



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Straße 9 * 50969 Köln (Zollstock)
Telefon: 0221-51 10 02
Fax: 0221-52 99 03
e-mail: dgsp@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/dgsp

**Stellungnahme
der
Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
(DGSP)
zum Referentenentwurf**

**„Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische und
psychosomatische Einrichtungen“**

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. –DGSP- zum Referentenentwurf

„Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“

Inhalt:

- I. Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung im regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund und ihre Bedeutung für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems.
 - Den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung tragen: Gegenläufige Entwicklung bei der Behandlung schwerer Störungen in der somatischen und der psychiatrischen Medizin.¹
 - Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) 1990 bis 2008: Wirkung, Entwicklung und Rückentwicklung.
- II. Das KHRG und die Umsetzung 2009 bis 2011
 - Anforderungen im Vorfeld durch Fachverbände und AOLG
 - Zukunftsweisende Ausgestaltung durch den Gesundheitsausschuss des Bundestages
 - Die vier Aufträge an die Selbstverwaltung und deren Begleitung durch das BMG
 - Die Fehlentwicklungen in allen vier Auftragsbereichen
- III. Stellungnahme zum Referentenentwurf
 - Konkretisierung der Aufträge des KHRG als vorrangige Aufgabe
 - Zielführende und fehlleitende Anteile des Referentenentwurfs vom 7.11.2011
 - Vorrangige Empfehlungen zur Änderung
- IV. Zusammenfassung und Ausblick

I. Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung im regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund und ihre Bedeutung für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

Bei der Umsetzung des KHRG, das die Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung über den Krankenhausbereich hinaus langfristig tiefgreifend beeinflussen wird, sind komplexe fachliche, organisatorische, finanzielle und politische, nicht zuletzt auch ethische Zusammenhänge zu beachten. Diese Zusammenhänge können durch die unterschiedlichen Standpunkte, Denkgewohnheiten und Interessen der entscheidenden

¹ „psychiatrisch“ steht in der Folge als Abkürzung für „psychiatrisch-psychotherapeutisch“

Akteure teilweise ausgeblendet oder verzerrt werden, besonders wenn die Meinungsbildungsprozesse mehr oder weniger hinter verschlossenen Türen stattfinden. Deshalb wollen wir einige unbedingt zu beachtende Aspekte skizzieren.

Den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung tragen: Gegenläufige Entwicklung bei der Behandlung schwerer Störungen in der somatischen und der psychiatrischen Medizin

Aus mehreren Gründen stellt die psychiatrische Versorgung von Menschen mit schweren akuten oder langdauernden Beeinträchtigungen besondere Anforderungen an Konzeption und Organisation des Hilfesystems: Ressourcen und Störungen stehen in enger Wechselbeziehung mit dem sozialen Kontext und werden subjektiv sehr unterschiedlich verarbeitet; die individuelle Diagnose sagt wenig über den Behandlungs- und Hilfebedarf aus; und die Prognose vor allem bei akuten Erkrankungen ist sehr ungewiss. Hinzu kommt die häufig vorzufindende Scheu, sich in Behandlung zu begeben und dort die eigenen Bedürfnisse anzumelden.

Die Behandlung soll deshalb personenzentriert und lebensweltorientiert sein, in personaler Kontinuität der Begleitung durch ein therapeutisches Team, unter Beachtung der psychosozialen und biologischen Wechselwirkungen, flexibel an den Verlauf und die Kontextbedingungen angepasst; d.h. das Vorgehen wird stark durch die aktuelle Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeutesystem bestimmt und ist zumeist nicht für standardisierte Interventionen zugänglich. Dies ist vor allem im Hinblick auf nachhaltige Behandlungsergebnisse international wissenschaftlich belegt.

Dem entsprechen organisatorische Konzepte und Entwicklungen der Krankenhausbehandlung als integraler Teil eines regionalen psychiatrischen Versorgungssystems seit der Psychiatrie-Enquete. Beispielhaft sind zu nennen:

- Die Empfehlung der Enquetekommission einer gemeindenahen, bedarfs- und bedürfnisgerechten regionalen Pflichtversorgung (im „Standardversorgungsgebiet“) in Kooperation und Koordination aller Berufsgruppen und Leistungserbringer
- Die Fokussierung der Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm (1988) auf chronisch Kranke und auf den Gemeindepsychiatrischen Verbund der Leistungserbringer
- Seit den 1980er Jahren die Verkleinerung der Versorgungsregionen durch die ständig zunehmende Zahl von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Pflichtversorgung und der erhebliche Ausbau der Eingliederungshilfe (z.B. Betreutes Wohnen, Heime, Tagesstätten, Werkstätten)
- Der personenzentrierte Ansatz der Aktion Psychisch Kranke (APK, 1995) - Konkretisierung und Flexibilisierung des Leistungsgeschehens individuell für jeden Patienten, mit koordinierender Bezugsperson, mit berufsgruppen- und einrichtungsübergreifender Abstimmung in Hilfeplankonferenzen, und mit regionaler Steuerung der Pflichtversorgung.

Im Gegensatz dazu hat sich in den meisten Bereichen der somatischen Krankenhausbehandlung die Fokussierung auf spezielle biologische Funktionsstörungen mit

spezifischen diagnostischen und therapeutischen Interventionsmethoden und zunehmend verkürzten Behandlungsintervallen durchgesetzt – stationär wie ambulant – in marktwirtschaftlicher Konkurrenz der Leistungserbringer.

Möglicherweise daraus ist bei in der Psychiatrie unerfahrenen Gesundheitsexperten eine fehlleitende Tendenz erwachsen, Verfahrensweisen und Finanzierungsformen aus der Somatik in die Psychiatrie zu übertragen.

Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) 1990 bis 2008: Wirkung, Entwicklung und Rückentwicklung

Die Psych-PV wurde unter Leitung des BMG von einer interdisziplinären Expertenkommission 1989 bis 1991 erarbeitet, und zwar im Rahmen einer Ersatzvornahme, weil sich die Selbstverwaltungspartner in ca. 10 Jahren nicht einigen konnten.² Die Umsetzung in einer mehrjährigen Konvergenzphase wurde von der APK evaluiert, die Ergebnisse wurden von DGK, GKV/PKV und BMG einhellig begrüßt. Ab 1996 erfolgte durch die „Personalkostenscheren“³ eine durchschnittlich 1- bis 1,5-prozentige jährliche Budgetkürzung durch die Krankenkassen. Ein Großteil der Krankenhäuser baute zusätzlich Personal ab⁴ - zur „Quersubventionierung“ der Somatik, für Investitionen oder für Gewinnmitnahmen – , so dass 2008, vor der Verabschiedung des KHRG, die Personalsituation in vielen Krankenhäusern in etwa so prekär war wie zu Zeiten des anerkannten Personalnotstands vor der Psych-PV - jetzt allerdings noch verschärft durch wesentlich höhere Leistungsanforderungen (u.a. infolge erheblich reduzierter Verweildauern). Viele Stationstüren wurden regelmäßig oder vermehrt zugeschlossen – das Klima wurde mit zunehmendem Personalabbau zumindest zeitweilig antitherapeutisch. In den meisten Krankenhäusern war das Psych-PV-Niveau geheim oder wurde „schön gerechnet“, war von den Betriebsräten nicht überprüfbar, schon gar nicht von der Öffentlichkeit.⁵ Die rechtaufsichtsführenden Landesbehörden und das BMG waren und sind über den tatsächlichen Personalstandard in den Krankenhäusern nicht informiert.⁶

² Für Patientengruppen mit unterschiedlichem Leistungsbedarf wurde ein Personalkonzept für alle Berufsgruppen erarbeitet, gegliedert nach Grundversorgung, einzelfall-, gruppen- und mittelbarpatientenbezogener Behandlung und gestützt auf Erfahrungen mit effizient arbeitenden Stationen mit Zeitwerten versehen, die in der Summe den erforderlichen Personalbedarf ergaben. Das therapeutische Konzept war auf eine zielorientierte nachhaltige lebensweltbezogene Behandlung im Team und die Verkürzung der Verweildauer ausgerichtet. Die Kosten für die ca. 20prozentige Steigerung der Personalausstattung wurden durch Verweildauerverkürzung weitgehend ausgeglichen.

³ Differenz zwischen Tarifsteigerung und Grundlohnsummenerhöhung - trotz weiterer Gültigkeit der Psych-PV mit Ausnahmeregelung von Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung

⁴ „weil die Psych-PV nicht mehr gültig sei“

⁵ Ein Teil der ChefarztInnen sind informiert, insbesondere, wenn sie gewinnorientierte Verträge haben, mit einem ökonomischen Anreiz, mit einer niedrigen Psych-PV-Umsetzungsquote das eigene Einkommen zu erhöhen.

⁶ Auf eine Anfrage der SPD-Fraktion gab das BMG 2010 dazu an, der Gesetzgeber habe „keine Meldepflicht“ beschlossen.

Die DGSP sieht im Niedergang der Psych-PV-Umsetzung 1996 bis 2008 (und weiter bis heute, s. u.) ein Beispiel dafür, dass fehlleitende ökonomische Anreize - verbunden mit Intransparenz des Finanzierungs- und Leistungsgeschehens - psychisch kranke Menschen um ihre gesetzlich verbrieften Ansprüche auf ausreichende Behandlung bringen, in stillschweigendem, interessegeleitetem Zusammenwirken von Krankenkassen, Krankenhausträgern und Ministerien. Niemand scheint dafür verantwortlich zu sein.

II. Das KHRG und die Umsetzung 2009 bis 2011

Bei der gesetzlichen Regelung der Einführung des DRG-Systems wurde die Psychiatrie ausgenommen, weil Fallpauschalen falsche Anreize setzen. Im Vorlauf der Regelung der Finanzierung für die psychiatrische Krankenhausbehandlung gab es 2007 zwei wichtige Stellungnahmen, die Einfluss auf die abschließende Formulierung des Gesetzes durch den Gesundheitsausschuss des Bundestages haben sollten:

- Das Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem der 13 wichtigsten psychiatrischen Fachverbände und Bundesarbeitsgemeinschaften. Neben der Notwendigkeit der Wiedereinsetzung und Weiterentwicklung der Psych-PV wurden wichtige Zielsetzungen formuliert, u. a.
 - „Komplexe Krankenhausbehandlung findet im Krankenhaus und vom Krankenhaus aus in der Lebenswelt des Patienten statt... Durchführung zielgruppenorientierter, personenzentrierter Komplexleistungen mit flexiblem Einsatz von individuell angepasster ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Diagnostik und Therapie. ... der Ausbau mobiler, aufsuchender, kontinuierlich begleitender ambulanter Behandlung durch multiprofessionelle Teams...“
- Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) forderte einstimmig u.a:
 - „Änderung der Bundespflegesatzverordnung, um die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung erfüllen zu können ... im System der regionalisierten Sicherstellung der Versorgung insbesondere Flexibilisierungen bezüglich des Ortes der Leistungserbringung (z. B. als „Home-Treatment“) ... ein hohes Maß an Zusammenarbeit mit allen anderen Akteuren im Umfeld des Patienten, insbesondere mit den behandelnden und betreuenden Personen, Diensten und Einrichtungen ... Kontakt zum familiären und – soweit vorhanden – beruflichen Umfeld der Patienten sowie die gemeinsame Einleitung und Abstimmung der ggf. im Einzelfall notwendigen Hilfen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung.“

Die Neuregelung der Gesetzgebung für die Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Krankenhausbehandlung wurde mit dem im Dezember 2008 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vorläufig (KHRG) abgeschlossen.

Die Partner der Selbstverwaltung – GKV/PKV und DKG - wurden darin beauftragt mit der Unterstützung von InEK und DIMDI⁷, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für die psychiatrisch-psychotherapeutisch- psychosomatische Krankenhausbehandlung mit vier vorrangigen Aufträgen zu erarbeiten:

1. die sofort zu beginnende Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß PsychPV in allen Kliniken, für die die Psych-PV bisher gültig war
2. die Ermittlung von Tagesentgelten für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen, und dabei auch von den Behandlungsbereichen der Psych-PV auszugehen
3. die Prüfung, inwieweit auch die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können und ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können
4. die Evaluation des KHRG-Prozesses durch eine umfassende Begleitforschung, die die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems insbesondere auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen, die Qualität der Versorgung und auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen soll.

In der Gesetzesbegründung ist überzeugend dargestellt, dass der Gesetzgeber mit dem KHRG die Erwartung verbindet, nicht nur ein System von Tagesentgelten zu erarbeiten, sondern zunächst die gebotene Strukturqualität hinsichtlich der Personalausstattung herzustellen und auf dieser Grundlage in einem „lernenden System“ flexiblere, sektorübergreifende, verstärkt ambulante und besser vernetzte Organisationsformen der Behandlung zu entwickeln.

Leider wurde in den Jahren 2009 bis 2011 zu keinem der vier Aufträge ein angemessenes Ergebnis erzielt; die Versorgungssituation hat sich eher verschlechtert.

Dies liegt vor allem an den gegenläufigen, vor allem finanziellen Interessen von DKG und GKV/PKV, an der fehlenden psychiatrischen Fachkompetenz von DIMDI und InEK, und nicht zuletzt an der Tendenz, systemwidrig die Arbeitsformen aus der DRG-Entwicklung auf den KHRG-Prozess zu übertagen:

1. Die Wiederanpassung der Personalausstattung an die Psych-PV war Aufgabe der einzelnen Krankenhäuser und der regionalen Krankenkassen. Vielerorts – nicht überall - wurde der Auftrag mehr oder weniger ignoriert, die Psych-PV als Auslaufmodell angesehen und nicht weiter beachtet.⁸ Der Personalnotstand besteht in der Mehrzahl der Krankenhäuser weitgehend unverändert.

⁷ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Beide Institute waren auch bei der Entwicklung des DRG-Systems unterstützend tätig

⁸ Das gilt auch für das GKVÄndG (2010), in dem der Auftrag wiederholt wurde, einschließlich der Vorschrift, die Einnahmen für nicht besetzte Stellen an die Krankenkassen zurückzuzahlen, und Prüfvereinbarungen abzuschließen. Auch die „Personalkostenschere“ ist weiterhin wirksam.

2. Analog zum DRG-Modell wollten InEK und DIMDI den Personaleinsatz pro Patient, Diagnose und Behandlungstag „messen“.⁹ Der Einstieg über die Dokumentation von „25-Minuten-Paketen“ von Einzel- oder Gruppentherapien als mögliche „Kostentrenner“ – sogenannten OPS – wurde trotz vielfacher Warnungen aus der Fachwelt allen Krankenhäusern vom DIMDI für jeden Patienten und jeden Behandlungstag vorgeschrieben. Dies war mit ungeheurem Dokumentationsaufwand und entsprechenden Minderleistungen für die Patienten verbunden – und erwies sich, wie vorhergesagt, als nutzlos.¹⁰

Die Kalkulation des gesamten Zeitaufwandes aller Berufsgruppen in ausgewählten Krankenhäusern durch das InEK wurde ohne ein Dokumentationskonzept hinsichtlich der fachlichen Strukturierung den Häusern überlassen und führte für das Jahr 2010 zugegebenermaßen zu „Datenschrott“. Wie die Patientengruppen mit gleichem Leistungsbedarf definiert werden sollen und wie diesen Relationen der Aufwendungen zugeordnet werden, ist noch nicht absehbar.¹¹

3. Die Prüfaufträge – andere Pauschalierungen zu erproben ebenso wie die Einbeziehung der Institutsambulanzen (PIAs) – wurden noch nicht bearbeitet, obgleich diese den Ansatz für die Weiterentwicklung der Behandlungsorganisation und neuer Finanzierungsmodelle darstellen und obgleich es nicht nur international, sondern auch schon in der BRD evaluierte modellhafte Erprobungen gibt.¹²
4. Überlegungen zur Begleitforschung sind ganz am Anfang. Gesucht wird nach Routinedaten, mit denen man den Entwicklungsprozess beschreiben kann. Eine Vorstudie ist dazu beauftragt. Darüber, dass wirksame Begleitforschung vor allem regional ansetzen muss und insbesondere qualitative Methoden (z.B. zur Beziehungsqualität) erfordert, wurde bisher nicht gesprochen.

Aus Sicht der DGSP wird das bisherige Vorgehen der Partner der Selbstverwaltung dem Auftrag des Gesetzgebers in keinem der Auftragsbereiche auch nur annähernd gerecht.

Aus manchen Regionen wird berichtet, dass Quersubventionierung eher zugenommen habe. Versuche wie etwa in Brandenburg, durch Landesrecht die Besuchskommissionen zur Prüfung zu ermächtigen, werden von den Krankenhäusern bisher sabotiert.

⁹ Die Erfahrungen und Bemessungen der Psych-PV wurden ungeprüft als „normativ“ (!) abgelehnt.

¹⁰ Bei einem kurzen Blick in die Minutenwerte für die einzelnen Behandlungsbereiche der Psych-PV – von denen gem. Psych-PV auch ausgegangen werden sollte – hätte man erkennen können, dass der kostentrennende Behandlungsaufwand vielfach stärker von der psychiatrischen Grundversorgung und Milieutherapie abhängt. Die OPS-Dokumentation mit entsprechender EDV-Verarbeitung wurde geschult und hat vielerorts in vorausseilender Anpassung zu therapeutisch fehlleitenden Umstellungen in der Behandlungsorganisation geführt.

¹¹ Inzwischen scheint die Entwicklung langsam in Richtung der Psych-PV ähnlicher Behandlungsbereiche zu gehen. Die ersten Relativgewichte zu den Tagesentgelten müssen bis September 2012 vorliegen, weil 2013 die budgetneutrale Umstellung beginnt. Niemand kann sagen, ob es bis dahin gelingen wird, „medizinisch unterscheidbare Patientengruppen“ mit etwa gleichem zeitlichem Leistungsaufwand verlässlich zu definieren und den Leistungsaufwand belastbar zu ermitteln.

¹² Bei den PIAs streitet man sich, ob man alle aktuellen Ambulanzen mit einem Dokumentationssystem beauftragen soll. Ein typisches Missverständnis des Auftrags: Aktuell wird die Arbeit der PIAs weitgehend nicht von den patientenbezogenen Bedarfen sondern von den Finanzierungsmöglichkeiten bestimmt. Gerade das soll ja in dem „lernenden System“ anders werden – das Behandlungskonzept soll Organisation und Finanzierung bestimmen.

Vielmehr scheinen eine gewisse Überheblichkeit aus Unkenntnis sowie fachliche Defizite, verbunden mit hohem Verfahrensaufwand, die Umsetzung des KHRG zu behindern.¹³

III. Stellungnahme zum Referentenentwurf für das Einführungsgesetz zum KHRG

Konkretisierung der Aufträge des KHRG als vorrangige Aufgabe

Angesichts der Fehlentwicklungen bei der bisherigen Umsetzung des KHRG muss der Gesetzgeber jetzt durch geeignete verbindliche und überprüfbare Vorgaben die Intentionen des KHRG realisieren. Zum „lernenden System“ gehört eben auch eine „lernende Gesetzgebung“, die überprüfbar sicher stellt, dass ihre Vorgaben auch effizient umgesetzt werden.

Vor allem muss der Einführungsprozess in seinen fachlichen, organisatorischen und finanziellen Aspekten für alle Beteiligten und Betroffenen transparent sein. Die gebotene Fachlichkeit muss die Finanzierungsregelungen bestimmen und nicht umgekehrt. Ein „lernendes System“ muss *reflexiv* sein, d.h. es braucht eine interessensneutrale Begleitung durch unabhängige Experten, deren Beurteilungen und Empfehlungen für alle Akteure und für die Öffentlichkeit zugänglich sind, damit in den verschiedenen Verantwortungsbereichen adäquate Konsequenzen gezogen werden können.

Dazu findet sich im Referentenentwurf leider nichts, obwohl die Begleitung durch eine unabhängige Expertenkommission von den Fachgesellschaften wiederholt gefordert wurde.

Die DGSP schlägt deshalb als übergreifende Änderung im Referentenentwurf vor:

§ 17 d (6) 3. Satz 3 KHG¹⁴ ist zu ersetzen durch:
„Das Bundesministerium für Gesundheit beruft in Einvernehmen mit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags einen Beirat aus unabhängigen Sachverständigen, dem auch Patienten- und Angehörigen-Vertreter angehören. Die Beratung betrifft insbesondere die Umsetzung und die Weiterentwicklung der Psych-PV im Sinne von Mindestpersonalbesetzungen, die Prüfung der Angemessenheit der neuen Tagesentgelte, die Erfüllung der Prüfaufträge, die Qualitätssicherung und die Begleitforschung. Die Beurteilungen und Empfehlungen des Beirats werden jährlich veröffentlicht.“

Die bisherige Umsetzung des KHRG ist dadurch beeinträchtigt worden, dass die Erarbeitung von Vorlagen und Entscheidungen durch die Selbstverwaltung, das DIMDI und das InEK ohne angemessene Hinzuziehung von externem Sachverstand und zumeist nichtöffentlich stattfand. Die Besonderheiten der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik -

¹³ Gemäß § 17d (6) KHG hat das BMG eine Aufsichtsfunktion und kann Ersatzvornahmen verfügen, wenn die Partner der Selbstverwaltung ihrem Auftrag nicht angemessen gerecht werden. Dazu hat das BMG bisher keinen Anlass gesehen und bei parlamentarischen Anfragen die inhaltlichen Aspekte nicht berührt und nur auf die formalen Abläufe verwiesen

¹⁴ „Es (das BMG) kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen“

hinsichtlich Fachlichkeit, Arbeitsorganisation und der Anreiz-Wirkungen des Finanzierungssystems – wurden nicht hinreichend berücksichtigt. Dadurch kam es zu vermeidbaren Fehlentwicklungen und Verzögerungen sowie zu berechtigtem Unmut und z.T. Widerstand an der Basis.¹⁵

Das neue Finanzierungssystem ist weltweit ohne Vorbild und auch in der zukünftigen Umsetzung im kommenden Jahrzehnt äußerst anspruchsvoll. Die zielbewusste Umsetzung des Gesetzes wird unvermeidlich durch selektive Perspektiven und verständliche Partialinteressen der jeweiligen Akteure gefährdet. Sie sind nur mit interdisziplinärer unabhängiger Beratung und Begleitung unter Beteiligung von Patientenvertretern (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss) in einem öffentlich transparenten „lernenden“ Prozess zu realisieren.

Zielführende und fehlleitende Anteile des Referentenentwurfs vom 7.11.2011

Sehr zu begrüßen ist die Verlängerung des Umsetzungszeitraums, indem für die budgetneutrale Phase jetzt die Jahre von 2013 bis 2016, für die Konvergenzphase die Jahre von 2017 bis 2021 vorgesehen sind. Dieser Zeitraum wird der Komplexität der Umstellungsprozesse und den Anforderungen an ein „lernendes System“ mit belastbaren Zwischenergebnissen eher gerecht – und wird sich vielleicht noch als zu kurz erweisen.

Besonders positiv ist zu werten, dass sich das BMG in dem Referentenentwurf der Zielsetzung des KHRG zur Systementwicklung angenommen hat, indem zukünftig Modellvorhaben nach § 16 BPfIV nicht nur zur Weiterentwicklung der Vergütung von Krankenhausleistungen empfohlen werden, sondern vor allem auch zur Weiterentwicklung der Versorgung im Sinne der Prüfaufträge des KHRG. Mit dieser Neuorientierung folgt das BMG Empfehlungen der Bundesverbände der AOK und des VDEK sowie der leitenden ÄrztInnen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und der Aktion Psychisch Kranke.¹⁶

Allerdings sind bei der Überarbeitung des Entwurfs weitere Präzisierungen erforderlich; insbesondere sollte hinsichtlich der Modellkrankenhäuser unmissverständlich festgelegt werden:

- Die Modellkrankenhäuser müssen sich beiden Prüfaufträgen stellen:
 - o Erprobung / Ermöglichung anderer Abrechnungsverfahren – am besten mit einem Regionalbudget, evtl. Erprobung auch von Jahrespauschalen für Langzeitkranke;
 - o Einbeziehung der Institutsambulanz mit gestuften Tagesentgelten, evtl. in Verbindung mit gestuften Tagesentgelten für teilstationäre Behandlung (etwa vier

¹⁵ Schon der Expertenworkshop der APK mit dem BMG am 4.7.2011 hat gezeigt, wie wichtig und Lösungsförderlich eine strukturierte Expertenbeteiligung ist. Dies muss verstetigt werden.

Dazu: www.apk-ev.de/public/themen-beitrag-liste.asp (Expertenworkshop § 17d KHG s. Beiträge der Referenten und Statements)

¹⁶ S. Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems auf der Grundlage des gemeinsamen Eckpunktepapiers „Neustart für § 17d KHG: Sektorenübergreifende Versorgung für psychisch Kranke“ von ackpa, APK, vdek und AOK-Bundesverband (nicht publiziert, von den Institutionen anzufordern)

Stufen: Akuttagesklinik, übliche Tagesklinik, 2/3 Tagesklinik, 1/3 Tagesklinik) und mit Hometreatment anstelle vollstationärer Behandlung);

- Die Systementwicklung der Modell- und der Regelkrankenhäuser muss verknüpft werden, derart dass z.B. die Dokumentationsverfahren kompatibel sind und damit ein Systemvergleich und bei guten Ergebnissen eine Übertragung ins Regelsystem möglich ist;
- Die Modellkrankenhäuser müssen sich als Kalkulationskrankenhäuser in die InEK-Auswertung einbringen;
- Diese muss in die Begleitforschung nach § 17 d KHG (8) eingehen (hausindividuelle Ergebnisse sind für die Systementwicklung zumeist irrelevant).

Sonst ist das Risiko zu groß, dass sie nur „Spielwiesen“ werden und der „Tross“ der Regelkrankenhäuser unverändert bleibt.

Andere Teile des Referentenentwurfs rufen grundsätzliche Kritik hervor:

1. Anpassung an die Personalausstattung gemäß der Psych-PV und Weiterentwicklung der Psych-PV zu einer Mindestpersonalausstattung als unverzichtbares Maß für Strukturqualität

Es wäre die Aufgabe des Entwurfs gewesen, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die oben beschriebenen Fehlentwicklungen des Personalabbaus zu korrigieren. Stattdessen wurden sie verschärft.

Die DGSP hält die hierzu gehörenden Passagen des Referentenentwurfs für skandalös.

Die verbreitete Nicht-Umsetzung von 100 % der Psych-PV entgegen dem KHRG wird im Referentenentwurf offensichtlich vorausgesetzt:

- Mit dem Angebot an die Optionskrankenhäuser von Nachverhandlungen in der budgetneutralen Phase gesteht das BMG ein, dass die Umsetzung vielerorts nicht erfolgt ist, und zwar in einem erheblichen Umfang.¹⁷
- Dies wird zusätzlich bestätigt durch die Annahme des BMG, dass die Krankenkassen relevante Einsparungen dadurch erzielen werden, dass für alle nicht optierenden Krankenhäuser die Möglichkeit der Nachverhandlung bereits 2012 endet (s. Begründung V.2. des Referentenentwurfs).
- In der Konvergenzphase würden nach dem Referentenentwurf diejenigen Kliniken bestraft, die – bei sonst gleichen Bedingungen – vorher eine 100 % -(oder auch nur eine etwas bessere) Psych-PV-Ausstattung gemäß KHRG hatten. D.h. das KHRG würde faktisch zurückgenommen, das Vertrauen in gesetzliche Vorgaben erneut beschädigt.

Absurd sind die Aufrechterhaltung der Personalkostenschere - die aktuelle Personalausstattung würde bis zum Beginn der Konvergenzphase weiter reduziert - und die

¹⁷ Der positive Effekt ist auf jeden Fall minimal: Die Optionskrankenhäuser werden eine Minderheit sein (im Referentenentwurf für 2013 mit 30 % eingeschätzt). Dass auch nur diese Minderheit anders als bis dato in die Auseinandersetzung mit den Kassen geht und/oder die über einen mangelnden Personaleinsatz finanzierte Quersubventionierung bzw. Gewinnentnahme abbaut, ist sehr unwahrscheinlich.

Vorgabe zur Obergrenze (§10 BpflV), „dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes absenkend berücksichtigt werden“. Beides zeugt von unkritischer systemwidriger Anpassung an den DRG-Prozess der somatischen Fachrichtungen.¹⁸

Mit katastrophalen Folgen wäre die ersatzlose Aufhebung der Psychiatriepersonalverordnung verbunden (Artikel 11), wenn man sich die Entwicklung seit 1996 vor Augen führt. Es wäre ein lohnendes Anreizsystem zum Personalabbau für Krankenkassen und Krankenhausträger, gerade in den Bereichen für Patienten mit schweren sozialen Beeinträchtigungen, die nicht „am Markt wählen können“ – mit Sekundäreffekten wie vermehrten Zwangsmaßnahmen, Steigerung der Dosis von Psychopharmaka, Drehtüreffekten, aber auch Entlassungen in Heime und in Obdachlosigkeit und Überlastung und Abwanderung von MitarbeiterInnen.

Geboten ist nicht die Abschaffung, sondern die Weiterentwicklung der Psych-PV unter diesem oder einem anderen Namen als verbindliche Mindestpersonalbemessung für jedes Tagesentgelt, in Verbindung mit einer ständig wirksamen interessenneutralen Umsetzungsüberprüfung.

Es sind also zumindest die folgenden Änderungen im Referentenentwurf unabdingbar:

- a. **Die Vorschrift der Bundespflegesatzverordnung in § 6 (4) von 2009 wird mit jährlicher Anwendung bis zur Aufhebung der Psych-PV fortgeschrieben**
- b. **Für den Zeitraum bis zur Aufhebung der Psych-PV wird eine Meldepflicht bzgl. der Umsetzung bei der zuständigen Landesbehörde gesetzlich vorgegeben, die diese ebenso wie die gesetzlichen Besuchskommissionen zur Akteneinsicht in Berechnungen und die Personalbesetzung des Krankenhauses und zur Veröffentlichung der Ergebnisse ermächtigt. Den zuständigen Landesbehörden und dem BMG wird jährlich berichtet.**
- c. **Das vereinbarte individuelle Krankenhausbudget darf von der zuständigen Landesbehörde nur genehmigt werden, wenn die Psych-PV –Umsetzung überprüfbar nachgewiesen ist. Bei Nichterfüllung kann eine Budget-Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde nur mit Auflagen erteilt werden, die mit Fristsetzung die Umsetzung vorgeben.**
- d. **In Artikel 2, §10 (4) Satz 2 wird „50 Prozent“ durch „100 Prozent“ ersetzt, d.h. die „Personalkostenschere“ wird für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung abgeschafft.**
- e. **Zu Artikel 7- Die Psychiatriepersonalverordnung wird zum 1.1. 2017 aufgehoben:
„Anstelle der Psych-PV tritt die Mindestpersonalverordnung Psychiatrie in Kraft. Diese regelt die für die Tagesentgelte vorzuhaltende Mindestpersonalbesetzung und ihre wirksame Überprüfung.“**

¹⁸ Der Entwurf missachtet auch an dieser Stelle den zentralen Unterschied zum DRG-System: Das Grundprinzip des KHRG sind Tagesentgelte. Die wesentliche Zielsetzung geht dahin, durch flexibilisierte, sektorübergreifende, nachhaltig wirksame Behandlung in personaler Kontinuität, durch bessere Vernetzung u.a. die Tage vollstationärer Behandlung eines Patienten pro Jahr zu reduzieren. Darin liegen „Effizienzreserven“. Scheinbare Rationalisierung durch Unterbesetzung am Behandlungstag und durch Bestrafung kurzer Interventionen ist kontraproduktiv.

2. Versorgungsverpflichtung

Der Zusammenhang von Tagesentgelten mit einer bestehenden oder fehlenden Versorgungsverpflichtung eines Krankenhauses ist nicht geregelt. Kliniken und Stationen mit Versorgungsverpflichtung haben aber erhöhte Vorhaltekosten. Dies ist in der Psych-PV insoweit geregelt, dass die Personalbemessungswerte nur für Kliniken mit Versorgungsverpflichtung gelten und für andere Kliniken nur als Anhaltswerte für Verhandlungen mit den Krankenkassen relevant sind, die in der Regel mit Abschlägen versehen werden.

Für die Änderung im Referentenentwurf wird vorgeschlagen: In BPflV § 9 (1) 4 im Anschluss an Satz 119 „Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten erfasst werden (§ 6 Absatz 1) ...“

... einen prozentualen Zuschlag auf den Basisentgeltwert für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (oder Teile von Krankenhäusern) mit regionaler Versorgungsverpflichtung auf der Grundlage des Landeskrankhausplans und einen prozentualen Abschlag für Krankenhäuser (oder Teile von Krankenhäusern) ohne Versorgungsverpflichtung.

3. Begleitforschung bundesweit und regional

Belastbare und aussagekräftige Ergebnisse der Begleitforschung gemäß KHG § 17d (8)²⁰ sind nur zu erwarten, wenn die bundesweite Begleitforschung ergänzt wird durch regionale Begleitforschung, in der die Entwicklungsdynamik der regionalen Versorgungsstrukturen mit qualitativen und quantitativen Methoden untersucht wird und die Ergebnisse unmittelbar an die regionalen Akteure rückgemeldet und in abgestimmter Struktur an die bundesweite Begleitforschung berichtet werden.

Eine derartige regionale Begleitforschung sollte in allen Modellprojekten und in einigen Regionen mit Kalkulationskrankenhäusern in der Regelversorgung implementiert werden. Die Kosten dürften unter 1% der Jahresbudgets liegen.

Für die Änderung im Referentenentwurf bzgl. KHG § 17d (8) und BPflV § 16 wird vorgeschlagen:

Modellvorhaben werden regelmäßig in einer regionalen Begleitforschung entsprechend der Inhalte von KHG § 17d (8) evaluiert. Entsprechendes gilt auf eigenen Antrag für Kalkulationskrankenhäuser der Regelversorgung. Die Ergebnisse und Empfehlungen werden im Rahmen der regionalen Steuerung erörtert. In fünfjährigen Abständen wird über die Weiterführung der Begleitforschung entschieden.

IV. Zusammenfassung und Ausblick

¹⁹ Oder an anderer geeigneter Stelle

²⁰ „... zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. „

Das KHRG als zukunftsweisende Rahmengesetzgebung nicht nur für das psychiatrische Krankenhaus sondern darüber hinaus für die regionale Versorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund hatte in der ersten Umsetzungsphase einen unglücklichen Start:

Die entscheidenden Akteure in der Selbstverwaltung und im DIMDI und InEK waren zu wenig mit den „besonderen Bedürfnissen der psychisch Kranken“ (§ 27 SGB V) und den neueren internationalen Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung vertraut und übernahmen ungeprüft Verfahren aus dem DRG-Umsetzungsprozess. Nicht zuletzt hatten und haben die schwer psychisch kranken Bürger und ihre Angehörigen keine ausreichende Unterstützung, um die Erhaltung eines gesetzlich fixierten personellen Mindeststandards gegen die finanziellen Interessen Anderer durchzusetzen.

Der jetzt vorgelegte Referentenentwurf zeigt erste Ansätze zum Kurswechsel, bedarf aber noch tiefgreifender Änderungen, wenn die Ziele und Aufträge des KHRG von 2009 realisiert werden sollen.

1. Berufung eines Beirats aus unabhängigen Sachverständigen, dem auch Patienten- und Angehörigen-Vertreter angehören, durch das Bundesministerium für Gesundheit in Einvernehmen mit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags
2. Sicherstellung der verlässlich überprüften Anpassung der Personalausstattung an die Vorgaben der Psych-PV in allen Krankenhäusern vor Eintritt in die Konvergenzphase durch gesetzliche Vorgaben mit Meldepflicht und Weiterentwicklung der Psych-PV zu einer dauerhaft finanzierten Mindestpersonalausstattung für die einzelnen Tagesentgelte als unverzichtbares Maß für Strukturqualität
3. Sicherstellung der zeitgerechten Erarbeitung bedarfs- und verteilungsgerechter Tagesentgelte und Zusatzentgelte - einschließlich der Finanzierung der Vorhalteleistungen für Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung - durch Überprüfung seitens des Beirats und der Begleitforschung vor dem Start der Konvergenzphase.
4. Stärkung der ökonomischen Anreize für Modellerprobungen im Sinne der Prüfaufträge unter Vereinheitlichung der bisherigen Rahmenbedingungen der BPfIV und des SGB V und Sicherstellung von Rahmenbedingungen für Planungssicherheit der regionalen Vertragspartner sowie der Vergleichbarkeit mit Regionen der Regelversorgung – zur Erleichterung des Effizienzvergleichs und der Umsetzungsmöglichkeiten erfolgreicher Erprobungen in die Regelversorgung.
5. Vorgaben für den modellhaften Aufbau von regionaler Begleitforschung in den Modellregionen und von Anreizen zur Begleitforschung in Regionen mit Kalkulationskrankenhäusern der Regelversorgung.
6. Ergänzung des Auftrags der Begleitforschung gem. KHG § 17d (8) mit der Einbeziehung der regionalen Begleitforschungen

Die DGSP sieht sich dabei in sehr weitreichender Übereinstimmung mit der psychiatrischen Fachwelt, mit der Position der Bundesländer und mit den Vertretern der Betroffenen und der Angehörigen. Sie bittet das BMG und insbesondere die Abgeordneten des Deutschen Bundestags, dass sie wie beim KHRG 2009 aus ihrer besonderen Verantwortung für eine historisch benachteiligte Gruppe der Bürger mit dem Einführungsgesetz verlässliche Rahmenbedingungen für die nächste Phase der Psychiatriereform zu schaffen, damit die

psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung durch das Krankenhaus ein integraler Bestandteil des personenzentrierten Gemeindepsychiatrischen Verbunds werden kann.

Köln, den 12.12.2011

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

gez. Friedrich Walburg
Der Vorstand