

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

An die Vorsitzende des Ausschusses für
Gesundheit des Deutschen Bundestages
Dr. Carola Reimann
SPD Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk@psychiatrie.de
apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(22)
gel. VB zur öAnhörung am 23.3.
12_PsychEntgelt
19.04.2012

12.04.2012

Stellungnahme der AKTION PSYCHISCH KRANKE für den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Regierungsentwurf des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgeltG)

1. Strukturqualität Personalausstattung

Die Zeit von Therapeuten für Patienten und Angehörige ist das wichtigste Medium für die Behandlung der Psych-Kliniken, und der Personalkostenanteil - besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - ist deutlich höher als in den DRG-Kliniken.

Zu berücksichtigen ist, dass die psychiatrischen Kliniken seit 1991 eine erhebliche *Leistungsverdichtung* erfahren haben ohne entsprechende Anpassung der Minutenwerte nach oben (vgl. Evaluation der Psych-PV durch die APK im Auftrag des BMG, 2007, S. 54-55 & S. 76-77)

- 1. Zu Art. 1.3.a.bb (§ 17d (2) Satz 6) Regionale Pflichtversorgung:** Im Gesetz sollte die Vereinbarung eines Abschlags festgeschrieben werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.

Vorstand:

Peter Weiß, MdB, Vorsitzender, Berlin
Prof. Dr. Heinrich Kunze, stellv. Vorsitzender, Kassel
Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Ratingen
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Hamburg †

Dr. Martina Bunge, MdB, Berlin
Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm
Prof. Dr. Andreas Heinz, Berlin
Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin
Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen
Dr. Erwin Lotter, MdB, Berlin

Matthias Rosemann, Berlin
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald
Dr. Marlies Volkmer, MdB, Berlin
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Begründung: Entsprechend der Psych-PV ist dies seit 1991 die Regel (§ 3, Absatz1, Nr. 2.), die sich bewährt hat. Für die Ausnahmen sind Abschlüsse vorzusehen.

2. **Art. 2, 5. Zu § 3 (1) E** - ändern mit dem Ziel, dass alle Kliniken bis zum Budgetjahr 2016 das Psych-PV-Personal nach § 6 Abs. 4 BPfIV in der am 31.12.2012 geltenden Fassung verhandeln können, vgl. auch GKV-ÄndG 2010 zu diesem §.
3. **Wir empfehlen eine Regelung für das Ziel „externe Kontrolle“ der realisierten Personalstellen** nach dem Vorbild von § 4 Abs. 10 KHEntgG, die Umsetzung von finanzierten Pflegestellen betreffend. Die Vorgabe „sicher zu stellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird“ (BPfIV Abs. 1, Satz 4, 4.) ist bisher nicht überprüft worden.
 - Die vorgeschlagene Regelung sollte 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 bewährt: Psych-PV § 10, Abs. 4, war aber befristet nur bis 1995.
 - Ergänzend: Bindung der Budgetgenehmigung durch die zuständige Landesbehörde an die verbindliche Überprüfung der Vorgabe (BPfIV § 6 Abs. 1, Satz 4, 4.).
4. **Zu § 137 Abs. 1d-E SGB V in IV.5. Ergänzung:** „Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Grundlage für eine Mindestpersonalverordnung, die das Bundesgesundheitsministerium für die Tagesentgelte erlässt.“

Die in 3. vorgeschlagene Regelung muss auch dann weiter gelten, wenn das Finanzvolumen dieser Personalstellen in den Landesbasisentgeltwert eingerechnet ist.

5. Im Zusammenhang mit diesem Vorschlag ist auch der folgende Vorschlag zu rechtfertigen:
Zu Art. 2, 11. Zu § 10 (2) 3.-E & (4)-E schlagen wir die **vollständige Gegenfinanzierung** vor:
 - von *Tarifsteigerungen* (in der budgetneutralen Phase und dann über den Basisentgeltwert des Landes)
 - von *mehr behandelten Patienten/Versicherten* (nicht nur die variablen Kosten)
 - und die *Streichung der Senkung des Landesbasisentgeltwertes bei Leistungssteigerungen* (bewirkt „Sippenhaft“ für Kliniken mit konstantem Leistungsvolumen)

Begründung: Die Entwicklung des neuen Entgeltsystems geht vom IST aus. Deshalb muss während der *Entwicklung* die Personalausstattung gemäß Psych-PV erfüllt sein, damit das ganze Behandlungsspektrum und nicht nur Krisen- und Grundversorgung bei Personalmangel in die Leistungsbeschreibung und die Kalkulation eingehen.

Diese Startbedingung muss auch zum Beginn der *Konvergenzphase* erfüllt sein, wenn die leistungsgerechtere Verteilung des IST Budgetvolumens beginnt.

6. **Ergänzung - Mehr Zeit für Patienten durch Reduzierung des Aufwandes für Bürokratie und für systeminduziertes Misstrauen**
Vorschlag:
 - (a) Die Politik veranlasst das InEK, seine Daten offen zu legen zu der Frage: Für welche Daten konnte eine ausreichende Relevanz für die Kalkulation empirisch *nicht* erwiesen werden?
 - (b) die Politik veranlasst, dass ggf. die Dokumentationspflicht für die Daten ohne Relevanz für die Kalkulation aufgehoben wird.

(c) die Politik veranlasst, dass *künftig* nur Daten in die allgemeine Dokumentationspflicht aufgenommen werden, deren „Differenzierungsgrad ... praktikabel“ (§17d Abs. 1) ist und deren Tauglichkeit als Kostentrenner für die Kalkulation in Pilotversuchen vorher empirisch geprüft wurde.

Begründung: Die seit 2010 viel zu weit getriebene Differenzierung der OPS wird vom therapeutischen Personal in den Kliniken weitgehend als unsinnig erlebt. Insbesondere die „Therapieeinheiten“ im 25-Minuten-Takt setzen falsche Anreize zuungunsten der schwerkranken und besonders zuwendungsbedürftigen Patienten. Wenn die Krankenkassen zukünftig anfangen, die Leistungsdokumentation zu prüfen, weil „das System scharf gestellt“ wird, dann ist systembedingt ein ins uferlose eskalierender „Grabenkrieg“ zwischen Kliniken und Kassen zu erwarten.

Eine *allgemeine* Dokumentationspflicht auf Vorrat, weil Daten für die Kalkulation nützlich sein könnten, ist nicht zu verantworten, weil sie zu Lasten der Zeit für Patienten geht.

2. Stärkung sektorübergreifender Ansätze durch Erleichterung von Modellvorhaben

Die Bereitschaft von Kliniken und Krankenkassen, Modellvorhaben (II.2.7.) unter Bezug auf das ganze Budget (§ 18 Abs. 2 KHG) zu vereinbaren, soll gestärkt werden. Über die § 17d Zuständigkeit hinaus gehende Modellvorhaben nach § 64b-E SGB V sind möglich und erwünscht.

Vorschlag: Die Begründung geht ausführlicher auf die Absicht des Gesetzgebers ein.

Sie stellt den Bezug zur entsprechenden Perspektive in der Amtlichen Begründung zum § 17d (Einleitung allgemein und zu Absatz 1) her - siehe auch die zwei Prüfaufträge.

- Die Systemrelevanz der Modellvorhaben für das Ziel „Sektorübergreifende Versorgung“ stärken, wird hervorgehoben. Für das „lernende System“ sind die Behandlungsprozesse entsprechend weiter zu entwickeln, die „medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen“ mit „Differenzierungsgrad ... praktikabel“ zu beschreiben und deren tagesbezogene Bewertungsrelationen zu kalkulieren.
- Deshalb ist es notwendig, dass mindestens 1 Modellvorhaben pro Bundesland, bei größeren Ländern entsprechend mehrere, zustande kommen, und zwar jeweils für die Erwachsenen- und auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Psychosomatik.
- Wichtig ist die aktive Mitgestaltung der Länder aus ihrer Verantwortung für Krankenhausplanung und die Genehmigung der Budgets, auch der Modellvorhaben.
Durch die Modellvorhaben nach § 64b-E wird die Zuständigkeit der Länder für Krankenhausplanung und die Genehmigung der Budgets „sektorübergreifend“ erweitert.
- Das gilt auch in Bezug auf psychosomatische Kliniken. Denn Voraussetzung für die Zulassung von psychosomatischen Kliniken zur institutsambulanten Behandlung ist die Abstimmung der psychiatrischen und der 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).
- Die Länder und die Krankenkassen können aus den Modellvorhaben Erkenntnisse für ihre „sektorübergreifende“ Krankenhausplanung sowie die „sektorübergreifenden“ Budgetabschlüsse erhalten.
Zusätzlich beantragte stationäre Kapazitäten werden nur in den Landesplan aufgenommen, wenn vom Land und den Krankenkassen geprüft wurde, dass die Möglichkeiten von weniger aufwendigen Formen von Krankenhausbehandlung realisiert sind.

Hinweis: der § 64b ist im Zusammenhang mit den bisherigen Modell-§§ 63-65 SGB V zu sehen. Soweit die Spezialvorschrift im neuen § 64b nicht greift, gelten die übrigen Modell-§§. Für das Ziel, Modellvorhaben „gemeinsam und einheitlich“ abzuschließen, ist der bisherige § 64 Abs. 3, Satz 3 maßgeblich. (Darauf hat Herr Rau in einer Mail vom 28.02.2012 hingewiesen.)

3. Zwischenbilanz und Beirat/Sachverständigenkommission

3.1 Zwischenbilanz für den Gesetzgeber vor Eintritt in die Konvergenzphase

Begründung: Zur Zeit der Beratung und des Beschlusses zum Psych-EntgeltG-E sind so viele wichtige Punkte der Entwicklung und Einführung des neuen Psych-Entgelts noch offen und mit Risiken behaftet, dass ein „Fahrplan“ bis Ende 2021 nicht ohne Zwischenbilanz beschlossen werden darf, um vor der Konvergenzphase ggf. notwendige gesetzliche Anpassungen im „lernenden System“ vornehmen zu können.

3.2 Berufung eines(r) unabhängigen Beirats/Sachverständigenkommission

Begründung: Die bisherige Entwicklung des neuen Entgeltsystems und z. B. der APK-Workshop 07/2011 haben erwiesen, dass eine begleitende Beratung des Prozesses viele Mißverständnisse, Sorgen und Umwege reduzieren könnte. Dazu empfehlen wir einerseits Informationen aus erster Hand von den Akteuren nach § 17d an Vertreter von Leistungserbringern und Leistungsträgern, Fachgesellschaften, der Betroffenen und Angehörigen, Repräsentanten der Länder und Kommunen, und andererseits Beratung und Empfehlungen aus diesen unterschiedlichen Erfahrungen in der Praxis.