

BAG-Psychiatrie, Ständeplatz 2, 34117 Kassel

Frau MdB
Dr. Carola Reimann
Vorsitzende des Ausschusses
für Gesundheit des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(6)
gel. VB zur Anhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
13.04.2012

Datum: 13.04.2012
Auskunft erteilt: Herr Hübner
Telefon: 0561 – 1004 / 5321
Telefax: 0561 – 1004 / 5421
E-Mail-Adresse: joachim.huebner@vitos.de
Aktenzeichen: C 22



Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)

Öffentliche Anhörung am 23.04.2012

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

ich bedanke mich sehr, dass Sie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) Gelegenheit geben, sich zum Gesetzentwurf des PsychEntgG zu äußern. Leider kann ich an dem Anhörungstermin am 23.04.2012 nicht teilnehmen. Ich gebe aber gern eine Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf ab.

1. Allgemeine Hinweise

Ich begrüße es, dass für das neue Psychiatrie-Entgeltsystem in Form der Änderung der jetzigen Bundespflegesatzverordnung eine eigene Rechtsgrundlage geschaffen werden soll. Inhaltlich lehnt sich der Gesetzentwurf aber sehr eng an die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes an. Dies wird dazu führen, dass Schwächen des Fallpauschalensystems der Somatik auf die Psychiatrie übertragen werden. Außerdem weisen die psychiatrische, die kinder- und jugendpsychiatrische und die psychosomatische Krankenhausbehandlung Besonderheiten auf, die im Gesetzentwurf noch nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Bei der Einführung des Fallpauschalensystems für die Somatik stand die Erwartung einer Verweildauerreduzierung und des Bettenabbaus im Fordergrund. Diesen Umstrukturierungsprozess hat die Krankenhauspsychiatrie mit Einführung der Personal- und Qualitätsstandards der Psychiatriepersonalverordnung im Jahre 1991 bereits hinter sich. Die Krankenhausverweildauer ist stärker reduziert worden als in der Somatik und trotz einer erheblichen Fallzahlsteigerung ist bundesweit die Bettenzahl deutlich verringert worden. Ziel des PsychEntgG muss daher in erster Linie eine leistungsge-

rechte Ressourcenverteilung, die Schaffung eines Anreizsystems für effizienten Mitteleinsatz bei hoher Prozess- und Ergebnisqualität sein.

Die Fallzahlen in den Psychiatriefächern steigen deutlich stärker als in der Somatik. Von 2003 bis 2009 mussten in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen 14 % mehr Patienten versorgt werden. In der Psychosomatik stieg die Fallzahl fast um das 2 ½-fache. Es muss davon ausgegangen werden, dass dieser Trend trotz eines gut ausgebauten Netzes ambulanter Versorgungsangebote in den nächsten Jahren anhalten wird. Das PsychEntgG muss deshalb gewährleisten, dass die höheren Leistungsmengen auch ausreichend finanziert werden, damit es nicht zu Qualitätseinschränkungen kommt. Wenn die klinische Versorgung nicht mehr im notwendigen Umfang gewährleistet ist, muss befürchtet werden, dass Patienten in andere Versorgungssysteme „verschoben“ werden und damit die Länder und Kommunen finanziell belasten (z. B. Pflege, Eingliederungshilfe, Maßregelvollzug).

Das neue Entgeltsystem muss darüber hinaus gewährleisten, dass die knappen Ressourcen leistungsgerecht verteilt werden. Gerade für Patienten mit schweren psychischen Störungen, auffälligen Verhaltensweisen und mangelnder Krankheitseinsicht müssen ausreichend Mittel zur Verfügung stehen. Die Kliniken und Abteilungen müssen auch die Erfüllung ihres ordnungspolitischen Auftrages der Unterbringung und Behandlung gerichtlich eingewiesener Patienten nachkommen können.

Zu den Besonderheiten psychiatrischer Krankenhausversorgung gehört die regionale Pflichtversorgung. Bereits die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung hat in ihren Empfehlungen von 1988 die regionale Pflicht- und Vollversorgung mit enger Verknüpfung aller Einrichtungen und Dienste im gemeindepsychiatrischen Verbund zum vorrangigen Versorgungsprinzip erhoben. Regionale Voll- und Pflichtversorgung bedeutet dabei Zweierlei. Alle Patienten des Versorgungsgebietes haben jederzeit einen Behandlungsanspruch unabhängig von Art oder Schwere ihrer Erkrankung oder der Belegungssituation der Klinik. Alle gegen ihren Willen gerichtlich eingewiesenen Patienten müssen jederzeit aufgenommen werden können.

Regionale Pflicht- und Vollversorgung bedeutet aber auch Vernetzung mit außerklinischen Einrichtungen und Diensten. Auch hierfür entsteht zusätzlicher Aufwand, der im Moment durch entsprechende Minutenwerte für Oberärzte und Sozialpädagogen in den Qualitätsstandards der Psychiatrie-Personalverordnung verankert ist.

Pflichtversorgungskliniken müssen das volle Leistungsspektrum für alle Diagnosegruppen und Behandlungsbedürfnisse vorhalten. Denn anders als in der Somatik können sie Patienten nicht beispielsweise an Maximalversorgungskliniken weiterverweisen.

Es ist mir unverständlich, dass der Gesetzentwurf keinen Anspruch auf Finanzierung des mit der regionalen Pflichtversorgung verbundenen Aufwandes vorsieht. Da es sich um ein Strukturelement psychiatrischer Versorgung handelt, kann der Aufwand nicht im Entgeltkatalog abgebildet werden, er muss durch angemessene Zuschläge gedeckt werden können.

Deshalb reicht es bei Weitem nicht aus, dass der Entwurf des PsychEntgG lediglich einen Prüfauftrag an die Selbstverwaltungspartner enthält.

Wie bereits dargelegt, ist von einem weiteren Fallzahlenanstieg auszugehen, der in der Psychosomatik eine größere Dynamik haben wird als in der Psychiatrie und Psycho-

therapie. Nach der geltenden Bundespflegesatzverordnung werden höhere Fallzahlen in den Budgets der Kliniken berücksichtigt.

Künftig sollen nach dem Entwurf des PsychEntgG zusätzliche Leistungen nur noch teilweise über die Krankenhausbudgets finanziert werden. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass Fallzahlsteigerungen zu einer Absenkung des Landesbasisentgeltwertes führen. Das Morbiditätsrisiko wird hierdurch von der Krankenversicherung auf die Krankenhäuser verlagert. Die Absenkung des Landesbasisentgeltwertes führt zu einer Art „Kollektivhaftung“ aller Krankenhäuser.

Wie in der Somatik auch werden die Krankenhäuser versuchen, Erlösausfälle durch höhere Fallzahlen auszugleichen, was zu einem „Hamsterrad-Effekt“ führt. Herr Gesundheitsminister Daniel Bahr hat mit Blick auf diesen Effekt kürzlich kritisiert, dass in der Somatik auf dem Rücken der Patienten und Beschäftigten derzeit in vielen Krankenhäusern „Menge gekloppt“ werde. Offensichtlich setze das System da falsche Anreize (Zitat nach Deutsches Ärzteblatt vom 09.03.2012).

Genau dieser Systemfehler soll im PsychEntgG wiederholt werden.

Psychiatrische Behandlung ist durch ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung durch Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte gekennzeichnet. Medizinisch technische Leistungen treten dagegen in den Hintergrund. Deshalb liegt der Personalkostenanteil in der Psychiatrie mit rund 80 % - in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch etwas höher - deutlich über den somatischer Krankenhäuser. Tarifsteigerungen führen deshalb in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen zu Kostenbelastungen, die durch die Veränderungsrate nicht aufgefangen werden können. Die anteilige Berichtigung von Tarifsteigerungen reicht nicht aus, um die Personal- und Qualitätsstandards halten zu können. Gerade die hohen Tarifabschlüsse dieses Jahres lassen Personalreduzierungen zur Kompensation der steigenden Personalkosten befürchten. Andere Rationalisierungsmöglichkeiten sind während der langjährigen Phase der „Budgetdeckung“ bereits ausgeschöpft worden.

Die Veränderungsrate muss deshalb durch den Orientierungswert, also durch die Kostenentwicklung auf der Basis eines „Krankenhauswarenkorb“ ersetzt werden.

Psychische Störungen führen oft zu einem chronischen Krankheitsverlauf, und die Patienten benötigen über lange Zeiträume hin therapeutische Interventionen aus verschiedenen psychiatrischen Hilfesystemen. Deshalb ist es wichtig, Behandlungs- und Betreuungsleistungen miteinander zu vernetzen und zu verknüpfen sowie möglichst Komplexeleistungen anzubieten. Die im Gesetzentwurf des PsychEntgG vorgesehenen Modellvorhaben (§ 64 b SGB V) erfüllen diese Anforderungen nur in sehr beschränktem Maße.

Der Gesetzentwurf ist zu einem Zeitpunkt vorgelegt worden, zudem die Struktur des künftigen Entgeltkataloges noch nicht erkennbar ist. Das erschwert die sachgerechte Bewertung der einzelnen Bestimmungen des Gesetzentwurfes. Vor diesem Hintergrund begrüße ich es, dass der Einführung des neuen Entgeltsystems eine längere budgetneutrale Phase mit einer anschließenden Konvergenzphase vorgeschaltet werden soll.

Die schon im Jahre 2010 eingeführten OPS-Codes erforderten die Umstellung oder den Aufbau einer neuen IT-Infrastruktur zur patientenbezogenen Leistungs- und Kostenerfassung. Mitarbeiter in den Kliniken mussten auf breiter Basis geschult werden. Außerdem ist der Einsatz von Medizin-Controllern, Codierfachkräften und Case-

Managern erforderlich. Die Krankenhäuser haben diesen Einführungsaufwand bisher ohne jeglichen finanziellen Ausgleich aus den laufenden Budgets aufbringen müssen. Die Kosten sollten in angemessener Form als Aufwand der Systemeinführung im neuen Vergütungssystem berücksichtigt werden.

2. Anmerkungen zu den Einzelvorschriften:

1. Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 17 b KHG)

Um Zuschläge für die Erfüllung der Aufgaben der eingangs beschriebenen regionalen Pflichtversorgung vereinbaren zu können, ist eine Änderung des § 17 b KHG erforderlich. Gemäß § 17 d Abs. 2 Satz 4 KHG gelten die Vorschriften des § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG entsprechend. Die Selbstverwaltungspartner sollten bedarfsgerechte Zuschläge zur Finanzierung des zusätzlichen Aufwandes aus der regionalen Pflichtversorgung vereinbaren können.

2. Zu Artikel 1 Nr. 3 a (§ 17 d Abs. 2 KHG)

Der unter Ziffer 1 beschriebene Änderungsbedarf besteht auch hinsichtlich des § 17 d Abs. 2 KHG.

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

Krankenhäuser müssen bis 30.11.2012 eine verbindliche Erklärung abgeben, wenn sie in die Optionsphase eintreten wollen. Dies bedeutet, dass sie zwei Monate nach der gesetzlich vorgesehenen Vereinbarung erster Entgelte eine Entscheidung treffen müssen. Dieser Zeitraum ist sehr knapp bemessen, vor allem, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums erfolgen muss. Die Erklärungsfrist sollte bis 31.12.2012 verlängert werden.

4. Zu Artikel 2 Nr. 3 (§ 2 BPfIV)

In Nr. 4 dieser Bestimmung muss eine Regelung für die Aufgaben der regionalen Pflichtversorgung aufgenommen werden. Darüber hinaus ist es durchaus denkbar, dass auch in der Psychiatrie Spezialisierungen in Richtung einer Zentren- oder Schwerpunktbildungen (z. B. Borderline-Störungen, Depressionen) stattfinden. Auch hierfür sollten Zuschlagsvereinbarungen ermöglicht werden.

Die im Änderungsantrag der CDU/CSU- und FDP-Fraktion vorgeschlagene Regelung der Beschäftigung von Honorarärzten wird begrüßt.

5. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 3 Abs. 1 BPfIV)

Die vorgesehene budgetneutrale Phase und die beiden Optionsjahre für die Einführung des neuen Entgeltsystems werden ausdrücklich begrüßt. Es ist verständlich, dass der Gesetzgeber hierfür ein Anreizsystem schaffen will. Die Regelung, wonach § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. nur für Optionskliniken bis 2016 gelten soll, ist hierzu nicht geeignet.

§ 6 BPfIV a. F. bleibt während der budgetneutralen Phase ohnehin Grundlage für die Budgetverhandlungen. Dies gilt insbesondere für die Ausnahmetatbe-

stände von der Betragsobergrenze nach § 6 Abs. 1 BPfIV a. F. (z. B. Veränderungen der Leistungsstrukturen, der Fallzahlen, zusätzliche Kapazitäten durch Bescheide der Krankenhausplanung).

Die Nachverhandlungsmöglichkeit nach § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. ist eine Voraussetzung für die Einführung des neuen Entgeltsystems. Die Qualitätsstandards der Psych-PV müssen uneingeschränkt erfüllt sein.

Die Kliniken haben von der Nachverhandlungsmöglichkeit Gebrauch gemacht und teilweise Stufenvereinbarungen abgeschlossen, die bis in das Jahr 2013 reichen.

Die Beschränkung der Nachverhandlungsmöglichkeit bis 31.12.2012 für nicht optierende Häuser ist deshalb zu streichen.

Vielmehr sollte für Optionskliniken der Stichtag 31.12.2008 nach § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. in 31.12.2012 umgewandelt werden.

6. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 3 Abs. 5 BPfIV)

Der vorgesehene Mindererlösausgleich für die Jahre 2013 und 2014 kann mit 75 % ebenfalls nicht als Anreiz für Optionskliniken angesehen werden. Die Krankenhäuser unterliegen beim Einstieg in ein neues Vergütungssystem der Gefahr der Fehleinschätzung und damit einem erhöhten Risiko von Mindererlösen. Deshalb sollte ein Mindererlösausgleich von 95 % - wie seinerzeit auch bei der Einführung des DRG-Systems - vorgesehen werden.

Ein Anreiz zur Optierung könnte in einem verbesserten Mehrerlösausgleich gesehen werden. Eine Quote von 65 % halte ich für angemessen.

Die Bestimmung über kodierbedingte Mehrerlöse ist zu streichen, da sie nicht konkret ermittelbar sind und deshalb zu einem permanenten Streit zwischen den Budgetpartnern werden können. Wenn überhaupt, bestehen Kodiereffekte ohnehin nur zeitlich sehr befristet.

Die Ausgleichssätze für Minder- bzw. Mehrerlöse ab 2015 sollen geändert werden, was wenig sachgerecht ist. Für Mindererlöse sollten 40 %, für Mehrerlöse 65 % ausgeglichen werden.

7. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 3 Abs. 2 BPfIV)

Bis 2016 soll § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV a. F. weiterhin Anwendung finden. Damit wird die Berichtigungsrate für Tarifsteigerungen mit 50 % festgeschrieben. Dies wird - wie die Vergangenheit gezeigt hat - zur Reduzierung der Qualitätsstandards führen.

Deshalb sollte die vollständige Berichtigungsrate in den Budgets angewendet werden, damit wird dem höheren Personalkostenanteil in der Psychiatrie Rechnung getragen.

8. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 4 BPfIV)

Grundsätzlich wird die vorgesehene Konvergenzphase einschließlich der Kappungsgrenze begrüßt.

Allerdings sehe ich in einigen Punkten Änderungsbedarf. Dies gilt - wie oben bereits angesprochen - für die Ausgleichsregelungen und vor allem für die Veränderungsrate nach § 71 SGB V. Sie ist in keiner Weise geeignet, die Kostenentwicklung psychiatrischer Kliniken angemessen zu berücksichtigen. Hier muss der Kostenorientierungswert Anwendung finden.

Außerdem muss auch in der Konvergenzphase eine vollständige Re-Finanzierung zusätzlicher Leistungen möglich sein, wie sie § 6 Abs. 1 a. F. BPfIV beinhaltet.

9. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 5 BPfIV)

Durch § 5 Abs. 1 werden Vereinbarungen über Zuschläge für die regionale Pflichtversorgung bzw. für Zentren oder Schwerpunktbildungen von bundeseinheitlichen Regelungen abhängig gemacht. Die einzelne Klinik kann den Abschluss bundeseinheitlicher Regelungen aber nicht beeinflussen. Trotzdem erbringt es entsprechende Leistungen.

Deshalb müssen auf örtlicher Ebene Vereinbarungen zwischen den Budgetpartnern möglich sein, solange die Bundesregelungen noch fehlen.

10. Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 8 Abs. 2 BPfIV)

Diese Bestimmung sieht vor, dass am Entlassungs- oder Verlegungstag keine Entgelte berechnet werden können. Dies ist nicht sachgerecht, weil gerade bei Entlassungen und Verlegungen besondere Aufwendungen für die Überleitung, insbesondere chronisch-psychisch Kranker in das aufnehmende außerklinische Hilfesystem anfallen. Entlassungs- und Verlegungstage sind Kostenträger in Kalkulation durch das InEK, deshalb müssen an diesen Tagen auch Entgelte berechnet werden dürfen.

11. Zu Artikel 2 Nr. 9 (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV)

Mit der Formulierung „Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten“ wird die Tür zu Fallpauschalen mit Verweildauervorgaben geöffnet. Dies ist aus Sicht der psychiatrischen Fachkrankenhäuser abzulehnen.

12. Zu Artikel 2 Nr. 11 (§ 10 BPfIV)

Die Bestimmungen über den Landesbasisentgeltwert sind an einigen entscheidenden Stellen zu ändern.

Nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 BPfIV sind Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung der Landesbasisentgeltwerte zu berücksichtigen. Offenbar geht man trotz der Budgetdeckungen seit 1993 davon aus, dass in den psychiatrischen Kliniken noch immer nennenswerte Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Dies ist in sich unlogisch, denn wäre dies so, hätte der Gesetzgeber die Nachverhandlung über die Psych-PV nicht verabschieden müssen. Er hat damit anerkannt, dass keine Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Dabei muss er konsequenterweise bleiben.

Wirtschaftlichkeitsreserven wird man ohnehin nie definieren und monetär bewerten können. Durch diese Regelung wird ein permanentes Streitpotential für die Vertragspartner geschaffen.

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

Ein variabler Kostenanteil bei Mehrleistungen ist kaum fundiert zu bestimmen. Dies wird - ist zu befürchten - zu mehr oder weniger geschätzten Anteilen bei der Absenkung der Landesbasisentgeltwerte führen. Dies ist nicht gerechtfertigt.

Im Übrigen fehlt ein wichtiger Tatbestand, denn es muss davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlsteigerungen zu zusätzlichen Betten- oder Tagesklinikkapazitäten durch die Krankenhausplanung führen werden. Diese Leistungssteigerungen müssen dann auch in voller Höhe refinanziert werden.

Als Obergrenze für die Steigerung des Landesbasisentgeltwertes soll die Veränderungsrate nach § 71 dienen. Dies ist in keiner Weise sachgerecht. Hier muss eine realistischere Kostenentwicklung von Form des Kostenorientierungswertes Anwendung finden.

Bei der Tarifberichtigung muss eine 100 %-ige Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerung erfolgen.

13. Zu Artikel 2 Nr. 11 (§ 11 BPfIV)

Es muss Wert darauf gelegt werden, den Bürokratieaufwand der Systemführung zu begrenzen. Die parallele Vorlage von LKA und AEB bis 2015 halte ich nicht für erforderlich.

14. Zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 15 BPfIV)

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

Ein „verspäteter Budgetabschluss“ kann vielfache Gründe haben, wobei es schwerfallen dürfte, eindeutige Begründungen zu finden, die allein vom Krankenhaus zu vertreten sind. Deshalb ist der letzte Satz des § 15 Abs. 2 BPfIV zu streichen.

15. Zu Artikel 4 Nr. 2 (§ 64 b SGB V)

Die Änderung des § 64 b SGB V, die Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen vorsieht, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist zu befürchten, dass er nicht im notwendigen Umfang zur Etablierung sektorenübergreifender Komplexleistungen führen wird.

Es bleibt weiterhin der Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände überlassen, ob sie einen Vertrag über Modellvorhaben abschließen. Ein solcher Vertragsabschluss ist zwar nicht mehr von Satzungsermächtigen abhängig, trotzdem bleiben es Selektivverträge ohne Verpflichtung oder Verbindlichkeit.

Die Modellvorhaben sind zeitlich befristet ohne Option, dass aus ihnen Regelversorgungsleistungen werden.

Für die Krankenhäuser sind Modellvorhaben mit zusätzlichem Dokumentationsaufwand verbunden. Dies ist kein Anreiz, solche Vereinbarungen abzuschließen.

Der Gesetzgeber sollte vielmehr das Bundesgesundheitsministerium beauftragen, diese Thematik sehr viel grundsätzlicher im Rahmen einer Änderung des Leistungsrechtes für psychisch Kranke aufzugreifen und nicht nur an ein Gesetz für eine neue Krankenhausvergütung „anzuhängen“.

16. Zu Artikel 4 Nr. 3 (§ 118 Abs. 3 SGB V)

Psychosomatische Institutsambulanzen sind nach dem Gesetzentwurf nur für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit psychosomatischer Hauptabteilung vorgesehen. Es existieren aber auch psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Für sie wäre es sinnvoll, die psychosomatische Ambulanz mit den psychiatrischen Institutsambulanzen zu einer ambulanten Leistungseinheit zu verbinden. Dies könnte durch eine Ergänzung des § 118 Abs. 1 geschehen, der dann nicht nur die Ermächtigung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen sondern auch zur **psychosomatischen** Versorgung umfasst.

17. Zu Artikel 4 Nr. 5 (§ 137 Abs. 1 c SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Empfehlungen über die Personalausstattung stationärer Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abgeben soll. Offenbar will der Gesetzgeber den Wegfall der Psych-PV auf diesem Wege „kompensieren“. Dies ist aber kein akzeptabler Weg.

Die Umsetzung der Empfehlung soll jedes einzelne Krankenhaus in den Qualitätsberichten veröffentlichen. Den Empfehlungen fehlt aber jegliche verbindliche Finanzierungsverpflichtung. Den Krankenhäusern werden also Personalstandards vorgegeben, ohne dass sie deren Kosten in ihre Preise einbeziehen

können. Sie müssen trotzdem gegenüber ihren Kunden Mängel in der Personalausstattung offenlegen. Dies ist unzumutbar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll außerdem Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgeben. Solche Qualitätsindikatoren sind für die Psychiatrie zwar ein Novum, werden aber ausdrücklich als Maßstab für die Bewertung der Behandlungsqualität begrüßt. Die Strukturqualität hat dabei für die Psychiatrie eine geringere Bedeutung. Sie wird im Rahmen sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren im Übrigen nicht erfasst.

18. Zu Artikel 7 (Psychiatrie-Personalverordnung)

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

Leider höhlt die Veränderungsrate nach § 71 SGB V - vor allem aufgrund deren Kürzung in den Jahren 2011 und 2012 - trotz der Tarifberichtigung seit 2009 die Finanzierbarkeit der Psych-PV von Jahr zu Jahr erneut aus. Dieser Prozess wird sich bis 2017 fortsetzen. Um die Qualitätsstandards der Psych-PV in das neue System überführen zu können, muss ein Anpassungs- oder Nachfinanzierungsmechanismus gefunden werden, ehe die Psych-PV endgültig aufgehoben wird.

Mit freundlichen Grüßen



(Joachim Hübner
Vorsitzender