



## Stellungnahme des vdää zum PsychVVG

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0197(1)  
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.  
2016\_PsychVVG  
13.09.2016

Vorsitzender Prof. Dr. Wulf Dietrich  
Geschäftsstelle Dr. Nadja Rakowitz  
Kantstr. 10 • 63477 Maintal  
Telefon 06181 – 432 348  
Mobil 0172 – 185 8023  
Email [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)  
Homepage [www.vdaee.de](http://www.vdaee.de)

*Maintal, 13. September 2016*

Der vdää begrüßt, dass mit dem neuen PsychVVG erstmals seit Jahren eine Richtung der Krankenhausfinanzierung eingeschlagen wird, die nicht noch stärker in Richtung Markt und Preise geht, sondern hin zu einer (begrenzten) Deckung der tatsächlichen Kosten. Allerdings werden auch neue Instrumente und Regelungen (Krankenhausvergleich, Beweislastumkehr) eingeführt, die diesen Fortschritt zunichtemachen bzw. sogar zu einer Verschlechterung führen können.

Des Weiteren fehlen gerade in Bezug auf die Personalbemessung wichtige Detailregelungen, die eine vollständige Berücksichtigung aller Berufsgruppen und die Finanzierung der notwendigen Stellen gewährleisten würden.

Die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten Behandlung wird vom vdää ebenfalls begrüßt, abgelehnt wird jedoch die Kopplung an Bettenschließungen und die Umgehung der Planungshoheit der Bundesländer.

Im Einzelnen:

### **1. Einführung eines krankenhausespezifischen Budgets mit umfassenden Kontrollmöglichkeiten für die Kassen statt Festpreisen**

Statt (tagesbezogener) Festpreise für die Behandlung von bestimmten Patientengruppen soll für jedes Krankenhaus mit den Kassen ein Gesamtbudget vereinbart werden. Es wird ein „krankenhausespezifischer Basisentgeltwert“ ermittelt (Budget / Summe der Relativgewichte gemäß bestehendem PEPP-Katalog). Die neuen Bestimmungen für die Ermittlung des Gesamtbudgets enthalten ein massives Drohpotential zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen:

- Es wird ein bundes- und landesweiter Krankenhausvergleich eingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Kassen und Krankenhausgesellschaft) sollen die näheren Bestimmungen (welche Daten und Differenzierungsgrad) vereinbaren. Das InEK-Institut soll die Vergleichsdaten (Landes- und Bundesebene) zur Verfügung stellen. Mit ihnen wird der KH-individuelle Basisentgeltwert verglichen. Bei Überschreitungen können die Kassen eine Absenkung verlangen („*Von einer deutlichen Überschreitung wird in der Regel dann auszugehen sein, wenn die maßgeblichen Vergleichswerte um mehr als ein Drittel überschritten werden.*“).
- Die Beweislast liegt beim Krankenhaus („... wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist.“). Auch die Art der möglichen anrechenbaren Strukturdifferenzen ist eingeschränkt.
- Bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle, was den Absenkungsprozess vermutlich nur zeitlich verzögert.

Es besteht die Gefahr, dass die Kassen diese Bestimmungen zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen nutzen, indem die krankhausindividuellen Basisentgeltwerte mit den durchschnittlichen Kostendaten der Kalkulationshäuser, die vom INEK ja bereits jetzt veröffentlicht werden, verglichen werden. Das wäre dann eine echte Verschlimmerung, weil Durchschnittspreise (im Gegensatz zu den DRG-Festpreisen) zu einem automatischen Kellertreppeneffekt führen: Alle Häuser mit überdurchschnittlichen Kosten wollen den Durchschnitt erreichen, um keine Verluste zu machen, dadurch sinkt der Durchschnitt und der Kostendruck verschärft sich. Zudem sagen Vergleiche mit den Durchschnittskosten nichts über die Qualität und die Besonderheiten eines Hauses aus.

Die Krankenhäuser wären gezwungen auf Kostenstellenebene und nach Berufsgruppen ihre Kostendaten **bezogen auf jede einzelne Diagnose** offenzulegen, um ihre Wirtschaftlichkeit nachzuweisen. Dies wäre eine neue Qualität der Einsichtnahme der Kassen in die wirtschaftlichen Daten eines Krankenhauses.

Was bleibt, ist der erhebliche bürokratische Aufwand (und auch die unnötigen Kosten) für die Kalkulation und die Bereitstellung der Vergleichsdaten (in jedem Krankenhaus und durch das INEK). Die Zeit um die Daten zu erheben, geht der Versorgung der Patienten verloren.

Gravierend ist auch, dass über diese systematischen Krankenhauskostenvergleiche die negativen ökonomischen Anreize von Preissystemen bezogen auf die Patienten bestehen bleiben: Ausdehnung der Leistungsmengen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion, Patienten kränker machen als sie sind, Patienten früher entlassen, Fallsplitting usw. Sie sind im Rahmen der Krankenhausvergleiche entscheidend für die Abweisung von Kürzungsforderungen der Kassen.

**Aus Sicht des vdää müsste deshalb der Gesetzentwurf wie folgt geändert werden:**

- keine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf der Basis von Durchschnittswerten

- Abschaffung der flächendeckenden Krankenhausvergleiche über INEK-Daten, dafür ein Recht der Krankenkassen für das einzelne Krankenhaus eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verlangen.
- Bürokratieabbau durch Einstellung der PEPP-Aktivitäten des INEK. Mehr Zeit für Patienten statt für Wirtschaftlichkeitsdokumentationen und INEK-Erhebungen.
- keine Einschränkung auf „erlaubte“ strukturelle Besonderheiten

## 2. Bestimmungen zur personellen Mindestbesetzung

Bis incl. 2019 gilt die Psychiatrie-Personalverordnung weiter. Ab 2020 soll es „verbindliche Mindestanforderungen“ für die berufsgruppenbezogene Personalausstattung geben, die vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* festgelegt werden. Sie sollen ein Bestandteil der Qualitätssicherung sein und im Rahmen von Leitlinien festgelegt werden. Die Kalkulationskrankenhäuser „sollen“ sich an die Psych-PV bzw. an die Mindestanforderungen halten. Es gilt eine Nachweispflicht für die berufsgruppenbezogene Stellenbesetzung (Testat der Wirtschaftsprüfer). Die Krankenkassen können die Kosten der nicht besetzten Stellen zurückverlangen.

Entscheidend für die Bewertung und die Wirksamkeit dieser Regelung ist die Höhe der festzulegenden Mindestanforderungen. Hierzu gibt es im Entwurf keine Festlegungen. Die Formulierung im Gesetzentwurf (im Rahmen der Qualitätsvorgaben und von Behandlungsleitlinien), lässt befürchten, dass sie nicht „flächendeckend“ (alle Leistungen, alle Funktionen, alle Berufsgruppen) sein werden. Damit wären sie als Personalbemessung nutzlos, weil keine Gesamtzahl des notwendigen Personals ermittelt und damit auch keine Unterschreitung festgestellt werden kann

Weiter ist unklar, was passiert, wenn sich der G-BA nicht einigen kann, bzw. wenn sich der Prozess der Festlegung verzögert. Auch die Psych-PV ist irgendwann nicht mehr ausreichend, um den wirklichen personellen Aufwand zu refinanzieren.

Da die sog. Kalkulationshäuser, in denen die durchschnittlichen Kosten je Fall ermittelt werden, an die Personalmindestvorgaben gebunden werden sollen, könnten die Kassen argumentieren, dass die bundesweiten Durchschnittskosten und nicht die KH-individuellen Personalkosten den Verhandlungen zugrunde gelegt werden. Neben den Besonderheiten jedes Hauses bei der Zusammensetzung der Patienten, die sich auf das notwendige Personal auswirken, ist aber auch die Lohnhöhe unterschiedlich, weswegen zwangsläufig Fehlvergütungen (nach oben oder unten) entstehen würden.

Ein weiteres Problem ist, dass zwar die Zahl der Stellen festgelegt werden soll, andererseits aber die Regelungen zur nur teilweisen (Obergrenze 40%) Berücksichtigung von Tariferhöhungen weiter gelten. Selbst wenn man davon ausgeht, dass anfangs die echten Gesamtkosten finanziert sind, bedeutet dies für die Zukunft, dass die Krankenhäuser in eine zunehmende Unterfinanzierung hineinlaufen würden.

### **Aus Sicht des vdää müsste deshalb der Gesetzentwurf wie folgt geändert werden:**

- einheitliches, alle Berufsgruppen einschließende System der Personalbemessung, mindestens auf dem Niveau der Psych-PV. Keine Anbindung der Personalbemessungszahlen an einzelne Qualitätsrichtlinien des GBA
- Erarbeitung der Zahlen der Personalbemessung unter Einbeziehung der Betroffenen und von Experten.
- Klarstellung, dass die tatsächlichen Personalkosten des einzelnen Krankenhauses von den Kassen erstattet werden müssen.

### **3. Stationsäquivalente Behandlung**

Es wird eine neue Behandlungsform („stationsäquivalente Behandlung“) für nicht stationäre Patienten eingeführt, die durch das Krankenhaus erbracht werden darf. Die Neuerung ist als therapeutische Innovation zu begrüßen. Allerdings gibt es im Gesetz Einschränkungen, die ihren Wert einschränken bis konterkarieren:

- Die Vereinbarung wird zwingend an eine Verringerung der Bettenzahl gekoppelt. Hierzu sollen auf Bundesebene „*Grundsätze(n) für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung*“ vereinbart werden
- Die Regelung geht einher mit einer Einschränkung der Kompetenzen der Länder: Die Vereinbarung von Bettenreduzierungen bedarf nicht mehr der **Zustimmung** durch die zuständige Landesbehörde, sondern wird „**im Benehmen**“ mit den Ländern getroffen. Damit wird die Bettenzahl zum unmittelbaren Verhandlungsgegenstand in den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Kassen, mit der Option für die Kassen diese Behandlungsform zu verweigern, wenn das Krankenhaus nicht bereit ist, Betten zu streichen.
- Es ist anzunehmen, dass der Personalaufwand für diese Versorgungsform deutlich höher ist, als bei stationärer Versorgung. Da dieser Aufwand auch über das Gesamtbudget gedeckt werden muss, kommt es entscheidend auf die personellen Mindestvorgaben an, ob diese Versorgungsform kostendeckend finanziert ist.

### **Aus Sicht des vdää müsste deshalb der Gesetzentwurf wie folgt geändert werden:**

- kein Junktim zwischen Durchführung dieser Behandlungsart und einem Bettenabbau
- keine Einschränkung der Planungshoheit der Länder durch Absprachen zwischen Kassen und Krankenhäusern zum Bettenabbau
- volle Erstattung der notwendigen Kosten dieser Behandlungsart

**Zusammenfassend weist der vdää darauf hin, dass nur wenn im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die oben genannten Punkte berücksichtigt werden, dies eine wirkliche Verbesserung und Umkehr bedeutet. Andernfalls geht der Marsch in Richtung Ökonomisierung und marktwirtschaftliche Umgestaltung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge weiter.**