

An

Frau Martina Haupt
Sekretärin
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit

Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(27)
gel. ESV zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
23.04.2012

Bremen, den 20. April 2012

Stellungnahme von Prof Dr. Peter Kruckenberg (Mitglied im erweiterten Vorstand der Aktion Psychisch Kranke e.V.) zur Anhörung im Gesundheitsausschuss am 23.4. 2012

Zusammenfassung

An den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die psychiatrisch-psychotherapeutisch- psychosomatische Krankenhausbehandlung durch das Psych-EntgeltG und an der kritischen Begleitung und Beratung des Umsetzungsprozesses wird sich entscheiden,

- ob es für die absehbaren Zeiträume bei der für schwer psychisch kranke Patienten fachlich wie wirtschaftlich ungeeigneten Ausrichtung auf eine primär stationäre und sektoral fraktionierte Krankenhausbehandlung bleibt,
- oder ob der Weg in Richtung einer flexiblen, personenzentrierten - in der KJP familienorientierten - vorrangig ambulanten und lebensweltbezogenen Behandlung (z.B. Hometreatment), Rehabilitation und Eingliederung geht.

Der Deutsche Bundestag hat mit dem KHRG 2009 die letztere Richtung vorgegeben.

Der Regierungsentwurf nimmt dies in einigen Abschnitten auch positiv auf, ist aber in anderen Bereichen zu sehr an den Finanzierungs- und Organisationskonzepten des DRG- Systems für die Körpermedizin orientiert, so dass bei einer im Wesentlichen unveränderten Verabschiedung des Psych-EntgeltG-E Qualität und Effizienz der Krankenhausbehandlung voraussichtlich sogar schlechter werden.

Ich begrüße die zeitliche Streckung des Umsetzungsprozesses, zumal die Selbstverwaltungspartner in den vergangenen drei Jahren keine nennenswerten Fortschritte in der Umsetzung der Prüfaufträge (§ 17d Abs. 1) gemacht haben. Sie begrüßt vor allem die Stärkung der Möglichkeiten zu modellhafter Erprobung zukunftsweisender Entwicklungen, die auch die Spezifika in der Versorgung von Kinder- und Jugendlichen berücksichtigen muss (§ 64 b-E SGB V).

In anderen Bereichen schlage ich konkrete Änderungen oder Präzisierungen des Regierungsentwurfs vor, insbesondere

- die gesicherte Finanzierung und verbindliche Überprüfung der Psych-PV Personalausstattung in allen Krankenhäusern bis zum Start der Konvergenzphase, gefolgt von einer entsprechend gesichert finanzierten und überprüften Mindestpersonalverordnung für die Tagesentgelte
- die Streichung bzw. Änderung von Regelungen, die zur Senkung der Tagesentgelte und damit zum Personalabbau führen
- Beauftragung der Partner der Selbstverwaltung mit der Vereinbarung von Abschlägen beim Landesbasisentgeltwert für Krankenhäuser ohne Pflichtversorgung
- Maßnahmen zur drastischen Reduktion des systeminduzierten Misstrauensaufwandes, der zu Lasten der Therapeutenzeit für Patienten geht
- die Durchführung von regionalen Modellerprobungen in allen Bundesländern im Erwachsenen- wie im Kinder- und Jugendbereich sowie Psychosomatik zur sektorübergreifenden Flexibilisierung und besseren Vernetzung der Krankenhausbehandlung unter Einbeziehung aller Krankenkassen – mit dem Ziel, positive Ergebnisse in die Regelversorgung zu übernehmen. Dafür ist die Finanzierung einer bundesweit abgestimmten Begleitforschung sicher zu stellen.
- Bindung der Aufnahme zusätzlicher stationärer Betten in die Landeskrankenhauspläne an die vorlaufende Prüfung alternativer ambulanter oder teilstationärer Behandlungsformen, auch durch Erprobung alternativer Finanzierungsmodelle.

Aus den erheblichen Risiken einer Verschlechterung der schon bestehenden Versorgungsmängel bei unveränderter Verabschiedung oder bei unzureichender Umsetzung des Psych-EntgeltG ergeben sich zwei weitere aus meiner Sicht zwei vorrangige Forderungen für die Änderung des Entwurfs:

- die Festlegung einer Zwischenbilanz für den Gesetzgeber vor Eintritt in die Konvergenzphase zur Überprüfung von notwendigen gesetzlichen Anpassungen im „lernenden System“
- die Einsetzung einer beratenden unabhängigen Sachverständigenkommission

Meine Einschätzungen und die der der Aktion Psychisch Kranke decken sich weitgehend mit denen vieler Verbände und Organisationen der Betroffenen, der Angehörigen und der Berufsgruppen, der Kooperationspartner der Krankenhäuser, der Gewerkschaften, des Bundesrats, in wichtigen Teilbereichen auch mit denen der DKG und den Bundesverbänden großer Krankenkassen.

Ich hoffe, dass der Deutsche Bundestag ähnlich wie Ende 2008 bei der Gestaltung des KHRG zu einer guten Lösung kommt.

Einleitung

Als Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke (APK) setze ich mich für die Interessen der psychisch kranken Menschen ein. Sie bewertet die Entwicklung und Einführung eines neuen Psych-Entgeltsystems primär in Bezug auf den Nutzen für die Patienten, die Krankenhausbehandlung benötigen. Der Nutzen für Kliniken oder Krankenkassen ist für uns nur relevant, wenn er mit einer Verbesserung der Qualität und Effizienz der Patientenversorgung einhergeht.

Mit dem KHRG hat der Deutsche Bundestag 2009 ein zukunftsweisendes Rahmengesetz vorgegeben, das mit der Änderung der Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutisch- psychosomatische Behandlung durch das Krankenhaus die Weiterentwicklung der regionalen Versorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund im Sinne eines „lernenden Systems“ fördern soll.

In der ersten Umsetzungsphase bis 2012 haben sich die Partner der Selbstverwaltung¹ zu wenig an den „besonderen Bedürfnissen der psychisch Kranken“ (§ 27 SGB V) und den neueren internationalen fachlichen und organisatorischen Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung orientiert. Vielmehr haben sie systemwidrig Verfahren aus dem Umsetzungsprozess der DRG-Fallpauschalen übertragen. Dadurch wurden in keinem der vier zentralen Aufgabenfelder des KHRG² wesentliche Fortschritte erreicht.

Darüber hinaus wurde infolge fachlich und methodisch unangemessener und nicht zielführender Dokumentationsverfahren bei allen in der Behandlung beteiligten Berufsgruppen Verunsicherung und Widerstand ausgelöst. Ausdruck dessen war zunehmende Kritik – z.T. verbunden mit konkreten Änderungsvorschlägen – von nahezu

¹ DKG und GKV/PKV zusammen mit InEK und DIMDI

²

1. Die Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV - als Startbedingung für die Einführung der Tagesentgelte
2. Die Umstellung von einem krankenhausesbezogenen Pflegesatz für alle stationären Patienten zu landesweiten Tagesentgelten, die den unterschiedlichen Aufwand bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden
3. Die Durchführung von Prüfaufträgen zur Einführung anderer Abrechnungseinheiten (z.B. in Form von Jahresbudgets) und zur Einbeziehung der Institutsambulanzen für eine sektorübergreifende Versorgung
4. Die Durchführung einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung (inkl. Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche und auf Art und Umfang von Leistungsverlagerungen)

sämtlichen Fachverbänden und Bundesarbeitsgemeinschaften, aber auch der Gewerkschaften und des Bundesrats³, allerdings ohne nachhaltige Resonanz bei den verantwortlichen Akteuren. Die notwendigen grundlegenden Kurskorrekturen blieben aus.

Der jetzt vorgelegte Regierungsentwurf geht mit der Verlängerung der budgetneutralen und der Konvergenzphase sowie vor allem mit der Betonung notwendiger Modellerprobungen zur Bearbeitung der Prüfaufträge in Teilbereichen über die Vorarbeiten der Selbstverwaltung hinaus. Es bedarf aber noch weitgehenden Änderungen und Konkretisierungen, wenn die vom Deutschen Bundestag mit dem KHRG formulierten Ziele und Aufträge im Sinne einer bedarfsgerechten und effizienten Krankenhausbehandlung als integrativer Bestandteil der regionalen Versorgung realisiert werden sollen.

Ich sehe in dieser Reform der Krankenhausfinanzierung weiterhin große Chancen, aber auch große Risiken. In dieser Stellungnahme wollen will ich in

- Teil I die Empfehlungen zu – nicht nur aus unserer Sicht - notwendigen Änderungen des Entwurfs und die damit verbundenen Chancen darstellen und dann in
- Teil II die erheblichen Risiken aufzeigen für den Fall, dass diese Änderungen nicht realisiert werden sollten verbunden in
- Teil III mit zwei weiteren mit geringem Aufwand zu realisierenden Empfehlungen zu gesetzlichen Vorgaben für die Verbesserung der Steuerung des Umsetzungsprozesses.

Teil I Erforderliche Änderungen im Psych-EntG-E zur Realisierung der Ziele und Entwicklungschancen des KHRG

Das PsychEntgeltG muss durch klare Vorgaben sicherstellen, dass die vier Aufträge des KHRG an die Selbstverwaltungspartner zielführend umgesetzt werden, damit die im KHRG angestrebte Verbesserung der interdisziplinären Behandlungsqualität, der Effizienz und der Transparenz des Prozesses erreicht werden.

1. Gesetzliche Vorgaben für die zielführende Bearbeitung der vier Aufträge des KHRG durch die Selbstverwaltung

³ s. z.B. in wesentlichen Punkten mit dieser Stellungnahme der APK übereinstimmend:

- Stellungnahme von 13 Verbänden (2.12.2012: Psychiat Prax. 2012; 39: 93–95);
- Gemeinsame Resolution der DKG des VKD und der psychiatrischen und psychosomatischen Verbände (7.3.2012)
- der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (15.3.2012)
- Stellungnahme des Bundesrats Nr.14 (vom 2.3.2012 Drucksache 30/12) mit 14 konkreten Änderungsvorschlägen,

1.1. Erfüllung der Psych-PV als Startbedingung für die Einführung der Tagesentgelte, ergänzt durch eine Mindestpersonalverordnung für die Tagesentgelte.

Die therapeutische Begleitung durch qualifizierte Mitarbeiter mit angemessenen Zeitkontingenten ist der entscheidende Indikator für Strukturqualität. Eine Personalausstattung von mindestens 100% Psych-PV ist die Voraussetzung dafür, dass alle wichtigen Komponenten der Diagnostik und Therapie ebenso wie die altersgruppenspezifischen Betreuungsvoraussetzungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von den zukünftigen Tagesentgelten realisiert werden können.

Seit 1995 wurden die Vorgaben dazu (§ 6 Abs. 4 der BpflV) immer weniger eingehalten, so dass die Personalausstattung Ende 2008 durchschnittlich etwa auf dem Niveau wie 1991 vor der Psych-PV lag, trotz inzwischen erfolgter erheblicher Leistungsverdichtung u.a. durch Verweildauerverkürzung.

Der Gesetzgeber hat deshalb im KHRG festgelegt, dass eine qualitativ und quantitativ adäquate Personalausstattung auf der Grundlage der Psych-PV Voraussetzung für den Start in den Reformprozess ist. Diese Vorgabe ist bislang regional sehr unterschiedlich und allenfalls partiell umgesetzt worden.

Mit der Entwicklung des neuen Entgeltsystems dürfen die seit 1995 zunehmende und entgegen den Vorgaben des KHRG in regional unterschiedlichem Maß fortbestehende finanzielle Erosion der Psych-PV und die entsprechende Minderung der Behandlungsqualität nicht zementiert werden. Denn Leistungsbeschreibung und Kalkulation für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems gehen vom IST-Wert der Personalausstattung aus. Sonst wird der vielfach beschriebene Personalmangel fortgeschrieben und durch die „Tarifschere“ dauerhaft weiter verstärkt.

Die bestehende Benachteiligung schwer psychisch kranker Menschen entgegen ihrem gesetzlichen Anspruch muss beendet werden. In diesem Punkt ist u.E. die politische Verantwortung besonders deutlich.

Empfohlene Änderungen des Regierungsentwurfs⁴:

- Sicherstellung der Anpassung der Personalausstattung in allen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung an die Vorgaben der Psych-PV vor Eintritt in die Konvergenzphase durch verbindliche gesetzliche Vorgaben. Aufhebung der Begrenzung der Nachverhandlungsmöglichkeit auf Optionskrankenhäuser, die eine unvermeidbare Benachteiligung der Patienten (und Mitarbeiter) der Nicht-

⁴ Hier und im Folgenden werden die Änderungsempfehlungen inhaltlich benannt: Zu speziellen Formulierungsvorschläge s. Teil III

- Optionshäuser darstellen würden.⁵ Gesetzliche Meldepflicht bzgl. der Umsetzung für alle Krankenhäuser.⁶
- Sicherstellung der Finanzierung des Personalstandards durch Einführung des Orientierungswerts anstelle der Grundlohnsumenten Anpassung und Streichung der Senkung des Landesbasisentgeltwerts bei Leistungssteigerungen.⁷
 - Bindung der Aufhebung der Psych-PV (Artikel VII) an die vorherige Festlegung einer Mindestpersonalausstattung für die Tagesentgelte durch eine Verordnung spätestens zum Beginn der Konvergenzphase u.a. auf der Grundlage der Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (Änderung der Zeitvorgabe in §137 1d SGB V)⁸

1.2. Die Umstellung von einem krankenhausbefugten Pflegesatz für alle stationären Patienten zu landesweiten Tagesentgelten

Dieser Auftrag ist als wichtiger Fortschritt in Richtung leistungsbezogener Finanzierung zu sehen, ebenso der definitive Ausschluss von Fallpauschalen.

Er bedarf jedoch ergänzender Festlegungen, um einer vermeidbaren Ausweitung vor allem vollstationärer Leistungen zu begegnen. Ein wichtiger Schritt ist die Festlegung von Krankenhäusern mit Pflichtversorgung. Außerdem ist die finanzielle Berücksichtigung der entsprechenden Vorleistungsbedarfe festzulegen.

Die Vorbereitungsarbeiten zur Festlegung der Patientengruppen und zu den Bewertungsrelationen für die Tagesentgelte sind u.E. zu Recht auf vielfache gut begründete Kritik gestoßen.⁹ Der erheblich gestiegene Dokumentationsaufwand für alle

⁵ Z.B. Bindung der Budgetgenehmigung durch die zuständige Landesbehörde an die verbindliche Überprüfung der Erfüllung (vgl. auch GKV-ÄndG 2010).

Die Regelung in § 4 Abs. 10 KHEntgG, die Umsetzung von finanzierten Pflegestellen betreffend, sollte sinngemäß analog auf das finanzierte therapeutische Personal nach § 6 Abs. 4 BPfIV ab 2013 angewendet werden. Wichtige Merkmale dieser Regelung sind die unabhängige Prüfung der Umsetzung und die Rückzahlung der nicht umgesetzten finanzierten Stellen. Dieses Vorgehen hat sich schon bei der Einführung der Psych-PV 1991-1995 sehr bewährt

⁶ Das BMG hat in einer Antwort auf eine Anfrage der SPD-Fraktion 2010 beklagt, dass es keine Information über den Umsetzungsgrad hat, weil der Gesetzgeber keine Meldepflicht festgelegt hat (Drucksache 17/1908)

⁷ Sonst ist der ständige weitere Personalabbau vorprogrammiert. Diese Regelungen treffen die Behandlung psychischer Kranker viel stärker als die Somatik: in der Psychiatrie ca. 80% Personalkosten, das Personal ist das wesentliche „therapeutische Instrument“, es fehlen Rationalisierungsmöglichkeiten durch Verweildauerverkürzung wie bei Fallpauschalen in der Somatik. Die Senkung des Landesbasisfallwerts wäre völlig sachfremd, weil sie Krankenhäuser ohne Leistungsausweitung und ihre Patienten „bestraft“. (Vgl. auch Stellungnahme des Bundesrats)

⁸ Statt 2017 zu diesem Punkt Ende 2015

⁹ Keinesfalls nur aufgrund von Widerstand gegen Veränderungen

Kliniken wird von den meisten Therapeutinnen und Therapeuten weitgehend und inzwischen erwiesenermaßen als unsinnig angesehen.¹⁰

Dennoch wird die vom DIMDI vorgeschriebene Dokumentation fortgesetzt.

Noch immer ist unklar, wie viele „medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen“ ab September 2012 festgelegt werden und mit welchem Aufwand sie dokumentiert werden müssen. Wenn zukünftig ab dem Zeitpunkt, an dem „das System scharf gestellt“ wird, die Krankenkassen die Leistungsdokumentation im Einzelfall prüfen sollten¹¹, dann ist mit einem ins Uferlose eskalierenden „Grabenkrieg“ zwischen Kliniken und Kassen zu rechnen. Dieser dürfte zusätzlichen Personalaufwand zulasten der Patientenversorgung erfordern.

Das angestrebte „lernende System“ hat sich in der gegenwärtigen Form als intransparent und beratungsresistent erwiesen. Der Auftrag des § 17d KHG von einem „praktikablen Differenzierungsgrad“ muss unbedingt durch externe Überprüfung und entsprechende Korrektur sichergestellt werden.

Empfohlene Änderungen des Regierungsentwurfs

- Beauftragung der Partner der Selbstverwaltung mit der Vereinbarung von Abschlägen beim Landesbasisentgeltwert für Krankenhäuser ohne Pflichtversorgung.¹²
- Sicherstellung einer Unterstützung des BMG bei der Überprüfung der Selbstverwaltung (inkl. InEK und DIMDI KHG § 17d Abs.6, 3. - Satz 3) bzgl. der angemessenen gesetzlichen Auftragserfüllung zur Erarbeitung fachlich begründete Beschreibungen und praktikabler Umsetzungsanforderungen für die Tagesentgelte (s.u. Sachverständigenkommission).¹³

¹⁰ Nach Anwendung über Jahre ist immer noch nicht empirisch belegt (vgl. Anspruch: „lernendes System“), welche Teile der Dokumentation denn als „Kostentrenner“ für die Beschreibung von „medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen“ und die Berechnung der entsprechenden Bewertungsrelationen tauglich und „praktikabel“ (17d, Abs.1) sind. Die viel zu weit getriebene Differenzierung der OPS für einen eher geringeren Teilbereich des Leistungsgeschehens in sog. „Therapieeinheiten“ hat keine verwertbaren Ergebnisse erbracht. Darüber hinaus wurden falsche Anreize zuungunsten der Behandlung der schwerkranken und besonders zugewandungsbedürftigen Patienten gesetzt. Eine vorlaufende Erprobung in wenigen Kalkulationskrankenhäusern wäre geboten gewesen.

¹¹ um ein „Upgrading“ zu verhindern

¹² Ergänzend müssen alle Bundesländer in den Krankenhausplänen die Krankenhäuser oder Teilbereiche der Krankenhäuser festlegen die für bestimmte Regionen mit der Pflichtversorgung beauftragt sind

¹³ Unabhängig vom Gesetzgebungsverfahren sollte das BMG die Selbstverwaltungspartner auffordern, die allgemeine Dokumentationspflicht für die Anteile von Daten aufzuheben, für die bisher die Relevanz für die Kalkulation empirisch nicht erwiesen wurde. Künftig sollten nur Daten in die allgemeine Dokumentationspflicht aufgenommen werden, deren „Differenzierungsgrad ...

- Streichung der vorgesehenen „...Regelungen zu Zu- oder Abschlägen, die nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmen sind“ (II.9. betrifft § 9 Abs. 1, Nr. 1 BPfIV)¹⁴

1.3. Durchführung der Prüfaufträge: Modellerprobungen nach § 64 b SGB V

Tagesentgelte stellen Anreize zur Bettenbelegung und deren Ausweitung dar, wenn sie nicht mit Anreizen zu einer Flexibilisierung der Finanzierung - in Richtung personen- und lebensweltbezogener sektorübergreifender Leistungserbringung - verbunden sind.

Ich begrüße ausdrücklich, dass mit dem Psych-EntgeltG-E in § 64 b SGB V neue Formen der Finanzierung und Organisation von effizienter Krankenhausbehandlung wirksamer umgesetzt werden sollen.

Das eröffnet die konkrete Perspektive, dass das lernende System auf der ersten Entwicklungsstufe nicht stehen bleibt, in der ein neues Entgeltsystem auf die überkommene Form der Krankenhausversorgung angewendet wird. Bisher fokussieren Leistungsbeschreibung und Kalkulation nach § 17d KHG auf die stationäre Krankenhausbehandlung und folgen damit den veralteten sektoral geprägten Leistungsformen.

Der Psych-EntgeltG-E greift die konzeptionellen Anstöße und Prüfaufträge im § 17 d (1) KHG auf, nachdem die beauftragten Selbstverwaltungspartner die Zeit seit 2009 dafür nicht genutzt haben. Die ambulante Krankenhausbehandlung soll gestärkt und in das neue Finanzierungssystem einbezogen werden, um mit integrativen Behandlungsprozessen dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten flexibler nachzukommen und ihre Lebenswirklichkeit stärker einzubeziehen. Dies verbessert nach internationalen Erfahrungen die sektorübergreifende Ergebnisqualität und kann oft wirtschaftlicher und nachhaltiger realisiert werden.

Ich begrüße auch die Einbeziehung von psychosomatischen Kliniken in dem § 118 SGB V, wenn die Klinik die regionale Pflichtversorgung in Kooperation mit der psychiatrischen Klinik wahrnimmt und sich an der Erprobung von sektorübergreifenden Ansätzen beteiligt. Damit kann die Kooperation zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Regionen verbessert werden.

praktikabel“ (§17d Abs. 1) ist und deren Tauglichkeit als Kostentrenner für die Kalkulation in Pilotversuchen vorher empirisch belegt wurde. Das global assessment of functioning oder ähnliche international etablierte Maße der Teilhabebeeinträchtigung könnten hier entsprechend erprobt werden.

¹⁴ Einführung von Fallpauschalen „durch die Hintertür“

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine gezielte Steuerung notwendig, damit genügend Modellvorhaben in unterschiedlichen Regionen Deutschlands entstehen werden. Einzelverträge mit einzelnen Kostenträgern sind in der KJP nicht praktikabel. Weil die Versorgungsregionen der pflichtversorgenden KJP im Vergleich zu den Erwachsenenregionen meist sehr viel größer sind und die korrespondierenden Versorgungssysteme in der KJP andere sind (SGB VIII, Schule) ist eine garantierte Mindestanzahl von zu realisierenden Modellen in der KJP im Gesetz vorzuschreiben.

Die Betonung von Modellerprobungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung im regionalen Verbund durch das Psych-EntgeltG-E über den neuen § 64 b SGB ist u.E. aber zu präzisieren, damit die Möglichkeiten einer verstärkt ambulanten, nachhaltigeren und auch wirtschaftlich günstigeren Versorgung ausgeschöpft werden können. Damit ausreichende Anreize für Modellerprobungen gesetzt werden, erscheint ein Bundesmodellprogramm geboten. Die Länder sind für die Umsetzung von großer Relevanz. Sie sind für die Genehmigung der Regel- und der Modellbudgets zuständig und sollten in die Planungen einbezogen werden.¹⁵

Empfohlene Änderungen des Regierungsentwurfs

- Die Bereitschaft von Kliniken und Krankenkassen, Modellvorhaben unter Bezug auf das ganze Budget (§ 18 Abs. 2 KHG) zu vereinbaren, wird unterstützt
 - o In die Begründung des PsychEntgeltG ist aufzunehmen, dass Modellvorhaben „gemeinsam und einheitlich“ abzuschließen sind und dass im Zweifelsfall der bisherige § 64 Abs. 3, Satz 3 maßgeblich ist.¹⁶
- In der Begründung des PsychEntgeltG ist der Zusammenhang mit der Amtlichen Begründung zum § 17d KHG (allgemein und speziell zu Absatz 1) hervorzuheben:
 - o Betonung der Systemrelevanz der Modellvorhaben für das „lernende System“ und speziell für die Prüfaufträge in § 17d
 - o Formulierung der Zielsetzung, dass mindestens 1 Modellvorhaben pro Bundesland - bei größeren Ländern entsprechend mehrere - zustande kommen, und zwar jeweils für die Erwachsenen- aber in hinreichend repräsentativer Zahl auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Psychosomatik.
- Der § 64b SGB V ist um einen Absatz zu erweitern, in dem die das Bundesgesundheitsministerium beauftragt wird, in Abstimmung mit den Bundesländern ein Bundesmodellprogramm auf den Weg zu bringen, damit in einer

¹⁵ Voraussetzung für die Zulassung von psychosomatischen Kliniken zur institutsambulanten Behandlung ist die Abstimmung der psychiatrischen und psychosomatischen Klinik in Bezug auf die regionale Pflichtversorgung. Z. B. hat Baden-Württemberg im Krankenhausplan die psychosomatischen Betten/Plätze nach regionaler und überregionaler Versorgung unterschieden

¹⁶ Information des BMG (Ferdinand Rau in vom 28.02.2012), vgl. auch Stellungnahme des Bundesrats Nr.14 (vom 2.3.2012 Drucksache 30/12)

- ausreichenden Zahl von Regionen sektorübergreifende und flexiblere Finanzierungsmodelle für die Pflichtversorgung erprobt werden, die die Qualität nachhaltig und wirtschaftlich verbessern sollen. Dazu gehören eine systematisierte Begleitforschung zum Vergleich untereinander und mit der Regelversorgung und die Verbindung mit einem niedrighschwelligem dialogischen Verbraucherschutz.
- Festlegung einer Nachweispflicht der Krankenhausträger, dass bei für die Landeskrankenhausplanung beantragten und mit Morbiditätszunahme begründeten Erweiterungen von Betten sämtliche Möglichkeiten ambulanter oder tagesklinischer Behandlung ausgeschöpft sind. Damit soll einer Ausweitung vermeidbarer stationärer Betten und der entsprechenden Finanzierungsaufwendungen vorgebeugt werden.¹⁷

1.4. Begleitforschung

Die bisher stagnierende Vorbereitung der Begleitforschung ist zu beschleunigen und durch Modelle regionaler Begleitforschung zu ergänzen.

Empfohlene Änderungen des Regierungsentwurfs

In § 17 d (8) KHG sind folgende Aufgaben ergänzend aufzuführen:

- Erprobung von Organisationsformen regionaler Begleitforschung zur Evaluation sektorübergreifender personenzentrierter Versorgungsströme in Verbindung mit der Begleitforschung von Modellerprobungen
- die Zusammenarbeit mit der Expertenkommission (s.u.),
- die Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss

II Risiken bei Verabschiedung des Regierungsentwurfs

Mit der Aktion Psychisch Kranke sehe ich mich in der Verantwortung, deutlich zu machen, dass die Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Krankenhausfinanzierung gegenwärtig mit erheblichen Risiken verbunden ist, insbesondere

¹⁷Die gilt auch für beantragte Leistungserweiterungen bei Budgetverhandlungen. Zu prüfende Alternativen sind dabei auch ggfs. von den Krankenkassen angebotene Modellerprobungen nach § 64 b SGB V.

Aus der Umsetzung der sektorübergreifenden Ansätze entsprechend dem Psych-EntgeltG-E folgt für die Länder eine Umstellung ihrer Krankenhausplanung entsprechend dem sektorübergreifenden Ansatz. Zusätzlich beantragte stationäre Kapazitäten werden nur in den Landesplan aufgenommen werden, wenn geprüft wurde, dass die Möglichkeiten von weniger aufwendigen Formen von Krankenhausbehandlung realisiert sind.

für den Fall, dass der Regierungsentwurf weitgehend unverändert verabschiedet werden sollte. Im Vordergrund stehen dabei Risiken der Personalausstattung und der damit verbundenen Versorgungsqualität, Risiken der Kostenentwicklung der Krankenhausversorgung und der Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Die Risiken sollen im Überblick kurz dargestellt werden, weil sich daraus wesentliche Implikationen für die Verantwortung des Gesetzgebers ergeben.

1. Risiken für die Personalausstattung und die Versorgungsqualität

Für den Fall

- einer nur partiellen und uneinheitlichen Umsetzung Psych-PV bis zu ihrer Ausschaltung 2017
- der Aufrechterhaltung der Personalkostenschere und zusätzlicher Senkungen des Landesbasisfallwerts
- erheblicher zusätzlicher Belastung durch erhebliche Dokumentations- und Kontrollarbeiten.

wird sich die Behandlung vor allem der schwer erkrankten Patienten dauerhaft weiter verschlechtern, mit gravierenden Folgen: Sicherheitsprobleme, Ausweichen in Hochdosierung und Zwangsmaßnahmen, Drehtürpsychiatrie, Chronifizierung und zunehmende Belastung der Angehörigen, zunehmende Stigmatisierung. Vor allem auf den Akutstationen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie würden Überforderung und Demotivierung der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen weiter zunehmen.

Diese Folgen werden potenziert, wenn es ab der Konvergenzphase keinen gesetzlich geregelten und gesichert finanzierten Mindestpersonalstandard geben sollte, bzw. wenn ein solcher nicht transparent und wirksam überprüft wird. Es bestünden dann Anreize zu weiterem Personalabbau für

- die Krankenkassen über Senkungen des Landesbasisentgeltwerts
- die Krankenhausträger über Quersubventionierung, Investitionsfinanzierung und Gewinnmitnahme.

2. Risiken für die Kostenentwicklung der Krankenhausversorgung

Ein Entgeltsystem, das bis 2021 auf die bedarfsgerechtere und transparentere Finanzierung ausschließlich der stationären Krankenhausbehandlung ausgerichtet bliebe, würde weiterhin nur Anreize zur stationären Behandlung von Patienten bieten.

Die Möglichkeit, durch Überbelegung und investive Neuschaffung von Stationen in diesem Bereich notfalls über Schiedsstellen oder über Rechtsstreit die Kostenausweitung zu erzwingen, wurde bisher nicht begrenzt. Da es im Regierungsentwurf bisher keine finanziellen Anreize für regionale Pflichtversorgung gibt, werden gewinnorientierte Anbieter vor allem für Patienten mit geringeren sozialen Anpassungsstörungen verstärkt in den Markt

drängen, während Krankenhausträger mit Pflichtversorgung aufgrund des „Sinkflugs“ und des Aufnahmedrucks finanziell in Bedrängnis kommen.

Im Ergebnis

- werden die Kosten für psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatische Krankenhausbehandlung durch Zunahme der Bettenzahl weiterhin stärker steigen, als dies bei besserer Finanzierung von Alternativen notwendig wäre.
- wird es keine Mittel zur Deckung zunehmender morbiditätsbedingter Bedarfe geben (z.B. aufgrund der demografischen Entwicklung oder ambulanter Unterversorgung).
- sind erhebliche Folgekosten in anderen Leistungsbereichen zu erwarten, vor allem in der Eingliederungshilfe, bei den Teilhabeleistungen für Erwerbsgeminderte und in der Pflege.

3. Risiken für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems

Die Weiterentwicklung des Versorgungssystems zu mehr ambulanter, personenzentrierter und besser vernetzter Behandlung wird höchst wahrscheinlich ausbleiben oder erheblich verzögert, weil die Implementation von Erprobungsmodellen nach §64b SGB V nur vereinzelt erfolgt da

- die Krankenkassen über den Personalabbau Einsparpotentiale sehen, die Krankenhäuser über Bettenausweitungen und Personalabbau Gewinnmöglichkeiten anstreben,
- es dementsgegen für die lokalen Akteure an finanziellen Anreize und Planungssicherheit fehlt,
- eine bundesweit abgestimmte Begleitforschung zum Vergleich mit der Regelversorgung nicht in Sicht ist.

Vereinzelte Modellerprobungen werden aber auf die Veränderung der Regelversorgung praktisch keinen Einfluss haben.

Teil III Abschließende Empfehlungen zur Verbesserung der Prozesssteuerung bei der Umsetzung des Psych-EntgeltG

Unabhängig davon, wie viele und welche der oben angeführten Änderungen am Regierungsentwurf der Gesetzgeber beschließen wird, halte ich auf dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags seit 2009 zur Verbesserung von effizienter Steuerung, Transparenz und Akzeptanz im „lernenden System“ zwei leicht zu implementierende qualitätsverbessernde und effizienzsteigernde Ergänzungen des Gesetzestextes für dringend geboten.

- **Zwischenbilanz vor der Konvergenzphase für den Gesetzgeber**

Im Psych-EntgeltG wird der Auftrag eingefügt¹⁸, vor Beginn der Konvergenzphase dem Gesetzgeber eine Zwischenbilanz vorzulegen darüber, ob die essentiellen Voraussetzungen für die Konvergenzphase erreicht sind, insbesondere

- die Sicherstellung der Personalausstattung und deren dauerhafte Finanzierung
- bedarfsgerechte Tagesentgelte und deren praktikable Umsetzung
- eine hinreichende Zahl und Verteilung von Modellerprobungen mit Umsetzungsperspektiven in die Regelversorgung im Rahmen eines Bundesmodellprogramms

mit dem Ziel zu prüfen, ob gesetzliche Anpassungen erforderlich sind.¹⁹

Für die Zwischenbilanz sind nicht nur die Stellungnahmen der zuständigen Selbstverwaltungspartner einzuholen, sondern auch eine Zwischenbilanz der Begleitforschung nach § 17d Absatz 8, sowie das Votum der begleitenden unabhängigen Sachverständigenkommission.

- **Unabhängige Expertenkommission**

Ich empfehle, eine unabhängige Expertenkommission zur begleitenden Auswertung und Beratung der Planung und der Umsetzung des Psych-Entgelt-Gesetzes zu berufen.²⁰ Die Experten sollten persönlich berufen werden unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Zusammensetzung mit Einbeziehung von Vertretern der Betroffenen und Angehörigen und mit Berücksichtigung von internationaler Kompetenz.²¹

¹⁸Empfehlung: Streichung: §17 d KHG (6) 3. Satz 3. Einfügung: §17 d KHG (6) 3 Satz 3:

„Das Bundesministerium für Gesundheit beruft eine unabhängige Sachverständigenkommission zur begleitenden Auswertung und Beratung der Selbstverwaltung, des DRG-Institut und des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Planung und der Umsetzung des Entgeltsystems. Die Zwischenergebnisse werden veröffentlicht.“

¹⁹ Dabei sind die spezifischen Interessen von Kindern und Jugendlichen adäquat zu berücksichtigen.

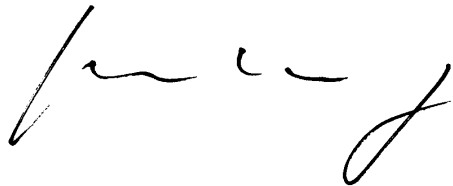
²⁰ Empfehlung:

Nach Absatz (1) in Artikel 8 Inkrafttreten wird Absatz 1a eingefügt:

„Über die Umsetzung ab 1.1.2017 entscheidet der Deutsch Bundestag bis zum 10.6. 2016. Dazu legt das Gesundheitsministerium nach Vorlage durch die unabhängige Sachverständigenkommission bis zum 31.12.2015 einen Zwischenbericht vor mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Vorgaben.“

²¹ Gute Erfahrungen wurden mit dem Beirat des BMG gemacht, der die Entwicklung und Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs begleitet, und zwar in beiden Richtungen: regelmäßige Information und Diskussion über den Fortgang für die Sachverständigen, sowie Empfehlungen aus der Praxis an das BMG und die Selbstverwaltungspartner. Zum Beirat wurden berufen Fachleute, Interessenvertreter von Leistungserbringern und Leistungsträgern, Repräsentanten der Länder und Kommunen sowie Vertretern der Betroffenen und der Angehörigen.

Die Verbindung dieser beiden Maßnahmen würde den Gesetzgeber besser in die Lage versetzen, in seiner besonderen Verantwortung für schwer psychisch kranke Menschen die Weiterentwicklung des Versorgungsystems im Sinne eines „lernenden Systems“ zeitgerecht und nachhaltig zu steuern.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kruckenberg', written in a cursive style.

Prof. Dr. med . Peter Kruckenberg