



BAG-Psychiatrie c/o kbo – Kliniken des Bezirks Oberbayern  
Prinzregentenstr. 18, 80538 München

Herrn Bundesminister  
Hermann Gröhe  
Bundesministerium für Gesundheit  
11055 Berlin

Datum: April 2015  
Auskunft erteilt: Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach  
Vorsitzende BAG  
Telefon: 089 5505227-11  
Telefax: 089 550522-727  
E-Mail-Adresse: margitta.borrmann-hassenbach@kbo.de

## Gemeinsame Eckpunkte der Verbände und Fachgesellschaften zur weiteren Gestaltung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,

im vergangenen Herbst haben Sie die betroffenen Gesellschaften und Verbände aufgefordert, Ihr Ministerium über Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Weiterentwicklung sowie über mögliche Alternativen zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie zu informieren.

Diesem Aufruf sind viele Gesellschaften und Verbände gefolgt, auch die, die sich schon im Herbst 2013 in einem gemeinsamen Standpunkt zu diesem Problemkreis geäußert haben (siehe Anlage 1).

In Vorbereitung der von Ihnen angekündigten Gespräche möchten die unterzeichneten Verbände die wesentlichen gemeinsamen Forderungen dieses Papiers in aktualisierter Form zusammenfassen:

- 1. Sicherung der personellen Strukturqualität und deren Finanzierung:** Vorgaben zur personellen Strukturqualität, wie sie die Psych-PV enthält und ein entsprechend gesetzlich verankerter Finanzierungsanspruch haben die heutige qualitativ hochwertige psychiatrische und psychotherapeutische Krankenhausversorgung überhaupt erst möglich gemacht. Auch in Zukunft bedarf es eines normativen Personalbedarfs-bemessungsinstruments, das bzgl. der Wahrnehmung von Versorgungsaufgaben Mindeststandards setzt und den psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsfortschritt der vergangenen 20 Jahre abbildet. Entsprechend muss die Psych-PV novelliert und in Zukunft fortlaufend aktualisiert werden. Die Finanzierung der personellen Standards muss gesetzlich festgeschrieben werden.
- 2. Flexibilisierung des Behandlungssettings:** Einem mittel- und langfristig weiteren Anstieg stationärer Leistungen kann nicht durch eine Deckelung der Finanzierung des stationären Sektors begegnet werden, sondern muss durch mehr Anreize zur Erbringung regionalisierter, multiprofessioneller ambulanter Leistungen durch das Krankenhaus einschließlich Aufnahme der Leistung Hometreatment in die Regelversorgung der Krankenhäuser, durch eine Stärkung des vertragsärztlichen Sektors und durch die Förderung sektor- und settingübergreifender Behandlungsformen entgegen gewirkt werden. Dazu bedarf es auch einer Überarbeit der Rahmenbedingungen des §64b SGB V mit der Festlegung eines Kontrahierungsgebots für die Krankenkassen. Dadurch würde die Umsetzung von Modellprojekten intensiviert und durch Bereitstellung von Mitteln aus dem Innovationsfonds für das Gesundheitswesen unterstützt.
- 3. Berücksichtigung regionaler Besonderheiten:** Die hohe regionale Variabilität des Versorgungsbedarfs und der vorhandenen stationär-teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen können in einem pauschalierenden Festpreissystem, wie es derzeit im §17d KHG vorgesehen ist, nicht sachgerecht abgebildet werden. Katalogbasierte Relativgewichte zur Aufwandsstufung abgrenzbarer, messbarer Leistungspakete können deshalb nur eines von verschiedenen Instrumenten zur leistungsgerechten Budgetfindung sein. Zusätzlich müssen die Kosten der regionalen Pflichtversorgung (insbesondere der Akut- und Notfallversorgung) sowie die Kosten zur Erfüllung hoheitlicher Aufgaben für die entsprechenden Kliniken adäquat berücksichtigt werden. Der zu finanzierende tatsächliche regionale und spezialisierte Versorgungsaufwand einer Klinik muss aus den Gegebenheiten der jeweiligen Versorgungsregion und der erfüllten Versorgungsaufgabe abgeleitet werden.

- 4. Orientierung der Kalkulation am patientenbezogenen Behandlungsaufwand und Behandlungssetting.** Abgesehen von standardisierten diagnostischen Prozessen besteht im Unterschied zur somatischen Medizin im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie die wesentliche Behandlungsleistung des Krankenhauses typischerweise nicht aus einem diagnose- und fallbezogenen, standardisierten Kernprozess, sondern aus einer multiprofessionell-multimodalen Behandlung, die möglichst passgenau dem Verlauf des Versorgungsbedarfs und dem Bedürfnis des einzelnen Patienten entspricht. Dieser Versorgungsbedarf kann sowohl quantitativ als auch bezüglich des benötigten Behandlungssettings innerhalb einer Behandlungsepisode erheblich variieren, wobei diese Variabilität kaum vorhersehbar und dadurch auch schwer steuerbar ist. Deshalb sind „der Behandlungstag“ und „das Behandlungssetting“ die adäquateren Bezüge für eine pauschalierende Entgeltkalkulation und die Festlegung von Relativgewichten. Diesem Umstand muss durch eine Anpassung der Kalkulationssystematik Rechnung getragen werden.
- 5. Veränderung der Leistungserfassung:** Die derzeitige sehr kleinteilige Einzelleistungserfassung im neuen Entgeltsystem hat trotz hohem Dokumentationsaufwand für die Kliniken kaum etwas zur Kostentrennung in der Kalkulation beigetragen. Dagegen hat die kleinteilige Leistungsdokumentation in den Optionshäusern schon jetzt zu extrem aufwändigen Auseinandersetzungen mit dem MDK geführt. Deshalb sollte die derzeitige Leistungserfassung massiv entschlackt und weitgehend durch einfache Surrogatmarker der Bedarfsintensität ersetzt werden.
- 6. Separate Landesbasisentgeltwerte für die Leistungsbereiche „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und für die „Psychosomatik und Psychotherapie“:** Gemäß § 17d (4) KHG soll nach der budgetneutralen Phase jeweils länderspezifisch ein einheitlicher Landesbasisentgeltwert für die drei Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Leistungsbereich Psychosomatik und Psychotherapie ermittelt werden. In jedem Bundesland errechnet sich dieser Wert aus den eingebrachten Budgets und Leistungstagen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkliniken (bisher in der Regel mit Pflichtversorgung), den Budgets und Berechnungstagen der Kinder- und jugendpsychiatrischen Akutkliniken und aus den Budgets und Berechnungstagen der elektiv arbeitenden psychosomatischen Kliniken. Je nach quantitativer Relation dieser drei Leistungsbereiche, die in jedem Bundesland sehr unterschiedlich sind und den bisherigen Unterschieden der durchschnittlichen Vergütungshöhen der drei Leistungsbereiche, kann es zu erheblichen, nicht sachgerechten Budgetverschiebungen insbesondere aus der Akutpsychiatrie und Psychotherapie sowie aus der Akut-Kinder- und Jugendpsychiatrie in den elektiven psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich kommen. Dieser Sachverhalt muss über eine Änderung des §17d (4) KHG zügig korrigiert werden.

**7. Wegfall der Mehrmengenbegrenzung:** Die seit Jahren zunehmende Inanspruchnahme stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen ist Folge einer nach wie vor bestehenden teilweisen Unterversorgung der Bevölkerung. Dem muss der ordnungspolitische Rahmen des zukünftigen Entgeltsystems durch eine entsprechende Flexibilität der Finanzierung und Anpassung an die Morbiditätsentwicklung Rechnung tragen. Die aktuell vorgesehenen Regelungen zur Mehrmengenbegrenzung in der Bundespflegesatzverordnung („doppelte Degression“, 1:1 übernommen aus dem DRG-System) müssen deshalb verändert werden. Auch die direkte Übertragung der beabsichtigten Neuregelungen zur Vermeidung der doppelten Degression in der somatischen Medizin im Bund-Länder Eckpunktepapier ist besonders für die Situation der Kliniken in der psychiatrischen Pflicht- und Notfallversorgung ungeeignet.

Zusammenfassend besteht bezüglich des neuen Entgeltsystems nach wie vor ein erheblicher Veränderungs- und Entwicklungsbedarf sowohl auf der Ebene des ordnungspolitischen Rahmens als auch auf der Ebene des Entgeltkataloges. Die vom BMG geplanten Gespräche und die Gründung einer unabhängigen Expertenkommission sind deshalb von hoher Aktualität und Dringlichkeit, damit noch in dieser Legislaturperiode die Weichen für ein wirklich zukunftsfähiges System gestellt werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Gez. Dr. med. Margitta Borrmann-Hassenbach  
**Vorsitzende BAG Psychiatrie**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser**

Gez. Professor Dr. med. Karl-Heinz Beine  
**Sprecher Geschäftsführender Ausschuss ackpa**  
**Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland**

Gez. Holger Höhmann  
**Vorstandsvorsitzender akp**  
**Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands**

Gez. Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz  
**Stellv. Vorsitzender APK**  
**Aktion Psychisch Kranke e.V.**

Gez. Professor Dr. med. Renate Schepker  
**Stellv. Vorsitzende BAG KJPP**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Gez. Hans-Ulrich Neunhoeffler  
**Vorsitzender BAG PED KJPP**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V.**

Gez. Gudrun Schliebener  
**Vorsitzende BApK**  
**Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker**

Gez. Professor Dr. med. Thomas Pollmächer  
**Vorsitzender BDK**  
**Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie**

Gez. Georg Oppermann  
**Vorsitzender BFLK**  
**Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie**

Gez. Bruno Hemkendreis  
**Präsident und Vorstandsvorsitzender DFPP**  
**Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege**

Gez. Professor Dr. med. Martin Schäfer  
**Präsident DGBS**  
**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen**

Gez. Professor Dr. med. Jörg M. Fegert  
**Präsident DGKJP**  
**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Gez. Dr. med. Iris Hauth  
**Präsidentin DGPPN**  
**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde**

Gez. Richard Suhre  
**Geschäftsführer DGSP**  
**Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie**

Gez. Professor Dr. med. Hans Gutzmann  
**Präsident DGPP**  
**Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V.**

Gez. Prof. Dr. med. Gereon Heuft  
**Verhandlungsführer der Psych-Entgeltkommission für die DGPM**  
**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie**

Gez. Holger Höhmann  
**Vorsitzender VKD Fachgruppe Psychiatrie**  
**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands**