

Öffentliche Anhörung Gesundheitsausschuss des Bundestages zum PsychEntgG am 23.04.2012

Stellungnahme Roman Ernst, MDK Hessen

Die Stellungnahme beruht auf Erfahrungen, die der MDK Hessen in den letzten 15 Jahren bei der Überprüfung der Umsetzung der PsychPV gemacht. In Hessen werden im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen jährlich alle 40 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend § 4 Abs. 4 PsychPV evaluiert. Die Ergebnisse werden in Gutachten je Krankenhaus dargestellt und im Rahmen von Budgetverhandlungen mit der Klinik erörtert.

Wir teilen die Ziele des Gesetzes:

- Leistungstransparenz soll in der Vergütung zum Ausdruck kommen, die Vergütung soll leistungsbezogen sein. Mit den tagesgleichen Pflegesätzen war das bisher nicht der Fall.
- Es soll Vergütungsgerechtigkeit hergestellt werden. Bisher finden sich unterschiedliche Pflegesätze bei vergleichbarer Leistungsstruktur.

Der Gesetzentwurf berücksichtigt nicht nur reine Aspekte eines Vergütungssystems, sondern auch die Qualität der Behandlung (durch den Auftrag an den G-BA) und die Weiterentwicklung insbesondere leistungssektorenübergreifender Versorgungsstrukturen (Modellvorhaben nach § 64 b SGB V).

Der Weg dahin ist im Gesetzentwurf als lernender Prozess beschrieben. Zum Beispiel soll es bis 2017 eine leistungsbezogene Budgetermittlung wie bisher geben bei gleichzeitigem Testen eines neuen Refinanzierungssystems.

Dies ist insgesamt zu begrüßen, ebenso wie der baldige Start in ein neues System.

Bei der Ausgestaltung des Prozesses erscheinen uns 3 Aspekte besonders wichtig:

1. Bei der Wahl des Vergütungssystems (Preis-/ Mengensystem oder Budgetsystem) hat sich der Gesetzgeber zunächst für das Mengensystem entschieden. Wir geben zu bedenken, dass damit die Fehlanreize des bisherigen Vergütungssystems weiterbestehen. Dies ist in einem Budgetsystem, insbesondere in einem leistungssektorenübergreifenden System, nicht der Fall. Auch hier sollten ergebnisoffene Lernprozesse möglich sein, die kontinuierlich in das lernende System einfließen (und nicht erst in 10 Jahren).

(Selbst für das DRG-System der Somatik wird vom RWI zur Mengenbegrenzung u.a. vorgeschlagen: „Dazu ist das derzeitige DRG-System mit seinen Anreizen zur Leistungsausweitung so anzupassen, dass Anreize zur Leistungsvermeidung entstehen. Dies ist vermutlich nur über ein sektorübergreifendes Vergütungssystem möglich.“ Krankenhaus Rating Report 2011, Executive Summary, Heft 67, Seite 14)

2. Es gibt, im übrigen schon deutlich länger als in der Somatik, einen Leistungsbezug in der Psychiatrie, nämlich im Rahmen der Budgetermittlung. Die PsychPV definiert seit 20 Jahren den Personalbedarf in Abhängigkeit von empirisch ermitteltem Behandlungsbedarf. Leider kam bzw. kommt dieser Leistungsbezug in der Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze nicht mehr zur Geltung. Das bedeutet aber nicht, dass man die PsychPV abschaffen muss – diese kann aus unserer Sicht auch der Ausgangspunkt für eine transparente und gerechte Vergütung durch tagesbezogene Pauschalen sein.

3. Aus unserer Sicht sind Standards der Personalbemessung in der Psychiatrie im Interesse der Patienten erforderlich (hier ist auch das Thema Quersubventionierung angesiedelt). Dies ist unter anderem deshalb der Fall, weil Qualität in der Psychiatrie sich nicht allein im Wettbewerb verschiedener Leistungsanbieter um den Patienten darstellt. Durch ihren regionalen Bezug bei der Wahrnehmung zugewiesener hoheitlicher Aufgaben (Behandlung des Patienten auch gegen seinen Willen bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung) haben psychiatrische Einrichtungen ein Quasi-Monopol, ein Alleinstellungsmerkmal für diese Region. Dies zeigt sich empirisch auch darin, dass rund 85 – 95% der Patienten einer Klinik aus dem der Klinik zugewiesenen Pflichtversorgungsgebiet stammen (das gilt zumindest in Hessen auch für Ballungszentren). Hier ist auch weiterhin der Gesetzgeber gefordert (wie es auch der G-BA in seiner schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung bzgl. Personalanhaltszahlen zum Ausdruck bringt). Es kann aus unserer Sicht also nicht darum gehen, die PsychPV abzuschaffen, sondern weiterzuentwickeln. Ähnlich wie bei der Entwicklung der PsychPV halten wir hier eine Expertenkommission für sinnvoll. Zur Erinnerung: die Einführung der PsychPV vor 20 Jahren gewährleistete die Entwicklung weg von der Verwahrpsychiatrie hin zu einer Behandlungspsychiatrie. Enthospitalisierung wurde ermöglicht. Mit den in der PsychPV verankerten Vorgaben, Normen und Standards als Rahmen hat sich die stationäre Psychiatrie kontinuierlich entwickelt. Vielfach werden heute indikationsbezogene, differenzierte Behandlungsprogramme für die verschiedenen Krankheitsbilder angeboten. Es ist aus unserer Sicht darauf zu achten, dass in der Behandlung Psychisch Kranker Erreichtes nicht aufs Spiel gesetzt wird. Diese Gefahr besteht, wenn der Fokus einseitig auf dem Vergütungssystem liegt und die Versorgungsstruktur ausgeblendet wird.

R.Ernst
Diplom-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut

MDK Hessen
Geschäftsbereich Krankenhaus
Team Psychiatrie-Consulting
Email Roman.Ernst@t-online.de