



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

Stellungnahme

des

**Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands e. V.
(KKVD)**

und des

**Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.
(DEKV)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische
und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

Berlin, 22. September 2016

CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Mit 155.000 Betten, 265.000 Beschäftigten, mehr als 5,3 Mio. stationär und über 8 Mio. ambulant versorgter Patientinnen und Patienten tragen die 640 Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft zu einem Drittel der Krankenhausversorgung in Deutschland bei. Jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

Die christlichen Krankenhäuser leisten im Rahmen der Sicherstellung der staatlichen Daseinsvorsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur Krankenhausversorgung in Deutschland.

- Sie erfüllen die damit verbundenen Aufgaben gemeinwohlorientiert und gemeinnützig.
- Sie arbeiten effizient und investieren erwirtschaftete Überschüsse vollständig wieder in die Verbesserung der Versorgung.
- Sie erbringen eine hohe Versorgungsqualität, wie veröffentlichte Qualitätsdaten, Qualitätsvergleiche und Patientenbewertungen regelmäßig bestätigen.

Die christlichen Krankenhäuser stehen in Übereinstimmung mit den sie leitenden christlichen Werten für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung.

- Sie verstehen die Behandlung und Versorgung kranker Menschen als personale Interaktion und Beziehungsprozess, der gleichermaßen hohe fachliche wie auch menschliche bzw. Zuwendungskompetenz erfordert.
- Sie erbringen ihre Leistungen ressourcenschonend und wirtschaftlich.
- Sie achten dabei auf gute Arbeitsbedingungen und einen von gegenseitiger Wertschätzung geprägten Umgang miteinander.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin KKVD
Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS

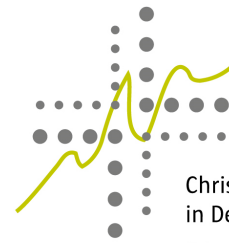
Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.



Vorbemerkung

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD), vertreten durch die beiden christlichen Krankenhausverbände, den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV) und den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD), unterstützen die Gesetzesinitiative zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen.

Christliche Krankenhäuser sind ein wichtiger Stützpfiler der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung in Deutschland. 30 Prozent aller psychiatrischen und psychosomatischen Klinikstandorte werden von christlichen Krankenhausträgern betrieben. Im Jahr 2013 hatten 110 Christliche Kliniken die Versorgungsverpflichtung in ihrer Region übernommen. Mit 3.100 tagesklinischen Behandlungsplätzen stellen die CKiD jährlich für rund 33.000 Patientinnen und Patienten eine qualitativ-hochwertige sowie wohnortnahe Versorgung sicher. Die CKiD stehen für eine Setting übergreifende, patientenorientierte sowie wohnortnahe Versorgung. Aus diesem Grund appellieren die CKiD an den Gesetzgeber, die Rahmenbedingungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen stärker an den individuellen Bedürfnissen der Patienten auszurichten.



Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird der bisherige Weg einer preisorientierten Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen in der psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhausversorgung nicht weiter verfolgt. Stattdessen sollen im Rahmen krankenhausesindividueller Budgets sowohl strukturelle als auch regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Die CKiD begrüßen diese Intention des Gesetzgebers.

Diese politische Entwicklung ist folgerichtig und nimmt auch die Kritik der kirchlichen Krankenhausverbände auf, dass die Behandlung psychisch kranker Menschen nicht einer überwiegend betriebswirtschaftlichen, auf Kostensenkung getriggerten Finanzierungslogik folgen darf. Anderenfalls sind Fehlentwicklungen und Fehlanreize analog zum DRG-System vorgezeichnet. Dies hätte negative Auswirkungen auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität psychisch erkrankter Menschen in Deutschland. Die alljährlich wiederkehrende Reduktion der Verweildauer analog zum heutigen DRG-System soll an dieser Stelle beispielhaft genannt werden. Aus diesem Grund setzt die vom Gesetzgeber vorgesehene Berücksichtigung sowohl regionaler als auch struktureller Besonderheiten auf Ortsebene ein positives Signal.

Die CKiD bewerten den vorliegenden Gesetzentwurf daher grundsätzlich positiv. Scharf zu kritisieren sind jedoch die vorgesehenen Regelungen betreffend verbindliche Personalvorgaben durch den G-BA mit Personalausstattungs nachweisen und damit zusammenhängenden Rückzahlungsverpflichtungen, bei gänzlichem Fehlen entsprechender Refinanzierungsregelungen. Aktuell sieht der Entwurf keine Regelungen vor, die den Krankenhäusern die Refinanzierung ihrer Personalkosten und vor allem der zukünftigen Personalmindestvorgaben des G-BA zuverlässig gewährleisten. Hier besteht essentieller Änderungsbedarf. Zudem gilt es zu hinterfragen, ob extern vorgegebene, insbesondere starre Vorgaben zur Personalbesetzung dem Ziel einer qualitativen, am individuellen Patientenbedarf orientierten Versorgungssicherung dienen.

Mit der Einführung eines leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs sollen die Vertragspartner vor Ort bei der Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages, eines leistungsgerechten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes und sonstiger leistungsgerechter krankenhausesindividuellen Entgelte unterstützt werden. Zusätzlich sollen die Ergebnisse der Nachweise zur personellen Ausstattung in diesen Vergleich miteinbezogen werden. Dadurch soll in Zukunft die Qualität und Vielfalt des Leistungsspektrums der Kliniken einer vergleichenden Betrachtung zugänglich gemacht werden. Dabei könnte und sollte der Krankenhausvergleich auch unterschiedliche Behandlungsansätze der Kliniken transparent darstellen. Nach jetzigem Stand des Gesetzentwurfes handelt es sich jedoch vor allem um einen Kosten- und Betriebsvergleich, bei dem die Durchschnittswerte der Budgetvereinbarungen als Maßstab gelten. Unserem Verständnis nach dient dieses Instrument weniger einem leistungsbezogenen Vergleich auf Ortsebene als vielmehr der Schaffung einer Konvergenz auf Landesebene.

Das Ziel der Verminderung des Dokumentationsaufwands kann nach Auffassung der CKiD mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht realisiert werden. Vielmehr wird die Bürokratie in den Kliniken zunehmen, mit der Folge, dass immer weniger Zeit für die Versorgung und Betreuung



von Patientinnen und Patienten aufgewendet werden kann. Gerade die Versorgung psychisch erkrankter Menschen setzt jedoch einen möglichst hohen Grad an Patientenindividualität voraus.

Die nach § 39 Abs. 1 SGB V vorgesehene neue Behandlungsform, wonach Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld behandelt werden können, wird von den CKiD außerordentlich begrüßt. Auf Grundlage regionaler Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V setzen die CKiD bereits Setting übergreifende Behandlungsformen, wie z.B. Hometreatment, erfolgreich um. Gerade diese sehr patientenindividuell ausgestalteten Behandlungskonzepte benötigen aber eine entsprechende Vergütungssystematik.

Damit der vorliegende Gesetzentwurf nicht zur bloßen Reduktion stationärer Kapazitäten und einer Nivellierung des Versorgungsniveaus führt, sind nach Auffassung der CKiD Änderungen hinsichtlich folgender Regelungen des Gesetzentwurfes angezeigt:

1. Vollständige Refinanzierung der durch den G-BA festgelegten verbindlichen Personalvorgaben
2. Vermeidung einer landesweiten Konvergenz als Folge des leistungsbezogenen Krankenhausvergleiches
3. Abbau überflüssiger Dokumentations- und Bürokratieverpflichtungen der Krankenhäuser
4. Kein stationärer Bettenabbau aufgrund stationsäquivalenter Behandlungsformen
5. Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen

Besonderer Teil

1. Vollständige Refinanzierung der durch den G-BA festgelegten verbindlichen Personalvorgaben

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtung mit dem für die Behandlung notwendigen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Dabei sollen die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Notwendige Voraussetzung dafür ist jedoch eine verlässliche vollumfängliche Refinanzierung der Personalkosten.

Die CKiD haben darüber hinaus erheblichen Zweifel daran, ob die Entwicklung verbindlicher Personalvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sachgerecht ist. Die vorgesehene Regelung wird sich an der Höhe der vorgesehenen Mindestanforderungen messen lassen müssen. So führen verbindliche Personalvorgaben nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität. Die bloße Fokussierung auf Personalmindeststandards durch das PsychVVG entspricht nicht den Anforderungen der gerade erst mit dem KHSG beschlossenen Qualitätsoffensive für Krankenhäuser. Reine Input-Kriterien, wie es Personalmindeststandards darstellen, sind in allen bekannten Qualitätsmanagementverfahren nicht als ausreichendes Qualitätskriterium anerkannt.

Eine vom RWI im Mai 2016 veröffentlichte Längsschnittstudie zu den Auswirkungen der Pflegepersonalausstattung auf die Versorgungsqualität, die die deutsche und internationale Datenlage analysiert, zeigt hierzu keine eindeutigen Erkenntnisse. Eine vergleichbare Untersuchung zum Beitrag der anderen Berufsgruppen, die in den Versorgungsprozess eingebunden sind (Ärzte, Therapeuten ...) liegt bislang nicht vor. Eine bundeseinheitliche, undifferenzierte Festlegung von Personalmindeststandards ist nicht per se dazu geeignet, die Risiken für die Patienten zu minimieren. Hinzu kommt, dass starre und undifferenzierte Personalvorgaben die regionalen Besonderheiten vor Ort, wie beispielsweise bauliche Strukturen oder krankenhausspezifische Therapiekonzepte, nicht sachgerecht abbilden können. Vielmehr müssen differenzierte Personalausstattungen der verschiedenen Berufsgruppen unter Berücksichtigung von Qualitäts- und Risikoindikatoren (z. B. Therapieerfolg, Infektion, Sturz, Mortalität, Wiedereinweisung, Verweildauerüberschreitung ...) anhand der örtlichen Bedingungen der jeweiligen Klinik verhandelt werden. Der so ermittelte Personalbedarf ist dann in den Budgetverhandlungen anzuerkennen und von den Krankenkassen vollständig zu finanzieren.



Schon heute kommen die Krankenkassen der Forderung einer vollumfänglichen Refinanzierung der Personalkosten nicht nach. Die Finanzierung der Personalkosten durch die sich immer weiter öffnende Tariflohnschere (Auswirkungen von Tarifabschlüssen und Begrenzung der Gegenfinanzierung durch die Veränderungsrate) ist nicht gewährleistet. Würde sich die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den einzelnen Kliniken durch Personalmindeststandards erhöhen, verschärft sich das aus der Tariflohnschere ergebende Finanzierungsproblem für die einzelnen Krankenhäuser noch weiter.

Die CKiD plädieren für eine vollumfängliche Refinanzierung der Personalkosten durch die Krankenkassen und verweisen in diesem Zusammenhang auf eine Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zum Thema Personalausstattung in Krankenhäusern aus dem Jahr 2013.

„Eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung mit Pflegekräften in Krankenhäusern würde die notwendigen Dispositionsmöglichkeiten der Krankenhäuser unangemessen einschränken. Die Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung hat vielmehr bei den Kliniken zu verbleiben, denn nur sie können auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Lösungen finden. So kann der spezifische Bedarf an Personal in den einzelnen Einrichtungen u. a. aufgrund baulicher Verhältnisse, technischer Ausstattung sowie anderer Arbeitsabläufe und Aufgabenverteilungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen durchaus unterschiedlich sein. Auch der jeweilige Versorgungsbereich und die Merkmale des spezifischen Patientenkontexts spielen eine Rolle. Wegen dieser unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern ist es aus Sicht der Bundesregierung kaum möglich, bundeseinheitlich allgemeingültige Anforderungen an die personelle Ausstattung festzulegen.“¹

Die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen haben unter anderem die höchsten Personalkostenanteile. Der sich aus Personalmindeststandards voraussichtlich ergebende zusätzliche Personalbedarf kann vermutlich bis zum Jahr 2020 nicht gedeckt werden. Zwei Drittel aller psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser haben bereits Schwierigkeiten, offene Arztstellen zu besetzen. Ein Drittel aller Kliniken kann offene Stellen in der Pflege nicht besetzen, weil die Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar sind. Die demografische Entwicklung wird diese Personalproblematik noch verstärken. Die Folge verbindlicher Personalmindeststandards für die psychiatrischen Krankenhäuser wäre dann zwangsläufig die entsprechende Reduktion der Behandlungsplätze, was zu einer Kollision mit dem Prinzip der regionalen Pflichtversorgung führt.

Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen sind durch die „regionale Pflichtversorgung“ zur Behandlung aller Patienten in ihrem Zuständigkeitsbereich uneingeschränkt verpflichtet. Dieser verbindliche Versorgungsauftrag kollidiert mit verbindlichen Personalvorgaben. Übersteigt die tatsächliche Patientenzahl die Zahl der geplanten Patienten, verstößt die

¹ Vgl. Deutscher Bundestag (2013), Drucksache 17/13041, S. 5.

Klinik gegen die verbindlichen Personalvorgaben. Die Folgen sind unklar: Soll das Krankenhaus die Versorgung der Patienten ablehnen? Dies stellt die Kliniken vor ungeklärte Haftungsfragen. Werden die Krankenkassen die Bezahlung der Behandlung ablehnen? Können die Personalvorgaben am Ende doch nur ein Orientierungsrahmen sein? Was heißt das am Ende für die Krankenhausplanung der Bundesländer?

Personalmindeststandards haben sich in der Realität bislang immer zu Maximalstandards entwickelt. Eine darüber hinausgehende Vereinbarung zusätzlich notwendiger Personalstellen, beispielsweise für bestimmte Patientengruppen und/oder Therapieverfahren, wird sich in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erfahrungsgemäß nicht realisieren lassen. Auch die Erfahrungen in anderen Leistungsbereichen wie der Rehabilitation und der stationären Altenhilfe zeigen dies. Die Folge könnten wenig passgenaue und damit unwirtschaftliche Personalstrukturen sein. Ebenso droht eine Nivellierung der Vielfalt der Behandlungskonzepte aufgrund fester Personalbesetzungs- und Stationsgrößenvorgaben. Dies wäre ein Hemmschuh für die Entwicklung neuer, innovativer Behandlungsformen. Den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der psychisch kranken Menschen würden solche starren Vorgaben nicht Rechnung tragen.

Bevor die Ausfinanzierung einer extern vorgegebenen Personalausstattung im Gegenzug nicht gesetzlich gesichert ist, können jegliche Nachweispflichten und Rückzahlungsverpflichtungen einer zweckentfremdeten Mittelverwendung, deren Definition für die CKiD an dieser Stelle sehr fraglich erscheint, als gesetzlich geregelte Sparmaßnahme des Gesetzgebers interpretiert werden, die zur Ausdünnung der Personaldecke und damit langfristig zu einer Festschreibung der Versorgungsqualität auf einem mittleren Niveau führt.

Änderungsvorschläge der CKiD:

1. Die CKiD schlagen vor, den Auftrag an den G-BA in § 136a Abs. 2 SGB V anzupassen. Der Auftrag zur Erarbeitung von „verbindliche[n] Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ muss dahingehend differenziert und präzisiert werden, dass konkrete Behandlungssettings, -strukturen und -konzepte angemessen berücksichtigt werden.
2. Alternativ sollte der G-BA wieder mit der ursprünglich vorgesehenen Erarbeitung von „Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ beauftragt werden. Die Partner vor Ort verhandeln dann die Umsetzung dieser Richtlinien entsprechend der regionalen Gegebenheiten. Zur Berücksichtigung örtlicher Besonderheiten erhalten sie die Möglichkeit, innerhalb eines prozentualen Korridors von den Richtlinien des G-BA abzuweichen. Dabei sind bauliche, geografische, therapeutische, konzeptionelle Belange sowie die besonderen Anforderungen von bestimmten Patientengruppen zu berücksichtigen.



2. Vermeidung einer landesweiten Konvergenz als Folge des leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs

Ein Krankenhausvergleich, wie ihn der aktuelle Gesetzentwurf vorsieht, dient nach Auffassung der CKiD weniger der Leistungstransparenz als vielmehr das Herbeiführen einer landesweiten Konvergenz. Begründet liegt dies darin, dass der leistungsbezogene Vergleich von den Krankenkassen für die Ermittlung von durchschnittlichen Entgelthöhen als Preisobergrenze für psychiatrische und psychosomatische Leistungen umgewandelt werden wird. So soll nach dem Gesetzentwurf ein Prozess organisiert werden, demzufolge Budgetüberschreitungen durch die Annäherung an ein leistungsorientiertes Budgetniveau begrenzt werden sollen. Damit kommt diese Regelung einer landesweiten Konvergenz gleich. Des Weiteren bildet der leistungsbezogene Vergleich sowohl regionale Versorgungs- und Therapiekonzepte als auch die Einhaltung der Personalmindestvorgaben durch die PsychPV auf Landes- und Bundesebene nicht sachgerecht ab. Der auf diese Weise vorgesehene Krankenhausvergleich stellt eine weitere Finanzierungsproblematik dar. Denn er wird die Orientierung an preisgünstigeren Krankenhäusern ermöglichen. In der aktuellen Ausgestaltung ist davon auszugehen, dass er durch eine Orientierung an Durchschnittswerten ausschließlich als Instrument zum Kostenvergleich verwendet werden wird. Qualitätsvergleiche werden keine Rolle spielen. Der Maßstab für die Budgetvereinbarung für die Krankenkassen wird so ausschließlich am unteren Ende der Vergleichstabelle liegen. So kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine für die Realisierung von Personalmindeststandards notwendige hundertprozentige Gegenfinanzierung der Personalkosten erreicht werden kann.

Des Weiteren weisen die CKiD nachdrücklich darauf hin, dass der vorgesehene leistungsorientierte Vergleich weder die Versorgungsrealität noch den tatsächlichen Finanzierungsbedarf sachgerecht abbilden kann. Folgerichtig kann durch den leistungsorientierten Vergleich, wie er aktuell konzipiert ist, weder die Vergleichbarkeit, noch die gewünschte Transparenz realisiert bzw. umgesetzt werden. Zielführender dagegen wären für einen sachgerechten Krankenhausvergleich die folgenden Voraussetzungen: Grundlage sollen strukturbedingte Kostenunterschiede bei ähnlichen Leistungen in den Krankenhäusern sein. Für die zugrundegelegten Vergleichswerte sind Korridore zu definieren.

Die künftig vorgesehenen Budgetanpassungen sind für die Krankenhäuser des Weiteren mit einem sehr hohen Dokumentationsaufwand verbunden.

3. Abbau überflüssiger Dokumentations- und Bürokratieverpflichtungen der Krankenhäuser

Inakzeptabel sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen, wonach der Dokumentationsaufwand sowie die Beweispflichten für Krankenhäuser künftig zunehmen werden.

Zahlreiche vorgesehene Neuregelungen wie bspw. der leistungsbezogene Vergleich oder die mit der Personalmindestbesetzung vorgegebenen Nachweisverpflichtung für die Kliniken führen im Klinikalltag zu einer deutlichen Zunahme der Bürokratie.

Die CKiD kritisieren, dass die angestrebte Zielsetzung der Verminderung der Dokumentation mit dem Gesetzentwurf nicht realisiert werden kann. Die vorgesehenen Regelungen im Gesetzentwurf lassen diesbezüglich keinen nennenswerten Beitrag erkennen. Beispielsweise wird die Neuregelung, wonach die Vertragspartner auf Bundesebene erstmalig zum 31. März 2017 und ab 2018 bis zum 28. Februar jährlich nicht erforderliche Prozedurenschlüssel streichen sollen, wenig zielführend sein. Dem bisherigen Beratungsverfahren im DIMDI folgend ist mit der Begleitung der Beratungen durch alle relevanten Selbstverwaltungspartner und dem InEK bereits die Information vorhanden, ob ein zur Streichung vorgeschlagener Kode im Entgeltsystem über einen im Verhältnis zum Aufwand seiner Dokumentation stehenden Nutzen verfügt. In der Vergangenheit wurden von Krankenhauseite oftmals konstruktive Vorschläge zur Weiterentwicklung bzw. Streichung nicht notwendiger OPS-Kodes definiert. Jedoch scheiterten die Vorschläge in der Vergangenheit im Wesentlichen an den unterschiedlichen Interessen. Während die Kostenträger einerseits die Abrechnung nicht notwendiger OPS-Kodes fürchteten, führt die minutiöse Leistungserfassung andererseits dazu, dass immer weniger Zeit für die Versorgung und Betreuung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

Die CKiD appellieren an die Politik, die Rahmenbedingungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten so auszugestalten, dass weniger die Ökonomisierung als vielmehr der Patient im Mittelpunkt jeglichen Handelns steht.

Änderungsvorschläge der CKiD:

1. Streichung der Neuregelung einer Vereinbarung auf Bundesebene zur Überprüfung der OPS.
2. Einführung einer Neuregelung in Analogie zu der Begründung, wie im DIMDI mit ernstzunehmenden und auf breiterem Konsens aufbauenden Vorschlägen zur Vermeidung überzogener Dokumentationsanforderungen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens umzugehen ist.

4. Stationsäquivalente Versorgungsformen

Die Regelungen für die flächendeckende Einführung der stationsäquivalenten Behandlungsform des Hometreatments sind im Gesetzentwurf vorrangig mit der Reduktion stationärer Kapazitäten verbunden. Grundsätzlich begrüßen die CKiD die Schaffung der Möglichkeit, stationsäquivalente Behandlungsangebote durchzuführen. In der nun definierten Form und den dazu festgelegten Rahmenbedingungen gilt es, das Verständnis des Gesetzgebers für dieses psychiatrische Behandlungskonzept allerdings zu hinterfragen. Hometreatment ist eine Setting übergreifende und damit sehr patientenindividuell organisierte psychiatrische Akutbehandlung, die losgelöst vom Krankenbett durch das stationäre, multiprofessionelle Team aus Ärzten und Fachpflegekräften sowie weiteren Co-Therapeuten im Lebensumfeld des Patienten erbracht wird. Zahlreiche Studien und Modellprojekte belegen die positive Wirkung dieses Behandlungsansatzes der „aufsuchenden Krankenhausbehandlung ohne Bett“ bei der Behandlung spezieller Patientengruppen (z.B. bei Psychosen). Voraussetzung ist dabei die Absprachefähigkeit des Patienten mit dem Behandler und das Vorhandensein eines stabilen, die Therapie stützenden, sozialen Umfeldes. Ebenso muss eine Eigen- und Fremdgefährdung in der akuten Erkrankungsphase ausgeschlossen werden können. Dies ist nicht per se bei jedem Patienten gegeben, so dass der behandelnde Arzt die Therapieentscheidung zum Hometreatment sehr individuell abklären muss. Für spontane Kriseninterventionen muss jederzeit eine stationäre Aufnahmemöglichkeit vorgehalten werden. Des Weiteren haben die Erfahrungen in Modellprojekten gezeigt, dass viele Patienten trotz des bestehenden Angebotes eines Hometreatments lieber täglich in die Klinik kommen, so dass die komplex-ambulanten Behandlungsleistungen durch das Krankenhaus in verschiedenen Formen und Settings realisiert werden.

Die ersten flächendeckenden Erfahrungen mit dieser neuen Behandlungsform sollen nach fünf Jahren in einem Bericht der Selbstverwaltungspartner beleuchtet werden. Dieser gesetzlich verankerte Evaluationsansatz sollte durch eine entsprechende Finanzierung der Maßnahme durch Mitteln aus der GKV-Finanzierung zusätzlich befördert werden. Frühestens nach Veröffentlichung des Berichtes und der Bewertung der Evaluationsergebnisse nach fünf Jahren, sollte im Rahmen der Landeskrankenhausplanung über einen möglichen Abbau stationärer Kapazitäten aufgrund des Angebotes von stationsäquivalenten Maßnahmen beraten werden.

Änderungsvorschläge der CKiD:

1. Eine automatische Reduktion der Bettenanzahl in den Landeskrankenhausplänen aufgrund des Angebotes stationsäquivalenter Behandlungsformen für bestimmte Patientengruppen ist abzulehnen. Hierdurch wird ein allgemeiner Abbau stationärer Kapazitäten in Gang gesetzt, der zu Lasten auch aller anderen Patientengruppen geht und somit die flächendeckende psychiatrische Versorgung und die Qualität der Versorgung generell gefährdet.
2. Stationsäquivalente Behandlungsformen sind eine Krankenhausleistung und keine ambulante Vertragsarztleistung. Sie werden durch das multiprofessionelle, stationäre

Behandlerteam erbracht. Daher ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung über entsprechende Vertragsinhalte auf der Bundesebene nicht einzubeziehen.

3. Der Evaluationszeitraum von fünf Jahren sollte durch Kassengelder adäquat finanziert werden. Erst in Kenntnis der Ergebnisse sollte über mögliche Reduktion der stationären Bettenkapazitäten auf Landesebene beraten werden.

5. Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen

Die CKiD begrüßen ausdrücklich die Klarstellung, dass die Ermächtigung für psychosomatische Institutsambulanzen nicht an die Bedingung der Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung gebunden ist. Diese wurde im psychosomatischen Versorgungsbereich noch nie definiert und fand demnach in der Praxis auch keine Anwendung.

Als unangemessen betrachtet, weil aufwandstechnisch völlig überzogen, werden allerdings die neu formulierten Dokumentationsverpflichtungen im Rahmen der ärztlichen Abrechnung nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V.

Das Behandlungsspektrum der PIA richtet sich an besonders schwer und chronisch psychisch erkrankte Patienten, die nicht durch die niedergelassenen Fachärzte adäquat betreut werden können. Daher sind diese Leistungen nicht mit dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot vergleichbar. Überdies sind die PIA-Leistungen in den Vereinbarungen nach § 118 Abs. 2 und 3 SGB V bereits ausreichend definiert und damit von der vertragsärztlichen Grundversorgung abgegrenzt. Die Entwicklung eines umfassenden bundeseinheitlichen Leistungskataloges, der auch keine Vergütungsrelevanz haben soll, ist daher nicht nachvollziehbar und birgt einen unnötigen Dokumentationsaufwand. Die einzig denkbare Intention bei dieser Regelung mag die Verfeinerung weiterer MDK-Prüfabichten sein.

Der Leistungsumfang der PIA ist auch deutlich von den stationsäquivalenten Behandlungsangeboten abzugrenzen, da die PIA keine stationären Behandlungsleistungen oder entsprechend äquivalente Leistungen wie Hometreatment mit ihren Behandlungskonzepten abdecken kann.

Lösungsvorschläge der CKiD:

1. Die pauschal definierte Regelung zur Übermittlung standortbezogener fachgebietsspezifischer Vollzeitäquivalente der psychiatrischen Institutsambulanzen an den Landesausschuss gilt es zu streichen.
2. Die Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Kataloges zur zusätzlichen Dokumentation der PIA-Leistungen nach § 295 Abs. 4 SGB V ist ersatzlos zu streichen.