 1 SGB V.

Änderungsvorschläge

§ 118 Absatz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie psychosomatischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen.“

§ 118 Absatz 3 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Absatz 1 gilt für psychosomatische Fachkliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend. Für Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung gilt Absatz 2 entsprechend.“

3. Zu Artikel 4 Nr. 5 - § 137 Abs. 1d SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, eine Empfehlung zur Personalausstattung in den Kliniken zu beschließen und in seinen Richtlinien die erforderlichen Festlegungen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu treffen sowie Indikatoren zur Bewertung der Leistungsqualität zu entwickeln.

Stellungnahme

Da der Gemeinsame Bundesausschuss bereits seine Arbeit zur Erstellung entsprechender Richtlinien für die Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aufgenommen hat, sieht die DKG diesen neu gefassten Absatz als nicht notwendig an. Begrüßt wird die klare Fokussierung auf eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Die konkrete, gesetzliche Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Erstellung einer Empfehlung zur Ausstattung der Krankenhäuser mit therapeutischem Personal stellt ein Novum dar. Die Verankerung der bisher in der Psychiatrie-Personalverordnung vorgegebenen Personalausstattung für die darin genannten Berufsgruppen in einer G-BA-Empfehlung wird von der DKG abgelehnt, zum einen weil der mit der Psych-PV verbundene Finanzierungstatbestand, dass die nach der Psych-PV ermittelten Personalzahlen auch über die einzelnen Krankenhausbudgets zu finanzieren sind, hier abgekoppelt ist, und zum anderen, da die Personalausstattung in den psychosomatischen Kliniken durch die Psych-PV nicht abgebildet wird. Darüber hinaus wird im Gesetzestext explizit die Entwicklung von Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgegeben. Die spezielle Nennung von Strukturqualitätsindikatoren an dieser Stelle ist nicht richtig, da die Vorschriften zur Festlegung der Strukturqualität vom G-BA nicht über Indikatoren, sondern in Form von Richtlinien geregelt wird, die die Strukturqualität bezogen auf bestimmte Versorgungsbereiche explizit vorgeben (wie z. B. RL für Kinderonkologie, RL zur Versorgung Früh- und Neugeborener, Qualitätssicherungs-RL zum Bauchortenaneurysma). Im Rahmen sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren wird die Strukturqualität nicht erfasst. Die Regelung Strukturvorgaben, wie die personelle Ausstattung, anhand einer Empfehlung nur für die stationären Einrichtungen vorzugeben, ist im Rahmen eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens als systemfremd zu bezeichnen. Analoge Empfehlungen müssten dann ebenfalls für die ambulanten Versorgungsbereiche formuliert und festgelegt werden.

Änderungsvorschlag

§ 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität in diesem Bereich.“

D) Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP - Ausschussdrucksache 17(14)0254

1. Zu den Änderungsanträgen 1 und 2 (Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen soll sowohl für den KHEntgG-Bereich als auch für den BPfIV-Bereich klargestellt werden, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen dürfen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die vorgesehenen Klarstellungen ausdrücklich, denn nicht nur in den strukturschwachen Regionen der Flächenländer, sondern auch in den Ballungsräumen sind die Krankenhäuser in zunehmendem Maße auf Kooperationen mit (Vertrags-)Ärzten angewiesen, um die Patientenversorgung sicherstellen zu können. Die Rechtsprechung behandelt die Zulässigkeit von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und (Vertrags-)Ärzten derzeit jedoch unterschiedlich, was zu erheblicher Rechtsunsicherheit führt und eine gesetzliche Klarstellung dringend erforderlich macht. Ohne eine entsprechende Klarstellung besteht die Gefahr, dass notwendige Krankenhausleistungen, die derzeit in Kooperation mit Honorärärzten erbracht werden, in Zukunft nicht mehr erbracht werden können.

2. Zu Änderungsantrag 3 (Geriatrische Institutsambulanzen)

Beabsichtigte Neuregelungen

Die Einführung geriatrischer Institutsambulanzen zielt auf die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten geriatrischen Versorgung ab. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird weiterhin mit einer Zunahme an geriatrischen Patienten zu rechnen sein. Zur Sicherstellung der wohnortnahen Fachkompetenz auch in ländlichen Regionen und einer koordinierten Versorgung sollen Krankenhäuser verstärkt in die ambulante Versorgung einbezogen werden.

Mit der Neuregelung sollen geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss bei Unterversorgung zur strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung zugelassen werden. Zwischen den Vertragsparteien GKV-SV, KBV und DKG soll dazu ein Katalog vereinbart werden, der die geriatrisch Kranken und zusätzlich Vorgaben zu sächlichen und personellen Voraussetzungen, Qualitätsanforderungen sowie zur Überweisungserfordernis in bestimmten Fällen definiert.

Kommt eine Einigung zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene in Bezug auf die Festlegung eines Kataloges nicht zustande, soll dieser auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V innerhalb eines zeitlichen Rahmens von drei Monaten festgelegt werden.

Stellungnahme

Anwendungsbereich

Die Formulierung des § 118a Abs. 1 SGB V (neu) konkretisiert die Voraussetzungen zum Erhalt einer Ermächtigung für Krankenhäuser und Krankenhausärzte zur ambulanten geriatrischen Versorgung. In dieser Form ist der § 118a SGB V (neu) jedoch nicht geeignet, die Versorgung wesentlich zu verbessern, da bei Unterversorgung die Ermächtigung von Krankenhausärzten gemäß § 116 SGB V und Instituten gemäß § 116a SGB V derzeit bereits möglich ist.

In manchen Regionen werden die Versorgungsaufgaben durch geriatrische Schwerpunkte und Zentren wahrgenommen, die keine eigene Fachabteilung bilden, jedoch trotzdem berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus werden in einigen Krankenhausplänen geriatrische Fachabteilungen bzw. geriatrische Krankenhäuser explizit nicht ausgewiesen.

Zulassung

Die Zulassung wird nach dem Gesetzesvorschlag vom Zulassungsausschuss anhand interpretierbarer Kriterien bestimmt. Eine planungssichere Regelung für die Krankenhäuser wäre hingegen die Zulassung per Gesetz, die unter Festlegung des geriatrischen Patientenklientels durch eine dreiseitige Vereinbarung auf der Bundesebene erfolgen soll und somit eindeutig bestimmt wäre. Eine Bedarfsprüfung über den Zulassungsausschuss analog § 118 Abs. 2 SGB V ist somit nicht vorzusehen.

Vergütung

Der Gesetzesbegründung bzgl. der Vergütung zu diesem Änderungsantrag ist zu entnehmen, dass die in den geriatrischen Institutsambulanzen oder von den ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten ambulanten Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und von den ermächtigten Leistungserbringern mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden sollen. Damit wäre die Leistungsabrechnung auf die Einzelleistungsvergütung nach EBM begrenzt und auf dem Abrechnungsweg über die Kassenärztlichen Vereinigungen festgeschrieben. Sofern es sich um neue Leistungen handelt, würden diese außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden.

Aus Sicht der DKG wurde hier eine Einschränkung der Vergütungsoptionen entgegen der ursprünglich angedachten Orientierung an den PIAs gemäß § 118 SGB V formuliert. Leistungsabrechnungen direkt mit den Krankenkassen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie Pauschalierung nach § 120 Abs. 3 Satz 1 SGB V wären nicht mehr möglich.

Änderungsvorschlag

§ 118a (neu) SGB V ist wie folgt zu formulieren:

„Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen, geriatrische Schwerpunkte und Zentren an zugelassenen Krankenhäusern sind zur ambulanten geriatrischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe geriatrisch Kranker fest, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. § 118 Abs. 2 Satz 3 bis 7 und § 120 Abs. 2 Satz 1 bis 5 sowie § 120 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.“