

# Schriftliche sachverständige Stellungnahme zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 7. Mai 2014

*Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer*

Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit im Klinikum Ingolstadt  
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)  
Krumenauerstrasse 25  
85049 Ingolstadt  
thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de

28. April 2014

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0023(3) gel. ESV zur öAnhörung am 07.05. 14_PEPP 28.04.2014</p>
---

## Einleitung

Der Deutsche Bundestag hat 2009 in §17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt, dass ein neues „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen einzuführen sei. Dieses Vergütungssystem soll das bisher gültige System krankenhausesindividuell verhandelter tagesgleicher Pflegesätze ablösen, welches in einigen Punkten von allen wesentlichen Beteiligten übereinstimmend als nicht mehr sachgerecht und zeitgemäß angesehen wird.

Es ist deshalb aus fachlicher Sicht zunächst festzustellen, dass ein langfristiges Festhalten am alten System nicht wünschenswert und aus medizinischer Sicht auch nicht sinnvoll ist. Allerdings ist die verbindliche Einführung eines neuen Systems erst dann fachlich zu befürworten und politisch zu verantworten, wenn die notwendigen Grundvoraussetzungen geschaffen sind und ein Entwicklungsstand erreicht ist, der garantiert, dass eine flächendeckende Einführung mehr nutzt als schadet.

Dies ist aufgrund erheblicher Mängel des bisherigen Entwicklungsprozesses derzeit nicht der Fall und wird auch zum Zeitpunkt der aktuell gesetzlich vorgesehen verbindlichen Einführung am 1.1.2015 nicht der Fall sein. Allerdings würde eine Verschiebung der verbindlichen Einführung auf den 1.1.2017 und entsprechend der weiteren Entwicklungsschritte, also der budgetneutralen- und der Konvergenzphase, welche dann 2023 abgeschlossen wäre, ausreichend Zeit zur Verfügung stellen, um die Mängel zu beheben, sodass mit einem zusätzlichen Zeitaufwand von nur zwei Jahren ein funktionsfähiges neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen entwickelt werden könnte.

Im Folgenden sollen zunächst die Mängel des Systems kurz skizziert werden, die einer verbindlichen Einführung zum 1.1.2015 entgegenstehen, und dann soll dargelegt werden, welche Maßnahmen geeignet sind, diese Mängel zu beseitigen.

## Mängel des bisherigen Entwicklungsprozesses

Die Fachgesellschaften und Fachverbände der Medizin, Pflege und Krankenhausverwaltung, die Träger psychiatrischer Krankenhäuser, die Bundesärztekammer, Angehörigen und Betroffenenverbände<sup>1</sup> haben seit Veröffentlichung des Referentenentwurfs des Psychiatrie-Entgeltgesetzes im Herbst 2011 immer wieder in verschiedenster Form einzeln und in gemeinsamen Stellungnahmen auf gravierende Mängel des Entwicklungsprozesses hingewiesen, zuletzt im sog. „Gemeinsamen Standpunkt“ im Sommer 2013<sup>2</sup>. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde diese Kritik ernst genommen, also mehr als zwei Jahre nach Entwurf des Psychiatrie-Entgeltgesetzes, nach der Einführung des ersten Entgeltkataloges per Ersatzvornahme durch das damals FDP-geführte Bundesgesundheitsministerium trotz aller fachlicher Einwände und öffentlicher Proteste und nach Abschluss der Entwicklungsarbeiten am zweiten Entgeltkatalog, der sich vom ersten in keiner Hinsicht substantiell unterschied.

Die Mängel in der Systementwicklung lassen sich gruppieren in solche, die die Schaffung notwendiger Grundvoraussetzungen betreffen, solche die sich auf den ordnungspolitischen Rahmen beziehen und schließlich in die Mängel des konkreten Entgeltkataloges in seiner derzeitigen bzw. in seiner für 2015 geplanten Form.

### 1. Mängel bezüglich der Grundvoraussetzungen zur Einführung des Systems

- a. Nach der Einführung der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) zu Beginn der 1990 Jahre kam es schleichend zu einer Abnahme der tatsächlichen Personalstärken auf im Mittel weit unter 90%. Zu Beginn des aktuellen Entwicklungsprozesses wurde eine 100%ige Erfüllung der PsychPV als Voraussetzung definiert, aber bisher nicht flächendeckend und in nachvollziehbarer Weise umgesetzt. Hinzu kommt, dass der zusätzliche administrative Aufwand durch das neue System, geschätzt zwischen 5 und 10% der personellen Ressourcen in den Kliniken bindet. Deshalb ist davon auszugehen, dass aktuell patientenbezogen die PsychPV Erfüllung höchstens auf dem Niveau vor Beginn des Entwicklungsprozesses liegt, wahrscheinlich aber deutlich darunter. Damit sind die personellen Voraussetzungen zum verbindlichen Einstieg in das System nicht gegeben. Dabei ist noch nicht einmal der medizinische Fortschritt seit Einführung der PsychPV berücksichtigt, der insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung enorm, aber eben auch mit einem immensen personellen Aufwand verbunden ist.
- b. §17d KHG verlangt die Durchführung einer Begleitforschung zur Einführung des Systems und die Veröffentlichung erster Ergebnisse im Jahre 2014. Aktuell hat die Begleitforschung noch nicht einmal begonnen. Der Beginn der Begleitforschung vor der verbindlichen Einführung des Systems ist nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern auch aus fachlicher Sicht zwingend

---

<sup>1</sup> Ein Betroffenenverband, Pandora e.V. in Nürnberg, hat eine Petition beim Petitionsausschuss des Bundestages zur Verschiebung der verbindlichen Einführung des Systems eingereicht, die insgesamt 43.000 Unterstützer fand und voraussichtlich im Juni 2014 öffentlich verhandelt wird.

<sup>2</sup> <http://www.bdk-deutschland.de/images/files/aktuelles/entgeltssystem/2013-08-28-gemeinsamer-standpunkt-zum-neuen-entgeltssystem.pdf>

notwendig, denn durch das neue System induzierte unerwünschte Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft können nur beurteilt werden, wenn es Daten zur Ausgangslage gibt.

## 2. *Mängel bezüglich des ordnungspolitischen Rahmens und seiner Umsetzung*

- a. Das Psychiatrieentgeltgesetz von 2012 bestimmt den ordnungspolitischen Rahmen zur Berechnung von Landesbudgets als Basis für einen jeweiligen Landesbasisentgeltwert. Hierbei hat der Gesetzgeber weitgehend die Regelungen aus dem somatischen Bereich auf die Psychiatrie übertragen, weshalb spätestens in der Konvergenzphase die tagesbezogene Vergütung sinken wird. Dies geschieht im Sinne einer sogenannten doppelten Degression einerseits durch eine Senkung des Landesbasisentgeltwertes bei steigender Inanspruchnahme und Erkrankungsschwere, und andererseits durch eine zusätzliche Absenkung der Mehrleistungsvergütung vor Ort in den Krankenhäusern. Diese aus dem DRG System übernommenen Mechanismen werden selbst in der somatischen Medizin mittlerweile als höchst problematisch beurteilt und in Frage gestellt, weil sie Mengenausweitungen im Sinne sog. „Hamsterradeffekte“ begünstigen. Diese Effekte würden sich im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik besonders gravierend auswirken, weil alle verfügbaren Indikatoren auf eine weitere Zunahme der Inanspruchnahme von Leistungen hindeuten und zudem in diesem Bereich keinerlei technische Rationalisierungspotentiale vorhanden sind. Ergebnis wäre zwingend eine drastische Reduktion der Personalstärken in den Kliniken, die vor allem das Pflegepersonal und psychologische Mitarbeiter betreffen würde.
- b. Im Psychiatrieentgeltgesetz ist festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als Ersatz für die PsychPV Empfehlungen für die Personalausstattungen psychiatrischer Kliniken entwickelt. Zwar hat der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vor einiger Zeit eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema eingesetzt, diese hat ihre Arbeit aber noch nicht einmal aufgenommen. Es ist nahezu ausgeschlossen, dass entsprechende Empfehlungen, die die ordnungspolitische Funktion der PsychPV ersetzen könnten, bis Ende 2016 entwickelt sein werden und zusätzlich ist noch völlig unklar, wie die Finanzierung dieser Standards gesichert werden soll.
- c. Der ordnungspolitische Rahmen sieht auch vor, dass pro Bundesland zumindest ein Modellprojekt etabliert werden soll, welches parallel zur Entwicklung des Regelsystems andere Vergütungsformen, wie zum Beispiel Regionalbudgets erprobt. Auch hier hinken die Umsetzung und die notwendige Begleitforschung dem Zeitplan weit hinterher, weshalb substantielle Erkenntnisse aus Modellprojekten, die dann wiederum modifizierenden Einfluss auf das Regelsystem nehmen können, in den nächsten 2 Jahren nicht vorliegen werden.

- d. Eines der wesentlichen Ergebnisse der Psychiatriereform im 20. Jahrhundert war die Entwicklung einer regionalen Pflichtversorgung, deren zentrales Anliegen die wohnortnahe Akutversorgung aller psychisch Kranken ist. Notwendig war hierzu eine Dezentralisierung der Versorgung mit der Schaffung kleiner Behandlungseinheiten, häufig an somatischen Krankenhäusern. Dieser Prozess war erfolgreich und ist weit fortgeschritten, hat aber sicherlich selbst heute noch nicht in ganz Deutschland das notwendige Maß erreicht hat. Ziel eines neuen Entgeltsystems muss es deshalb auch sein, diese Versorgungsform zu fördern. Hierzu müsste der ordnungspolitische Rahmen Bestimmungen enthalten, die die weitere Existenz oder sogar die Neugründung wohnortnaher relativ kleiner Behandlungseinheiten fördert, aber das Gegenteil ist der Fall. Die dem Vergütungssystem der somatischen Medizin entnommenen Regelungen fördern die möglichst kostengünstige zentralisierte Erbringung von Leistungen und behindern damit bereits existierende und zukünftige dezentrale Lösungen.

### *3. Mängel bezüglich der Entwicklung des Entgeltkataloges*

- a. 2010 wurden die Krankenhäuser verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) strukturierte Informationen über die Behandlung ihrer Patienten zu liefern. Gleichzeitig wurde damit begonnen sog. Kalkulationskrankenhäuser anzuwerben, die zusätzlich Kostendaten beisteuern. Das erste ganze Jahr, für welches diese Daten vorlagen und damit eine Entgeltkatalog-Kalkulation ermöglichten, war das Jahr 2011. Dieser Datensatz war naturgemäß aber lückenhaft und von beschränkter Qualität. Um dem gesetzlichen Zeitrahmen für die Katalogentwicklung zu entsprechen, musste das InEK dennoch eine Kalkulation vornehmen. Es wurde zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbart einen dem DRG System sehr ähnlichen Ansatz zu wählen, nämlich primär diagnosebezogene Fallkosten zur Basis der Kalkulation zu machen und sekundär dann tagesbezogene Entgelte zu generieren, die im Verlauf der Behandlung fallgruppenabhängig in unterschiedlicher Stärke im Sinne einer Degression abnehmen. Diese Kalkulationssystematik führt sekundär zwar zu Tagesentgelten, diese stehen aber in keinem Bezug zum tatsächlich tagesbezogenen Aufwand, der im Laufe einer Behandlung enorm und unsystematisch schwanken kann und keinesfalls, wie die degressiven Entgelte vortäuschen, kontinuierlich sinkt. Deshalb ist dieser Ansatz nicht sachgerecht, entspricht nicht den Vorgaben des §17d KHG und führt letztlich ganz ähnlich wie das DRG basierte Fallpauschalensystem unabhängig von den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls zu Anreizen in Richtung einer Verweildauerverkürzung, was insbesondere Kinder und Jugendliche, sowie schwer und chronisch Kranke benachteiligt. Deshalb hat schon der erste PEPP Katalog für 2013 massive Proteste ausgelöst, wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht konsentiert, aber schließlich vom Bundesminister für Gesundheit per Rechtsverordnung durchgesetzt.

- b. Der aktuelle PEPP Katalog 2014 entspricht in seiner Systematik vollkommen dem ersten und auch im Detail sind die Unterschiede aus klinischer Perspektive marginal. Die Selbstverwaltungspartner haben, um einen erneuten Dissens zu vermeiden, diesen Katalog Ende 2013 zusammen mit einer Vereinbarung konsentiert, in welcher das InEK beauftragt wurde - angeregt durch Vorschläge aus den Fachverbänden - nach Methoden zu suchen, tatsächlich tagesbezogene Kostenkomponenten zu identifizieren und in das System zu implementieren. Entsprechende Bemühungen des InEK haben, allerdings unter Beibehaltung der nicht sachgerechten diagnose- und fallbezogenen Grundstruktur, zu Vorschlägen geführt, die die Degression der Tagesentgelte abmildern und tagesbezogene Zusatzkomponenten der Vergütung ermöglichen. Ein auf diesen Modifikationen basierender Katalog liegt bisher nicht vor. Es steht zwar zu erwarten, dass dieser neue Katalog einige Detailmängel beseitigen wird, er bleibt aber der falschen Grundsystematik verhaftet.
- c. Fallbezogene berechnete Tagesentgelte behindern die Entwicklung setting-übergreifender Behandlungskonzepte durch das Krankenhaus. Hierzu zählen nicht nur komplexe neue Methoden wie das home-treatment, sondern alle individuell dosierten ambulanten Behandlungsangebote, die stationäre Behandlungen vermeiden, verkürzen oder sogar ersetzen können.
- d. Unabhängig von der konkreten Methodik der Kalkulation von Tagesentgelten berücksichtigt der aktuelle Ansatz nicht die spezifisch für die wohnortnahe regionale Pflichtversorgung notwendigen Finanzmittel. Diese sind aber, sowohl im Sinne personeller Vorhaltekosten (z.B. Nacht- und Bereitschaftsdienste), als auch im Sinne von regionalen Vernetzungskosten erheblich.

### **Maßnahmen, die geeignet sind, die Mängel des Systems zu beseitigen**

Ein Teil der eben dargestellten Mängel muss vor einer verbindlichen Einführung des Systems behoben werden. Hierzu gehört insbesondere die Entwicklung eines weitgehend fehlanreizfreien Entgeltkatalogs, dessen Fall- und Diagnosebezug möglichst umfassend durch einen primären Tagesbezug ersetzt ist. Hierzu gehört ferner die Einbeziehung der Kosten der wohnortnahen regionalen Pflichtversorgung sowohl auf der Ebene des ordnungspolitischen Rahmens, als auch hinsichtlich der Kalkulation der Tagesentgelte. Ferner ist vor der verbindlichen Einführung des Entgeltsystems unbedingt die Begleitforschung zu beginnen und es sollten eine möglichst große Zahl von Modellprojekten initiiert sein, die später Impulse für die weitere Entwicklung geben können. Schließlich müssen vor einer verbindlichen Einführung des Systems die personellen Grundvoraussetzungen tatsächlich geschaffen und zumindest Grundzüge von Empfehlungen des G-BA erkennbar sein, die die PsychPV ersetzen können.

Zu diesem Zweck muss der gesamte Entwicklungsprozess um mindestens 2 Jahre prolongiert, also die verbindliche Einführung des Systems auf 2017 und die Außerkraftsetzung der PsychPV und den Beginn der Konvergenzphase auf 2019 verlegt werden.

Diese Verschiebung ist notwendig, weil der immer wieder vorgebrachte Hinweis nicht verfängt, es handle sich um ein lernendes System, welches umso effektiver lerne, je schneller es eingeführt wird. Ein System dessen Rahmenbedingungen stimmen, wenn es eingeführt wird, lernt das Richtige, eines, dessen Rahmenbedingungen falsch sind, lernt das Falsche. Insbesondere die verpflichtende Einführung eines solchen Systems für alle Krankenhäuser kann ohne die richtigen Rahmenbedingungen nicht funktionieren, weil ab diesem Zeitpunkt – wie das DRG System zeigt – das System weniger von der Realität lernt, als die Realität vom System. Während die wesentlichen der genannten Modifikationen in den zusätzlichen Optionsjahren 2015 und 2016 umgesetzt werden können, werden andere erst in der sich daran anschließenden budgetneutralen Phase zu erreichen sein, insbesondere solche, die den ordnungspolitischen Rahmen betreffen.

Auch mit einer Verlängerung der Systementwicklungszeit bis 2023 bleibt das Unterfangen ein neues, weltweit einmaliges spezifisches Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln ein sehr ehrgeiziges Projekt. Dieses Projekt bedarf in hohem Maße der Abstimmung unter den Selbstverwaltungspartnern. Es bedarf aber auch immer wieder zielgerichteter politischer Einflussnahme und einer engen Tuchfühlung mit den Betroffenen und fachlichen Experten. Deshalb empfiehlt es sich dringend, umgehend einen Entwicklungsbeirat beim Bundesministerium für Gesundheit zu etablieren, der als Diskussionsforum und Thinktank dient und der Politik sowie den Selbstverwaltungspartnern beratend zur Seite steht.

Ingolstadt, am 28. April 2014

Prof. Dr. Thomas Pollmächer