

Gewagtes Manöver

Peter Weiss, Prof. Dr. Andreas Heinz, Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Dieter Grupp,
Prof. Dr. Heinrich Kunze

Die Liste mit **Beanstandungen der Psych-Fachverbände** zur derzeitigen Ausgestaltung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser ist lang: Sie reicht von Forderungen nach sektorenübergreifenden Ansätzen und Berücksichtigung der bislang maßgebenden Personalverordnung bis hin zu den Vorwürfen des systemfremden Diagnosebezugs und falscher Anreize, die zu Kosten- statt Qualitätswettbewerb führen. Das Psych-Entgeltsystem „lernt“ – aber wozu?, fragen unsere Autoren und fordern, die **Entgeltentwicklung einstweilen zu stoppen** und **zuerst Versorgungssteuerung und -ziele zu definieren**.



Foto: dpa

In den Fachverbänden wächst von Jahr zu Jahr die Enttäuschung. Nach der Ersatzvornahme für die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) 2013 und der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner für die PEPP-Version 2014 lehnen (fast) alle Fachverbände die Fortsetzung des bisherigen Wegs ab.

Die negative Zwischenbilanz ist umfassend:

- PEPP stärkt die Logik des „belegten Bettes“ und konterkariert damit alle innovativen sektorenübergreifenden Ansätze.

- Ein diagnosebezogenes System mit mathematisch anstelle inhaltlich definierten „Diagnosegruppen“ ist für die Psych-Fächer systemfremd.

- 2012 wurde im Psych-Entgeltgesetz die BpflV geändert. Dies führte zu einer neuerlichen Reduktion des therapeutischen Personals infolge jährlich kumulierender Unterfinanzierung der Kostensteigerungen und der Behandlung von mehr Patienten.

- Die Psych-PV wird unwirksam, ein Ersatz ist nicht in Sicht. Das Personal kann nach Kostengesichtspunkten beliebig gesenkt werden.

- PEPP als „Durchschnittsvergütung“ zwingt zum Kosten- statt zum Qualitätswettbewerb: mit dem geringsten Aufwand das Minimalziel „Abrechenbarkeit“ erreichen.

- Dieser Kostenwettbewerb führt zu Konzentrationsprozessen („Bettenburgen“). Die Landesplanung für Krankenhausbetten verzeichnet eine steigende Flut von Anträgen, insbesondere aus der Psychosomatik.

- Ein „Prokrustes-Bett“: Ist die stationäre Behandlung erst einmal nach PEPP standardisiert und vermessen, lässt sich diese „Qualität“ sichern.

- Die „Fallzusammenführung“ nur der vollstationären Behandlungstage wird zu degressiven Vergütungen nach Verweildauerstufen verrechnet (Bewegung ist in Sicht). Die erheblichen Abstände im Aufwand von stationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung werden ignoriert und ihre Relevanz aus einer „sektorenübergreifenden“ Perspektive nicht erkundet.

- Erscheint PEPP den Krankenhäusern unvermeidlich, beginnen sie, vor-

Grundlage und Umsetzung des KHRG

Die vom Gesetzgeber beauftragten Selbstverwaltungspartner vereinbarten kurz nach der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) Ende 2009, die bestehende stationäre Krankenhausversorgung lediglich „leistungsgerechter und transparenter“ zu finanzieren:

- Die Spitzenverbände der Kassen wollen einen formal möglichst eng am G-DRG-System angelehnten Entwicklungsprozess des neuen Psych-Entgelts: § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als Blaupause für § 17 d.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) will an der bestehenden Betten-zentrierten Krankenhausversorgung möglichst wenig ändern. Erprobte sektorenübergreifende Versorgungsansätze (PIA, IV, Regionalbudget) werden als nicht systemkompatibel aktiv ausgegrenzt.
- Wenn die Qualität der Krankenhausversorgung als Maßstab herangezogen wird, kommen die bisherigen Einigungen der Selbstverwaltungspartner auf den je kleinsten gemeinsamen Nenner einem Scheitern gleich: Das Minimum – keine Verschlechterung – wird unterschritten.
- Die Politik schaut zu.

Demgegenüber wurde das KHRG 2009 von den Fachverbänden begrüßt, verbunden mit folgenden Erwartungen:

- Ein modernes Finanzierungssystem löst die alte Bundespflegesatzverordnung (BpflV) ab.
- Das neue Entgelt erleichtert die für Patienten individuell passgenauere und wirksamere sowie für die Kassen wirtschaftlichere Krankenhausbehandlung als Teil eines vernetzten sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts (§ 17 d: „Prüfaufträge“ und Amtliche Begründung).
- Als Voraussetzung für den Start der Entgeltentwicklung wird die Erosion der Personalausstattung gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wieder ausgeglichen, auch in Anerkennung der enormen Leistungsverdichtung seit Einführung der Psych-PV.

auseilend entsprechend der neuen Produktbeschreibung zu liefern und den Bedarf der Patienten dieser stationären Behandlung und ihren Preisen anzupassen, und die Kassen verschärfen die Kontrollen.

- Falsche Anreize infolge der nach Verweildauer gestuften Degression: Neue Patienten werden mit der hohen PEPP-Anfangsstufe ohne Degression abgerechnet. Dafür gibt es in der Bevölkerung genug ambulant unterversorgte Patienten, deren stationärer Behandlungsaufwand unterdurchschnittlich ist. Schwerkranke mit häufigen Aufnahmen „lohnen“ sich zu wenig und werden in „komplementäre“ Einrichtungen verlegt, geschlossene Heimplätze nehmen zu.

Fehlsteuerung verhindern

Das Spektrum der versorgten Patienten wird den verbleibenden Ressourcen angepasst und entfernt sich vom Patienten-Mix aus der regionalen Pflichtversorgung (die trotz vielfacher fach-

licher Aufforderungen bisher keinen Eingang in das Entgeltsystem fand). Als besonders wirtschaftlich erscheinen dann überregional von Wartelisten stationär aufgenommene Patienten für spezialisierte und manualisierte Behandlungsprogramme, mit rhythmisiertem OPS-Wochen-Takt, Therapiesteuerung und Leistungserfassung für die Abrechnung aus einem IT-Programm.

Patienten, die zu krank sind für getaktete Therapieeinheiten im Wochenplan, aber ständig dringend und wiederholt in der Alltagsbewältigung individuell handlungsleitende therapeutische Kontakte insbesondere von der Pflege benötigen (auch außerhalb von Regelarbeitszeiten), werden dann im „Qualitätsmanagement“ als Fehler in der Aufnahmesteuerung bearbeitet.

Zwei wichtige Fragen stehen im Raum:

- **Zielbestimmung:** Was will die Politik bis zum Ende des Zeitplans (bisher 2021) nach dem Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgG) erreichen?

„Der Bauherr eines Wohnhauses würde sich sehr wundern, wenn sein Architekt mit der Betonfirma das Kellergeschoss schon beginnt, bevor ein Gesamtplan die gewünschten Funktionen der Nutzer berücksichtigt hat, und die Teilplanungen für Keller, Wohngeschosse, Dach, Wasser-, Energie- und IT-Installation aufeinander abgestimmt sind. Noch mehr würde er sich wundern, wenn der Architekt sein Vorgehen damit erklärt, er arbeite nach dem Prinzip ‚Versuch und Irrtum‘, und man könnte ja aus den Fehlern lernen.“

■ **Finanzierung steuert Versorgung – mit oder ohne Absicht:** Für welche Versorgung ist welches Finanzierungssystem erforderlich?

Aus der Entwicklung der Psych-PV lernen

Die Psych-PV trat in Kraft über eine Ersatzvornahme (formal wie PEPP 2013) des damals zuständigen Arbeitsministers Norbert Blüm, nachdem die vom Gesetz beauftragten Selbstverwaltungspartner DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen ihr Scheitern erklärt hatten (1988). Im Unterschied zur heutigen Situation war die politisch gewollte Aufgabe das Ziel: die Verbesserung der Krankenhausversorgung von einer „Verwahrspsychiatrie“ hin zu einer „Behandlungspsychiatrie“ mit mehr therapeutischem Personal. Insbesondere langfristig Schwerkranken benötigten eine individuelle aktive „personalaufwendige“ Therapie (Amtliche Begründung, II. Ausgangslage), die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten (Presseerklärung des Arbeitsministeriums 1990).

Das Arbeitsministerium berief zwei Expertengruppen ein (für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie). Ausgehend von der „Versorgungsverpflichtung“ (Amtliche Begründung IV und zu § 3) wurden die Behandlungsbereiche (A1 und folgende) hergeleitet, die ein System von aufgabenbezogenen Komplexleistungen für Gruppen

von Patienten beschreiben (OPS 2011: 9–08 f.). Die dazu notwendigen Vollkräfte nach Berufsgruppen wurden und werden ausgehend von den Psych-PV-Stichtagserhebungen ermittelt. Die notwendigen Bereitschaftsdienste werden getrennt verhandelt. Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung müssen einen Abschlag auf das Psych-PV-Soll hinnehmen.

Die Leistungsdifferenzierung der Psych-PV wurde durch die BpflV zu tagesgleichen Pflegesätzen nivelliert. Die je Krankenhaus sehr verschiedenen Pflegesätze gehen primär auf das Konto der BpflV, die außerdem bis heute keinen Platz für die Einbeziehung von ambulanten Krankenhausleistungen kennt.

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat die Psych-PV im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zweimal evaluiert, die erste unter Volker Kauder (CDU), Vorsitzender der APK, 1998. Ergebnis: Das therapeutische Personal war von 1991 bis 1995 um 24 Prozent gestiegen. Viele Krankenhäuser, insbesondere die neuen psychiatrischen Abteilungen, übernahmen das Konzept der wohnortnahen, regionalen Versorgungsverpflichtung, das die Psychiatrie-Enquete gefordert hatte. Weitere Auswirkungen wurden schon erkennbar, die sich in der zweiten Evaluation 2007 unter der damaligen APK-Vorsitzenden Regina Schmidt-Zadel (SPD) deutlicher zeigten. Der Vergleich des Budgetjahrs 2004 mit 1991 ergab eine *enorme Leistungsverdichtung* trotz der entgegengesetzten Anreizwirkung der tagesgleichen Pflegesätze nach BpflV.

In der Erwachsenenpsychiatrie waren die Fallzahlen gestiegen (+80 Prozent), die Verweildauer (–63 Prozent), die Pflage tage (–33 Prozent) und die (aufgestellten) Betten (–37 Prozent) aber deutlich zurückgegangen. In den Kliniken für Kinder und Jugendliche waren die Trends sogar noch etwas stärker.

Die zweite Evaluation dokumentierte außerdem die zum Teil erhebliche Erosion der Personalausstattung in den Psych-PV-Kliniken. Das war Anlass, im KHRG die 100-Prozent-Erfüllung der Psych-PV als Startbedingung für das neue Entgeltsystem vorzusehen. Dazu gibt es aber bisher

keine Zahlen, noch nicht einmal in den Kalkulationshäusern. Wenn nach dem Zeitplan des Psych-EntgeltG im Jahr 2017 die Psych-PV nicht mehr gilt, droht den Kliniken der ungebremste „Sinkflug“ in der Finanzierung des therapeutischen Personals als Folge der Schere zwischen Tarifsteigerungen und Gegenfinanzierung über den „Orientierungswert“ – und das in der „sprechenden Medizin“.

Im Psych-EntG (2012) ist ein Ersatz für die Psych-PV in Auftrag gegeben. Nach § 137 Absatz 1 c SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 1. Januar 2017 Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in den Psych-Kliniken einzuführen, einschließlich Empfehlungen für die Ausstattung mit dem erforderlichen therapeutischen Personal. Die Fachwelt ist extrem skeptisch. Denn im G-BA sind die wichtigsten Akteure wiederum die beiden Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverband, die sich zunächst lange blockieren und allenfalls auf einen kleinsten gemeinsamen Nenner verständigen. „Evidenzbasierte“ Hinweise auf das erforderliche Personal fehlen national wie international. Fazit: Die Psych-PV sollte angepasst, aber nicht gestrichen werden.

Modell- und Regelkliniken zusammenführen

Oft benutzen Architekten Modelle, um ihr Gesamtkonzept vor Baubeginn anschaulich zu machen. Die Inszenierung der Modellvorhaben nach § 64 b (V) läuft demgegenüber darauf hinaus, dass aus den Modellen erst Konsequenzen für das Regelsystem gezogen werden können, wenn die Entgeltentwicklung abgeschlossen ist. Es gibt bisher zu wenig neu verhandelte Modelle, vor allem für die besonders zu berücksichtigenden Kinder und Jugendlichen, und keine Vorkehrungen, um eine Systemrelevanz der Ergebnisse zu erreichen.

In § 17 d KHG stehen zwei Prüfaufträge, in der Amtlichen Begründung Anregungen zu zukunftsfähigen Formen der Krankenhausbehandlung, die sich auch auf eine Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Ge-

sundheitsbehörden (AOLG) der Bundesländer vom November 2007 stützen. Das neue Entgeltsystem jedoch zementiert die veraltete Krankenhausversorgung – die allenfalls später umgebaut werden soll. Wesentliche Teile des Auftrags an die Selbstverwaltung werden aus partikularen Verbandsinteressen bewusst ignoriert.

Modellhäuser, die individuell passgenauere und nachhaltiger wirkende Formen der Krankenhausbehandlung erprobt haben, gibt es schon seit zehn Jahren. Ziel sollte es sein, nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante Behandlung im Krankenhaus zu verbessern. Mit einer solchen Einigung lassen sich dann auch geeignete Teilschritte für ein entsprechendes Finanzierungssystem entwickeln unter Verwendung leistungsorientierter Bewertungsrelationen für stationär und ambulant als Einstieg in eine sektorenübergreifende Versorgung.

Die politische Steuerung sollte die Entgeltentwicklung zunächst anhalten und die Ziele für die Krankenhausversorgung sowie die dafür geeignete Finanzierung auf die Tagesordnung setzen – ergebnisoffen, gegebenenfalls ist ein Neustart notwendig. Das bedeutet zwar eine Verzögerung. Der Aufwand wäre aber erheblich geringer als ein späterer Um- und Rückbau einer in die falsche Richtung entwickelten Finanzierung und Krankenhausversorgung. Denn zurück zu Großkrankenhäusern mit Bettentürmen in der Psychiatrie kann keiner der Beteiligten wollen.

Literaturhinweise bei den Verfassern.

Anschriften der Verfasser:

Peter Weiss
MdB
CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
11011 Berlin
E-Mail: peter.weiss@bundestag.de
Vorsitzender
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn

Prof. Dr. Andreas Heinz
Ärztlicher Direktor
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
E-Mail: andreas.heinz@charite.de
Stellvertretender Vorsitzender
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn

Prof. Dr. Renate Schepker
Chefärztin
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
ZfP Südwürttemberg
Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg
E-Mail: Renate.Schepker@ZfP-Zentrum.de
Stellvertretende Vorsitzende
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP)

Dr. Dieter Grupp
Geschäftsführer
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Pfarrer-Leube-Straße 29
88427 Bad Schussenried
E-Mail: Dieter.Grupp@ZfP-Zentrum.de

Prof. Dr. Heinrich Kunze
Ärztlicher Direktor a. D.
Vitos-Kurhessen
34308 Bad Emstal/Kassel
Vorstand
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn
E-Mail: Kunze@apk-ev.de



Solidaris

Nutzen stiften – mit Freude für Menschen

Bundesweites Seminarangebot
unter www.solidaris.de





Wirtschaftsprüfung	Solidaris blickt auf eine über 80-jährige erfolgreiche Unternehmensgeschichte zurück und zählt damit zu den wenigen traditionsreichen Unternehmen in der Betreuung gemeinnütziger Träger und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Als führendes Prüfungs- und Beratungsunternehmen im Non-Profit-Bereich bieten wir unseren Mandanten in allen wirtschaftlichen und rechtlichen Belangen Kompetenz aus einer Hand. Geprägt vom christlichen Menschenbild, machen wir uns Ihre Anliegen zu eigen, präzisieren Ihre Bedürfnisse und erarbeiten für Sie passgenaue Lösungen mit klarem Mehrwert. Sprechen Sie uns an!
Steuerberatung	
Rechtsberatung	
Unternehmensberatung	

02203 8997- 0
info@solidaris.de
www.solidaris.de

Berlin
Erfurt
Freiburg
Hamburg
Köln
München
Münster
Oppeln (PL)
Wien (A)
Würzburg