

Günther/Krüger/Thewes (Hrsg.)

Budgetverhandlung und Finanzierung von Psych-Einrichtungen

Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie
und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)



Gesundheitswesen in der Praxis

Budgetverhandlung und Finanzierung von Psych- Einrichtungen

Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

herausgegeben von

Stefan Günther
Ramon Krüger
Stefan Thewes

Mit Beiträgen von

René Berton
Thomas Brobeil
Sabine de Ridder
Stefan Günther
Martin Heiser
Dirk Kisker
Dr. Julie Korbmacher
Ramon Krüger
Brigitta Lorke
Jürgen Medenbach
Stefanie Mendritzki
Maja Nicole Moll
Dirk Rehsing

Norbert Schmitt
Stefan Thewes
Dr. Michael Ziereis



Bibliografische Information der Deutschen
Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns
zukunftsbewusst für umweltverträgliche und
wiederverwertbare Materialien entschieden.

ISBN 978-3-86216-902-3

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne
Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronischen Systemen.

ePub: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Umschlaggestaltung: Wachter Kommunikationsdesign, St.
Martin

Titelbild: #425727901, Rawpixel.com/Shutterstock.com;
#1715030563, Lightspring/Shutterstock.com

Vorwort der Herausgeber

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

bereits während wir das Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) zusammengestellt haben, war uns bewusst, wie wichtig in diesem Zusammenhang die Thematik der Budgetvereinbarung und Finanzierung für die Krankenhäuser ist. Wir konnten damals glücklicherweise Stefan Thewes als ausgewiesenen Experten dafür gewinnen, einen Beitrag für das Praxishandbuch zu verfassen. Im Nachgang zu der Veröffentlichung haben wir uns gemeinsam weiter intensiv mit der Thematik befasst und auch im praxisbezogenen Austausch – z. B. in PPP-RL-Arbeitsgruppen – festgestellt, wie bedeutsam die Thematik für die Psych-Einrichtungen ist und wie viele ungeklärte Fragen rund um die Budgetvereinbarung und Finanzierung von Psych-Einrichtungen existieren. Durch die Coronapandemie rückt die Finanzierungsfrage besonders in den Fokus und wird kontrovers diskutiert. Beide Themen führen zu erheblichen Unsicherheiten, sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Krankenkassenseite. Wir haben daher beschlossen, die Thematik der Finanzierung praxisorientiert in einem eigenen Buch für Sie zusammenzufassen und damit ihrer Komplexität und besonderen strategischen Bedeutung für die nächsten Jahre und Jahrzehnte besser gerecht zu werden.

Einen Ausgangspunkt stellt hierbei die Erfüllung der PPP-RL in der Praxis dar, die spätestens mit Beginn der Sanktionierung unbedingt gewährleistet werden muss. Dafür bedarf es nicht nur auf die Richtlinie angepasster Strukturen, sondern – so viel wurde durch die ersten Datenlieferungen für 2021 und 2022 deutlich – in den

allermeisten Einrichtungen auch deutliche Zugewinne an therapeutischem Personal. Damit wirkt sich die Richtlinie nicht nur auf die direkte Personaleinsatzplanung in den Psych-Einrichtungen aus, sondern verändert auch deren Finanzierungsbedarf entscheidend. Die Vielzahl an neuen Regelungsinhalten und die veränderte Systematik zeigen unmittelbare Auswirkung auf die notwendige Personalausstattung der Psych-Einrichtungen. Entsprechend sorgt die Umsetzungsverpflichtung der PPP-RL auch dafür, dass eine Anpassung der Budgets an die neuen Erfordernisse zwingend erfolgen muss. Da die Richtlinie sehr zeitnah mit unter Umständen existenzgefährdenden Sanktionen bei Nichterfüllung belegt wird, steigt der Druck auf die Einrichtungen, die notwendige Personalausstattung ermitteln und in den individuellen Budgetverhandlungen vollumfänglich einbringen und mit den zuständigen Kostenträgern verhandeln zu können. Daraus ergeben sich Forderungen nach einem deutlichen Mehrbedarf an therapeutischem Personal, was wiederum die Kostenträger in ihrem Bestreben nach Kostenstabilität in Bedrängnis bringt.

Die PPP-RL hat damit großen Einfluss auf den Gesamtprozess der Finanzierung und Budgetfindung – angefangen mit der Erstellung der Forderungsunterlagen, über die Durchführung von Verhandlungen und die Umsetzung in den notwendigen Formularen der AEB-Psych. Auch die Nachweispflichten im Kontext der Budgetverhandlung verändern sich durch den neuen PPP-RL-Bezug. Zusätzlich entsteht durch die Coronapandemie, die dadurch verursachten Kosten und die Veränderungen im Leistungsgeschehen weiterer Druck auf das ohnehin schon sehr komplizierte Finanzierungssystem. So zeigt sich nach den ersten beiden Anwendungsjahren bereits eine sehr verfahrenere Situation, die im Wesentlichen aus ungeklärten Fragen der Refinanzierung entsteht: Für das Budgetjahr

2020 konnten pandemiebedingt in den allermeisten Häusern keine Zugewinne erzielt werden. Für das Jahr 2021 sind bislang nur sehr wenige Budgetvereinbarungen geschlossen, an vielen Stellen stocken die Verhandlungen oder sind bereits gescheitert. Die Umsetzung der PPP-RL zeigt sich mangels Finanzierungsgrundlagen deutlich gefährdet und damit - bei unverändertem Zeitplan der sanktionsbewährten Einführung - auch die Einrichtungen in ihrem Anwendungsbereich.

Diese Situation und ihre unmittelbare Auswirkung auf die psychiatrische und psychosomatische Versorgung nehmen wir zum Anlass, um die relevanten Inhalte sowie konkrete Hilfestellungen praxisorientiert zusammenzufassen. Neben den theoretischen Grundlagen stehen dabei vor allem praxisorientierte Lösungsvorschläge im Fokus: Aufbau und Bestandteile einer Budgetforderung werden ebenso vermittelt wie praxiserprobte Verhandlungs- und Einigungsstrategien aus Sicht der Krankenhäuser und der Kostenträger. Ebenfalls werden alternative Finanzierungsmodelle wie z. B. die Modellvorhaben nach § 64b SGB V praxisorientiert beleuchtet, die im Lichte der aktuellen Herausforderungen in der Regelversorgung für viele Häuser an Attraktivität gewinnen könnten. Auch der ungünstige aber mittlerweile zunehmend nicht auszuschließende Fall eines Schiedsstellenverfahrens bei fehlender Einigung der Verhandlungspartner wird ausführlich thematisiert. Eine detaillierte Beschreibung zur Umsetzung in den AEB-Psych-Formularen und zur Nachweisführung zum Psych-Personalnachweis schließt das Kapitel ab. Das Buch hinterfragt zudem auf übergeordneter Ebene die Zusammenhänge zwischen der neuen Budgetlogik, dem Abrechnungssystem PEPP und den Personalvorgaben nach PPP-RL und beantwortet dabei die Frage, ob und inwiefern die Systeme überhaupt noch miteinander kompatibel sind. Abschließend werfen die

Herausgeber einen Blick auf mögliche Entwicklungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhauslandschaft und deren Finanzierung sowie auf mögliche Lösungsansätze für die aktuelle „Finanzierungskrise“.

Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich für die sehr gute Zusammenarbeit mit allen Autoren. Ohne ihre breite und praxisbezogene Expertise wäre das Buch in der Kürze der Zeit und mit der Fülle an (Spezial-)Themen nicht umzusetzen gewesen.

Wir hoffen, Ihnen mit dem Buch viele interessante Themen und vor allen Dingen gute Umsetzungshilfen zur Budgetverhandlung und Sicherung der Refinanzierung an die Hand geben und mit den geschilderten Praxiserfahrungen und detaillierten Anleitungen zu erfolgreichen Budgetvereinbarungen verhelfen zu können, die geeignet sind, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu verbessern.

Regensburg, Köln und Langenfeld, im Mai 2022

Stefan Günther, Ramon Krüger und Stefan Thewes

E-Mail: info@ppp-rl.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeber

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Teil I Bedeutung der Budgetverhandlung im Kontext der PPP-RL

Teil II Forderung – Verhandlung – Umsetzung

1 Rechtliche und wirtschaftliche Grundlagen der Budgetverhandlung

2 Aufbau und Bestandteile einer Budgetforderung

2.1 Das Budgetprinzip

2.2 Der Prozess der Budgetfindung

2.3 Die Budgetforderung

2.4 Ökonomische Bedeutung

3 Verhandlungsführung

3.1 Strategien und Best Practice aus Krankenhausperspektive

3.2 Strategien und Best Practice aus Kassenperspektive

3.3 Alternative Finanzierungsmöglichkeiten: Modellprojekte

4 Umgang und Erfahrung mit der Schiedsstelle

4.1 Interne Vorbereitung eines Schiedsstellenverfahrens

4.2 Rechtliche Grundlagen des Schiedsstellenverfahrens

5 AEB-Psych – Leistungs- und Erlösplanung

Teil III Nachweisführung und Benchmarking

6 Psych-Personalnachweis und § 21-Datenmeldung

6.1 Der Psych-Personalnachweis aus Sicht eines Krankenhauses

6.2 Personalnachweis im § 21-Datensatz

6.3 Der Psych-Personalnachweis aus Sicht der Wirtschaftsprüfung

7 Leistungsbezogener Krankenhausvergleich

8 Benchmarking

9 Berücksichtigung von Pandemieeffekten bei der Prognostizierung des Leistungsgeschehens

Teil IV Zukunftsfähige Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausversorgung

10 PEPP und PPP-RL – wie passt das zusammen?

10.1 PEPP und PPP-RL in der (klinischen) Praxis

10.2 Leistungs- und Aufwandsbeschreibung durch PEPP und PPP-RL

10.3 Die Wirksystematik beider Regelungswerke auf der Budgetebene

11 Alternativer Ansatz zur qualitäts- und bedarfsorientierten Leistungsbeschreibung

12 Besondere Herausforderungen und Zukunftsstrategien in der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausversorgung

12.1 Defizitanalyse

12.2 Entwicklungsmöglichkeiten

Teil V Ausblick

Anhänge

Anhang I Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 6 der Bundespflegesatzverordnung

Anhang II Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz

3 BPfIV ab dem Jahr 2022

Anhang III Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPfIV
zu den näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen
Vergleichs nach § 4 BPfIV

Anhang IV 1. Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung
nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPfIV zu den näheren
Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4
BPfIV

Literaturverzeichnis

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Psych-Budget Zwei-Säulen-Modell

Abb. 2: Ermittlung des Gesamtbetrages nach § 3 BPfIV

Abb. 3: Der Prozess der Budgetfindung

Abb. 4: Budgetfindungsprozess für psychiatrische und psychosomatische Kliniken nach der BPfIV

Abb. 5: AEB-Psych-Formular A1

Abb. 6: Regelungsinhalt der PPP-RL

Abb. 7: AEB-Psych-Formular P1 – Personal des Krankenhauses

Abb. 8: AEB-Psych-Formular P2 – Personal der Fachabteilungen

Abb. 9: Beispiel Vorjahresbezug

Abb. 10: Beispiel Mehrerlösausgleich

Abb. 11: Berechnung des Mindestpersonalbedarfs nach PPP-RL

Abb. 12: Berechnung Bereitschaftsdienst/Rufbereitschaft

Abb. 13: Basisdaten für die Forderungsunterlagen

Abb. 14: Geplante Leistungsdaten

Abb. 15: Geplante Leistungsstruktur

Abb. 16: Erfassung von durchschnittlichen Ausfallzeiten

Abb. 17: Erfassung sonstiger Tatbestände

Abb. 18: Übersicht der berechneten Planstellen

Abb. 19: AEB-Psych-Formular K1 – Kosten des Krankenhauses

Abb. 20: AEB-Psych-Formular K2 – Kostenaufstellung der Fachabteilung

Abb. 21: Kostenüberleitung für die Zwecke der Budgetforderung

Abb. 22: Ermittlung eines Gesamtbetrages nach der B2

Abb. 23: Systematik der Entgeltarten

Abb. 24: AEB-Psych-Formular B2 – Budgetermittlung

Abb. 25: Aufteilung des Gesamtbudgets

Abb. 26: Mindestvorgaben nach PPP-RL und Finanzierungsanspruch

Abb. 27: AEB-Psych-Struktur zur Erfassung der Personalforderung

Abb. 28: Aufgabenkatalog zur Abgrenzung von Leitungstätigkeiten

Abb. 29: Abgrenzungstabelle für Leitungskräfte

Abb. 30: Herleitung der Nachtdienstbesetzung

Abb. 31: Quartalsweise Darstellung der Ausfallzeitenverteilung

Abb. 32: Beispielhafte Berechnung von Ausfallzeiten

Abb. 33: Herleitung des Bereitschaftsdienstes

Abb. 34: Illustration der notwendigen Fluktuationsquote

Abb. 35: Vereinbarung 2020 des Krankenhauses zum therapeutischen Personal (Vollkräfte)

Abb. 36: Die Forderung des Krankenhauses zum therapeutischen Personal (Vollkräfte), Umsetzung PPP-RL 2021, Umsetzung 85 %

Abb. 37: Angebot Sozialleistungsträger für den Stellenzuwachs, Budgetjahre 2021/22

Abb. 38: Angebot der Sozialleistungsträger für die Ausfallzeiten 2021/22

Abb. 39: Forderung des Krankenhauses für die Ausfallzeiten 2021/22

Abb. 40: Kosteneffektivitätsverhältnis für vollstationäre Behandlungstage im dritten Modelljahr: Kosten

Abb. 41: Kosteneffektivitätsverhältnis für vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr: Dauer

Abb. 42: PEPP-Notation

Abb. 43: Entgeltkatalog 2022 (Auszug)

Abb. 44: E1.1-Formular

Abb. 45: E1.2-Formular

Abb. 46: E2-Formular

Abb. 47: Nachweis der tatsächlichen Stellenbesetzung

Abb. 48: Nachweis von Anrechnungstatbeständen und zur Pflegeausbildung

Abb. 49: Datenermittlung zum Psych-Personalnachweis

Abb. 50: Psych-Preissystem nach dem KHRG

Abb. 51: Säulendiagramm Gesamtumsatzungsgrad (fiktive Daten)

Abb. 52: Scatterplot zur Darstellung zweier Variablen (fiktive Daten)

Abb. 53: Aufbau Box-Plot

Abb. 54: Vergleich von Box-Plots für verschiedene Gruppen (fiktive Daten)

Abb. 55: Vergleich VKS-Mind und VKS-Ist pro Planbett/-platz (fiktive Daten)

Abb. 56: Anzahl der vollstationären Neuaufnahmen pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), vollstationär

Abb. 57: Prospektive Verweildauern pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), vollstationär

Abb. 58: Belegte Behandlungskapazitäten (BBK) pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), vollstationär

Abb. 59: Belegte Behandlungskapazitäten (BBK) pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), ambulant

Abb. 60: Belegte Behandlungskapazitäten (BBK-90) pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), vollstationär

Abb. 61: Belegte Behandlungskapazitäten (BBK-90) pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), teilstationär

Abb. 62: Belegte Behandlungskapazitäten (BBK-90) pro Kalendertag mit Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), ambulant

Abb. 63: Summe der Neuinfektionen in Bayern pro 100 000 EW über 90 Tage

Abb. 64: 3D-Streudiagramm von belegten Behandlungskapazitäten (BBK-90) pro Kalendertag versus Summe der Neuinfektionen in Bayern pro 100 000 Einwohner über 90 Tage und Zeitverlauf, Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), vollstationär

Abb. 65: 3D-Streudiagramm von belegten Behandlungskapazitäten (BBK-90) pro Kalendertag versus Summe der Neuinfektionen in Bayern pro 100 000

Einwohner über 90 Tage und Zeitverlauf, Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), teilstationär

Abb. 66: 3D-Streudiagramm von belegten Behandlungskapazitäten (BBK-90) pro Kalendertag versus Summe der Neuinfektionen in Bayern pro 100 000

Einwohner über 90 Tage und Zeitverlauf, Hauptdiagnose F32.2 (schwere depressive Episode), ambulant

Abb. 67: Erosion der Intensivbehandlung mit ET (in % der Berechnungstage)

Abb. 68: Entwicklung der Fallzahlen nach Aufnahmemonat

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Beispiel Wochenplan StäB-Konzeption

Tab. 2: Bewertete Entgelte

Tab. 3: Unbewertete Entgelte

Tab. 4: Veränderungswerte 2013 bis 2022

Tab. 5: Module der „Stationsungebundenen Leistungen“

Tab. 6: Beispielhafte Darstellung einer Sachkostenkalkulation

Tab. 7: Gegenüberstellung der Nachweispflichten

Tab. 8: Datensatzbeschreibung der Datei „Pflegepersonal“

Tab. 9: Ermittlung Vollkräfte Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Tab. 10: Aufteilung Bereitschaftsdienst in € und VK

Tab. 11: Krankenpflegeausbildung Aufteilung Theorie und Praxis

Tab. 12: Herleitung der Erläuterungen zur Anrechnung von Personen in der Pflegeausbildung

Tab. 13: Veröffentlichte Ergebnisse des Psych-Krankenhausvergleichs

Tab. 14: Gegenüberstellung Berechnung des Mittelwertes

Tab. 15: Veränderungen des Basisentgeltwerts bei Projektion auf DMI

Tab. 16: Vorschlag zur aufwandsdifferenzierenden Trennung nach Altersgruppe

Tab. 17: Vorschlag zur aufwandsdifferenzierenden Trennung nach Hauptdiagnosegruppen

Tab. 18: Vorschlag zur aufwandsdifferenzierenden Trennung nach Art und Schwere der Behandlung

Tab. 19: Beispielhafte Vorschläge für Zusatzpauschalen mit Leistungsvoraussetzungen

Tab. 20: Vorschlag zur Differenzierung des settingbezogenen Aufwands

Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ACT	Assertive Community Treatment
AEB-Psych-Vereinbarung	Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 6 der Bundespflegesatzverordnung
akt.	aktualisierte
Anl.	Anlage
Art.	Artikel
AufenthG	Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz – AufenthG)
Aufl.	Auflage
BAT	Bundes-Angestellentarifvertrag
BBK	Belegte Behandlungskapazitäten
BD	Bereitschaftsdienst
BG	Berufsgenossenschaft
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPfIV)
BR-Drs.	Bundesrat-Drucksache
BT	Berechnungstag
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVerwGE	Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts
bzw.	beziehungsweise

CIRS	Critical Incident Reporting System
d. h.	das heißt
DBT-A	Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DM	Deutsche Mark
DMI	Day-Mix-Index
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
erw.	erweiterte
ET	Ergänzende Tagesentgelte
etc.	et cetera
EUR	Euro
EVA64	Bundesweit einheitliche wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V
EW	Einwohner
f., ff.	folgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG)
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz -

	GVWG)
h	Stunden
HD	Hauptdiagnose
i. d. R.	in der Regel
IDW	Institut der Wirtschaftsprüfer
IG	Interventionsgruppe
ISAE	International Standard on Assurance Engagements
ISMG	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
i. V. m.	in Verbindung mit
IK	Institutionskennzeichen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
inkl.	inklusive
Kap.	Kapitel
KG	Kontrollgruppe
KHBV	Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung – KHBV)
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)
KHRG	Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)
KHZG	Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)
KHZV	Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.
KI	Künstliche Intelligenz

KIS	Krankenhausinformationssystem
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KLN	Kosten- und Leistungsnachweisen
lfd.	laufende
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MD-QK-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL)
mind.	mindestens
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MRE	Multiresistente Erreger
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NeuinfSum	Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner über 90 Tage
NJAZ	Nettojahresarbeitszeit
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NWIF	Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen)
o. ä.	oder ähnliche/s
o. g.	oben genannten
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

p. a.	pro anno
PEPP	Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik
PfIAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung - PfIAPrV)
PfIBG	Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PfIBG)
PiA	Psychotherapeuten in Ausbildung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PPP-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie - PPP-RL)
PSO	Psychosomatik
PSY	Erwachsenenpsychiatrie
PsychEntgG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)
Psych-Personalnachweis-Vereinbarung	Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 Satz 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung)
Psych-PV	Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
rd.	rund
Rn.	Randnummer
RSB	Regionale und strukturelle Besonderheiten
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
S.	Satz; Seite

SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
sog.	sogenannte/r/s
StäB	Stationsäquivalente (psychiatrische) Behandlung
SUL	Stationsungebundene Leistungen
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem; und andere/s
Urt.	Urteil
usw.	und so weiter
v.	von; vom
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
vgl.	vergleiche
VK	Vollkräfte; Vollkraftäquivalente
VKS	Vollkraftstunden
VKS-Ist	Tatsächliche Vollkraftstunden
VKS-Mind	Mindestvorgaben für Vollkraftstunden
WIdO	Wissenschaftliche Institut der AOK
WP	Wirtschaftsprüfung
z. B.	zum Beispiel

Teil I Bedeutung der Budgetverhandlung im Kontext der PPP-RL

Bedeutung der Budgetverhandlung im Kontext der PPP-RL

Ramon Krüger

¹
Eine auskömmliche Finanzierung ist die Grundlage für hochwertige Versorgung – genauso wie nur auf Grundlage hochwertiger Versorgung eine auskömmliche Finanzierung erfolgen soll. Nicht erst seit der grundlegenden Reform der Krankenhausfinanzierung in den letzten Jahrzehnten bestimmt diese Interdependenz zwischen Leistungsangebot und Vergütungsbereitschaft auch die Behandlung und Versorgung durch Krankenhäuser. Im Wesentlichen stellt sich hier ein Grundprinzip jedes ökonomischen Handelns dar. Abweichend zu klassischen marktökonomischen Modellen hat die Nachfrage in der Krankenhausfinanzierung allerdings nur einen mittelbaren Einfluss auf die Vergütung – genauso wie die Qualität der Leistungserbringung. In den gesetzlichen Grundlagen zur Finanzierung von Krankenhäusern wird deswegen sowohl dem Bedarf als auch den Qualitätserwartungen eine besondere Bedeutung zugeschrieben.

§ 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

*(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine **hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung** der Bevölkerung [...] zu gewährleisten und zu **sozial tragbaren Pflegesätzen** beizutragen.*

²
Die Maxime einer qualitativ hochwertigen, am Patientenbedarf orientierten Versorgung wird selbst durch

die gesetzgeberische Forderung tragbarer (implizit: stabiler) Sozialversicherungsbeiträge im Wortlaut nicht eingeschränkt. Im Gegenteil besteht die Erwartung, dass beides gleichzeitig erreichbar ist - am Ende eines Verhandlungsprozesses zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. So beantwortet die gesetzliche Regulierung Fragen nach Bedarf und der erwartbaren Qualität in seltensten Fällen selbst, geschweige denn die nach den dafür erforderlichen Finanzmitteln. Regulierend vorgegeben wird ein Verhandlungsrahmen mit möglichst ausgewogenem Kräfteverhältnis - das Prinzip der Selbstverwaltung, wie es in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu finden ist. Den Selbstverwaltungspartnern obliegt dabei die herausfordernde Abwägung zwischen einer grundsätzlich nicht begrenzbaren Qualitätserwartung und deren sehr wohl zu begrenzenden Finanzierungsmitteln. In dieser Abwägung - so die Erwartung des Gesetzgebers - stellt sich ein optimales Gleichgewicht im Sinne eines systemimmanenten Interessenausgleichs ein.

Hochwertige Versorgung zu sozial tragbaren Pflegesätzen - auch in Psych-Fächern

3

Was passiert allerdings dann, wenn zwar ein Gleichgewicht entsteht, dieses aber nicht dem geforderten Optimum im Sinne des gesetzlichen Auftrags entspricht? Dafür gibt es viele Beispiele, nicht zuletzt in den Psych-Fächern, in denen sich seit Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen über das Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) trotz laufender Veränderungen und Anpassungen noch kein zufriedenstellendes Optimum entsprechend den Bedarfs- und Qualitätsanforderungen eingestellt zu haben scheint. Was zunächst nur über Leistungsanreize in einem einheitlichen Preissystem einen Ausgleich finden sollte, wurde nach erneuter gesetzgeberischer Intervention auch

infolge großen Drucks aus der Fachlichkeit wieder den Verhandlungspartnern auf Ortsebene zugetragen – nicht ohne den Verhandlungsrahmen im Sinne der Qualitätsanforderungen deutlich zu korrigieren.

4

Ohne die grundsätzliche Autonomie der Verhandlungspartner vor Ort, Leistungserbringer und Kostenträger, wesentlich einzuschränken, hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit eines Korrektivs erkannt, damit das erhoffte Optimum im Interessenausgleich nicht etwa durch Kompromisslösungen eingeschränkt wird. Im Versuch die Anforderungen zu schärfen, ohne in die Autonomie der Selbstverwaltung einzugreifen, bedient er sich des Instruments verbindlicher Qualitätsvorgaben, über die besondere Leistungsanforderungen – zunächst unabhängig von deren Finanzierung – umgesetzt werden sollen. Solche verbindlichen Qualitätsvorgaben wurden auch schon in anderen Leistungsbereichen somatischer Fachgebiete gesetzlich implementiert, in der Regel waren davon kleinere, besonders sensible und gut abgrenzbare Leistungen oder Leistungsbereiche umfasst. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurden erstmals verbindliche Qualitätsvorgaben gefordert, die Mindeststandards für die Behandlung und Versorgung der gesamten Fachgebiete regeln soll – mit vorrangigem Blick auf die Krankenhausbehandlung.

5

Zur Festlegung und Ausgestaltung der Qualitätsvorgaben wird wiederum nur ein Rahmen vorgegeben, in dem die Selbstverwaltung eine Einigung zu erzielen hat – zunächst mit dem Auftrag, deren Ausmaß und Wirkweise im Sinne des erwartbaren Interessenausgleichs zu vereinbaren. Die **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie** (PPP-RL) entspringt einem gesetzlichen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der

psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Zu diesem Zweck werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal als geeignete Maßnahme benannt. Die möglichst evidenzbasierten Mindestvorgaben sollen hierbei zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Ausgestaltet wurde die Richtlinie als Instrument, das in Abhängigkeit von der Anzahl der behandelten Patienten bzw. deren Erkrankungsschwere und Behandlungsbedarf verbindliche Mindeststunden an tatsächlichem Personaleinsatz der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen vorschreibt und deren Nichterfüllung im Quartals- und Einrichtungsbezug mit einem (anteiligen) Wegfall des Vergütungsanspruch sanktioniert.

6

Um die Ziele dieser gesetzgeberischen Intervention vor dem Hintergrund der finanziellen Auswirkungen auf die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung zu verstehen, erscheint ein Rückblick auf die systemische Entwicklung erforderlich – mit besonderem Fokus auf die Fehlentwicklungen im Verhältnis zwischen hochwertiger Versorgung und ihrer Finanzierung.

Hintergründe und Ziele des gesetzgeberischen Auftrags

7

Vorgaben zur Personalausstattung sind der Psychiatrie nicht fremd. Die finanzielle Ausstattung psychiatrischer (und auch psychosomatischer) Krankenhäuser und Abteilungen bestimmt sich in den Fächern der „sprechenden“ Medizin seit jeher vorrangig aus der erforderlichen Ausstattung mit therapeutischem Personal. Der große Fortschritt durch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) entstand nicht aus der Erkenntnis, dass eine bedarfsgerechte, multiprofessionelle Personalausstattung Grundlage für eine hochwertige Behandlung ist, sondern aus ihrem Anspruch,