

692656

215-20651-07

Witzke, Daniela -LS1 BMG

Von: Ollig, Christian -Z13 BMG
Gesendet: Mittwoch, 1. Juni 2016 06:56
An: Witzke, Daniela -LS1 BMG
Betreff: WG: Stellungnahme der DGSP e.V.
Anlagen: Stellungn. PsychVVG.pdf; richard_suhre.vcf

Von: Richard Suhre [mailto:richard.suhre@dgsp-ev.de]
Gesendet: Dienstag, 31. Mai 2016 19:10
An: hermann.groehe@bundestag.de; Poststelle BMG <Poststelle_BMG@bmg.bund.de>
Betreff: Stellungnahme der DGSP e.V.

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister Gröhe,

Handwritten in orange: 1/6
Handwritten in blue: 215

beiliegend senden wir Ihnen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) zu dem Entwurf eines „**Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen**“ (PsychVVG) zu.

Mit der umfassenden Stellungnahme wollen wir Ihnen unsere Bedenken zu dem Entwurf mitteilen verbunden mit der Hoffnung, dass die geäußerten Kritikpunkte als Anregungen für die weitere Debatte um dieses Gesetz aufgegriffen werden.

--
Mit freundlichem Gruß

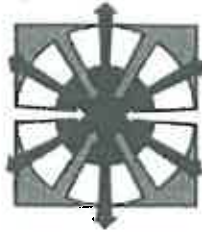
Richard Suhre
Geschäftsführer

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V. -DGSP-
Tel.: 0221- 51 10 03

Infos im Internet:
<http://www.dgsp-ev.de/>
<http://www.psychiatrie.de/dgsp/>

zwV/	Antw.	Sin.	AE für Min.Nr.
Ministerbüro im BMG			
Eingang: 01. Juni 2016 7659			
PST	ST	LR	LR
Verfügung Abt.		2	
Termin:		Kopie für:	

Handwritten in black: Off 1/6



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zum „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) vom 19. Mai 2016

Einleitung

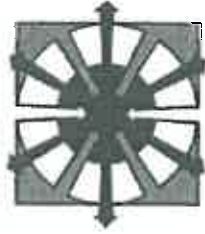
Die Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems für Menschen für Menschen mit schweren Störungen und Beeinträchtigungen steht an einem Scheideweg. Nach dem Entwurf zum PsychVVG wird das neue Entgeltsystem als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses ausgestaltet mit dem Ziel der Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort.

Eine neue Phase der Psychiatriereform könnte so auf den Weg gebracht werden.

- Einige Aufträge in dem Entwurf sind durchaus zukunftsweisend:
- Finanzierung der Behandlung nicht über ein landesweites Preissystem sondern über ein die regionalen Besonderheiten berücksichtigendes Budgetsystem
- Leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument
- Orientierung an der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) in mehreren Kontexten, so bei der Festlegung einer Mindestpersonalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- Möglichkeit der Einbeziehung „externer Expertise“ durch den G-BA
- Einführung von Hometreatment als stationsäquivalente Leistungsart
- Weiterentwicklung der Regelungen zu Institutsambulanzen
- Standortidentifikation der Krankenhäuser und ihrer Außenstellen

Andererseits soll die Budgetermittlung auf bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen auf der Grundlage empirischer Daten beruhen „unter Verwendung der Kostendaten von Kalkulationshäusern“, d.h. die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei der Entwicklung des PEPP-Systems praktizierten methodisch indiskutablen Datenerhebungen und Fehlsteuerungen über Kostenermittlung von Teilleistungen ebenso wie ein ständiger Personalabbau über das Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) könnten sich wiederholen und eine bedarfsgerechte Finanzierung des Leistungsgeschehens weiterhin unmöglich machen.

Wenn in diesem Zusammenhang der Entwurf zum PsychVVG zu einer fortdauernden Steuerung der Finanzierung in Richtung der Missachtung der Grundrechte schwer psychisch kranker Menschen führen würde, muss sich sofort und ständig zunehmend Wider-



stand der Fachverbände und der Zivilgesellschaft - AKTION PSYCHISCH KRANKE, den in der Plattform vertretenen Fachverbänden einschließlich der DGSP, Ver.di, Attac, des Paritätischen und der Experten aus Erfahrung und der Angehörigen - öffentlich wirksam zeigen, um eine aktuelle Fehlentscheidung des Bundestags zu verhindern und um den vom Grundgesetz, der Behindertenrechtskonvention und dem internationalen Stand innovativer regionaler psychiatrischer Versorgung von schwer kranken Bürgern und Bürgerinnen vorgezeichneten gesundheitspolitischen Weg gemeinsam zu beschreiten.

Zur Begründung beginnen wir in der nachfolgenden Stellungnahme mit einer Übersicht über die Entwicklung in Deutschland seit der Psychatrieenquete.

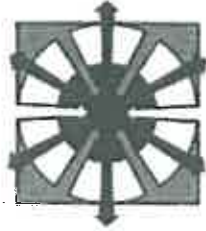
Psychiatriereform von unten zusammen mit der Politik – über die Enquete zu vielen innovativen Projekten vorbei an den etablierten Institutionen

Zur Zeit der Gründung der DGSP herrschten – so im Zwischenbericht der Enquetekommission 1973 – „elende und menschenunwürdige Verhältnisse“ in der psychiatrischen Versorgung von schwer psychisch kranken Bürgern und Bürgerinnen, vor allem in den Landeskrankenhäusern. Rückblickend lag das nicht nur an den mangelnden Ressourcen, d.h. dem Personalmangel und den zumeist trostlosen räumlichen Verhältnissen.

Vielmehr war die damalige Grundhaltung der für die Institutionen medizinisch, administrativ und politisch Verantwortlichen – aber auch die der Allgemeinbevölkerung – geprägt von einer biologistischen Sicht schwerer psychischer Krankheiten, verbunden mit weitgehender Aberkennung der Selbstbestimmung und mit dementsprechend „kustodiale[m] Versorgungshandeln“. Eine kritische Aufarbeitung der Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus, in der 200 000 kranke und psychosozial behinderte Menschen umgebracht worden waren - nicht selten unter zumindest mitwissender Beteiligung des Personals - hatte noch nicht stattgefunden.

Die Stigmatisierung psychischen Krankseins in den Krankenhäusern und draußen in der Lebenswelt war am deutlichsten an der Tür der Anstalten erlebbar. Wer aufgenommen wurde, gab mit seiner Kleidung gleichsam das Dazugehören und seine Identität als ein gleichberechtigtes Mitglied der bürgerlichen Gesellschaft ab, wurde aufgrund der vermuteten Erkrankung vorrangig des Gehirns als verstörte Existenz gesehen und zu einem Objekt fremdbestimmter Versorgung.

In einer Phase gesellschaftlichen Wandels nach 1968 kamen gesellschaftliche Reformimpulse meist „von unten“. Eine Minderheit von eher jüngeren ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Universitäten und Fachkrankenhäusern machte die Erfahrung, dass wesentliche Besserungen, manchmal auch Heilungen, möglich waren, wenn



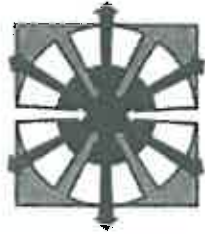
eine persönlich zugewandte, an die Bedürfnisse und Fähigkeiten anknüpfende, unterstützende Begleitung in der Klinik und nach der Entlassung in der Lebenswelt gelang. Die jungen Ärztinnen und Ärzte wollten „eine andere Psychiatrie“ und formierten sich in zahlenmäßig unbedeutenden Netzwerken – zu denen auch die 1971 gegründeten DGSP und die AKTION PSYCHISCH KRANKE gehörten. Über persönliche Kontakte zu einigen Bundestagsabgeordneten erreichten sie schrittweise sogar einen Wandel in der psychiatriepolitischen Grundhaltung des Bundestags.

Es gelang die Initiierung des Enqueteprozesses, d.h. die Beauftragung einer Kommission, die überwiegend aus reformorientierten Beschäftigten bestand, mit der Untersuchung der „Lage in der Psychiatrie“ und der Erprobung von Alternativen zur konventionellen psychiatrischen Versorgung. Das über mehrere Jahre von der Enquete-Kommission erarbeitete Konzept eines integrierten regionalen Versorgungsgebiets mit einer auf die Teilhabe am bürgerlichen Leben ausgerichteten berufsübergreifend abgestimmten therapeutischen Begleitung war der Beginn einer Trendwende für das psychiatrische Hilfesystem. In der Kommission waren fast gar nicht vertreten: die meisten Ordinarien an den Universitäten, die Leitungen der Beschäftigten in den Anstalten, die niedergelassenen Psychiater, die Institutionen der Selbstverwaltungen von Kostenträgern und Leistungsbringern; sie standen außerhalb und überwiegend in Gegnerschaft zu den Reformansätzen.

So lebendig, bildhaft und überzeugend die Erfahrungen und Perspektiven im Bericht der Enquete formuliert waren – die Reaktionen der Gegner blieben ganz überwiegend kritisch, mit Warnungen vor angeblich überhöhten Erwartungen, vor allem gegenüber der Politik.

So blieb es im politischen Raum nach der Vorlage des inhaltlich zukunftsweisenden, z.T. revolutionären Berichts hinsichtlich der Umsetzung über Jahre erst einmal relativ still. Immerhin gelang 1976 erstmals – gegen erbitterten Widerstand der niedergelassenen Fachärzte – ein begrenzter Durchbruch in die ambulante Versorgung durch die gesetzlich geregelte Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) an Fachkrankenhäusern, weil die Behandlungsabbrüche zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung und der ambulanten Behandlung durch niedergelassenen Nervenärzte häufig öffentlich beklagt wurden. Wegen der geringen Finanzierungsmöglichkeiten blieb es bei einer Begrenzung des Aufgabenbereichs der PIAs, vor allem für die Behandlung entfernt wohnender Patienten. Aber eine Front war aufgebrochen.

In dieser Phase der Reform bis etwa Ende der 80er Jahre gab es wesentliche Entwicklungen „extramural“ – mit „bottom-up“-Modellen, von der Bundesregierung angeboten und zeitlich befristet finanziert, als Erprobungsversuche für das Enquetekonzept, dessen



übergreifende, die Fragmentierung des Hilfesystems strukturell überwindende Umsetzung politisch nicht durchsetzbar, vielleicht auch nicht gewollt war.

Immerhin wurden in unterschiedlichen Regionen die Empfehlungen der Enquete über das kleine und das große Bundesmodellprogramm im sog. „komplementären“ Bereich in einer Vielzahl von Projekten beispielhaft verdeutlicht und erprobt, meist mit dem Ziel aktivierender Teilhabe vor allem in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung. Oft allerdings ohne eine gesicherte Weiterentwicklung nach der Modellphase, wenn Behandlung und Rehabilitation nach den SGB V und IX angelegt waren, eher nachhaltiger, wenn die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII im Vordergrund stand.

In den meisten Fachkrankenhäusern änderte sich wenig. Anders in der wachsenden Zahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, von denen - bei meist besserer Personalausstattung in der Aufbauphase - sich viele im Verbund mit anderen Diensten um eine beziehungs- und lebensfeldorientierte Behandlung bemühten.

Für die Personalausstattung in Fachkrankenhäusern und Abteilungen gab es keine verlässliche Regelung, weil die Partner der Selbstverwaltung in ca. 8jähriger wechselseitiger Blockade den gesetzlichen Auftrag dazu praktisch nicht bearbeiteten. Erst nach wiederholten Initiativen aus der Fachwelt hat das BMG 1989 eine Kommission mit individuell ausgewählten Expertinnen und Experten für die Erarbeitung einer Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) einberufen.

Die Psych-PV – Aufstieg zu neuen Ufern und dann der Sinkflug in das alte Elend

Der Auftrag für die Kommission war die Erstellung eines Strukturkonzepts zur aktiven Gestaltung eines therapeutischen Klimas im Krankenhaus und zur personenzentrierten Ausrichtung der Behandlung auf eine gesundheitsfördernde Eingliederung in die für den Patienten und die Patientin wesentliche Lebensbereiche in Kooperation mit den Bezugspersonen und den Leistungserbringern im Lebensfeld. Für die dafür individuell und regional bedarfsgerechte Personalausstattung sollte die erforderliche Finanzierung sichergestellt werden.

Die Kommission hat dazu nach dem Schweregrad der Beeinträchtigungen, der vorwiegenden therapeutischen Zielsetzungen und der zu erwartenden Dauer der Krankenhausbehandlung für die Erwachsenenpsychiatrie und -Psychotherapie acht Hilfebedarfsgruppen definiert (ähnlich für die Kinder- und Jugend-psychiatrie und -Psychotherapie) und den durchschnittlichen Personalbedarf pro Patient/Patientin und Tag berufsgruppenbezo-



gen bestimmt - orientiert an überzeugenden Beispielen therapeutischer Praxis in guten Krankenhäusern.

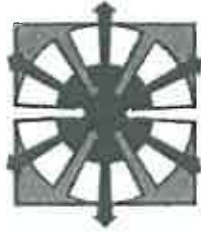
In einem zweiten Schritt wurde der ermittelte gesamte patientenbezogene Zeitaufwand in durchschnittliche „Minutenwerte“ pro Woche für die Vielzahl von Teilaufgaben aufgeteilt - von Grundversorgung und Milieutherapie über spezielle therapeutische Leistungen bis hin zu Organisation und Fortbildung - zum einen, um die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des Gesamtaufwands anschaulich darzulegen, zum anderen, um einen Orientierungsrahmen für qualitätsgesicherte Umsetzung zu schaffen.

Das Ergebnis wurde als gesetzlich verankerte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 1991 bis 1995 konsequent in praktisch allen Krankenhäusern mit eindeutigem Versorgungsauftrag umgesetzt - ohne öffentlich bekannt gewordene Probleme.

1995 bei der Evaluation durch die Aktion Psychisch Kranke (APK) wurden die ersten Arbeitsergebnisse uneingeschränkt positiv bewertet, auch von der Selbstverwaltung und der Politik, insbesondere die ohne finanzielle Anreize erfolgte Verkürzung der Verweildauer. Dadurch wurde die etwa 20-%-ige Steigerung der Personalkosten pro Patient/Patientin bzgl. der Gesamtheit der Aufwendungen etwa zur Hälfte aufgefangen.

Eine verlässliche dauerhafte Kontrolle der Umsetzung der Psych-PV war Aufgabe der Bundesländer, war aber vom Bundesgesetzgeber nicht im Detail festgelegt worden. In den regionalen Budgetverhandlungen wurde die Psych-PV ab 1996 - im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben - fast überall in der BRD schrittweise unterlaufen, teilweise wurden in den Krankenhäusern aus den Einnahmen für psychiatrische Patienten die Somatik oder die Investitionen (Zuständigkeit der Bundesländer) „quersubventioniert“. Eine Evaluation der APK ergab 2003 eine durchschnittlich etwa 10 %ige Unterbesetzung in den untersuchten Krankenhäusern, jährlich weiterhin zunehmend. 2008 mussten trotz erheblicher Leistungsverdichtung, vor allem aufgrund der Verweildauerverkürzungen und neuer Aufgaben, die meisten Krankenhäuser mit einer Personalausstattung auf etwa dem Niveau wie vor der Psych-PV arbeiten.

Die therapeutischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen, insbesondere des Pflegedienstes, waren durch die Belastungen, verbunden mit erheblicher Abnahme der Qualität der Behandlung, vor allem der therapeutischen Beziehungen, nicht zuletzt durch vorher oft unnötige Zwangsmaßnahmen fast ständig überfordert und immer mehr demotiviert. Die Bedeutung einer angemessenen Personalausstattung für die Behandlungsqualität war besonders gut im Vergleich zu beobachten: Auf der einen Seite kürzlich eingerichtete Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die bei ihrem Aufbau meist angemessene Personalschlüssel durchsetzen konnten und regional gut vernetzt waren - ebenso die neuen psychosomatischen Kliniken - auf der anderen die chronisch unterbe-



setzten alten Fachkrankenhäuser nach über 10 Jahre ständigem jährlichen „Sinkflug“ in der Personalfinanzierung.

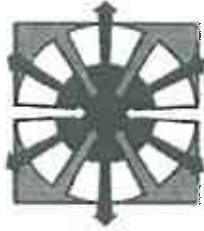
Die Ergänzung des § 27 SGB V (Anspruch auf Krankenbehandlung) durch den Satz „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.“ blieb in den regionalen Budgetverhandlungen zumeist unbeachtet.

Weder Bundestag noch Bundesregierung, und die ihre Investitionspflichten vernachlässigenden Landesregierungen waren in der Phase von 1996 bis 2009 mit Vorbereitung und Umsetzung des Fallpauschalensystems der Somatik beschäftigt und nicht bereit oder in der Lage, dem Notstand in vielen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen adäquat zu begegnen, d.h. eine angemessene Personalausstattung auf den Weg zu bringen. Die Krankenkassen waren wie in all den Jahren zuvor (und letztlich bis heute) im Spitzenverband wie in den meisten Ländern fast ausschließlich an Kostensenkungen interessiert, nicht erkennbar am Patientenwohl.

Regional gab es z.T. unterschiedliche Entwicklungen. So eine zunehmende Übernahme von Krankenhäusern in private Trägerschaft mit besonderem Interesse an kurzfristigem finanziellen Gewinn, der durch zusätzlichen Personalabbau aber auch durch Umstellung des Leistungsgeschehens auf eher psychotherapeutisch orientierte Angebote für Kranke mit geringerem Betreuungsbedarf möglich war - zulasten der regionalen Pflichtversorgung. In anderen Kliniken wurden Projekte integrierter Versorgung (§ 140 a-d SGB V) oder kleinere Modellprojekte nach § 64 b SGB V auf den Weg gebracht, oft in Kooperation mit freien Trägern, die vor allem in Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe oder auch in der psychiatrischen Pflege Angebote vorhielten.

In vielen Regionen wurde „extramural“, auch ohne Krankenhausbeteiligung, das Spektrum vor allem der Eingliederungshilfeleistungen stärker differenziert und z.T. in Richtung auf die Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbände. Gute Beispiele sind dafür die Initiativen der APK, so das Modellprojekt „IBRP“ (integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) mit Begleitung der Implementation in einer Vielzahl von Regionen, und die Gründung der BAG Gemeindepsychiatrischer Verbund.

Strukturell wurde auf Bundesebene durch gesundheitspolitische Interventionen der APK und einiger Fachverbände wenigstens erreicht, dass auch die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern seit dem Jahr 2000 Institutsambulanzen betreiben durften und dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung weiterhin nicht in das DRG-System, mit einer Finanzierung über Fallpauschalen, integriert wurde.



Das KHRG - endlich ein gutes Gesetz!

Von Selbstverwaltung und BMG an die Wand gefahren – wehren sich jetzt die Fachverbände gemeinsam und wirksam gegen finanzielle Interessen und Inkompetenz

„Die Psychiatrie ist anders“ – begründet durch Erfahrungen in den USA war dies der Grund für die Abkehr vom Fallpauschalensystem der Somatik. In sorgfältiger Vorarbeit im Gesundheitsausschuss, koordiniert von Helga Kühn-Mengel (MdB), wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG - s. insbesondere § 17 d KHG) erarbeitet und vom Bundestag für 2010 verabschiedet, mit 4 Aufträgen an die Selbstverwaltung (SV):

1. Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV, sofort zu 90 %, danach zu 100%
2. Ermittlung tagesbezogener Entgelte für Patientengruppen mit vergleichbarem Personalbedarf, ausgehend von den Leistungskomplexen der Psych-PV.
3. Prüfung der Einbeziehung der Institutsambulanz und „anderer Abrechnungseinheiten“ („z.B. Jahresbudgets“)
4. Umfassende Begleitforschung, zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung“

Eine angemessene Bearbeitung dieser Aufträge ist bei gutem Willen ohne besondere Schwierigkeiten möglich. Wenn die Selbstverwaltung abgestimmt und sachgerecht - inkl. der zugeordneten Institute InEK und DIMDI - und der Prozess wie im Gesetz vorgegeben vom BMG begleitet und überprüft wird, sollten die Vorarbeiten 1 bis längstens 2 Jahre nicht überschreiten (s.u. Alternativmodell der Aktion Psychisch Kranke). Die Vorarbeiten müssen zu verpflichtenden Entscheidungen mit juristischer Relevanz führen.

Eine Bearbeitung des KHRG-Auftrags ist durch Selbstverwaltung und BMG ist in keinem der 4 Punkte erfolgt. Das InEK ignorierte die fachlichen Erfordernisse der Psychiatrie generell und folgte dem Vorgehen bei der Festlegung von Fallpauschalen in der somatischen Krankenhausbehandlung.

In der Somatik ist Krankenhausbehandlung häufig dadurch begründet, dass erforderliche diagnostische und therapeutische Eingriffe nur mit den Mitteln des Krankenhauses möglich sind - sei es wegen besonderer Einrichtungen oder Geräten oder bereichsübergreifend zu erbringender Leistungen. Die Versorgungszeiträume zwischen diesen Komplexleistungen sind oft von relativ geringer therapeutischer Bedeutung aber relevant für die Kosten; ihre Verkürzung dient der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Die Verwaltungen der Krankenhäuser streben wie die Krankenkassen deshalb die Verkürzungen der fallbezogenen Behandlungsdauer an. Das InEK ging offensichtlich auch bei der Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie von diesem Modell aus und war bzgl. der Besonderheiten der der psychiatrischen Krankenhausbehandlung bei praktisch vollständiger fachlicher Unkenntnis in provozierender Haltung abweisend. „Auch die Psychiater müssen sich messen lassen!“



Wie in der Somatik wurde versucht, von der IST-Situation der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung auszugehen, allerdings ohne die gegenüber den Vorgaben der Psych-PV fast überall bestehende z.T. erhebliche Minderausstattung zu beachten. Es sollte der patientenbezogene Zeitaufwand für die spezifischen, nur durch das Krankenhaus leistbare Behandlungen – in der Regel Einzel- und Gruppentherapien – „gemessen“ werden. Diesem personen-spezifischen Zeitaufwand wurde der scheinbar zwischen den Patienten angeblich nicht differierende Aufwand für die zwischenzeitliche Betreuung gegenüber gestellt (das „weißen Rauschen“).

Bei schweren Erkrankungen ist aber der Zeitaufwand für situativ flexible begleitende milieuthera-
peutische Betreuung gegenüber Erkrankungen mit weniger komplexen Störungen der Selbstor-
ganisation besonders hoch und entsprechend kostenwirksam, die Teilnahme an zeitlich festgeleg-
ten Einzel- und Gruppenbehandlungen dagegen in der Regel vermindert – mit paradoxen Aus-
wertungsergebnissen bei der patientenbezogenen Summierung.

Ähnlich paradox die Qualitätsbewertung über den „gemessenen Zeitaufwand“, Kleinteilige per-
sonenbezogene Zeitmessungen verstören das milieuthera-
peutische Klima, das bei einer Verdich-
tung von interaktiven Spannungen eine angemessene Personaldichte vor allem im Pflegedienst
benötigt, die nicht einzelfallbezogen gemessen werden kann.

Der grundlegende Problematik des Leistungsbedarfs von schwer psychisch kranken Pa-
tienten, die notwendige Flexibilität und entsprechend mangelnde Messbarkeit der Zeitab-
läufe, wurde von InEK und GKV/PKV (und allem Anschein nach auch vom Mittelbau
des BMG) bis heute nicht erkennbar erworben bzw. in den Diskurs eingebracht, weil
notwendige fachliche Grundkenntnisse und konkrete Erfahrungen bzgl. zeitgemäßer und
innovativer Behandlung fehlen.

Dazu einige ergänzende Erläuterungen

Die besonderen fachlichen Grundlagen für eine bedarfsgerechte Personalbemessung und deren
Finanzierung bei schweren psychiatrischen Störungen ergeben sich aus der sorgfältigen Beach-
tung von Schweregrad und Verlauf der Erkrankung, insbesondere aus den dynamischen Wechsel-
beziehungen zwischen aktuellen psychischen und Verhaltensproblemen, den erworbenen Lebens-
kompetenzen und -defiziten und der störungsspezifischen Symptomatik,
zwischen den Unterstützungen und Belastungen im gegenwärtigen Lebensumfeld und der vermin-
derten Selbstwirksamkeit.

Insbesondere das Hilfesuchverhalten ist häufig eingeschränkt, verstärkt durch Vertrauensstörun-
gen gegenüber dem Hilfesystem

Weil die existentielle Störung, in Beziehung zu sich selbst und zur Umwelt im Vordergrund steht,
nicht selten verbunden mit meist passageren Selbst- oder sogar Fremdgefährdungen, ist es vor-
rangiger therapeutischer Auftrag, ein entlastendes Umfeld und verlässliche, Orientierung ge-
bende, Vertrauen stiftende Beziehungen zu ermöglichen.

Der dafür erbrachte patienten- und situationsbezogene Zeitaufwand ist bei schweren Störungen
weder im Einzelkontakt noch im milieuthera-
peutischen Kontext direkt messbar. Die stationäre
Behandlung erfordert vielmehr eine für die durchschnittlichen Belegung mit einem bestimmten
Schweregrad der Störungen bedarfsgerechte Personalbesetzung, die situationsbezogen im Rah-
men der individuellen Behandlungspläne flexibel eingesetzt werden kann.



Standardisierte Behandlungsprogramme sind für Patienten und Patientinnen mit komplexem Hilfebedarf deshalb in der Regel nutzlos, bei an die Patienten und Patientinnen diesbezüglich herangetragenem Erwartungsdruck der Teilnahme oft sogar kontraindiziert. Der Versuch, direkte Kontaktzeiten zu messen -- etwa die 25-Minuten Abschnitte im InEK-PEPP-System -- ergibt dafür einen Anteil von 10 % bis 25% der Arbeitszeit, der allerdings in umgekehrter Richtung verlaufsabhängig ist im Vergleich zum der milieutherapeutischen Anteil.

Anstelle der Zeitmessung im individuellen Patientenkontakt sind deshalb bedarfsbezogene, an Kriterien für das Ausmaß der Störungen und Beeinträchtigungen sowie an den Bedürfnissen und Zielsetzungen des Patienten/ der Patientin orientierte, relativ grob gestufte Einschätzungen des erforderlichen tagesbezogenen Zeitaufwands für Gruppen vergleichbaren Behandlungsaufwands erforderlich, aus denen gem. KHG § 14d die Abstufungen der Relativgewichte (RG) für die Personalmessung erfolgen können. (Vorhalteleistungen für mögliche Krisen bei Akutbehandlungen im Rahmen der Pflichtversorgung sind zu berücksichtigen.)

Dieses Vorgehen entspricht dem in der alltäglichen Praxis der Steuerung des Personaleinsatzes nämlich einer guten Abstimmung im klinischen Alltag auf einer Station, in dem der Behandlungsaufwand, den ein Patient/ eine Patientin heute voraussichtlich benötigen wird, im Team grob eingeschätzt und die entsprechenden Tätigkeiten untereinander verteilt werden, nicht selten mit Anpassungserfordernissen im Tagesverlauf.

Je „gesunder“ ein Patient/ eine Patientin hinsichtlich seiner/ ihrer Selbstorganisation ist -- z.B. mögliche Betreuung „auf Hoiweineau“ ohne relevantes Krisenszenario ist ausreichend, aber mit festgelegten Therapiezeiten, vor allem im Gruppenkontext, umso geringer sind die ihm zugeordneten Zeitaufwendungen des Personals.

Nach internationalen Erfahrungen der letzten Jahre, z.T. Jahrzehnte, kann der Behandlungserfolg gerade bei schwer erkrankten Patienten/ Patientinnen durch ein hohes Maß an Flexibilität über seine/ ihre beziehungsgestützte aktive Einbeziehung in den Behandlungsprozess erheblich gefördert werden, insbesondere, wenn „psychiatrieerfahrene Experten (PE)“ - evtl. auch Bezugspersonen von „draußen“ als Mitwirkende („GenesungsbegleiterInnen“) einbezogen werden (z.B. bei open dialogue, reflecting team, empowerment, Resilienz) bzw. wenn PEs bei Beschwerdemanagement, Evaluation und Planung der Entwicklung des Behandlungssystems mitwirken - nicht zuletzt, weil dadurch Übergänge von eher „dominanter Be-Handlung“ zu kooperativer Zusammenarbeit mit dem/ r zunehmend selbstbestimmten/ n Patienten/ Patientinnen gefordert werden.

Auch das Umsetzungsgesetz für das neue Entgeltsystem, das PsychEntg vom August 2012, war nachteilig für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Personalausstattung in den Krankenhäusern vor allem, weil es die notwendige Anpassung von Tarifsteigerungen nur partiell ermöglichte und über den geplanten Landesbasisfallwert zu einer „doppelten Degression“ in Krankenhäusern mit Pflichtversorgung wegen der Leistungsausweitungen in vielen Krankenhäusern für leichter Erkrankte (diesbezügliche Bettenvermehrung seit 2004) führen würde.

Das einen Monat später (!) für 2013 vom InEK vorgelegte PEPP-System (Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie) sollte mit vier Stellen hinter



dem Komma bei den Relativgewichten und den hohen Patientenzahlen bei den Mittelwertbildungen verlässliche Ermittlungen annehmen lassen. Vorgehen und Ergebnisse standen aber im Gegensatz zu den Vorgaben des KHRG und erwiesen sich als fachlich und methodisch unhaltbar:

1. Bei den Datenerhebungen wurde von der IST-Situation in den Krankenhäusern ausgegangen. Eine Anpassung an die Personalausstattung gemäß der Psych-PV wurde nicht vorgenommen, im Text nicht einmal diskutiert. In Gesprächen hieß es, die Psych-PV sei überholt, aber leider auch „normativ“ (!) und deshalb indiskutabel.
2. Gemessen wurde die Zahl der mindestens 25 Minuten dauernden Patientenkontakte („Therapieeinheiten“) als entscheidende Behandlungsmaßnahmen. Im Ergebnis entsprach dies meist ca. 10 % bis 20 % des Behandlungsaufwands, natürlich nicht „kostentreuend“, zumal der Zeitaufwand für schwere Erkrankungen im einzelfallbezogen nicht messbaren Bereich Milieuthérapie besonders ansteigt, die Teilnahme an definierten Therapieangeboten aber abnimmt.
3. Die Einteilung in Gruppen gleichen Zeitbedarfs erfolgte nicht auf der Basis des Schweregrads der Beeinträchtigungen (s. z.B. GAF-Wert) und der vorgegebenen Orientierung an den Leistungskomplexen der Psych-PV sondern vorwiegend diagnosebezogen, entgegen allen Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung (bei gleicher Diagnose oft sehr unterschiedliche Beeinträchtigungen). Spätere Korrekturen waren meist nur gering, z.T. methodisch nicht nachvollziehbar.
4. Durch Mittelwertbildung bei Patienten und Patientinnen aus gleichen RG-Gruppen ergab sich erwartungsgemäß eine abfallende Personalausstattung im Behandlungsverlauf. Bei den daran orientierten degressiven Tagesfinanzierungen ergeben sich finanzielle Anreize zu untherapeutischer Frühlensung.
5. Die Überprüfung der Zuordnung großer Zahlen von Patienten durch den MDK mit der (auftragsbetimmten?) Tendenz zu kostensparenden Absenkungen hat zu einem monströsen Bürokratieaufwand geführt, der von den Krankenhäusern mit 10 % bis 15 % der Arbeitszeit geschätzt wird und im Regelfall zu Lasten der therapeutisch nutzbaren Ressourcen geht.

Zusammenfassend ist erkennbar, dass die Zielsetzung der Erarbeitung bedarfsbezogener praktikabler Tagesentgelte grundlegend verfehlt wurde, und dass bei Umsetzung von PsychEntgG und InEK-PEPP-System über die generelle Absenkung der Personalausstattung hinaus diese für Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf im Vergleich zu weniger beeinträchtigten Patienten und Patientinnen paradoxerweise noch ungünstiger würde.

Ein Alternativmodell mit transparentem methodischen Ansatz, auftragsgemäß orientiert am Konzept der Psych-PV und deren Weiterentwicklung, ist dringend erforderlich - und zur Sicherstellung der immer wieder allseits geforderten „Leistungsorientierung und Transparenz“ wohl nur mit der Begleitung bei Erarbeitung wie Umsetzung durch eine unabhängige Expertenkommission realisierbar.



Die Vorlage des ersten InEK-PEPP-2013 im September 2012, vor allem die klar abschabaren Fehlentwicklungen bei seiner Umsetzung, die Ablehnung der Vorlage durch die DKG ("Psych-Entgelte nicht reif", Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG), nicht zuletzt die kurz darauf folgenden „Ersatzvornahme“ der DKG-Zustimmung durch das BMG gegen die Einwände aller relevanten Fachverbände, lösten eine breit gefächerte und schrittweise gebündelte Widerstandsbewegung in der Fachwelt aber auch bei den Selbsthilfegruppen der Betroffenen und Angehörigen aus.

Alle bedeutsamen psychiatrischen 17 Fachgesellschaften – auch der Krankenpflegekräfte und der Angehörigen – fanden sich erstmals zu einer „Plattform“ (als informeller Verbändegemeinschaft) zusammen:

Arbeitskreis der Chefarztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)
Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Arbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)
Bundestachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BapK)
Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPF)
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGJPP)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Lehrstuhlhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie

Die Verbändeplattform forderte einhellig nicht nur den sofortigen Stopp des Umsetzungsprozesses des PEPP-Systems und die Novellierung des PsychEntgG, sondern vor allem

- eine, auch von der DKG für die Umsteuerung geforderte Verlängerung der budgetneutralen Phase um mindestens zwei Jahre – sozusagen als Denkpause
- die Umgestaltung des Entgeltkatalogs im Sinne bedarfsgerechter konkret tagesbezogener Entgeltstufen
- die überfällige Sicherstellung der Umsetzung und spätere schrittweise Überarbeitung der Psychiatrie-Personalverordnung (wegen gestiegener Anforderungen)



- *die Konkretisierung der Bedingungen für Modellprogramme nach §64b SGB V (Teilnahmevorgabe für alle Krankenkassen)*
- *die Sicherstellung der Finanzierung von Morbiditätssteigerungen durch die Krankenkassen und*
- *Transparenz und Kompetenz in der weiteren Entwicklung zur Psychiatriereform durch eine begleitende unabhängige Expertenkommission*

In diesem Sinne erarbeitete die Plattform auch Grundforderungen für einen Kurswechsel im KHRG-Prozess und versandte diese nach der Bundestagswahl 2013 auch an die Parteien. Attac, Ver.di, der Paritätische und einige NGOs haben dies unterstützt und Unterschriften gesammelt. Eine Petition an den Bundestag wurde von einem Verein Psychiatrieerfahrener („Pandora e.V.“, Nürnberg) eingereicht.

Die Politik kommt in Bewegung: Koalition und BMG legen „Eckpunkte für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems“ vor.

Mit der Koalitionsvereinbarung zeigte die Politik erstmals Bereitschaft, sich auf Bundesebene mit der Kritik am Entgelt-Prozess und den Forderungen der psychiatrischen Fachwelt substantiell auseinander zusetzen:

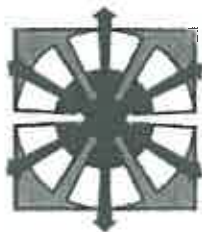
„Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehwülfekte zu erzeugen.

Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen.

An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.“

Diese Positionierung induzierte eine Dynamik im Austausch zwischen Politik und Fachwelt, hinter der die bescheidenen jährlichen Korrekturen der Selbstverwaltung (plus InEK und DIMDI) unbedeutend waren - von der Fachwelt angesehen als eine „Verkürzung von Schritten in die falsche Richtung“:

- *Im März 2014 forderte die Gesundheitsministerkonferenz die Einrichtung einer unabhängigen Expertenkommission, die u. a. sich zur Psych-PV äußern und auf dieser Basis Vorschläge zur Umgestaltung des Entgeltkatalogs und für die weitere Entwicklung erarbeiten sollte.*



- Im April 2014 bestätigten nach den Oppositionsparteien und der SPD auch die Geschäftsführenden Vorstände der CDU/CSU, dass das PEPP-System durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) grundsätzlich geprüft und gegebenenfalls Alternativen dazu entwickelt werden sollten.
 - Die Optionsphase der Umsetzung wurde um 2 Jahre verlängert, was in der Praxis wegen der finanziellen Begünstigung der optierenden Krankenhäuser vielfach als „Verfährungsversuch zur Anpassung“ gedeutet wurde. (Eher das Gegenteil trat ein. In der Fachkommission der DKG stand die Empörung der „neuen Optierer“ über den absurden, kontraproduktiven und letztlich kostspieligen Bürokratieaufwand ganz im Vordergrund.)
 - Im Juli 2014 versandte Gesundheitsminister Gröhe Anfragen an eine Reihe von Verbänden zu den drei Themenbereichen:
Kritik des PEPP-Systems - Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung - Alternative zum PEPP-System.
 - Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., die - gefördert durch das BMG und mit einer im MdB jeder Fraktion im Vorstand - sich als Nahtstelle versteht zwischen Bundesministerien, Bundesparlament und psychiatrischer Fachwelt, hat im September 2014 zu allen drei Bereichen zusammenhängend geantwortet und ergänzende Konzeptionen und konkrete Empfehlungen zur Kurskorrektur vorgelegt, insbesondere ein schon damals weitgehend ausgestaltetes und kurzfristig einsetzbares, bedarfsbezogenes regionales Budgetsystem als Alternativmodell („TEPP-BIM“) zum PEPP-System des InEK.
 - Im April 2015 veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt einen Artikel „Psychiatrische Versorgung: Das Krankenhaus-Psych-Budget – ein Alternativkonzept“, mit-unterschiedet u.a. vom gesundheitspolitischen Sprecher der SPD-Fraktion Prof. Karl Lauterbach

Offensichtlich beeindruckt durch den wachsenden Widerstand der Fachwelt, der Gewerkschaften und der Zivilgesellschaft (z.B. Attac), vielleicht auch von den zunehmenden öffentlichen Aktionen - u.a. monatliche Demonstrationen vor dem Gesundheitsministerium in Berlin - und Medienberichten (z.B. FOKUS 2015) initiierte Gesundheitsminister Gröhe einen „strukturierten Dialog“ mit der Einladung ausgewählter Institutionen und Personen, beginnend am 4.5. 2015.

Die dabei mehrfach vorgebrachte Forderung nach einem regional zu verhandelnden Budgetsystem war eine der Kernpositionen der am 5. Juni 2015 an den Gesundheitsminister von allen relevanten Fachverbänden versandten Stellungnahme für ein jeweils krankenhausesindividuell unter Beachtung der regionalen Besonderheiten zu verhandelndes Budgetsystem, d.h. Ablehnung eines einheitlichen Preissystems für die Krankenhäu-



ser eines Bundeslandes. Dem schloss sich auch die DKG an, nach den Oppositionsparteien die Fraktionsführung der SPD zuletzt auch die der CDU-CSU.

Als Antwort auf die Eckpunkte der Plattform-Verbände legten am 18.2. 2016 Koalition und BMG zum zweiten „strukturierten Dialog“ eine Liste gemeinsamer deutlich konkreterer „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vor. Sie wurden von den verantwortlichen Politikern der Öffentlichkeit mit demonstrativer Befriedigung präsentiert, sollten zeigen, dass ein schwieriger konfliktreicher Prozess der gesundheitspolitischen und fachlichen Auseinandersetzung jetzt auf der Zielgerade sei und vor dem gesetzlichen Abschluss stehe.

Der darauf gegründete „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) vom 19. Mai 2016 könnte in der Tat - s. Einleitung - einen längeren Entwicklungsprozesses einleiten, der - anknüpfend an die regional unterschiedlichen Schritte der Psychiatriereform seit der Enquete - letztlich auf den Weg einer weitgehenden Integration der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Krankenhausbehandlung in einen regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund führen müsste.

Ob das so kommen wird ist aber gegenwärtig noch höchst fraglich.

Ist der Gesetzentwurf ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept oder ist er letztlich eine Mogelpackung?

Wichtige Vorgaben für das neue PsychEntgG sind ungeklärt.

- Warum fehlt ein Eckpunkt zur Anpassung an das Alternativmodell der APK?
- Durchsetzungsstrategien der Fachverbände für den Notfall müssen vorbereitet werden!

Der Eckpunkt „Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf Grundlage empirischer Daten“ soll erfolgen „unter Verwendung der Kostendaten von Kalkulationshäusern, die zukünftig eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden“.

Was die Autoren unter „Kostendaten“ verstehen, ist nicht gesagt. Es sieht gegenwärtig so aus, ist zumindest noch nicht auszuschließen, dass dabei weiterhin an Ergebnisse der Kostenermittlung für Teilleistungen nach dem fachlich und methodisch indiskutablen InEK-PEPP-System gedacht wurde, mit den bekannten, erheblich fehlsteuernden Anreizen zulasten schwer kranker Patienten.

Sinnvoll wäre eine kriteriengestützte Zuordnung zu Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs mit Bildung mehrerer RG-Stufen für die Personalbemessung, anknüpfend an die Vorarbeiten zur Psych-PV und ergänzende Differenzierungen (vgl. Alternativmodell der APK).



Auf die Anfrage von Gesundheitsminister Gröhe hat die Aktion Psychisch Kranke in Abstimmung mit den MdBs in ihrem Vorstand am 14.9. 2014 eine Stellungnahme mit einem zusammenhängenden Konzept zu allen drei Fragestellungen des BMG abgegeben und kurzfristig ein in einer Einstiegsphase umsetzbares Alternativmodell vorgeschlagen:

<http://www.apk-ev.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/apk-stellungnahme-grhoe-2014>

download: [APK Stellungnahme zur Anfrage von Minister Gröhe vom 21.07.2014](#)

Kurzfassung anfordern unter knueger@apk-ev.de

Der entscheidende Unterschied des Alternativmodells der APK zum InEK-PEPP-System ist, dass der bedarfsbezogene Zeitaufwand für einen Patienten nicht auf der Messung von Teilen der, zumeist auch noch unzureichenden, Behandlungsleistungen beruht, sondern dass – ähnlich wie bei der Psych-PV Regel- und Intensivbetreuung – der Zeitaufwand für sämtliche Tätigkeiten der Beschäftigten summiert wird und entsprechend der Relativgewichte den Patientengruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf zugeordnet wird. Die Festlegung der Relativgewichte erfolgt durch eine kriteriengestützte Einschätzung des Leistungsbedarfs zu einer der fünf Hilfebedarfsgruppen. Diese werden jeweils mit dem 1,0 - 1,2 - 1,4 - 1,6 - 1,8 - fachen des Basisentgeltwerts für die Regelversorgung pro Patient ausgestattet (vgl. APK-Modell).

Sonderentgelte – etwa für vorübergehende 1:1-Betreuung oder andere sehr kostenaufwendige Leistungen sind ergänzend möglich, in der Regel nach vorheriger bundesweiter Festlegung oder lokaler Vereinbarung.

Die Abrechnung erfolgt über tagesbezogenen Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Jahresbudget mit entsprechendem Jahresabschlussgleich.

Mit der damit praktisch bürokratiefreien Zuordnung des tagesbezogenen Personalbedarfs einschließlich der Kontrolle des Einsatzes der Vergütungen kann der Einstieg in die Erprobungsphase des neuen Entgeltsystems auf der Grundlage des KHRG-Auftrags ungehindert begonnen werden. Später zu erarbeitende Differenzierungen der Zuordnungskriterien – insbesondere auf der Basis der Einbeziehung regionaler Besonderheiten über die Verhandlungen im Budgetsystem und entsprechender Finanzierungsbedingungen sind problemlos möglich.

Der MDK sollte dann statt auf die Zählung und Finanzierungsprüfung von Teilleistungen auf seine Kernaufgaben konzentriert werden. Qualität der Behandlungskonzepte und deren Umsetzung im Krankenhaus. Mitwirkung an der kriteriengestützten Zuordnung zu den RGs und bei der trialogischer Qualitätsprüfung der Behandlung in Einzelfällen.

Die Überprüfung des Miteinsatzes - z.B. ob die vorgesehen Personalausstattung auch entsprechend umgesetzt wird - erfolgt nicht durch den MDK sondern verbindlich über die Vorgabe von Personalnachweisen (§18 Absatz 2 BpflV) durch den Jahresabschlussprüfer.

Die ausstehende Erörterung des Alternativmodells der APK im „strukturierten Dialog“ mag mit dem engen Zeitrahmen des BMG zusammenhängen, evtl. aber auch damit, dass man sich dort im Mittelbau in der Orientierung am DRG-System „Leistungstransparenz“ nur über die Abrechnungskontrolle der Teilfinanzierungen vorstellen konnte.



Der Gesetzentwurf spricht hier für einen Kurswechsel im BMG:

Die 100 %ige Umsetzung der Psych-PV für Kalkulationskrankenhäuser ist Bedingung für die Beauftragung des G-BA, im Rahmen der Qualitätssicherung verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen unter Nutzung evidenzbasierter Leitlinien festzulegen und dabei die Anforderungen der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen.

Aus unserer Sicht bleibt der Detaillierungsgrad des Leistungsgeschehens ungeklärt. Darin vor allem besteht das Risiko einer erneuten Fehlentwicklung. Tendenz des Gesetzentwurfs scheint ein eher geringer Detaillierungsgrad zu sein. Denn in der Begründung zur Ausgestaltung des Budgetsystems heißt es:

„Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als nicht erforderlich erwiesen haben.

Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden zudem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiter zu entwickeln.“

Auch die Vorgabe „Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument“ signalisiert eine gewisse Offenheit des Gesetzgebers bzgl. der Leistungsfinanzierung.

Darüber hinaus kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch externe Expertise einbeziehen, was den Einstieg für die von der APK, von den Plattformverbänden und von der GMK geforderten Einberufung einer unabhängigen Expertenkommission erleichtern könnte.

Die Expertenkommission auf Bundesebene wird auch benötigt, wenn am Ende der budgetneutralen Phase ein Orientierungsmaßstab auf Bundesebene für den Krankenhausvergleich entwickelt wird, durch den transparent werden soll, inwieweit Unterschiede in der Höhe der Entgelte auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten (z.B. Pflichtversorgung) oder andere krankenhausespezifische Aspekte zurückzuführen sind, als ein Hilfsmittel für zukünftige Budgetverhandlungen.

Einbezogen werden müssten auch Initiativen zur Einführung des stationsäquivalenten Hometreatments im häuslichen Umfeld für Akut-Behandlung. Dies ist ein Umsetzungsschritt für Aufgabe 3 des KIIRG (s.o.) und ist in regionalen Verhandlungen unmittelbar umsetzbar, anknüpfend an schon begonnene Modellerprobungen.

Anzuerkennen ist das offensichtliche Bemühen der Gesundheitspolitik, mit dem PsychVVG das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem zukunftsorientiert weiter zu entwickeln. In einigen Formulierungen des Gesetzentwurfs finden sich neue für



die Arbeitsebene des BMG unbekannte Töne, z.B. „Bei leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten muss es sich um Aufwandsunterschiede handeln, die durch abweichende Formen der Leistungserbringung bedingt sind (z.B. andere Therapiekonzepte)“. Auch dazu – wie die verstärkte Einbeziehung von Psychiatererfahrenen und Angehörigen – gehört unbedingt die Begleitung durch eine unabhängige Expertenkommission.

Aber:

Keine Erwähnung in den Eckpunkten finden die offensichtlichen Fehlleistungen des InFK bei Datenerhebungen, Berechnungen und Anreizbildungen, so dass nicht ausgeschlossen ist, dass zwar über bedarfsorientierte, sektorenübergreifende und vernetzte Behandlung gesprochen wird, diese aber weiterhin durch willkürliche Finanzierungspraktiken verhindert wird. Das gilt auch für die Fehlsteuerungen im alten PsychEntg (2012). Zwar ist die Streichung des Landesbasisfallwerts definitiv, nicht aber der Ausschluss „doppelter Degression“ bei einem Rückgang der Leistungszahlen oder der automatische Personalabbau bei Unterfinanzierung von Tarifsteigerungen, bzw. der Umgang mit unterschiedlichen Tarifvereinbarungen bei verschiedenen Trägern in einem Bundesland. Ebenso unklar ist, inwieweit die Verbindung von Qualitätsvorgaben und Finanzierung durch den G-BA in Abstimmung mit der Fachwelt erfolgen sollen und dann auch umgesetzt werden.

Deshalb unsere essentiellen Forderungen:

1. Die grundlegend anderen Erfordernisse einer zeitgemäßen personenzentrierten, lebensfeld- und verlaufbezogenen, sektorenübergreifenden, „trialogisch“ begleiteten, in jedem Einzelfall flexibel zu entwickelnden psychiatrischen Behandlung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf mit einer Orientierung an der Behindertenrechtskonvention müssen über die Fachverbände hinaus mit der Selbstverwaltung und den beteiligten Instituten und der Politik soweit erörtert und verbindlich umgesetzt werden, dass der im Gesetzentwurf eingangs formulierte „Grundsatz von mehr Leistungsorientierung und Transparenz“ voll erfüllt wird.

2. Auch für diese Zielsetzung ist die von der GMK, von allen Fachverbänden, den Selbsthilfeorganisationen von Psychiatererfahrenen und Angehörigen, von Ver.di und Attac wiederholt geforderte umgehende Berufung einer unabhängigen Expertenkommission essentiell.

Bei einer weiteren Zurückstellung dieser Forderung kann die Politik dem Vorwurf schwerlich begegnen, die von ihr im Gesetzentwurf als vorrangige Zielsetzung angesprochene Transparenz selbst vermeiden zu wollen.



Die Voriage der Eckpunkte durch Koalition und BMG hat große Hoffnungen auf ein „anderes Vorgehen“ von Politik und Selbstverwaltung in der Entgeltfrage geweckt. Sollte dies bis zum Herbst nicht erreichbar sein, müssen von der Fachwelt, den Betroffenen, den Angehörigen, der Gewerkschaft und von Gruppen der Zivilgesellschaft gemeinsame Strategien zunehmender öffentlicher Auseinandersetzung entwickelt werden.

Die Inklusion schwer psychisch kranker Menschen in das menschliche Zusammenleben und die ihnen mögliche Teilhabe in allen Bereichen bleibt eine in ihrer Bedeutung für die gesellschaftliche Entwicklung zunehmende Aufgabe.

Köln, 31. Mai 2016

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

i.A. Richard Suhre (Gf.)



Witzke, Daniela -LS1 BMG

Name: Richard Suhre
Nachname: Suhre
Vorname: Richard
Firma: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Adresse geschäftlich: Zeltinger Str. 9
50969 Köln

Geschäftlich: 0221 - 51 10 03
Weiteres Fax: 0221 - 52 99 03

E-Mail: richard.suhre@dgsp-ev.de
E-Mail-Anzeigename: Richard Suhre (richard.suhre@dgsp-ev.de)