

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(10)
gel. ESV zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
20.09.2016

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für
psychiatrische und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)**

Bundestagsdrucksache 18/9528

Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales

vorgelegt zur
Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit
am 26. September 2016

1 Vorbemerkungen

Die vorliegende schriftliche Stellungnahme beschränkt sich auf ausgewählte Regelungsbereiche und einzelne Fragen. Eine ausführlichere Erörterung weiterer Aspekte kann einer auf der Internetseite der Hochschule Hannover veröffentlichten Analyse und Bewertung des Referententwurfes zum PsychVVG entnommen werden.¹

2 Keine Abkehr von PEPP – nur eine Modifikation

Die Bereitschaft der Regierungskoalition, auf die Kritik und Bedenken aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik mit einer Reform des Psych-Entgeltsystems zu reagieren, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält allerdings keine Abkehr vom Vorhaben der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems (PEPP), wie dies teilweise in der Fachöffentlichkeit diskutiert wurde und auch der erste Spiegelstrich auf Seite 1 des Gesetzentwurfes nahelegen kann. Am Vorhaben der Einführung pauschalierender Entgelte wird explizit festgehalten. Dies ist insbesondere daran erkennbar, dass die entsprechenden Vorgaben in § 17d Abs. 1 KHG unverändert bleiben sollen und es weiterhin einen bundeseinheitlich geltenden Entgeltkatalog sowie bundesweit einheitlich geltende Bewertungsrelationen geben soll.

Die geplante Reform bietet lediglich Modifikationen des pauschalierenden Entgeltsystem. Hervorzuheben sind dabei vor allem diejenigen Vorschriften, die den Vertragsparteien vor Ort mehr Möglichkeiten zur Berücksichtigung krankenhausesindividueller Besonderheiten geben sowie die geplante Einführung verbindlicher Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Beides geht aus meiner Sicht in die richtige Richtung und ist grundsätzlich zu begrüßen.

In den Vorbemerkungen zum Gesetzentwurf wird herausgestellt, durch das PsychVVG würde das Entgeltsystem zukünftig als Budgetsystem ausgestaltet. Das ist allerdings keine Neuerung, die er Erwähnung bedürfte, da auch das bislang geplante PEPP ein ‚Budgetsystem‘ war, in dem – ebenso wie im DRG-Fallpauschalensystem – die pauschalierten Entgelte die Funktion von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget (Gesamtbetrag) erfüllen.

¹ Simon, Michael (2016): Referententwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG): Eine Einschätzung. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Einschaetzung_RefE_PsychVVG_2016_06_10_.pdf.

Im Unterschied zum bisher geltenden Entgeltsystem enthält das PsychVVG jedoch deutlich mehr Möglichkeiten, die krankenhausesindividuellen Kosten bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes zu berücksichtigen. Allerdings nur für einen begrenzten Zeitraum, der jedoch – anders als bisher – zeitlich nicht definiert ist. Langfristig verfolgt auch der Entwurf eines PsychVVG das Ziel, dass nach Ablauf einer Übergangszeit (Konvergenz) in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken landes- bzw. bundesweit einheitliche Basisentgeltwerte gelten und landes- oder bundesweit einheitliche pauschalisierte Vergütungen gezahlt werden.

In der bislang geltenden Fassung des Psych-Entgeltsystems sollte die Umstellung vom bisherigen Pflegesatzsystem auf ein System landesweit einheitlicher pauschalierter Entgelte analog zur Einführung des DRG-Fallpauschalensystems im Rahmen einer zeitlich definierten Konvergenzphase erfolgen. Auch der Referentenentwurf des PsychVVG sah eine entsprechende Konvergenz vor, in deren Mittelpunkt die Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes als ‚Zielwert‘ für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte stehen sollte (§ 10 BPfIV i.d.F.d. Referentenentwurfes). Mit der jetzt im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung soll zwar die Vereinbarung der Zielwerte für eine „Angleichung“ der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte auf Landesebene entfallen, eine Konvergenz ist aber dennoch als Ziel im Gesetzentwurf enthalten.

Instrumente für die nach PsychVVG vorgesehene Konvergenz sind die geplante Einführung eines „leistungsbezogenen Vergleichs“ (§ 4 BPfIV), dessen Ergebnisse bundes- und landesweit auszuweisen sind, und der „Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags“ sein soll (§ 3 Abs. 3 Nr. 4 BPfIV). Anders als im Referentenentwurf vorgesehen soll es zukünftig keine ‚starre‘ Konvergenz geben, sondern es sollen die entsprechenden Angleichungen an landesdurchschnittlich oder bundeseinheitliche Entgelthöhen nun auf der Ebene der Vereinbarungen zwischen individuellem Krankenhaus und Krankenkassen erfolgen. Dazu sind entsprechende „Anpassungsvereinbarungen“ abzuschließen, die insbesondere auch die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs zu berücksichtigen haben (§ 3 Abs. 3 BPfIV).

Die Umstellung eines Finanzierungssystems von Budgets, die auf Grundlage krankenhausesindividueller Kosten kalkuliert und vereinbart werden,² hin zu einem System pauschalierter Entgelte, die auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten aller

² Gemeint ist hier der mit dem KHG 1972 eingeführte Grundsatz, wonach die Budgets auf Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses zu vereinbaren waren. Unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass mit Einführung der Budgetdeckung und der Aufhebung der Sonderstellung der Psych-PV als Ausnahmetatbestand von der 1993 eingeführten Budgetdeckung dieser Grundsatz des KHG 1972 bereits ab 1996 nicht mehr galt. Was u.a. zur Folge hatte, dass sich zwischen der Entwicklung der tatsächlichen Personalkosten und der unter den Vorgaben der Budgetdeckung zulässigen Refinanzierung dieser Personalkosten eine zunehmend größere Lücke auftat.

Krankenhäuser kalkuliert und festgesetzt werden, ist m.E. jedoch in hohem Maße kritikwürdig.

Für durchschnittliche Ist-Kosten kann nicht der Anspruch erhoben werden, dass sie eine sinnvolle und sachlich angemessene Grundlage für die Festsetzung von Krankenhausentgelten sind. Insbesondere kann für sie nicht der Anspruch erhoben werden, dass sie die Kosten einer wirtschaftlichen Betriebsführung abbilden oder als Maßstab für die ‚Wirtschaftlichkeit‘ eines Krankenhauses geeignet sind. Ein Mittelwert ist lediglich eine statistische Größe, nichts weiter. ‚Wirtschaftlichkeit‘ dürfte wohl in keinem anerkannten Lehrbuch der Wirtschaftswissenschaften weltweit als ‚Einhaltung der durchschnittlichen Produktionskosten einer Branche‘ definiert sein.

Insofern entbehrt sowohl ein Katalog von Bewertungsrelationen als auch ein leistungsbezogener Vergleich, der sich an Durchschnittskosten orientiert einer sachgerechten oder vernünftigen Begründung. Mit der Angleichung von Entgelten an durchschnittliche Ist-Kosten wird nicht ‚Wirtschaftlichkeit‘ gefördert etc., sondern eine Umverteilung von Mitteln organisiert, die allerdings weder ökonomisch noch medizinisch in sachlich überzeugender Weise begründet werden kann.

Mit der Festsetzung der Entgelthöhen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten kann allerdings ein Ziel erreicht werden: Die Umstellung auf das neue Entgeltsystem erfolgt ‚kostenneutral‘, weder haben die Krankenkassen gravierende Ausgabensteigerungen zu befürchten, noch werden die Ausgaben für die Kliniken insgesamt abgesenkt. Aber es wird – wie auch bereits durch die Einführung des DRG-Systems – auf der Ebene der einzelnen Kliniken ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ geben. Kliniken, die überdurchschnittliche Kosten aufweisen, werden Budgetabsenkungen hinnehmen müssen, und Kliniken, die unterdurchschnittliche Kosten aufweisen, werden Budgeterhöhungen erhalten. Wie oben dargelegt, können jedoch weder die aus der Umstellung auf pauschalierte Entgelte resultierenden Budgetabsenkungen noch die Budgeterhöhungen mit dem Verweis auf ‚Unwirtschaftlichkeit‘ oder ‚Wirtschaftlichkeit‘ der betreffenden Kliniken begründet werden.

3 Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Grundsätzlich zu begrüßen ist die im Gesetzentwurf enthaltene Vorgabe von Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Bedenken sind jedoch vor allem gegen zwei Aspekte der geplanten Neuregelungen anzumelden.

Es ist m.E. nicht ratsam, den Auftrag zur Einführung solcher Mindestvorgaben dem G-BA zu übertragen. Zum einen ist bei diesem Auftrag mit erheblichen Interessengegensätzen zwischen den beiden Bänken (GKV und DKG) zu rechnen, so dass die Entscheidung über die Art der Mindestvorgaben mit hoher Wahrscheinlichkeit letztlich von den drei unparteiischen Mitgliedern zu treffen sein wird. Zum anderen dürften erhebliche Zweifel berechtigt sein, ob

der vermutlich zuständige Unterausschuss Qualitätssicherung über die erforderliche Sachkompetenz für die geforderte Entscheidung verfügt. Sowohl die Psych-PV als auch die Pflege-Personalregelung wurden Anfang der 1990er Jahre von Expertengruppen entwickelt, die vom BMG (bzw. BMA) berufen und beauftragt wurden. Dies dürfte auch in diesem Fall die sachadäquate Lösung sein.

Zu begrüßen ist, dass nicht nur Mindestvorgaben zur Personalausstattung gemacht werden sollen, sondern auch die Finanzierung ihrer Einhaltung mit bedacht wird. Im Rahmen der Kalkulation der pauschalierten Entgelte ist es m.E. richtig, nur Krankenhäuser in die Kalkulationsstichprobe aufzunehmen, die die Mindestvorgaben zur Personalausstattung vollständig erfüllen. Eine Refinanzierung der Erfüllung der Mindestvorgaben kann über die geplanten Neuregelungen jedoch nicht für alle Einrichtungen erreicht werden, da es durch die Kalkulation der Entgelte auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten eine nicht unerhebliche Zahl von Kliniken geben wird, deren durchschnittliche Personalkosten über dem Durchschnitt liegen, beispielsweise weil sie dem Tarifsystem des öffentlichen Dienstes angehören oder ihr Personal überdurchschnittlich häufig Merkmale aufweist, die zu einer höheren tariflichen Bezahlung führen. Ebenso wird es auch Kliniken geben, die mit ihren Kosten unter dem Durchschnitt liegen, bspw. weil sie keinem Tarifsystem angehören, einen Notlagentarif abgeschlossen haben, verstärkt ‚günstiges‘ Personal beschäftigen etc.

Auch hier zeigt sich die bereits oben angesprochene Fragwürdigkeit der Festlegung pauschalierter Entgelte auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten. Solange es für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen möglich sein wird, ihre krankenspezifischen Besonderheiten, in diesem Fall ihre spezifischen Personalkosten, erfolgreich in den Entgeltverhandlungen geltend zu machen, kann dem ‚Anreiz‘ zur Senkung von Personalkosten auf der Ebene der Verhandlungen vor Ort noch widerstanden werden. In dem Maße aber, wie die pauschalierten Entgelte ‚angepasst‘ werden, dürfte der ökonomische Druck auf Kliniken steigen, zwar die verbindlich vorgegebene Anzahl und den Qualifikationsmix einzuhalten, aber bei den durchschnittlichen Personalkosten Wege zur Kostensenkung zu suchen. Diese könnten dann wiederum, mit etwas zeitlicher Verzögerung, die Politik beschäftigen, wenn auf daraus resultierende negative Folgen durch ‚Nachbesserungen‘ am Gesetz reagiert werden soll.