

Fachhochschule der Diakonie gem. GmbH
Postfach 130228 • 33545 Bielefeld

An den Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0023(8)
gel. ESV zur öAnhörung am 07.05.
14_PEPP
29.04.2014

Lehrstuhl
Psychiatrische Pflege

Michael Löhr M.A.
Grete-Reich-Weg 9
33617 Bielefeld

Tel. 0521 144 - 2749
Fax 0521 144 - 3032

Mail michael.loehr@fhdd.de

28.04.2014

**BETREFF: Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Ausschuß für
Gesundheit am 7. Mai 2014**

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf den folgenden Seiten finden Sie die schriftliche Stellungnahme im Kontext der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 7. Mai 2014. Die Stellungnahme ist in enger Abstimmung mit den psychiatrischen Pflegeverbänden, der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK; www.bflk.de), der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP; www.dfpp.de), der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP; www.bapp.de), der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter Pflege- und Erziehungsdienst kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (BAG; www.bag-ped.de), des Arbeitskreis Pflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP; <http://www.dgsp-ev.de>) und der beiden Lehrstühle für Psychiatrische Pflege (www.fhdd.de) entstanden

Mit freundlichem Gruß

Michael Löhr

Eckpunkte der Stellungnahme:

- 1.) Im Kontext der psychiatrischen Krankenhausversorgung sollten keine Entgelte ohne definierte Strukturqualität entwickelt werden. Dies kann zu ökonomischen Fehlanreizen führen. Die Strukturqualität sollte sich an leitliniengerechter Behandlung orientieren.
- 2.) Überprüfte, 100%ige Umsetzung der Psych-PV in allen Fachkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrien um einen äquivalenten Einstieg in die Konvergenz zu ermöglichen.
- 3.) Leistung sollte unter Berücksichtigung von Evidenz und Ergebnisqualität und nicht ausschließlich aus Leistungsgesichtspunkten dokumentiert und finanziert werden (z.B. Therapieeinheiten bei Menschen mit Demenz).
- 4.) Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre um eine Neuausrichtung der PEPP zu ermöglichen.
- 5.) Schaffung von Erlösneutralität innerhalb der budgetneutralen Phase.
- 6.) Berufung einer Expertenkommission (inkl. Vertretern der Psychiatrischen Pflege) durch die Bundesregierung, zur neutralen Begleitung des Entgeltentwicklungsprozesses.

Kommentierungen der Eckpunkte

Zu den Eckpunkt 1. und 2.

- a. Im Kontext der psychiatrischen Krankenhausversorgung sollten keine Entgelte ohne definierte Strukturqualität entwickelt werden. Dies kann zu ökonomischen Fehlanreizen führen. Die Strukturqualität sollte sich an leitliniengerechter Behandlung orientieren.
- b. Überprüfte, 100%ige Umsetzung der Psych-PV in allen Fachkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrien um einen äquivalenten Einstieg in die Konvergenz zu ermöglichen.

Stellensituation in den Psychiatrischen Krankenhäusern

Lernend aus dem Wegfall der PPR (Personalbedarfsberechnung der Somatik) Mitte der der 1990er Jahre und der Einführung der G-DRG – mit dem ebenfalls ein Pflegepersonalabbau verbunden war – soll auf die IST-Situation und die möglichen Effekte nach Wegfall der Psych-PV im Psychiatrischen Krankenhaus hingewiesen werden. Die Ausführungen beruhen auf der Annahme, dass das PEPP System in der heutigen oder leicht veränderten Form eingeführt würde. Im Folgenden nutze ich Passagen der Stellungnahme vom 9. Juli 2013 der DFPP und BFLK *„Patientenversorgung in Gefahr – Neues Entgeltsystem ohne Personalbemessung, Verbände fordern eine Gewährleistung von Strukturqualität in der Psychiatrie nach Wegfall der Psych-PV“* in der die Ausgangslage gut beschrieben ist.

Die seit dem 09.11.1990 gültige Psychiatrie-Personalverordnung wird Stand heute, ab dem 01.01.2017 ungültig. Damit wird auch die normative Funktion der Psych-PV zur Personalbemessung für das nach BPfIV abzuschließende Budget abgelöst durch das neue PEPP (Pauschalisiertes Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik) ersetzt. Die Psych-PV gab über die neunziger Jahren hinaus, für die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote unverzichtbare Impulse. V.a. aber ermöglichte sie den Kliniken durch die Vorhaltung von qualitativen und quantitativen Personalressourcen unternehmerische Sicherheit und sie versuchte eine stabile Strukturqualität herzustellen. Sie hat für alle Berufsgruppen schweregradabhängige, aufgabenbezogenen Personalstellen ausgewiesen und für überschaubare Stationsgrößen mit 18 Plätzen der Psychiatrische Pflege gesonderte Stellen zugewiesen. Ab 2017 soll das im stationären Sektor vorhandene Geld „leistungsgerechter und transparenter“ verteilt werden, aber ohne jegliche Norm für die notwendigen Leistungen und das notwendige Geld. Und im aktuellen PEPP-Katalog ist nicht erkennbar, dass der individuelle Versorgungsbedarf angemessen abgebildet wird (vgl. Gemeinsamer Standpunkt zur Kalkulationssystematik des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik vom 11.06.13

[<http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/gemeinsamer-1.html>]). Gemäß Psych-Entgeltgesetz ist der G-BA mit der Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beauftragt; der G-BA hat diese Aufgabe an das AQA-Institut delegiert. Von dort ist jetzt zu hören, dass zum einen 2017 noch nicht mit Qualitätsvorgaben zu rechnen ist. Somit ist künftig die erforderliche Strukturqualität – insbesondere im personellen Bereich – nicht mehr gewährleistet.

Durch die fehlende Steuerungsfunktion der Psych-PV läge die interne Budget- bzw. Stellenverteilung dann ausschließlich bei der Geschäftsführung bzw. der Betriebsleitung. Verstärkt durch ver-

sorgungspolitisch nicht vertretbare Fehlanreize des neuen Entgeltsystems und einen „systembedingten Misstrauensaufwand“ wird die Allokationendiskussion innerhalb der Klinik noch mal verstärkt. Denn spätestens mit Beginn der Konvergenzphase werden die pauschalisierten Entgelte und die Unterfinanzierung der Kostensteigerungen im Landesbasisentgeltwert einen starken Anreiz zum Personalabbau bewirken sowie große Stationen mit 30 – 40 Plätzen ökonomisch wieder attraktiver machen (Stellungnahme der DFPP und BFLK vom 9.7.2013 [<http://www.dfpp.de/index.php/aktuelles/115-gemeinsame-stellungnahme-von-dfpp-und-bflk>]).

Was führt zu diesen Annahmen?

Um die möglichen Effekte des PEPP Systems auf die Versorgung der Patienten in der Psychiatrie abschätzen zu können muss zu allererst die IST-Situation betrachtet werden.

Eine gute Versorgung im stationären akutpsychiatrischen Setting hängt von der Qualität und Quantität der Personalausstattung ab. Eine Versorgung im Kontext der Psychiatrie ist in hohem Maße personalintensiv. Zudem sind die Aufgaben differenzierter und komplexer geworden. Spezifische Therapieverfahren werden heute durch unterschiedliche Berufsgruppen im Team getragen. Jedoch haben sich die Strukturen in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich geändert. Betten wurden abgebaut, die Verweildauer verkürzt und die Fallzahl ist gestiegen.

Leistungsverdichtung in psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Kliniken 1991 und 2004 (nach Aktion Psychisch Kranke 2007, nach Kunze/Schmidt-Michel 2007)

	1991 = 100%		2004: Veränderung in %	
	Psychiatrie	Somatik	Psychiatrie	Somatik
Fallzahl	396.131	14.180.482	+ 80%	+ 13,5%
Verweildauer in Tagen	66.5	12.5	- 63%	- 36,0%
Berechnungstage	26.361.050	177.842.479	- 33%	- 27,4%
Betten (aufgestellt)	84.048	581.517	- 37%	- 17,7%

Tab. 1 Leistungsverdichtung in psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Kliniken 1991 und 2004 (nach Aktion Psychisch Kranke 2007⁵, nach Kunze/Schmidt-Michel 2007⁶).

Tabelle 1

(Löhr, Schulz, & Kunze 2014 in press)

Diese Situation wird umrahmt durch weitere gesellschaftliche Phänomene. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise der demographische Wandel und der heute schon spürbare Fachkräftemangel im Bereich der Pflege zu nennen. Bis zum Jahr 2025 werden in Deutschland ca. 6 Millionen Menschen mehr in den Ruhestand gehen, als junge Menschen in den Arbeitsmarkt folgen. Die Evidenz in der psychiatrischen Pflege ist durch weltweit entstehende Forschungsarbeiten in den letzten Jahre stark gestiegen. Durch die Einrichtung erster Studiengänge in diesem Feld in Deutschland und der Schweiz z.B. an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld oder der Fachhochschule Bern ist ein Anschluss an die internationalen Erkenntnisse möglich geworden.

So stehen schon heute viele wissenschaftlich evaluierte Interventionen zur Verfügung, die Pflegenden in ihrer Arbeit nutzen können. Dazu gehören z.B. psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen. Um diese Interventionen nutzen zu können, benötigt es fachlich qualifiziertes und in ausreichender Anzahl vorhandenes Personal. Nur so können neben der beruflichen Selbstverpflichtung auch gesetzliche Rahmen umgesetzt werden. So z. B. SGB V § 135a (Verpflichtung zur Qualitätssicherung). Hier wird explizit darauf hingewiesen, dass „Die Leistungserbringer [...] zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet [sic: sind]. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Wenngleich die Psychiatrie von der Einführung der DRG in der Somatik verschont geblieben ist, so befindet sich die Fachdisziplin in der Einführungsphase eines pauschalierten Entgeltsystems. Zwar handelt es sich um Tagespauschalen, die zurzeit eine degressive Wirkung, über Vergütungsstufen, mit sich bringen. Durch die eingebaute Degression gibt es Anreize zur frühen Entlassung, die mit rigiden Wiederaufnahmeregelungen reduziert werden sollen. Jedoch ist anzunehmen, dass in der Vorbereitung auf das neue Pauschalisierte Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) Einschnitte im Personal bei den Konvergenzverlieren zu erwarten sind und ein Gewinndelta bei den Konvergenzgewinnern, dass nicht zwangsläufig in die Umsetzung von mehr Personal fließen muss (Konsequenz: Personalabbau bei Konvergenzverlieren und –gewinnern). Dies könnte zu einem dramatischen Abbau der Stellen in der stationären Krankenhauspsychiatrie führen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die beiden Berufsgruppen, deren besondere Stellung im psychiatrischen Krankenhaus (größte Berufsgruppen Pflege und Ärzte) eindeutig sind, sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht entwickelt haben. Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie werden Einschnitte im Erlösbereich erwartet. Leistungserstellung im psychiatrischen Kontext ist immer mit hoher Personalbindung assoziiert.

Allgemeine Entwicklung im ärztlichen Dienst und Pflegedienst ind deutschen Kliniken.

Bevor wir die Situation in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern analysieren, werden wir einen kurzen Blick auf die allgemeine Situation der Entwicklung von Belastung und Anzahl der Stelle im ärztlichen Dienst und Pflegedienst werfen.

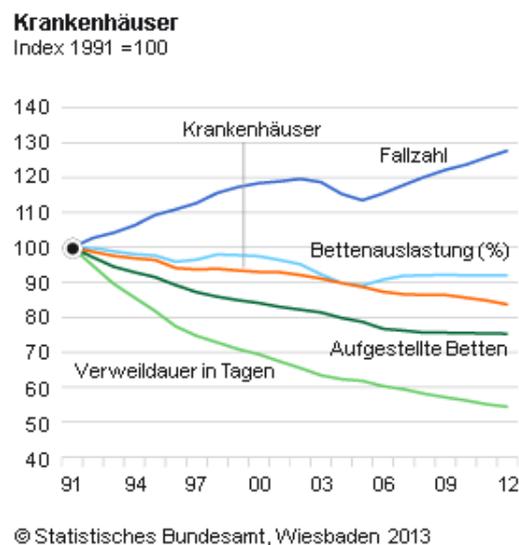


Abbildung 1
(Statistisches Bundesamt, 2013)

In der Abbildung 1 wird deutlich, dass es bezogen auf alle Krankenhäuser (auch Somatik) einen deutlichen relativen Anstieg der Fallzahl gegeben hat. Im Jahr 2012 wurden fast 30% mehr Fälle in ca. der Hälfte der Zeit behandelt, wie es 1991 der Fall war. Diese Situation kann als deutliche Leistungsverdichtung gewertet werden. Bei der gezeigten Leistungsverdichtung, kam es im gleichen Zeitraum zu einer heterogenen Entwicklung der Personalstellen im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Betrachten wir die Vollkräfte im ärztlichen Dienst so können wir festhalten, dass es

in den Jahren 1991-2012 einen Zuwachs von ca. **150%** der Stellen gegeben hat. Die Stellen im nicht ärztlichen Dienst, die alle weiteren Berufsgruppen umfassen, konnten bei gleicher Leistungsverdichtung keinen Zuwachs um Basisjahr 1991 erzielen. Es wurde anders als im ärztlichen Dienst, im Bereich der Vollkräfteäquivalenz im nichtärztlichen Dienst über **10 %** der Stellen von 1991 – 2012 abgebaut. Vergleicht man die Entwicklungen miteinander so liegt eine Spannweite von über **160%** in der Entwicklung dieser beiden Cluster.

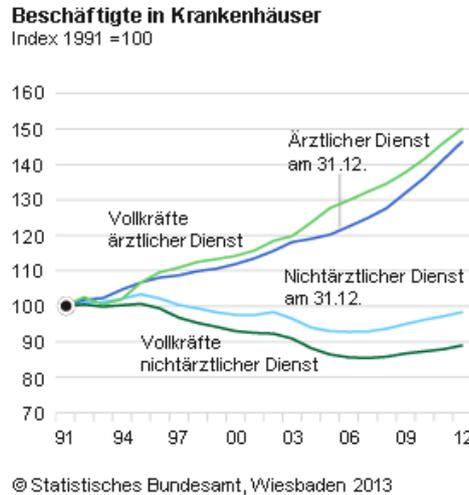


Abbildung 2
(Statistisches Bundesamt, 2013)

Um eine erste Differenzierung vorzunehmen, ist im folgenden die Entwicklung der Pflegestellen allgemein, mit denen der Psychiatrie (Fachkrankenhäuser + Abteilungspsychiatrien) dargestellt. In Abbildung 3 (**CAVE!** X-Achse chronologisch von links nach rechts) werden einige Effekte, die Einfluss auf die Stellenentwicklung der letzten Jahre hatten, erkennbar.

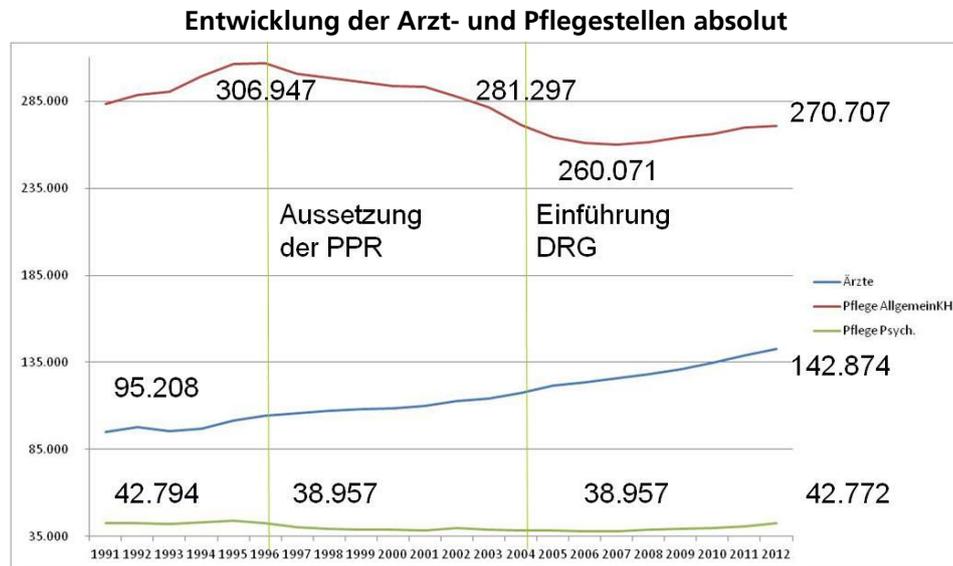


Abbildung 1
(Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2014; eigene Berechnung)

Die erste Markierung auf der X –Achse, 1996, determiniert die Aussetzung der Pflegepersonalbedarfsberechnung (PPR) im Krankenhaus. Die Aussetzung hatte zur Folge, dass eine erste Welle des Stellenabbaus stattfand. Dieser Trend hat sich bis zur Einführung der German Diagnose Related Groups (G-DRG) mit einem kontinuierlich Abbau angehalten. Mit der Vorbereitung auf die Einführung der G-DRG ist ein steilerer Stellenabbau ab dem Jahr 2002 zu erkennen. Dieser wird erst im Jahr 2008 wieder abgefangen. Bis 2012 sind wurden wieder ca. 10.000 Stellen wieder aufgebaut.

Entwicklung der Personalstellen in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Entwicklung in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Für diese Institutionen liegen die Daten explizit beim statistischen Bundesamt vor. Für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern können keine Aussagen gemacht werden, da diese Daten nicht explizit durch das Statistische Bundesamt erhoben werden. Im Folgenden fokussiere ich auf das Basisjahr 1998. Diese Entscheidung war notwendig, da nicht alle Analysen des statistischen Bundesamtes bis 1991 zurück reichen. Ab 1998 liegen alle relevanten Daten vor. Bei der Analyse der Daten muss berücksichtigt werden, dass die Zählweise des statistischen Bundesamtes sich in den Jahren 1998 bis 2012 zweimal geändert hat. Die Änderungen beziehen sich einmal auf die Jahre 2002 – 2004. Hier wurden neben den neurologischen Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern auch die eigenständigen neurologischen Kliniken mitgezählt. Ab 2005 entspricht die Zählweise wieder der vor 2002. Eine weitere Änderung wurde im Jahr 2012 eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt werden auch die geriatrischen Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern mitgezählt.

Es wird deutlich (vgl. Abbildung 3), dass die Stellen im Pflegedienst kaum Entwicklungen bis zum Jahr 2008 durchlaufen haben. Im Jahr 2009 gab es eine ca. 6% Steigerung zum Vorjahr. Dies entspricht einem Anstieg von 1.755 Stellen. Auch in den Jahren 2010 (ca. 3%; 1.002 Stellen) und 2011(ca. 3%, 884 Stellen) sind Anstiege zu erkennen. Bemerkenswert ist, dass im Jahr 2012 eine Reduktion der Stellen von ca. -1% (-248 Stellen) stattgefunden hat, obwohl die geriatrischen Betten in der Zählweise hinzugekommen sind. So waren im Jahr 1998 insgesamt 29.155 Pflegendende und 4.418 Ärzte in psychiatrischen Fachkrankenhäusern beschäftigt.

Relative Veränderung der Personalstellen (Pflege/Ärzte) in Vollkräften zum Basisjahr 1998 (Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen, geriatrischen (ab 2012) Betten)

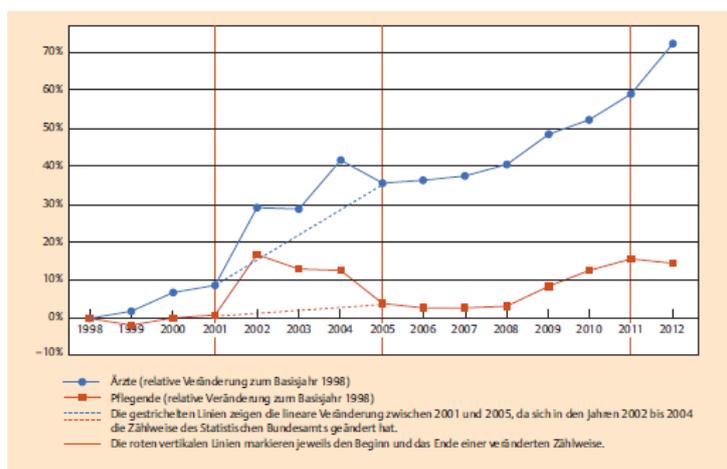


Abbildung 4
(Löhr, Schulz, & Kunze 2014 in press)

Unter Berücksichtigung, dass sich die Zählweise zwischen 2002 und 2004 geändert hat, gab es von 2001 zu 2005 einen Zuwachs im ärztlichen Dienst von 24,7 Prozent. Berücksichtigt man die relative Veränderung von 2011 zum Basisjahr 1998 so kommt man zum Ergebnis, dass der Pflegedienst einen Zuwachs von **15%** und der ärztliche Dienst von **59%** realisieren konnte. Der Anstieg der VK-Stellen im Pflegedienst (ab 2009) kann im Zusammenhang mit der Änderung der Bundespflegesatzverordnung stehen. Hier wurde den Kliniken die Möglichkeit eingeräumt, auf 90% bzw. 100% Psych-PV nachzuverhandeln. Wie viel Kliniken davon Gebrauch gemacht haben bleibt ein gut gehütetes Betriebsgeheimnis der Kliniken (Löhr, Schulz, & Kunze 2014 in press).

Betrachtung der Arbeitsbelastung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten die Belastungsveränderung zu messen. Im Folgenden wird die Belastung anhand der Relation Fallzahl / VK dargestellt. Diese Relation wird zur Belastung 1998 ins Verhältnis gesetzt. In Abbildung 5 wird gezeigt, dass einerseits die Fallzahl in psychiatrischen Fachkrankenhäusern von 1998 (360.014) zu 2011 (559.833) gestiegen ist. Dies ist ein relativer Anstieg um 55,5%. Andererseits ist abzulesen, dass die Belastung im Pflegedienst im Bezug zu 1998 kontinuierlich bis 2008 gestiegen ist. Lag die Belastung im Jahr 1998 noch bei 12,35 Fällen pro VK Pflege so steigerte sich diese, bis 2008, auf 17,56 Fälle pro VK Pflege. Dies ist ein relativer Anstieg der Belastung, Fälle pro VK Pflege, um 42%. Von 2008 bis 2011 konnte die Belastung tendenziell reduziert werden. So waren es 2011 noch 16,66 Fälle pro VK Pflege. Im Vergleich zu 1998 ist dies eine **Mehrbelastung von 35% pro VK Pflege**. Im ärztlichen Dienst konnte im gleichen Zeitraum die Belastung reduziert werden. So lag die Belastung im ärztlichen Dienst im Jahr 1998 bei 81,49 Fällen pro VK Arzt. Bis 2008 steigerte sich die Belastung um 2% auf 84,96 Fälle pro Arzt. Von 2008 bis 2011 konnte die Belastung auch im ärztlichen Dienst tendenziell reduziert werden. So waren es 2011 noch 79,49 Fälle pro VK Arzt. Im Vergleich zu 1998 ist dies eine **Belastungsreduzierung um -2% pro VK Arzt**.

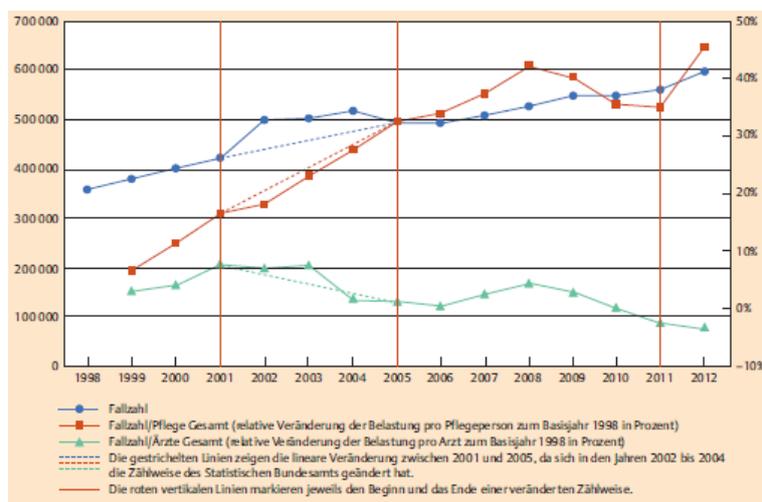


Abbildung 5
(Löhr, Schulz, & Kunze 2014 in press)

Die Entlastung im ärztlichen Dienst kann durch das EuGH-Urteil von September 2003 begründet werden. Allerdings gab es eine Übergangsfrist für die Kliniken zur Umsetzung bis Ende 2005. Vor

diesem Hintergrund müsste in den Jahren ab 2006 ein sprunghafter Abfall mit anschließendem Plateau der Belastung im ärztlichen Dienst zu finden sein. Dies ist nicht der Fall. Der Trend im ärztlichen Dienst ist bezogen auf das gewählte Basisjahr, mit geringen Schwankungen, negativ (Löhr, Schulz, & Kunze 2014 in press).

Differenter Einsatz von Fachexpertise

Bildung hilft bei einer besseren Patientenversorgung. Die staatlich anerkannte Fachweiterbildung für Psychiatrie war ein qualitativer Zugewinn, der mit der Psychiatrie Enquete in Deutschland verwirklicht wurde. Das Bildungsniveau der Pflege in der Psychiatrie hat bis heute kein flächendeckendes akademisches Niveau. Die akademische Ausbildung psychiatrisch Pflegenden ist international anerkannt und etabliert und wird in Zukunft auch in Deutschland der Goldstandard sein. Jedoch sollte zurzeit die Fachpflegeweiterbildung das Niveau sein, das flächendeckend in den Kliniken vorhanden ist. Die Fachpflegeausbildung kann durch examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende, sowie Gesundheits- und Kinderrankenpflegende und Altenpflegende absolviert werden. Die Fachpflegenden werden erst seit dem Jahr 2003 vom statistischen Bundesamt erfasst. In den Jahren 2002 – 2011 konnte ein leichter Anstieg an Fachpflegenden in psychiatrischen Fachkrankenhäusern um **9%** registriert werden. Bemerkenswert ist, dass alle Fachkrankenhäuser die Fachpflegende einsetzten von 53% 2002 auf **47%** im Jahr 2011 zurückgegangen sind. Die Fachkraftquote in der Medizin (Oberärzte) konnte im gleichen Zeitraum fast verdoppelt (**85%**) werden. Hier ist eine **100%tige** Deckung in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern zu finden (Statistisches Bundesamt, 2014).

Bei der vorhandenen Heterogenität in der Personalausstattung, ist nicht davon auszugehen, dass die Kliniken und Abteilungspsychiatrien mit vergleichbaren Bedingungen in die Konvergenzphase gehen. Hier ist ein Angleich auf die Vorgabe von 100% Psych-PV Umsetzung erforderlich. Im Besonderen gilt dies für die Kalkulationshäuser, da ohne eine 100%tige Psych-PV Auslastung von unterfinanzierten PEPPs auszugehen ist. „Mit der Psych-PV geht eine Richtlinie zur Stellenbesetzung in psychiatrischen Kliniken verloren, die zwar keine Leistungsgerechtigkeit herstellen konnte, jedoch einen uferlosen Abbau der Stellen im Pflegedienst verhindern konnte. Diesen haben wir allerdings in der Somatik zu verzeichnen, nach dem Wegfall der Personalbedarfsberechnung (PPR) und der Einführung der DRGs. Diese Effekte sind damit zu begründen, dass keine gesetzlichen Grundlagen zur Mindestpersonalbemessung mehr vorhanden sind. Vor dem skizzierten Hintergrund und den analysierten Daten ist zurzeit Vorsicht geboten. Schon heute werden von vielen Ökonomen drastische Sparszenarien skizziert. **Wenn kein Personalbemessungsinstrument mehr vorhanden ist, scheint die Gefahr eines weiteren ökonomischen Anreizes zum Personalabbau vorhanden zu sein.**“ (Löhr, Schulz, & Kunze 2014 in press) Es muss eine Personalfinanzierung gewährleistet werden, die eine leitliniengerechte Behandlung möglich macht.

Zu Eckpunkt 3.

Leistung sollte unter Berücksichtigung von Evidenz und Ergebnisqualität und nicht ausschließlich aus Leistungsgesichtspunkten dokumentiert und finanziert werden (z.B. Therapieeinheiten bei Menschen mit Demenz)

Mit den bisherigen Routinedaten (nach § 301 SGB V), die zu Abrechnungszwecken an die Krankenkassen übermittelt wurden, konnten nur sehr bedingt Fragen zum quantitativen Ausmaß des therapeutischen Leistungsgeschehens in der stationären psychiatrischen Versorgung beantwortet werden. Dies änderte sich, als der OPS-Katalog gemäß dem Auftrag des Gesetzgebers zur Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems im teilstationären und stationären Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik erweitert wurde (§ 17d KHG). Da bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems weder auf internationale Erfahrungswerte noch auf entsprechende nationale Sekundärdaten zurückgegriffen werden konnte (InEK, 2013), musste ein empirisches System entwickelt werden, das die Anforderungen des Gesetzestextes (§ 17d KHG Abs. 1) umsetzt. Der Auftrag für die Kalkulation des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten wurde dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erteilt.

Mit der Entscheidung, das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie zu etablieren, wurden die psychiatrischen Operationen- und Prozedurenschlüssel – OPS-Kodes der Gruppen 9-60...9-64 Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen sowie 9-65...9-69 Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – eingeführt (DIMDI, 2010; DIMDI, 2011). Diese OPS-Kodes haben innerhalb der Kalkulation der neuen Entgelte den Zweck, psychiatrische Leistungen zu erfassen und diese durch die dabei dokumentierte Personalbindungszeit ökonomisch zu bewerten (Löhr et al., 2010). Für die Kalkulation der Psych-Entgelte ist zusätzlich die sogenannte Residualgröße von Bedeutung. Das Residuum beschreibt den Rest an Leistung (Kosten), der nicht in Form von Therapieeinheiten und weiteren Dokumentationen über die Kalkulationshäuser den Patienten direkt zugeordnet werden kann. Das Residuum (ca. 70 % der Kosten) ist allerdings vom Umfang größer als die durch operationalisierte Therapieeinheiten (TE) zugeordneten Kosten (ca. 30 %) (Hauth, 2010; Löhr, 2010; Belling, 2011). Die TE wurde als explizierbare Leistung definiert, wobei jede vollendete 25-Minuten-Therapiezeit als eine Therapieeinheit (ohne Dokumentationszeit) gewertet wird. Die unter TE gefassten Leistungen, die im OPS-Katalog nur sehr undifferenziert beschrieben sind, sollen sich von sogenannten Grund- oder Basisleistungen abheben. So dürfen z. B. Leistungen wie nicht aufwendige Erstdiagnostik, Visiten und Grundpflegeleistungen (z. B. reinigende Waschungen) nicht als TE dokumentiert werden. Die TE ist grundsätzlich eine Leistung an und mit dem Patienten. Eine Ausnahme stellen die Leistungen dar, die im Rahmen von Angehörigengesprächen sowie Gesprächen mit gesetzlichen Betreuern und Behörden stattfinden. Dieser Aspekt ist in der Behandlung von dementiell erkrankten Menschen besonders wichtig.

Der Arzt ordnet die Patienten einem dem jeweiligen Fall entsprechenden OPS-Behandlungstypus (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, psychotherapeutische Komplexbehandlung oder psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)) zu. Die Zuordnung obliegt definierten Kriterien, die im OPS-Katalog zu finden sind (DIMDI, 2013). Die Einstufung kann sich während des stationären Aufenthaltes mehrfach ändern. Die erbrachten Behandlungsleistungen werden dann als TE dem entsprechenden Behandlungstypus zugewiesen.

Die TEs sind nicht inhaltlich geprägt, sondern fokussieren vielmehr den ökonomischen Aufwand (Löhr et al., 2010). Leistungen von Berufsangehörigen in Ausbildung können nicht als solche dokumentiert werden, da diese Berufsgruppen eine unterhalb der entsprechenden Durchschnittseinkommen ausgebildeter Fachkräfte liegende Ausbildungs- oder Praktikantenvergütung erhalten, die nicht dem zu erwartenden ökonomischen Gegenwert einer nach Tarif angestellten Fachperson entspricht.

Die durch die unterschiedlichen Berufsgruppen erbrachten TEs sind in abgeschlossenen 25-Minuten-Blöcken zu dokumentieren. So entspricht 1 TE Therapiegesprächen oder anderen im OPS-Katalog definierten Leistungen, die 25 bis 49 Minuten dauern. Als Beispiel sei hier das psychotherapeutische Einzelgespräch genannt. Sollte der Psychotherapeut ein Gespräch von 50 Minuten mit dem Patienten führen, so handelt es sich um 2 Therapieeinheiten (= 2 x 25 Minuten). Wenn das Gespräch oder die Leistung 70 Minuten dauert, sind ebenfalls 2 TEs zu dokumentieren. Die nächste TE würde ab 75 Minuten ausgelöst. Minutenleistungen dürfen nur en bloc gewertet werden. Eine Aufteilung wie beispielsweise 10 Minuten morgens und 15 Minuten abends ist nicht zulässig. Als Beispiel aus der psychiatrischen Pflege kann das Bezugspflegegespräch dienen, das bei einer Dauer von 25 bis 49 Minuten ebenfalls mit 1 TE gewertet wird. Gerade im Bereich der Gerontopsychiatrie und speziell bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen stellen Therapieeinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten eine extreme Leistungsanforderung dar, die krankheitsbedingt häufig gar nicht zu erfüllen ist.

Neben der TE als Einzeltherapie werden auch Gruppentherapien in einem definierten Verhältnis gezählt. Die Wertung der Therapieeinheiten hängt dabei von dem Verhältnis Anzahl Patienten zu Behandlern ab. Je mehr Patienten an den Gruppen teilnehmen, umso geringer wird die Wertigkeit im Sinne der zählbaren TE. Die Relation nimmt linear ab.

Hier stellt sich die Frage, ob die TE im Sinne des OPS-Katalogs ein geeignetes Maß ist, um Aufschlüsse über das Leistungsgeschehen in der Behandlung von Menschen in psychischen Krisen darstellen. Z.B. stellt sich die Frage, ob diese Art der Leistungserfassung bei demenzkranken Menschen für die Kalkulation leistungsgerechter Entgelte (PEPP-Katalog) tauglich ist. Patienten mit dementiellen Erkrankungen haben neben ihrer psychiatrischen Symptomatik häufig auch somatische Komorbiditäten (DGPPN und DGN, 2009). Damit ist die Leistungserstellung nicht ausschließlich auf psychiatrische Leistungen beschränkt. Hier liegt meiner Ansicht nach ein Systemfehler in der Leistungsdokumentation über TEs vor. TEs sollen nach DIMDI (2010 und 2011) alle Leistungen abbilden, die keine Grundleistungen am Patienten sind.

Diese empirische, logisch nicht nachvollziehbare Trennung ist ohne klare Trennkriterien erfolgt. Was eine TE ist und was nicht, hängt vom Verständnis der Fachexperten oder des zuständigen Kodierers bzw. Medizincontrollers ab. Dem OPS-Katalog zufolge ist die Ganzkörperwaschung als Teil der somatischen Grundpflege zu betrachten und damit keine TE. Allerdings ist eine beruhigende oder aktivierende Waschung als TE zu dokumentieren. Hier liegt aus meiner Perspektive eine künstliche Trennung vor, die einerseits inhaltlich nicht tragbar und andererseits empirisch falsch ist. Inhaltlich sind alle drei skizzierten Waschungen bei vorliegender Indikation notwendig und implizieren einen Mehrwert für den Empfänger. Empirisch falsch ist es, künstliche Trennungen zu schaffen, ohne den Schnittpunkt klar und eindeutig zu definieren. Gerade im Pflegedienst fallen aufgrund der Altersstruktur der Patienten und den damit verbundenen körperlichen Einschränkungen und Komorbiditäten viele Leistungen an, die der somatischen Grund- und Behandlungspflege zuzuschreiben sind. So sind die Pflegeleistungen bei einem an Demenz erkrankten Patienten kaum in 25-Minuten-Einheiten planbar, wobei die zeitlichen Gesamtaufwendungen als

hoch zu bewerten sind, wenn eine künstliche Trennung der Pflegeleistung erfolgt. Hier konnten Noelle et al. (2010) zeigen, dass auch die noch heute gültige Psych-PV den Ressourcenaufwand in der pflegerischen Versorgung bei demenzkranken Menschen in vierfach geringerer Weise abbildet, als es die Ressourcenberechnung der Pflegestufen nach SGB XI vorsieht. Auch werden klassische psychotherapeutische Verfahren und, je nach Schweregrad der Demenz, weitere sprachlich geprägte Kommunikationsverfahren kaum angewandt. Somit finden sich die explizit in 25-Minuten-Einheiten dokumentierbaren TEs im Sinne der OPS-Klassifikation häufig bei spezialtherapeutischen Maßnahmen (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie) und den Leistungen mit Einbezug von Dritten in die Behandlung des Patienten wieder (DGPPN und DGN, 2009). Das hohe Leistungsaufkommen, das zweifellos bei demenzkranken Patienten entsteht, bleibt also im Kontext der TEs weitgehend unberücksichtigt.

Hier konnte Löhr et al. (2014) zeigen, dass Pflegende und Spezialtherapeuten signifikant mehr Menschen mit Demenz mit einer TE erreichen konnten wie Ärzte und Psychologen. Auch konnte gezeigt werden, dass die Anzahl an TE/pro Patient/Woche sehr gering ist und nicht im Verhältnis mit der tatsächlich erbrachten Leistung zu sehen sind.

Erreichungsgrad der behandelten Fälle mit Therapieeinheiten/Woche und durchschnittliche Anzahl an TE/Fall/Woche (18 Monatsanalyse)

Diagnosegruppe	Behandlungstyp	Erreichungsgrad Arzt/Psychologe (Fälle)	Mittelwert TE/ Fall/Woche durch Arzt/Psychologe	Erreichungsgrad Pflege/ Spezialth. (Fälle)	Mittelwert TE/ Fall/Woche durch Pflege/Spezialth.	Erreichungsgrad Gesamt (Fälle)	Mittelwert TE/ Fall/Woche Gesamt
G30 Alzheimer Krankheit	Regelbehandlung		0,7		2,9		3,2
	Intensivbehandlung		0,6		2,8		2,9
	Gesamt	35,9% (952)	0,7	75,4% (2003)	3,2	78,8% (2092)	3,5
F01 Vaskuläre Demenz	Regelbehandlung		0,6		2,8		3,0
	Intensivbehandlung		0,4		2,7		2,8
	Gesamt	42,6% (535)	0,5	79,8% (1002)	3,3	83,4% (1047)	3,5
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	Regelbehandlung		1,1		2,9		3,6
	Intensivbehandlung		0,8		3,4		3,6
	Gesamt	42,8 (491)	1,0	77% (882)	3,8	81,2% (930)	3,8

Abbildung 6
(Löhr et al. 2014)

Leistungsdokumentation sollte empirisch schlüssig sein. Sie sollte sich an aktuellen Leitlinien orientieren und weitere Komplexe umfassen. Eine entsprechende Dokumentation muss so unbürokratisch wie möglich sein.

Zu Eckpunkt 4.

Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre um eine Neuausrichtung der PEPP zu ermöglichen

Es sollte eine Verlängerung der Optionsphase von zwei Jahren geben um das PEPP-System neu auszurichten. Die Zeit wird benötigt um die notwendigen Anpassungen vorzunehmen. Eine wichtige Anpassung sollte die sektorübergreifende Finanzierung sein. Auch sollten leitliniengerechte Aspekte und die notwendige Strukturqualität berücksichtigt werden. Bei einer Verlängerung der Optionsphase von zwei Jahren sollte sich der Gesamtprozess verlängern (vgl. Abbildung 7).

Modell zur Verlängerung der Optionsphase

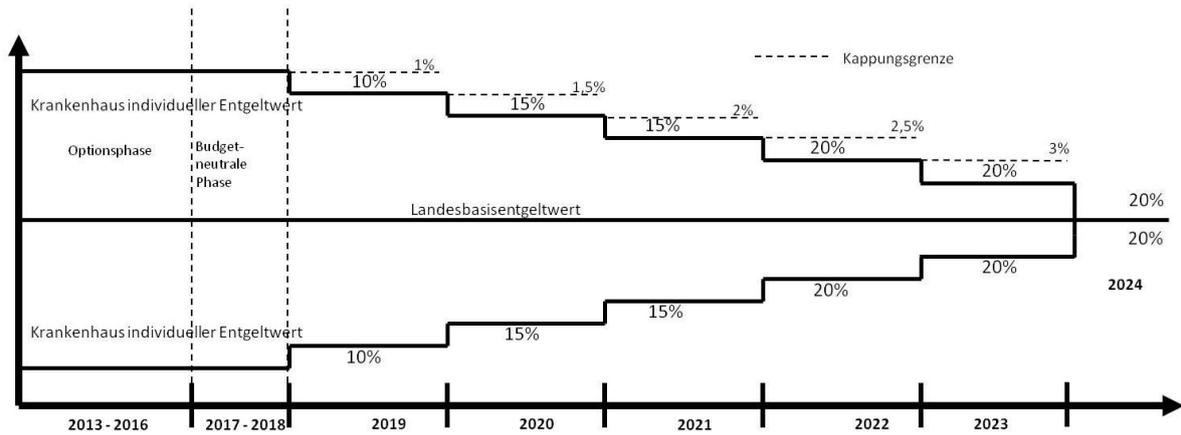


Abbildung 7
Eigene Abbildung

Zu Eckpunkt 5.

Schaffung von Erlösneutralität innerhalb der budgetneutralen Phase

Innerhalb der budgetneutralen Phase sind alle Kliniken verpflichtet ins PEPP System umzusteigen. Jedoch ist die budgetneutrale Phase keine erlösneutrale Phase. Das Budget wird nach altem Recht verhandelt und nach neuem, über Leistungspunkte abgerechnet. Dies kann eine große Auswirkung auf das Erlösbudget haben. Vor dem Hintergrund der Neujustierung des PEPP, wäre eine Erlösneutralität in der budgetneutralen Phase anzuraten. In der folgenden Abbildung wird das Problem der fehlenden Erlösneutralität in der budgetneutralen Phase aufgezeigt.

Beispielrechnung Mindererlöse bei nicht Erreichung der vereinbarten CM Punkte

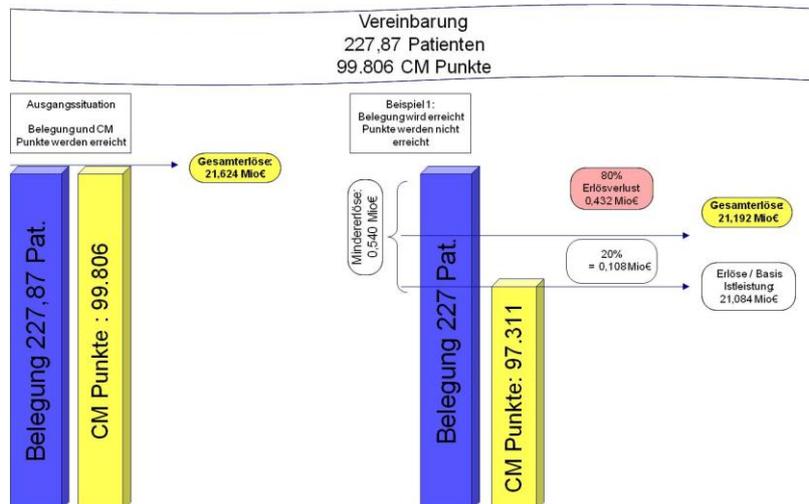


Abbildung 8
(Harms und Löhr, 2012)

Zu Eckpunkt 6.)

Berufung einer Expertenkommission (inkl. Vertretern der Psychiatrischen Pflege) durch die Bundesregierung, zur neutralen Begleitung des Entgeltentwicklungsprozesses

Bei der Neujustierung des PEPP Systems sollte eine neutrale Expertenkommission die Entwicklung begleiten. Hier ist es wichtig, dass neben professionellen Experten auch Angehörige und Nutzer involviert werden. Auch Experten aus der Psychiatrischen Pflege, die die größte Berufsgruppe im psychiatrischen Krankenhaus darstellt, sollten inkludiert werden.

Literaturverzeichnis:

Belling R (2011): Psych-Pretest offenbart Diskussionsbedarf. Führen und Wirtschaften 28:61.

DGPPN; DGN (2009): Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Online verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3_Demenzen_lang_11-2009_11-2011.pdf. Zuletzt geprüft am 10.03.2013.

DIMDI (2010): Operationen- und Prozedurenschlüssel 2010. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2010/index.htm>. Zuletzt geprüft am 11.12.2012.

DIMDI (2011): Operationen- und Prozedurenschlüssel 2011. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2011/index.htm>. Zuletzt geprüft am 11.12.2012.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2014). Im Internet: <http://www.gbe-bund.de/> letzter Aufruf am 17.1.2014

Harms, M.; Löhr, M. (2012) Vortrag zum neuen Entgeltsystem. LWL-Klinikum Gütersloh

Hauth, I. (2010) Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie/Psychosomatik. Psychiatr Prax 37(03):156.

InEK (2013) Abschlussbericht – Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2013/Abschlussbericht_zur_Entwicklung_des_PEPP-Systems. Zuletzt geprüft am 11.03.2013.

Löhr M; Sauter D; Kleßmann R (2010): Brennpunkt OPS. Kostentrennung als wichtiger Faktor bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie. Psych Pflege Heute 16(3):118–120.

Löhr M (2010): Geld folgt Leistung. Psych Pflege 16(4):177.

Löhr, M., Nitschke, R., Schulz, M., Wolter, A., Hennings, A., Wolff-Menzler, C., & Behrens, J. (2014) Leistungsdokumentation durch Therapieeinheiten bei stationär behandelten Menschen mit dementieller Erkrankung – erlauben sie Rückschlüsse auf das Leistungsgeschehen? Eine explorative Analyse. Das Gesundheitswesen, (EFirst).

Löhr, M., Schulz, M., Kunze, H. (2014) Wegfall der Psych-PV – was dann?. Psych.Pflege Heute. in press.

Noelle R; Schulz M; Behrens J; Driessen M (2009): Der Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären Gerontopsychiatrie – Vergleichende Ressourcen-bemessung nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung. Gesundheitswesen 72(4):233–239.

Simon, M. (2009). Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Im Internet: http://www.fakultaet5.fhannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf Aufruf 27.1.2014.

Statistisches Bundesamt (2013) Stationäre Krankenhauskosten 2012. Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Aktuell.html> letzter Aufruf: 9.2.2014

Statistisches Bundesamt (2014). Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html> letzter Aufruf: 15.1.2014

Für die Fachverbände der Psychiatrischen Pflege



Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege



BAPP
Bundesinitiative
Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.



Arbeitskreis Pflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie



Bundesarbeitsgemeinschaft

*Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes
kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V.*