



Stellungnahme der Fachgruppe Psychiatrie im VKD zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum PsychVVG vom 19.05.2016

Zum Jahreswechsel 2015/16 hat das Bundesministerium für Gesundheit nach Intervention durch die Fachverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine drohende Fehlentwicklung in der Psychiatrie und Psychosomatik festgestellt. Folge war, dass das bisherige Umsetzungsverfahren zur Einführung des PEPP-Systems eine Neuausrichtung erfahren sollte. Dementsprechend wurden mit dem Eckpunktepapier der Koalitionsfraktionen vom 18.02.2016 Ziele definiert, die wir grundsätzlich teilen. Leider können mit dem Referentenentwurf zum PsychVVG diese Ziele nach unserer Auffassung zum großen Teil nicht erreicht werden.

Ergänzend zu der gemeinsamen Stellungnahme der Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften möchten wir einige, aus krankenhausesökonomischer Sicht besonders bedeutsame Aspekte, in dieser weiterführenden Stellungnahme hervorheben. Mit den folgenden fünf Punkten wird unser dringendster Änderungsbedarf kurz zusammengefasst, um unsere teils existenziellen Sorgen um die Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausbehandlung unter den Bedingungen des vorliegenden Referentenentwurfs zu verdeutlichen.

1. Nachweispflicht

Der Referentenentwurf sieht keine Möglichkeit der Ausfinanzierung von Personalkosten für nachzuweisende Stellen vor. Bei deutlichem Auseinanderdriften von tatsächlicher Personalkostenentwicklung und Budget für finanzierte Stellen, war in der Vergangenheit auch für Häuser mit vollständig verhandelter Erfüllung der PsychPV eine Ausfinanzierung des medizinisch leistungsgerechten Budgets faktisch nicht gegeben. Insbesondere die Finanzierung des die Veränderungsrate übersteigenden Anteils der Tarifierhöhungen zu lediglich 40% und zwar kumulativ Jahr für Jahr, wird dieses Finanzierungsdefizit in Zukunft zwangsläufig noch verschärfen.

Ebenso ist es unangemessen, dass die Nachweispflicht bezüglich des vorzuhaltenden Personals im Jahresdurchschnitt zu führen ist. Hier müssten Krankenhäuser zum Ausgleich unterjähriger Schwankungen regelmäßig mehr Personal vorhalten, um das vereinbarte Budget nicht zu gefährden.

Insgesamt ist von der Nachweispflicht in der Ausgestaltung des Referentenentwurfs eine deutliche Abwärtsspirale der Krankenhausbudgets zu erwarten, was im Sinne einer optimalen Versorgung psychisch Kranker nicht akzeptabel ist.

Wenn eine Nachweispflicht eingeführt würde, dann könnte dies nur unter hundertprozentiger Ausfinanzierung des medizinisch leistungsgerechten Budgets, inkl. der Stellen und Tarife mit entsprechendem Fluktuationskorridor von mind. 10% erfolgen. Weiter müsste den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden, das Personal durch personaläquivalente Leistungen zu ersetzen und eine Verlagerung in Sachkosten vorzunehmen. Ein Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch einen Wirtschaftsprüfer würde dann die für die Krankenkassen notwendige Transparenz herstellen.

Im Übrigen stellen wir fest, dass Ergebnisqualität, im Sinne des an den G-BA erteilten Entwicklungsauftrags, zukünftig einen höheren Stellenwert haben sollte als der Personalnachweis.

Zur weiteren Verdeutlichung unserer Kritik an der im Referentenentwurf vorgesehenen Nachweispflicht, weisen wir abschließend auf die Zitate aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE hin (Drs. 17/13041 vom 11.04.2013), deren Kernaussagen wir uneingeschränkt teilen:

*„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 Patientenlientels spielen eine Rolle.“ (Seite 5)*

„das für den stationären Bereich weiterentwickelte Vergütungssystem enthält verstärkt wettbewerbliche Elemente, mit denen die Pflege-Personalregelung nur bedingt kompatibel ist.“ (Seite 9)

2. Krankenhausvergleich

Im Rahmen des vorgesehenen Krankenhausvergleichs müssen, vor allem durch den Vergleich der Basisentgeltwerte, Krankenhäuser, die oberhalb des ermittelten Durchschnitts liegen, ihre höheren Kosten gegenüber den Kostenträgern begründen. Eine entsprechende Anpassung nach oben für die Häuser unterhalb des Durchschnitts, ist nicht vorgesehen. Es wird damit unter dem Deckmantel eines Vergleichsinstruments eine negative Konvergenz eingeleitet, deren Effekt über einen sich stets nach unten anpassenden Durchschnittswert immer weiter gesteigert wird. Im Gegensatz zur alten Konvergenzregelung werden so dem System nachhaltig Finanzmittel entzogen.

Im Sinne einer ausgeglichenen Verhandlungsbasis auf Ortsebene müssten in einem solchen Krankenhausvergleich auch verstärkt regionale Besonderheiten und Strukturmerkmale auf Hausebene berücksichtigt werden.

Der Krankenhausvergleich muss in dieser, dem Referentenentwurf enthaltenen Form, gestrichen werden, da er für die Mehrzahl der Kliniken zu ungerechtfertigten Budgetreduzierungen führen wird. Zustimmungsfähig wäre ein Krankenhausvergleich als reines Transparenzinstrument, so wie in dem Eckpunktepapier der Verbände vom 05.06.2015 unter Ziffer 13-15 beschrieben.

3. Mehrleistungsbegrenzung

Die Überschreitung des Veränderungswerts aufgrund von notwendigen Leistungsveränderungen im stationären Bereich ist nach den Regelungen des Referentenentwurfs nur noch zulässig, wenn keine Substitution durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen möglich ist. Die Beweislast wurde hier den Krankenhäusern auferlegt. Die Kostenträger können damit unter Verweis auf ein fiktives Substitutionspotential Vereinbarungen zu Mehrleistungen verweigern. Hieraus ergibt sich eine deutliche Gefahr der Unterversorgung psychisch kranker Menschen.

In ihrer Notwendigkeit begründete Veränderungen von Art und Menge der Leistungen müssen auch weiter Ausnahmetatbestände für die Veränderungsrate übersteigende Budgetanpassungen bleiben, ohne den kaum entgegenzutretenden Vorbehalt der Substituierbarkeit.

4. Stationsäquivalente Leistungen

Grundsätzlich begrüßen wir, dass mit dem Referentenentwurf die psychiatrischen Krankenhäuser erstmalig ermächtigt werden sollen auch stationsäquivalente Leistungen erbringen zu können. Die Erbringung dieses neuen Leistungssegments darf jedoch nur in die Entscheidung des einzelnen Krankenhauses gestellt werden. Ausdrücklich darf die neue Versorgungsform nicht als stationsersetzende Leistung in den Gesetzesentwurf eingehen, sondern als zusätzliche Leistung mit eigener Indikation.

Stationsäquivalente Leistungen dürfen ferner nicht zu Zwecken der Kostenersparnis sondern vielmehr zur Verbesserung der Versorgungssituation realisiert werden. Insofern ist der unter lit. D Nr. 2 in der Präambel formulierten Zielstellung zur Einsparung von Kosten durch stationsäquivalente Leistungen eindeutig zu widersprechen.

Es ist weiter unrealistisch zu fordern, dass die stationsäquivalente Behandlung hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen kann (Artikel 4 Nr. 1 lit. c). Eine derartige Forderung würde zu Erbringungskosten führen, die über denen des vollstationären Bereiches liegen (Einsparung nur bei den Investitionskosten).

5. Dokumentationsaufwand

Die von den Verbänden einstimmig geforderte und in der Praxis dringend erwartete Reduzierung von Dokumentations- und Misstrauensaufwand ist im Referentenentwurf 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.

Abschließend bleibt zu betonen, dass einige Ansätze des vorliegenden Referentenentwurfs durchaus begrüßenswert sind, jedoch insbesondere im Hinblick auf ihre Finanzierung zum deutlichen Nachteil für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser ausgestaltet sind. In den hier angeführten Punkten sehen wir als Fachgruppe Psychiatrie des VKD besonders dringenden Änderungsbedarf, um folgenschwere und existenzbedrohende Finanzierungsdefizite für Krankenhäuser sowie nachteilige Auswirkungen für die Patientenversorgung zu vermeiden (vgl. somatischer Bereich in der Phase der erheblichen Budgetrestriktionen im Zeitraum 2011-2013).