

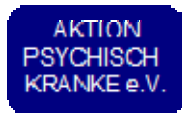


Verband der
Krankenhausesdirektoren
Deutschlands eV



dgkjp
Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

dg
pm
Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.



VPKD

Bundesdirektorenkonferenz
Vorstand Leitender Ärzten und Ärzte der Kliniken
für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

ackpa
Arbeitskreis der
Chefarztinnen und Chefs der
Kliniken für
Psychiatrie und Psychotherapie an
Allgemein-Krankenhäusern in Deutschland

bag
kipp



BFLK

akp
Arbeitskreis
der Krankenhausesleitungen
Psychiatrischer Kliniken

Gemeinsame Resolution
der DKG, des VKD
und der psychiatrischen
und psychosomatischen Verbände
zum Entwurf des „Gesetzes zur
Einführung eines pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische und
psychosomatische Einrichtungen“
– Psych-EntgG –

(7. März 2012)

Einführung

Im vorliegenden Gesetzesentwurf zum Psych-EntgG sind die grundlegenden Forderungen und Änderungsvorschläge, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die betroffenen Verbände im Sinne der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in ihren jeweiligen Stellungnahmen zum Referentenentwurf geltend gemacht haben, vom Gesetzgeber nicht aufgegriffen worden. Den Besonderheiten des psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystems und den in § 27 SGB V rechtlich verankerten besonderen Bedürfnissen der psychisch Kranken wird in diesem Entwurf nicht entsprochen. Die einzelnen Bestimmungen sind weitgehend an die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes und damit an die DRG-Systematik für den Bereich der somatischen Erkrankungen angelehnt. Insbesondere die Sorge, dass durch eine falsche Weichenstellung des Psych-EntgG die bewährten Standards und die erreichte Versorgungsqualität gefährdet sind, bildet die Grundlage für diese Resolution.

Die unterzeichnenden Verbände formulieren in dieser gemeinsamen Resolution drei existentielle Kernforderungen, die es im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens umzusetzen gilt, damit die Versorgung psychisch kranker Menschen auch zukünftig ohne Leistungs- und Qualitätseinschränkungen gewährleistet werden kann.

1. Finanzierung des zunehmenden Versorgungsbedarfs

Nach geltendem Recht und in der budgetneutralen Phase bis zum Jahr 2016 sind Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen grundsätzlich auch über die Budgetobergrenze hinaus in vollem Umfang zu berücksichtigen. Insbesondere gilt dies auch für die finanziellen Auswirkungen von krankenhauplanerischen Tatbeständen und die Veränderung des Schweregrades, der sich in der Psych-PV abbildet.

Der Gesetzesentwurf sieht mit Beginn der Konvergenzphase ab dem Jahr 2017 eine deutliche Verschlechterung bei der Finanzierung zusätzlicher Leistungen vor. Danach sollen im Jahr 2017 zusätzliche Leistungen nur noch pauschal zu 33 % über das Krankenhausbudget finanziert werden. Darüber hinaus sind Leistungssteigerungen im Land zusätzlich noch absenkend beim Landesbasisentgeltwert zu berücksichtigen. Mit diesen Mechanismen auf Krankenhaus- und Landesebene wird eine angemessene Finanzierung zusätzlicher Leistungen verhindert. Infolge der demographischen und morbiditätsbedingten Entwicklung ist auch in den nächsten Jahren von einem zunehmenden Versorgungsbedarf auszugehen. Der Gesetzgeber muss erkennen, dass mit jeder zusätzlichen Leistung auch ein zusätzlicher Personal- und Sachmitteleinsatz verbunden ist, der letztlich auch sachgerecht finanziert werden muss. Dazu ist sowohl eine deutliche Erhöhung der Finanzierungsquoten als auch die Aufnahme von Ausnahmetatbeständen notwendig, bei deren Vorliegen eine vollständige Finanzierung von zusätzlichen Leistungen zu erfolgen hat. Dies gilt insbesondere bei Leistungssteigerungen aufgrund krankenhauplanerischer Maßnahmen und zunehmenden Versorgungsbedarfes, die in voller Höhe refinanziert werden müssen und nicht zu einer Absenkung des Landesbasisentgeltwerts führen dürfen.

2. Pflichtversorgung

Die regionale Pflichtversorgung ist eine tragende Säule der klinischen Versorgung psychisch Kranker in psychiatrischen und gegebenenfalls auch psychosomatischen Einrichtungen. Nur so kann die Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten und Patienten mit fehlender Compliance oder gerichtlicher Einweisung im Rahmen der regionalen Versorgungskonzepte sichergestellt werden. Auf der Grundlage von landesspezifischen und regionalen Regelungen haben die Krankenhäuser zunehmend wichtige Aufgaben und Schlüsselfunktionen in Versorgungsnetzwerken und in gemeindepsychiatrischen Versorgungskonzepten übernommen. Auch die Unterstützung von hoheitlichen Aufgaben der Länder und Behörden wird im Rahmen der Pflichtversorgung sichergestellt. In Abhängigkeit der Anforderungen vor Ort sind diese besonderen Aufgaben der Krankenhäuser und deren Umfang sehr unterschiedlich.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Beauftragung der Selbstverwaltung zur Prüfung von „bundeseinheitlichen Regelungen für Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung“ wird der hohen Bedeutung der Krankenhäuser für die regionale Versorgung nicht gerecht. Die Lücken in der Gesetzeslage können auch durch die positive Gesetzesbegründung, nach der keine wirtschaftlichen Nachteile durch die Teilnahme an der Pflichtversorgung entstehen sollen, nicht geschlossen werden. Es fehlt nach wie vor ein klares Bekenntnis der Politik, dass die bisher über die Krankenhausbudgets finanzierten Aufgaben der Krankenhäuser im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung auch in dem neuen System über die Krankenhausvergütungen finanziert werden sollen. Eine klare Aussage der Politik wäre auch jetzt schon durch die Klarstellung möglich, dass alle Aufgaben und Leistungen der Pflichtversorgung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören. Mit dieser Ergänzung würde der Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf eine Finanzierung der Pflichtversorgung im Gesetz verankert werden. Zusätzlich muss analog zu den Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte im DRG-System eine Zuschlagsregelung für die besonderen Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung explizit gesetzlich vorgegeben werden.

3. Kostenentwicklung (Tarifschere)

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung wird maßgeblich über den Einsatz von qualifiziertem Personal gewährleistet, weshalb die Kostenstruktur dieser Einrichtungen einen hohen Personalkostenanteil von circa 80 % aufweist. Tarifbedingte Personalkostensteigerungen führen daher zu einer überdurchschnittlichen finanziellen Belastung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Aus einer nicht adäquaten Refinanzierung resultiert ein Auseinandergehen der Tarifschere. Eine auch zukünftig nur anteilige Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen durch die Berichtigungsrate würde somit zu einer zunehmenden Unterfinanzierung führen. In einem leistungsorientierten, pauschalierenden Entgeltsystem mit landeseinheitlichen Preisen können die Krankenhäuser auf diese Unterdeckung nur mit dem Abbau von Personal reagieren. Um die hohe Versorgungsqualität langfristig zu sichern ist es daher zwingend erforderlich, dass zukünftig ausreichend Personal vorhanden ist und finanziert wird. Daher ist zumindest sicherzustellen, dass die tarifbedingte Personalkostenentwicklung in voller Höhe refinanziert und der Kostenorientierungswert eingeführt wird.

Die Unterzeichnenden sehen die Umsetzung dieser Änderungsempfehlungen als entscheidende Voraussetzung an für die Akzeptanz des neuen Psych-Entgeltsystems sowie insbesondere für die Sicherung und Weiterentwicklung einer zukunftsgerechten Versorgung psychisch kranker Menschen auf einem hohen qualitativen Niveau.

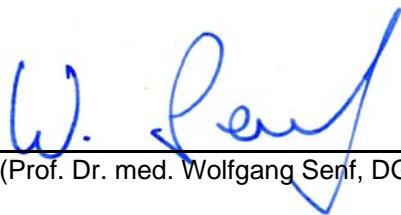
Wir fordern den Gesetzgeber und die politischen Entscheidungsträger auf, diese Korrekturen im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum Psych-EntgG vorzunehmen.



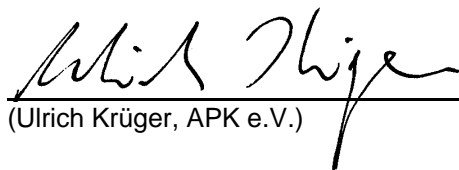
(Prof. Dr. med. Peter Falkai, DGPPN e.V.)



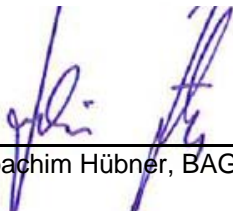
(Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne, DGKJP e.V.)



(Prof. Dr. med. Wolfgang Senf, DGPM e.V.)



(Ulrich Krüger, APK e.V.)



(Joachim Hübner, BAG)



(Dr. rer. soc. Josef Düllings, VKD)



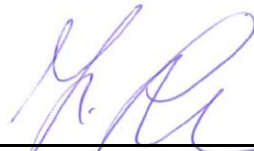
(Dr. med. Iris Hauth, BDK e.V.)



(Prof. Dr. med. Karl-H. Beine, ackpa e.V.)



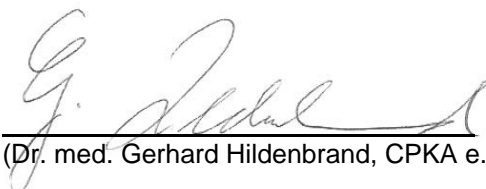
(Prof. Dr. med. Renate Schepker, BAG KJPP e.V.)



(Heinz Lepper, BFLK e.V.)



(PD Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz, VPKD e.V.)



(Dr. med. Gerhard Hildenbrand, CPKA e.V.)



(Georg Baum, DKG e.V.)



(Holger Höhmann, akp)