

Berlin, 14.06.2016

**Stellungnahme zum Referentenentwurf eines  
Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische  
und psychosomatische Leistungen**

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll das bereits gesetzlich verankerte Psych-Entgeltsystem auf der Grundlage eines Budgetsystems angewendet werden. Die Verhandlungsautonomie der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser soll beibehalten und deren wirtschaftliche Basis in hausindividuellen Budgetvereinbarungen abgesichert werden.

Dies ist mit dem vorliegenden Referentenentwurf allerdings nicht gelungen. Er ist eine die Existenz der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser gefährdende Mixtur aus Vorgaben, die medizinisch und ökonomisch leistungsgerechte Budgets verhindern werden. Bürokratische und streitträchtige Dokumentationspflichten des im Einzelnen vorgehaltenen Personals, die letztlich auch noch in rückwärtsgewandten Personalvorgaben enden sollen, werden zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefährden.

Statt planwirtschaftlicher Personalvorgaben sollte die Leistungsfähigkeit der Häuser durch die Bewertung der erbrachten Behandlungsqualität in der Versorgung der Patienten gemessen werden. Dies war bislang der öffentlich erklärte Maßstab gesundheitspolitischer Handelns dieser Bundesregierung. Mit der Entwicklung solcher Qualitätsmessverfahren wurde ja auch bereits das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt. Nun zurückzufallen in das wenig sinnvolle Zählen und Dokumentieren von Mitarbeiter/-innen-Köpfen ist völlig unverständlich. Dann stünde nur noch die Zahl der Köpfe am immer weniger bedeutsamen Krankenhausbett und nicht mehr die Qualität der Versorgung der Patienten in Form des Behandlungserfolges im Vordergrund. Schlecht organisierte Arbeit im Krankenhaus wird nicht dadurch besser, dass sie auf mehr Schultern verteilt wird.

Zweifelhaft ist auch, wie solche Vorgaben den jeweiligen Kliniken in den Regionen, den unterschiedlichen Versorgungsaufträgen und Behandlungskonzepten gerecht werden können. Die innovative Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten würde schlagartig unwichtig. Zudem negieren die beabsichtigten Personalvorgaben die Tatsache, dass bisher weder in der Somatik noch in der Psychiatrie/Psychosomatik ein Zusammenhang zwischen einer höheren Personalzahl und einem besseren Behandlungsergebnis nachgewiesen

werden konnte. Jüngstes Beispiel ist die im Mai 2016 erschienene Studie des RWI „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“<sup>1</sup>.

Eine 100%ige Ausfinanzierung der Personalvorgaben, die ja erst im Jahr 2020 mit der geplanten Inkraftsetzung der Personalvorgaben des G-BA realisiert werden soll, erscheint gesundheitspolitisch eher fraglich. Die Erfüllung der Personalvorgaben aus der Psych-PV, die heute von den Kliniken zu ca. 90 % erfüllt wird, würde zu 10 % höheren Gesamtkosten für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung führen.

Im Referentenentwurf müssen daher dringend die folgenden Punkte verändert bzw. gestrichen werden, um eine leistungsfähige Versorgung der Patienten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sicherstellen zu können.

---

<sup>1</sup> [www.rwi-essen.de/media/content/pages/.../rwi.../rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/.../rwi.../rwi-materialien_104.pdf)

## **1.) Personalvorgaben**

Bundesweit einheitliche Personalvorgaben lehnen die Krankenhäuser in privater Trägerschaft **aus grundsätzlichen Erwägungen** entschieden ab. Eine finanzierbare Krankenhausversorgung auf höchstem Qualitätsniveau lässt sich nicht mit Mitteln einer Planwirtschaft erreichen. Die Leistungsfähigkeit psychiatrischer oder psychosomatischer Krankenhäuser lässt sich letztlich nicht an der Zahl der beschäftigten Ärzte, Therapeuten und Pflegefachkräfte messen. Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser sind in ihren Behandlungs- und Therapiekonzepten (Qualifikation und Weiterbildung des Personals, Spezialisierungen und Indikationen) und Leistungsangeboten unterschiedlich strukturiert. Dies macht einheitliche Personalvorgaben fraglich. Die Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung muss deshalb in der Verantwortung der Kliniken bleiben. Nur sie können, wie die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die kleine Anfrage der Fraktion die LINKE erklärt, auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Lösungen finden<sup>2</sup>.

Gegen Personalvorgaben sprechen aus unserer Sicht auch folgende Erwägungen:

- Gefährdung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit durch Aufgabe der wirtschaftlichen Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser. Für 80 % der Kosten (Personalkosten) psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser wird die unternehmerische Eigenverantwortung durch Personalvorgaben aufgehoben, ohne dass eine entsprechende Refinanzierung besteht. Planwirtschaftliche Vorgaben sind zur Verbesserung der Qualität und Effizienz generell nicht geeignet.
- Der medizinische/therapeutische und organisatorische Fortschritt der Behandlungskonzepte kann nicht zentral durch den G-BA oder andere Organisationen vorgegeben werden. In einem System mit bundesweit verbindlichen Personalvorgaben würde die Erreichung der festgelegten Personalquote zu einem höheren Ziel als die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Es gibt (auch) im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung keine wissenschaftliche Evidenz für den Zusammenhang der Quantität des eingesetzten Personals und der medizinischen Behandlungsqualität.
- Personalvorgaben, deren Einhaltung und Erfüllung von den Krankenkassen zu finanzieren wären, führen einen erheblichen Kontroll- und Überprüfungsaufwand nach sich, der die Bürokratie und das Streitpotenzial zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen deutlich erhöhen wird.
- Personalvorgaben entsprechen nicht zwangsläufig der Verfügbarkeit von Fachpersonal und laufen den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt hinterher. Offen

---

<sup>2</sup> Vgl. BT Drucksache 17/13041

bleibt, ob Kliniken den sich aus den Personalvorgaben ergebenden Personalbedarf auf dem Arbeitsmarkt decken können.

- Es ist nicht vorherzusagen, wie bundeseinheitliche Personalvorgaben auf die regionalen Versorgungsstrukturen (städtische und ländliche Regionen, unterschiedliche Therapiekonzepte und Versorgungsaufträge der Kliniken, komplementäre bzw. ambulante Versorgungsstrukturen, Patientenbedürfnisse) der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wirken. Bewährte und mit den Krankenkassen vereinbarte krankenhausespezifische Behandlungskonzepte der Vergangenheit würden damit in Frage gestellt und etablierte Strukturen zerstört.
- Personalvorgaben stellen die Kompetenz der Bundesländer bei der Krankenhausplanung und die Funktion des Krankenhausplanes in Frage.

Eine 100%ige Ausfinanzierung der Personalvorgaben, die ja erst im Jahr 2020 mit der geplanten Inkraftsetzung der Personalvorgaben des G-BA realisiert werden soll, erscheint gesundheitspolitisch eher fraglich. Die Erfüllung der Personalvorgaben aus der Psych-PV, die heute von den Kliniken zu ca. 90 % erfüllt wird, würde zu 10 % höheren Gesamtkosten für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung führen.

### ***Änderungsvorschlag***

Artikel 2 Nr. 4 d):

Alle Regelungen, die neue Personalvorgaben nach sich ziehen, sind aus dem Gesetzentwurf zu streichen.

In jedem Fall befürworten die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser in privater Trägerschaft eine intensiviertere Bewertung der erbrachten Behandlungsqualität in der Versorgung der Patienten. So sollte das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) beauftragt werden, auch für diesen Leistungsbereich aussagekräftige Qualitätsindikatoren zur Bewertung und zum Vergleich der erbrachten Behandlungsqualität festzulegen. Einem Qualitätsvergleich muss sich jedes Krankenhaus – unabhängig von der absoluten Zahlen an Vollkräften stellen.

## **2.) Personalnachweise**

Es ist vorgesehen, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser den Krankenkassen bereits ab dem Jahr 2016 eine von den Jahresabschlussprüfern bestätigte Erfüllung der sich aus der Psych-PV ergebenden Personalvorgaben nachweisen müssen.

Seit der Einführung der Psych-PV hat zu keinem Zeitpunkt ein gesetzlicher Anspruch auf eine vollständige Refinanzierung der Psych-PV bestanden. Unabhängig von der Trägerschaft konnte faktisch kein Krankenhaus eine vollständige Umsetzung der Psych-PV in den gemeinsam mit den Krankenkassen verhandelten Budgets vereinbaren. Auch die tarifbedingten Personalkostenentwicklungen konnten nicht in voller Höhe geltend gemacht werden (BAT-Schere). Die vorgesehenen Personalnachweise ab 2016 bis 2019 sind ein massiver Eingriff in die bestehende Budgetpraxis psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser.

Auch die vorgesehene Nachweispflicht über die Erfüllung der Anforderungen des G-BA ab 2020 ist mit einem Budgetsystem nicht vereinbar. Personalnachweise widersprechen dem Budgetgrundsatz, nach dem Krankenhäuser eigenverantwortlich wirtschaften können. Die Messung der Leistungsfähigkeit von Kliniken sollte nicht auf Grundlage von vorgehaltenen Personalzahlen, sondern anhand der tatsächlich geleisteten Behandlungsqualität der Patienten erfolgen. Dazu haben gerade die privaten Krankenhausbetreiber mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Krankenhausvergleichsportal Qualitätskliniken.de wichtige Beiträge geleistet.

### ***Änderungsvorschlag***

Artikel 2 Nr. 14 b):

Die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Einführung des Nachweises von jahresdurchschnittlichen Personalzahlen ab dem Jahr 2016 bzw. 2020 ist zu streichen.

### **3.) Krankenhausvergleich**

Mit diesem Gesetzentwurf soll die im Rahmen der Einführung des Pauschalentgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PEPP-System) für 2019 vorgesehene Konvergenz der Vergütung der krankenhausindividuellen hin zu landeseinheitlichen Preisen gestoppt werden. Nach dem Gesetzentwurf wird die Konvergenz aufgegeben und der hausindividuelle Basisentgeltwert zur Grundlage der Budgetvereinbarung des einzelnen Krankenhauses gemacht.

Als Alternative zum bisherigen Konvergenzmechanismus soll ab 2019 der Krankenhausvergleich eingeführt werden. Er wird faktisch dazu führen, dass sich die Krankenkassen als Verhandlungspartner vor Ort generell an den jeweils günstigsten Krankenhäusern orientieren werden, ohne dass die Qualität dabei berücksichtigt wird. Der Krankenhausvergleich wird zu einem immanenten und dauerhaften Abwärtstreffeneffekt bei den Budgets führen, weil eine Orientierung am billigsten Krankenhaus die Folge sein wird. Bestätigt sehen wir diese Entwicklung auch durch die heutige Praxis der Budgetvereinbarung. Selten gelingt es den Krankenhäusern in den Budgetverhandlungen den möglichen Veränderungswert (oder doppelten Veränderungswert im Fall der Option) zu vereinbaren. Verschärft wird diese Entwicklung durch weitere Finanzierungs- und Leistungsnachweise (Bewertungsrelationen, Personalvorgaben, MDK-Überprüfungen, Landesbasisentgeltwerte) die die Vereinbarung leistungsgerechter Budgets erschweren werden.

Bislang wurde auf Ortsebene einvernehmlich festgelegt, wie und zu welchem Preis die Versorgung der psychisch kranken Menschen in diesem Krankenhaus erfolgen sollte. Der Krankenhausvergleich wird durch die Gegenüberstellungen von Kennzahlen mit denen anderer Krankenhäuser die einvernehmlich gefundene Vereinbarung in Frage stellen. Die Versorgungsverantwortung der Vertragspartner auf Ortsebene würde ad absurdum geführt.

Die Gründe für regional verhandelte Besonderheiten (konzeptionelle Ausrichtung, tatsächliche Personalintensität durch die unterschiedliche Patientenklientel) sind im betrieblichen Krankenhausvergleich zudem nicht erkennbar, nur die Kennzahlen. Das Ziel einer auf die regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten abgestimmten medizinischen Versorgung wird durch diesen Vergleich mit den Gegebenheiten anderer Krankenhäuser konterkariert! Der Kalkulationsaufwand für bundeseinheitliche Bewertungsrelationen als Transparenzinstrument in einem Budgetsystem ließe sich auf Krankenseite nicht vermitteln, wenn zusätzlich an einem Krankenhausvergleich festgehalten würde.

Verhandlungen auf Augenhöhe werden unmöglich gemacht, dadurch, dass dem Krankenhaus nur Landeswerte aus dem Krankenhausvergleich vorliegen, den Krankenkassen aber Werte aller Krankenhäuser.

### ***Änderungsvorschlag***

Artikel 2 Nr. 5):

Die Regelungen zum Krankenhausvergleich sind zu streichen.

Es sollte klargestellt werden, dass die Kalkulation keine Prüfgrundlage für den MDK darstellt, da es auch keine entsprechende Systematik in der Vergütung gibt.

#### **4.) Neue Instrumente zur Leistungssteuerung**

Vorgesehen ist, dass die Kliniken höhere Budgets oberhalb der Veränderungsrate wegen zusätzlicher Leistungen ab 2019 nur vereinbaren können, wenn sie nachweisen, dass eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente oder ambulante Versorgung nicht möglich ist.

Eine solche durch die Krankenhäuser zu führende Nachweispflicht über außerhalb der stationären Versorgung liegende Behandlungsmöglichkeiten ist zu streichen, weil den Krankenhäusern eine zusätzliche, einseitige Beweislast hierüber auferlegt wird. Den Krankenkassen wird es leicht fallen, solche Forderungen mit dem Hinweis auf andere Versorgungsbereiche zurückzuweisen.

Damit wird eine **medizinische Fragestellung** zum geeigneten und notwendigen Behandlungssetting in die Budgetverhandlung vor Ort verlagert. Die Entscheidung hierüber ist eine ärztliche Entscheidung, die nicht in Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen verlagert werden kann.

Die Beurteilung medizinischer Fragestellungen ist deswegen aus gutem Grund dem MDK vorbehalten. Krankenkassen haben bereits jetzt die Möglichkeit, durch den MDK nachträglich eine entsprechende Fehlbelegung zu prüfen. Hiervon wird reichlich Gebrauch gemacht, so dass dieses Überprüfungsinstrument etabliert ist. Die prospektive Budgetverhandlung ist für zusätzliche Diskussionen und Beweispflichten zu dieser Frage ungeeignet.

Unterstützt wird dies u. a. mit der Ergänzung des § 275 SGB V, der für die Prüfung von psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen eine separate Regelung vorsieht.

#### ***Änderungsvorschlag***

Art. 2 Nr. 4d):

Die Regelung zu neuen Nachweispflichten ist zu streichen.