



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
18(14)0197(12)  
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.  
2016\_PsychVVG  
21.09.2016

Telefon 02173 1021000  
Telefax 02173 1021009  
E-Mail holger.hoehmann@lvr.de  
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen Herr Höhmann  
Datum 20.09.2016

### **Stellungnahme des VKD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) anlässlich der Einladung zur öffentlichen Anhörung am 26.09.2016**

Ergänzend zu der gemeinsamen Stellungnahme der Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften vom 02.09.2016 werden in dieser weiterführenden Stellungnahme des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) einige, aus krankenhäusökonomischer Sicht besonders bedeutsame Aspekte, hervorgehoben.

Der VKD begrüßt den mit dem Kabinettsentwurf des PsychVVG durch den Gesetzgeber eingeleiteten Richtungswechsel vom Preis- hin zum Budgetsystem vom Grundsatz her ausdrücklich. Die Möglichkeit strukturelle oder regionale Besonderheiten von Krankenhäusern in dem leistungsgerechten Gesamtbetrag zu berücksichtigen, sowie die Stärkung der lokalen Verhandlungsebene, erscheinen richtige Ansätze bei der Neufassung des ordnungspolitischen Rahmens. Auch die Verlängerung der Optionsphase, sowie die zeitliche Synchronisierung des Inkrafttretens der zentralen Elemente des neuen Budgetsystems auf das Jahr 2020, werden vom VKD als notwendige Anpassungen bewertet.

Mit großer Sorge sehen wir hingegen, dass in konkreter Ausgestaltung der Elemente des Budgetsystems gravierende Konstruktionsfehler vorhanden sind, die eine nachhaltige Tragfähigkeit der neuen Struktur ausschließen.

#### **G-BA-Mindestanforderungen zum therapeutischen Personal / Nachweispflicht**

Seitens der Fachlichkeit knüpft sich eine hohe Erwartung an den im § 136a SGB V abgebildeten Auftrag des G-BA, die zukünftigen Mindestanforderungen zum therapeutischen Personal auszugestalten. Dies erscheint nachvollziehbar und notwendig, berücksichtigt man, dass die Ansätze der Psych-PV 25 Jahre alt sind und allein deshalb den durch Fallzahlsteigerung und Verweildauerreduzierung gekennzeichneten psychiatrischen und psychosomatischen Alltag nicht adäquat abbilden können. Unterstellt man, dass die neu formulierten G-BA-Mindestbedarfe ein höheres Personalniveau abbilden als die gültige Psych-PV, so wurde gesetzlich kein verbindlicher Anspruch auf die vollständige Umsetzung der Mehrkosten in den Budgets ausgestaltet.

Nach derzeitiger Ausgestaltung im § 3 Abs.3 BPfIV ist der Personalmindestbedarf nach G-BA lediglich eines von sechs Elementen, die miteinander im Zusammenhang ab dem Jahr 2020 den so genannten „leistungsgerechten Gesamtbetrag“ ergeben.

Verschärfend kommt hinzu, dass von einer vollständigen Finanzierung der Psych-PV-Stellen auf der Basis eines Vollkräftenachweises in den historisch gewachsenen Budgets nicht ausgegangen werden kann, was die Kalkulation des tatsächlich erforderlichen Budgetzuwachses erschwert und deren Durchsetzbarkeit unmöglich macht. Zudem bietet der gesetzliche Rahmen aktuell keinen hinreichenden Mechanismus, um Tarifentwicklungen völlig zu refinanzieren. Die im Kabinettsentwurf definierte Tarifausgleichsrate liegt bei nur 40% und zeigt deutlich, dass es von Seiten der Politik offenbar nicht möglich ist die tatsächlichen Mehrkosten gegen zu finanzieren und somit eine Ausfinanzierung sicherzustellen

Beides ist deshalb von entscheidender Bedeutung, weil der Gesetzgeber umfangreiche Nachweispflichten zu den G-BA Mindestanforderungen vorsieht, die bei Nichterfüllung gemäß § 3 Abs. 3 S. 8 zu einer Absenkung des Gesamtbetrages führen.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass für eine Vielzahl objektiv nicht finanzierbarer Stellen unmittelbar eine Nachweispflicht eintritt, die bei Nichterfüllung eine weitere Verringerung der zur Verfügung stehenden Mittel bedingt. Will der Gesetzgeber diesen statischen Mechanismus zwischen Mittelbereitstellung für therapeutisches Personal und dem Mittelnachweis gesetzlich verankern, so muss sich auf die Frage konzentriert werden, ob die vereinbarten Budgetmittel für die Personalausstattung dem Grunde nach zweckgemäß eingesetzt wurden. Generell müssen die Vorgaben zur Personalausstattung und der darauf beruhende Nachweis dem Krankenhaus organisatorische Gestaltungsspielräume bei der Entscheidung ermöglichen, welche Berufsgruppen bei den unterschiedlichen Behandlungskonzepten zum Einsatz kommen.

Es muss hingegen bezweifelt werden, ob die Starrheit eines solchen Systems auf gesundheitsökonomischer Ebene zu einem effizienten Mitteleinsatz beitragen kann. Die Bundesregierung formulierte anlässlich einer kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE (Drs. 17/13041) aus der Sicht des VKD zutreffend: „Die Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung hat vielmehr bei den Kliniken zu verbleiben, denn nur sie können auf ihre Situation zugeschnittene Lösungen finden.“

Ziel muss es sein, gerade bei nicht vorhandener Ausfinanzierung, den Handlungsspielraum der Häuser z. B. für andere therapeutische Wirkfaktoren zu erhalten. Eine Nachweispflicht sollte folglich erneut – wie bereits im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes - wieder gestrichen werden.

Der im Kabinettsentwurf vorgelegte gesetzliche Rahmen wird das finanzielle „Ausbluten“ insbesondere der Häuser zur Folge haben, die in der Vergangenheit lernen mussten bei effizientem Einsatz von Ressourcen gute Behandlungsergebnisse zu erzielen.

### **Der leistungsbezogene Vergleich**

Das Konzept des in § 4 beschriebenen leistungsbezogenen Vergleiches folgt der Idee, Unterschiede im Entgeltniveau der Kliniken zu kennzeichnen, mit dem Ziel dadurch eine Anpassung durch die Budgetverhandlung auf der örtlichen Ebene zu erzielen.

Bei Entwicklung der Kriterien des angedachten Krankenhausvergleichs sind die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen der Kliniklandschaft in der Psychiatrie angemessen zu berücksichtigen. Es ist unabdingbar, dass die herangezogenen Indikatoren einer Risikoadjustierung standhalten, um einen fairen Vergleich zu gewährleisten. § 4 BPfIV sollte daher um eine Aussage zur Risikoadjustierung zu ergänzen.

Darüber hinaus fehlt ein entscheidender Gesichtspunkt, nämlich die Ergebnisqualität. Unbedingt ist zu verhindern, mit rein wirtschaftlichen Kennzahlen einen Vergleich in Kraft zu setzen, ohne zumindest zeitgleich fachlich fundierte Indikatoren für die Ergebnisqualität in den Vergleich zu implementieren. Gelingt dies nicht, so ist von einer Wirkdynamik im Sinne von „Billig“ sticht „Gut“ auszugehen, was natürlich nicht die Absicht des Gesetzgebers sein kann.

Betrachtet man die in § 3 BPfIV beschriebene Einbindung des leistungsbezogenen Vergleichs in die Systematik der Budgetverhandlung, so besteht eine weitere Gefahr der Fehlsteuerung.

Schwer vorstellbar erscheint, dass sich die Vertragsparteien nach Würdigung der Gesamtumstände einigen, wie das Budget anzupassen ist. Zu erwarten ist, dass in dieser offenen Ausgestaltung der Regelung die Erwartungen der Verhandlungspartner jeweils deutlich auseinander liegen. In einer Vielzahl von Fällen wird dies auf Schiedsstellenebene ausgetragen, ohne verlässliche Orientierung durch einen gesetzlichen Rahmen. Geregelt wurde lediglich, dass Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte deutlich überschreiten, nur vereinbart werden dürfen, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Eine entsprechende Regelung für die „deutliche Unterschreitung“ findet sich hingegen nicht.

Leider muss dies als Intention des Gesetzgebers gewertet werden, dass innerhalb des leistungsbezogenen Vergleiches eher die Budgetreduzierung als eine sachlich ebenso notwendige Budgetsteigerung abgebildet werden sollte. Im Ergebnis bedeutet dies natürlich, dass Steigerungen auf der Ebene der Schiedsstelle deutlich schwerer durchsetzbar werden. Aus übergeordneter Sicht erscheint entscheidend, dass jede auf der Ebene der Schiedsstelle durch die Kostenträger erkämpfte Budgetkürzung dem Gesamtvolumen der Finanzierung von psychiatrischer und psychosomatischer Behandlung Mittel entzieht.

### **Stationsäquivalente Behandlung (Hometreatment)**

Zur gesetzlichen Regelung eines zu verhandelnden Bettenabbaus für stationsäquivalente Behandlung (§ 109 Abs. 1 SGB V) möchte der VKD der Einschätzung des Gesundheitsausschusses als Empfehlung an den Bundesrat Nachdruck verleihen. Dort ist ausgeführt: „Mit der Länderkompetenz für die Krankenhausplanung ist es unvereinbar, dass Entscheidungen über die stationäre Bettenkapazität ohne Einvernehmen mit der Planungsbehörde vereinbart und gegebenenfalls sogar durch eine Schiedsstelle festgesetzt werden. (...) Die Annahme, dass dieses Angebot Verweildauern verkürzt oder den stationären Aufenthalt ganz vermeidet und daher ein Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten (...) zu erwarten ist, trifft nicht zu.(...) Psychische Erkrankungen mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit werden weiter ansteigen. Es wäre schon viel gewonnen, wenn der Ausbau des Home Treatments dazu führen könnte, dass der Bettenbedarf nicht in demselben Maße anwächst wie in den letzten Jahren.“

## **Mehrleistungsbegrenzung**

Problematisch ist die Regelung im Kabinettsentwurf hinsichtlich der Leistungsentwicklung. So ist niedergelegt, dass Mehrleistungen, die zu einer Überschreitung der mit den Kostenträgern vereinbarten Patientenfallzahlen führen, nur dann zulässig sind, wenn diese durch die Krankenhausplanung bzw. das Investitionsprogramm des Landes begründet sind.

Ein Blick in die Statistiken zeigt aber, dass höhere Patientenfallzahlen leider aufgrund des stetig steigenden Bedarfs innerhalb der Bevölkerung unvermeidbar sein werden. Es gibt schlichtweg immer mehr Patienten, die psychiatrisch stationär behandlungsbedürftig werden. Die meisten psychiatrischen Häuser sind dabei aufgrund des sektorisierten Versorgungsgebiets verpflichtet erkrankte Patienten innerhalb ihres Zuständigkeitsgebiets aufzunehmen. Anderes als in somatischen Häusern kann kein Aufnahmestopp (Abmeldung) ausgerufen werden.

Die neue im Kabinettsentwurf gefasste Regelung verschärft die bisher gültige Regelung zu Mehrleistungen massiv zum Nachteil der Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung. Die Folge werden wiederum nicht refinanzierte Kostensteigerungen gerade für die Behandlung von nicht planbaren Notfallpatienten sein. Um die Qualität für die am schwersten psychisch erkrankten Menschen aufrecht zu erhalten plädiert der VKD daher dafür, diesen Punkt im Zuge der weiteren Beratungen zum Kabinettsentwurf zu berücksichtigen und sich auch zukünftig an der bisherigen Regelung zu orientieren.

## **Dokumentationsaufwand**

Die von den Verbänden einstimmig geforderte und in der Praxis dringend erwartete Reduzierung von Dokumentations- und Misstrauensaufwand ist im Kabinettsentwurf nur sehr unkonkret über einen Prüfauftrag an die Selbstverwaltungspartner berücksichtigt. Wir sehen die Notwendigkeit eines klaren gesetzlichen Auftrags, die Dokumentationslast sowie den Aufwand durch Abrechnungsprüfung auf das Notwendige zu beschränken. Beides stellt derzeit in der Praxis einen unangemessen hohen Aufwand dar, unter dem, bei fehlender zusätzlicher Finanzierung, die vorhandene Zeit für Patientinnen und Patienten leidet. Das Erfordernis zusätzlichen Personals zu Dokumentations- und Nachweiszwecken muss auch in der Entwicklung von Personalvorgaben und deren Finanzierung Berücksichtigung finden.

Der VKD sieht eine Berücksichtigung der genannten Aspekte sowie eine entsprechende Anpassung des PsychVVG als notwendige Voraussetzung für eine nachhaltige, qualitativ hochwertige Versorgung psychisch erkrankter Personen.