



Stellungnahme

Stellungnahme des VKD zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) anlässlich der Verabschiedung im Bundestag am 10. November 2016

Im Gesetzgebungsverfahren wurden wesentliche Anregungen des VKD (vgl. Stellungnahme vom 20.09.2016) nicht berücksichtigt. Im Interesse der Sicherstellung einer nachhaltig hochwertigen psychiatrischen und psychosomatischen Patientenversorgung muss auf gravierende Mängel in der Ausgestaltung des PsychVVG erneut hingewiesen und deren unmittelbare Bereinigung gefordert werden.

Mit dem PsychVVG vollzieht der Gesetzgeber den angekündigten Richtungswechsel vom Preis- hin zum Budgetsystem und kommt damit einer wesentlichen Forderung des VKD nach. 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.

Auch wurden im Gesetzestext einige Anregungen, wie die Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur als Ausdeckelungstatbestand oder die Abkehr von der Forderung nach Bettenabbau im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung, aufgegriffen.

Mit großer Sorge sehen wir hingegen, dass in der konkreten Ausgestaltung der Kernelemente des Budgetsystems weiterhin 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 weiterhin kein verbindlicher Anspruch auf die Umsetzung der Mehrkosten in den Budgets ausgestaltet.

Der G-BA-Mindestbedarf ist lediglich eines von sechs Elementen, die miteinander im Zusammenhang ab dem Jahr 2020 den so genannten „leistungsgerechten Gesamtbetrag“ ergeben. Zu befürchten ist eine Sichtweise seitens der Kostenträger, dass bestehende Budgets die Möglichkeit zur Umsetzung höherer Personalmengen bereits beinhalten. Für Häuser mit überdurchschnittlichen Basisentgeltwert dürfte unmittelbar die Situation eintreten, dass die Personalmenge entsprechend des GBA-Mindestbedarfs innerhalb des bestehenden Budgets realisiert und nachgewiesen werden muss, also ohne, dass die dafür erforderlichen zusätzlichen Mittel budgeterhöhend durchgesetzt werden können.

Zudem bietet der gesetzliche Rahmen weiterhin keinen hinreichenden Mechanismus, um Tarifentwicklungen vollständig zu refinanzieren. Die im Gesetz definierte Tarifausgleichsrate liegt bei nur 40% und zeigt deutlich, dass es von Seiten der Politik offenbar nicht möglich ist die tatsächlichen Mehrkosten zu finanzieren.

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 bezweifelt werden, ob die jetzt gesetzlich verordnete Starrheit des 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, den Handlungsspielraum der Häuser z. B. für andere therapeutische Wirkfaktoren zu erhalten. Eine Nachweispflicht sollte folglich erneut – wie bereits im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes – ersatzlos gestrichen werden.

Der im Gesetz vorgelegte 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.

Nachweispflicht für die Jahre 2016 - 2019

Die in den letzten Zügen des Gesetzgebungsprozess eingebrachten Änderungen hinsichtlich der Nachweispflicht (§ 18 Abs. 3 BPfIV) belasten aus der Perspektive des VKD einige Krankenhäuser existentiell.

Eine Nachweispflicht für die Jahre 2016 bis 2019 war zwischenzeitlich aus nachvollziehbar guten Gründen aus dem Gesetzesentwurf gestrichen worden.

Die Reaktivierung dieser Regelung schafft eine zeitlich unmittelbar eintretende Rechtfertigungssituation in historisch gewachsene Budgets, deren Struktur maßgeblich von dem ab dem Jahr 1996 vorhandenen unzulänglichen ordnungspolitischen Rahmen (Budgetdeckelung) verursacht wurde.

Statt einen gemeinsamen Neuanfang für das Jahr 2020 zu wagen, wird den Krankenhäusern die Last einer unmittelbaren Budgetreorganisation auferlegt, ohne für die außerhalb der Psych-PV bestehenden Kostenbestandteile eine Verhandlungsmöglichkeit zu schaffen.

Dieses trifft Häuser, die in der Vergangenheit ihre Leistung zu geringen Preisen anbieten mussten (geringer Basispflegesatz), in besonderer Weise. Es kann nicht die politische Absicht sein, diese Häuser an den Rand ihrer wirtschaftlichen Existenz zu bringen, um dann erst im Jahr 2020 hierfür im Krankenhausvergleich zumindest die Möglichkeit einer Anpassungsvereinbarung einzuräumen.

Der VKD fordert deshalb nachdrücklich eine entsprechende Klarstellung seitens des Gesetzgebers.

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 Krankenhausvergleiches 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 ergänzt werden.

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 der leistungsbezogene Vergleich als Instrument zur Budgetkürzung dienen soll. Im Ergebnis bedeutet dies natürlich, dass gemäß des Krankenhausvergleiches naheliegende Budgetsteigerungen auf der Ebene der Schiedsstelle deutlich schwerer durchsetzbar werden. Im besonderen Maße gilt dies für historisch gewachsene Unterfinanzierungen im Bereich des Basispflegesatzes. 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 dauerhaft verloren geht.

Dokumentationsaufwand

Die von den Verbänden einstimmig geforderte und in der Praxis dringend erwartete Reduzierung von Dokumentations- und Misstrauensaufwand ist im Gesetz nur unzureichend berücksichtigt.

Zwar beinhaltet das Krankenhausfinanzierungsgesetz jetzt die Forderung nach einem praktikablen Differenzierungsgrad und einem auf das notwendige Maß begrenzten Dokumentationsaufwand im Rahmen des neuen Einsatzzweckes als Budgetsystem. Dieses in der Ausrichtung zu unterstützende Ziel bleibt in der technischen Umsetzung jedoch erneut weit hinter dem Möglichen zurück.

Das Streichen von Kodes, die sich für diesen Zweck nicht erforderlich erwiesen haben, erscheint kein geeignetes Mittel. Vielmehr ist die fachlich zumindest fragwürdige Grundorientierung (Diagnosebezug) in Verbindung mit fortschreitender Einbeziehung von Leistungen in die Entgeltsystematik wesentlicher Motor für den zu prognostizierenden weiter steigenden Aufwand. Dieser entsteht insbesondere aus dem technokratischen Verständnis der Leistungsabbildung, also jener Dinge, die als entgeltrelevant definiert wurden. Der jetzt im Gesetz hinzugefügte Auftrag zur Ergänzung von sinnvollen Kodes wird ohne die Einbindung in ein Gesamtkonzept die Dokumentationslast weiter erhöhen. Nur ein grundlegend neuer Ansatz, orientiert an einer groben Beschreibung unterschiedlicher Patientengruppen in den jeweiligen Settings, erscheint hier für die Weiterentwicklung der Entgeltsystematik und zur Reduzierung der Dokumentationslast zielführend.

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.