

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(2)
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
14.09.2016

VPKD

Verband der Psychosomatischen
Krankenhäuser und Krankenhaus-
abteilungen in Deutschland e.V.

VPKD, Hofgarten 10, 34454 Bad Arolsen

Frau Sabine Stuppert
Sekretariat PA 14
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Hofgarten 10
34454 Bad Arolsen
Tel: +49 (0) 5691 / 6238-2000
Fax: +49 (0) 5691 / 6238-1200
info@vpkd.de

Bad Arolsen, 14.09.2016

**Stellungnahme des VPKD
zum Kabinettsbeschluss eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung
und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische
Leistungen(PsychVVG) vom 03.08.2016**

Stand September 2016

Sehr geehrte Frau Stuppert,

der Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland, e.V., VPKD hat den Kabinettsbeschluss für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 03.08.2016 zur Kenntnis genommen und nimmt hierzu Stellung.

Präambel

der Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen Deutschlands (VPKD) vertritt über 80 Prozent der Psychosomatischen Krankenhausbetten in Fachkliniken und Abteilungen aller Trägerformen.

Psychosomatische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen behandeln jedes Jahr über 100.000 schwer erkrankte Menschen mit komplexen Krankheitsbildern wie z.B. Ess- und Zwangsstörungen, Ängste und Depressionen sowie somatoforme Störungen. Dies geschieht mit nachweisbaren und nachhaltigen Behandlungserfolgen und mit einer hohen Akzeptanz durch Patienten und niedergelassene Ärzte.

Die hochspezialisierte Versorgung erfolgt durch Psychosomatische Abteilungen an Universitätskliniken und in Allgemeinkrankenhäusern sowie durch eigenständige Fachkliniken für Psychosomatische Medizin.

Unser Fachgebiet gehört zu den jüngsten und dynamischsten Gebieten der Medizin und kann in den wenigen Jahrzehnten seines Bestehens auf eine beachtliche Entwicklung von Therapiekonzepten und Erfolgsquoten verweisen. Therapiedokumentation und Ergebnismessung gehören in unseren Einrichtungen zum Alltag.

Stellungnahme zum Kabinettsbeschluss

Der VPKD begrüßt, dass an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten werden soll. Die Transparenz bezieht sich jedoch ganz überwiegend auf die Strukturmerkmale und hier insbesondere auf die Personalzahlen und weniger auf Prozess- und Ergebnisqualität. Hier greift der Entwurf zu kurz.

Personalvorgaben und Nachweise über die Personalausstattung führen geradewegs zurück in das Prinzip der Selbstkostendeckung und geben weitreichende Anreize zur Budgetkürzung. Viele der heute in der Psychosomatischen Medizin üblichen und höchst wirkungsvollen Behandlungsmodelle hätten sich unter diesen Bedingungen nicht entwickeln können. Wir warnen sehr eindringlich vor der Einführung der Nachweispflichten. Es wird insbesondere aufgrund der fehlenden Investitionskostenfinanzierung der Länder zu einer systematischen Unterfinanzierung der Psychiatrischen und Psychosomatischen Krankenhäuser führen.

Die Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken brauchen eine pauschalierende Vergütung, die sich an der Leistung bemisst und damit eine Finanzierungsform, die der geplanten Budgetregelung nach Selbstkostendeckung weit überlegen ist. Der Maßstab der Finanzierung sollte sich an den Behandlungserfordernissen orientieren und die jeweilige Ergebnisqualität in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen.

Deshalb schlägt der VPKD vor, den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zu überprüfen und ggf. neu zu konzipieren. Er sollte dazu verwendet werden können, nicht nur kostenhomogene Patientengruppen zu erfassen, sondern eine medizinisch/therapeutische Differenzierung von therapeutischen und pflegerischen Leistungen auf einzelne Patienten oder Patientengruppen zu ermöglichen.

Nur medizinisch/therapeutisch unterscheidbare Patienten- und Behandlungsmerkmale können unterschiedliche therapeutische und pflegerische Leistungen begründen und abbilden. Das ist sowohl für die Personalbemessungen als auch für die Qualitätssicherung notwendig. Außerdem

ist nur so der in § 4 Bundespflegesatzverordnung geforderte leistungsbezogene Krankenhausvergleich möglich.

Nachfolgend unsere Stellungnahmen zu wesentlichen Elementen des Gesetzentwurfs:

1. Der Nachweis über die Personalausstattung gegenüber dem InEK und den Krankenkassen ist zu streichen.

- **Begründung:** Kein Krankenhaus in Deutschland kann seine im Budget vereinbarten Personalzahlen derzeit tatsächlich erfüllen, weil die Investitionsmittel, die im System der dualen Finanzierung durch die Bundesländer zu stellen sind, im Bundesdurchschnitt derzeit nur zu rund einem Drittel gedeckt werden. Alle Krankenhäuser müssen deshalb aus ihren Budgets mit den Krankenkassen Mittel für Innovationen und Investitionen umleiten.

Wenn den Krankenkassen und dem InEK nun die nicht erfüllten Stellen per Nachweis vorgelegt werden müssen, werden die Krankenkassen jedes Jahr auf eine Absenkung der Budgets bestehen (können) und das InEK wird jedes Jahr weniger besetzte Stellen registrieren und als Grundlage für einen Krankenhausvergleich heranziehen. Ein Kellertreppeneffekt tritt ein, der einzig und allein dazu führen wird, die finanziellen Mittel aus der Versorgung psychisch kranker Menschen abzuziehen.

Solange die Finanzierung von Investitionen in den Krankenhäusern nicht tatsächlich sichergestellt wird, darf die Regelung zur Offenlegung der Personalzahlen in den Krankenhäusern nicht eingeführt werden. Sie wird genau zum Gegenteil der gesetzgeberischen Intention führen, nämlich zu einem Absinken der Personalressourcen und zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität.

Der geforderte Stellen-Nachweis führt überdies zurück in das System der Selbstkostendeckung von vor 1992. Dieses wurde aus guten Gründen abgeschafft. Die Krankenhausträger müssen in der bisherigen Systematik eine plausible und medizinisch notwendige Besetzung zur Vereinbarung Ihrer Budgets geltend machen (nicht nachweisen). Punktuell wird dies durch nachweispflichtige Sonderzuschläge, wie z.B. jüngst in der Pflege, ergänzt. Dies ist unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen sinnvoll. Die Krankenhausträger können weitgehend eigenverantwortlich über die tatsächliche Zuteilung der Mittel entscheiden. Dies ermöglicht einerseits die viel zu geringen Investitionsmittel der Bundesländer auszugleichen und ermöglicht andererseits

Innovation. Dieses System könnte sinnvoll durch die Ermittlung von Personalanhaltszahlen durch den GBA ergänzt werden (siehe auch Punkt 2).

- **Vorschlag:** Ausschließlich die an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken haben einen Nachweis über die Personalausstattung gegenüber dem InEK zu führen. Damit kann der Besetzungsumfang der Stellen bei der Kalkulation berücksichtigt werden. Die Nachweispflicht der besetzten Stellen gegenüber den Krankenkassen ist ersatzlos zu streichen.

2. Personalvorgaben auch als „personelle Mindestvorgaben“ sind nicht zielführend.

- **Begründung:** Der Zusammenhang zwischen Personalvorhaltung und Behandlungsergebnis ist nicht hinreichend gut, um daraus den Kern eines neuen Vergütungssystems zu konzipieren.
- **Vorschlag:** Der GBA soll Personalempfehlungen aussprechen, an denen sich die Verhandler orientieren können, die aber keinen normativen Charakter haben. Personalanhaltszahlen können eine Grundlage für Budgetverhandlungen sein. Letztlich hat sich das Leistungsgeschehen in der PSM-PT bereits jetzt schon so ausdifferenziert, dass eine einheitliche Personalnorm für alle Bereiche der PSM-PT unzureichend ist und eine künftige Weiterentwicklung des Faches zudem hemmt.

3. Überweisung in psychosomatische Ambulanz nur durch Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie möglich?

- **Begründung:** Die Restriktion für Fachärzte für Psychosomatik schränkt die Anzahl einweisender Ärzte erheblich ein und torpediert die Versorgungsrealität.
- **Vorschlag:** Passus streichen bzw. Überweisungsvorbehalt auf alle niedergelassenen Haus- bzw. Fachärzte ausweiten.

4. Die Regelung, dass die Behandlungskosten aufgrund von Fallzahl- und Schweregradsteigerung ab dem Jahr 2020 nicht mehr vollständig finanziert werden, ist zurück zu nehmen.

- **Begründung:** Die Zahl der psychischen Erkrankungen steigt seit Jahren. Auch in Zukunft ist von einem steigenden Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen auszugehen. Das damit einhergehende Morbiditätsrisiko darf nicht einseitig zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

- **Vorschlag:** Wie im bisherigen Budgetrecht auch, muss in Zukunft gewährleistet sein, dass Fallzahl- und Fallschweresteigerungen als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht werden können und zwar ohne Deckelung der Budgets der Krankenhäuser.

5. Grundsätzlich führen die erheblichen Nachweispflichten (teils zum 31.03. jeden Jahres über Daten Vorjahr, z.B. siehe § 136 quartalsweises Reporting der Qualitätsdaten nicht nur an den GBA, sondern auch an die Krankenkassen) zu großen administrativen Mehraufwand. Das muss verhindert werden.

- **Begründung:** Weil die Krankenhäuser ansonsten mehr Finanzmittel für die Administration ausgeben müssen. Es ist aber keine Zusatzvergütung vorgesehen.
- **Vorschlag:** konsequentes Hinterfragen der angekündigten Datenflut und streichen von Positionen.

Ferner bittet der VPKD um folgende Punkte:

- Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Festlegung von geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.
- Mitwirkung am § 115 d für stationsäquivalente Leistungen.

Für den VPKD, 14.09.2016



Dr. Christian Raible
1. Vorsitzender VPKD



Dr. Claus Krüger
2. Vorsitzender VPKD