



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

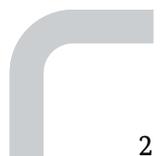
**Achte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

***Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder-
und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“):
Reform und Weiterentwicklung der
Krankenhausversorgung***



INHALTSVERZEICHNIS

1. Hintergrund	3
2. Ausgangslage	4
3. Empfehlungen	6
3.1 Krankenhaus-Level.....	6
3.2 Leistungsgruppen und Strukturqualität.....	8
3.3 Vorhaltebudget.....	11
3.4 Tagesstationäre und settingübergreifende Behandlung.....	12
3.5 Qualitätssicherung und Versorgungsforschung.....	15
Impressum	17





1. Hintergrund

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat in ihrer dritten Stellungnahme und Empfehlung am 6.12.2022 eine umfassende Reform des Krankenhaussystems in Deutschland empfohlen. Kernelemente sind die Einordnung der Krankenhäuser in Level, die Zuteilung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser, die Abkehr von einer rein leistungsorientierten Vergütung hin zur Einführung von Vorhaltepauschalen und mit dem Level Ii ein erster deutlicher Schritt hin zu einer sektorübergreifenden, ambulante und stationäre Behandlung verzahrenden Versorgung. In ihrer zweiten Stellungnahme und Empfehlung hatte die Regierungskommission am 22.9.2022 die flächendeckende Ermöglichung tagesstationärer Behandlung im Krankenhaus (Krankenhausbehandlungen ohne Übernachtung, auch über mehrere Tage) empfohlen.

Mit insgesamt fast 74.000 Krankenhausbetten entfallen circa 15 % aller Krankenhausbetten in Deutschland auf die Fächer Psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (im Folgenden „Psych-Fächer“). Die (Erwachsenen-)Psychiatrie ist nach der Inneren Medizin und der Chirurgie mit über 56.000 Betten das drittgrößte Fach, bezogen auf die Anzahl der Krankenhausbetten.¹ Dies spiegelt die hohe Prävalenz und die hohe gesamtgesellschaftliche Krankheitslast psychischer Erkrankungen wider. Viele der häufigen psychischen Erkrankungen – wie die Schizophrenie oder die bipolare affektive Erkrankung – beginnen in der Regel bereits zwischen dem Jugend- und dem jungen Erwachsenenalter, führen daher häufig zu einer lebenslangen Behandlungsnotwendigkeit und verhindern eine erfolgreiche Erwerbsbiografie und die Gründung einer eigenen Familie, was das individuelle Leid und die gesamtgesellschaftliche Bedeutung erhöht.

Die Psych-Fächer waren von den mit der dritten Stellungnahme der Regierungskommission gemachten Reformvorschlägen explizit ausgeschlossen, unter anderem,

- › weil für sie nie eine Vergütung nach einem Fallpauschalensystem eingeführt wurde, sodass die Vorschläge der Regierungskommission zur Absenkung der DRG-Vergütung zugunsten einer Vorhaltefinanzierung für die Psych-Fächer inhaltlich unpassend wären,

¹ Zahlen von 2017 (= aktuellste beim Statistischen Bundesamt verfügbare Zahlen): Psychiatrie: 56.223; Psychosomatik: 11.410; Kinder- und Jugendpsychiatrie: 6.311 Krankenhausbetten. Alle Krankenhausbetten in Deutschland: 497.182. Quellen: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html> und https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gastd&p_aid=53741851&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=115&p_ansnr=21842481&p_version=2&D.000=3739&D.935=12147&D.923=11857.



- › weil nur in den Psych-Fächern die Krankenhausplanung bereits seit Jahrzehnten nach einem Bevölkerungsbezug und einer hieraus abgeleiteten regionalen Versorgungspflicht² erfolgt und
- › weil für die Psych-Fächer erst kürzlich ein neues Vergütungssystem (PEPP³) eingeführt wurde, dessen Auswirkungen auf die Bevölkerungsversorgung noch nicht abschließend beurteilt werden können.

Auch von der Empfehlung der zweiten Stellungnahme zur tagesstationären Behandlung waren die Psych-Fächer ausgenommen worden, da sie bereits weitgehend flächendeckend über Tageskliniken verfügen.

Dessen ungeachtet stellen sich zentrale Fragen zu den Psych-Fächern mit Blick auf die allgemeine Krankenhausreform, unter anderem, inwieweit die Psych-Fächer ebenfalls nach Levels gruppiert werden sollen, inwieweit sie ebenfalls Leistungsgruppen zugewiesen bekommen sollen und inwieweit sie ebenfalls per Vorhaltevergütung finanziert werden sollen. Zu diesen Fragen und zur Frage eines darüberhinausgehenden Reformbedarfs in den Psych-Fächern gibt die Regierungskommission mit der hier vorliegenden achten Stellungnahme Empfehlungen ab.

2. Ausgangslage

Die Psych-Fächer weisen im Vergleich mit den somatischen Fächern seit Jahrzehnten Besonderheiten in der Krankenhausplanung, Krankenhausorganisation und Krankenhausvergütung auf. Hierzu gehören auch eigene Möglichkeiten der sektorenunabhängigen Versorgung (Modellvorhaben nach § 64b SGB V). Hierbei können sie in vielfältiger Hinsicht als vorbildlich oder modellbildend für Reformen im somatischen Bereich betrachtet werden. Seit langem in den Psych-Fächern etablierte Strukturen werden inzwischen auch für die somatische Krankenhausversorgung diskutiert und eingeführt. Die Psych-Fächer erlauben hierdurch, erwünschte und unerwünschte Auswirkungen alternativer Krankenhausstrukturen zu betrachten.

- ² Ganz Deutschland ist in psychiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsregionen aufgeteilt, für die jeweils eine psychiatrische Abteilung/ein psychiatrisches Fachkrankenhaus die Versorgungspflicht hat. Dies bedeutet, dass stationär behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion unabhängig von der aktuellen Behandlungskapazität der Abteilung/Klinik aufgenommen werden müssen. Darüber hinaus steht es den Abteilungen/Kliniken frei, bei ausreichender Kapazität Patientinnen und Patienten aus anderen Versorgungsregionen aufzunehmen, so wie es den Patientinnen und Patienten freisteht, eine andere als die für sie pflichtzuständige Abteilung/Klinik um Aufnahme anzufordern. Neben den pflichtversorgenden Abteilungen/Kliniken gibt es vergleichsweise wenige Abteilungen oder Kliniken, die sich nicht an der Pflichtversorgung beteiligen.
- ³ Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik; seit 2018 verpflichtend, seit 2020 mit Budgetauswirkung; nach PEPP wird die stationäre Behandlung nach Tagespauschalen vergütet, die unter anderem nach Erkrankungsschwere und Behandlungsaufwand am jeweiligen Tag variieren.



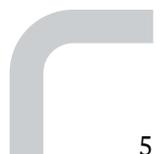


Zu den Besonderheiten der Psych-Fächer gehören:

- ▶ in den Krankenhäusern mit einer nahezu flächendeckenden Verfügbarkeit von Tageskliniken und neuerdings auch aufsuchender Behandlung (STÄB⁴) eine flexible Versorgung innerhalb des stationären Sektors und mit Institutsambulanzen eine sinnvolle Schnittstelle zum ambulanten Sektor, sodass eine flexible Behandlung nach den aktuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ermöglicht wird. Die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen wurden schon vor Jahrzehnten als eine zentrale Ursache für verminderte Qualität und Effizienz identifiziert, und die Überwindung der Sektorengrenzen ist eine zentrale Forderung, insbesondere für die somatischen Fächer. Im Fach Psychosomatik ist bislang allerdings nur in fünf Bundesländern eine Versorgung mit Institutsambulanzen landesrechtlich ermöglicht worden (siehe hierzu unten).
- ▶ traditionell keine Vergütung durch Fallpauschalen wie DRGs, deren ungewollte Effekte etwa auf Fallzahlsteigerung oder übermäßige Liegedauerverkürzung und damit auch Personalbelastung in den letzten Jahren verstärkt diskutiert wurden (stattdessen in den Psych-Fächern tagesbezogene Vergütung durch Pauschalen, die sich an Erkrankungsschwere und Behandlungsaufwand des jeweiligen Behandlungstags orientieren (PEPP)).
- ▶ regionale Pflichtversorgung für die allermeisten psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen/Fachkrankenhäuser und somit eindeutig zugeordnete Verantwortung und Versorgungspflicht für die zu versorgende Bevölkerung.
- ▶ Orientierung der Krankenhausplanung an der regionalen Pflichtversorgung und damit Vermeidung von Doppelstrukturen und Planung in den meisten Bundesländern mit Hilfe von bevölkerungsbezogenen Bettenmessziffern (Behandlungsplatzmessziffern).
- ▶ Verzahnung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der in vielen Bundesländern die Fachaufsicht für psychiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen innehat – zumindest, wenn sie mit staatlichen hoheitlichen Aufgaben betraut sind – und enge Kooperation bei Einweisung und Aufnahme von Patienten.
- ▶ seit Jahrzehnten definierte Personaluntergrenzen (Psych-PV, seit 2020 abgelöst durch PPP-RL⁵), wie sie in den letzten Jahren schrittweise auch für das Pflegepersonal in der Somatik etabliert wurden.

4 Stationsäquivalente Behandlung („Home Treatment“).

5 Psychiatrie-Personalverordnung bzw. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.





- › umfangreiche Modellvorhaben nach § 64b SGB V in den vergangenen Jahren, mit denen sektorübergreifende Behandlungskonzepte erprobt wurden, zum Beispiel regionale Budgets oder Kopfpauschalen. Die Modelle wurden wissenschaftlich begleitet und ganz überwiegend positiv evaluiert.⁶
- › Im Vergleich zu den meisten somatischen Fächern ist die Transparenz hinsichtlich der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen geringer, unter anderem, da das OPS-System psychiatrische Maßnahmen unzureichend differenziert abbildet und da aus den ICD-10-Diagnosen in der Regel nicht direkt diagnostische oder therapeutische Prozeduren abgeleitet werden können. Beispielsweise ist in der Erwachsenenpsychiatrie Polypharmazie als ein relevantes Qualitätsdefizit erkannt; eine regelhafte Transparenz hinsichtlich Art und Ausmaß von Polypharmazie besteht aber nicht.

3. Empfehlungen

3.1 Krankenhaus-Level

Zumindest im Erwachsenenbereich ist die Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen sehr häufig, und die Qualität der Krankenhausbehandlung steigt – sowohl für primär somatisch als auch für primär psychisch erkrankte Menschen –, wenn somatische und Psych-Fächer am selben Krankenhausstandort verfügbar sind. Inzwischen findet in Deutschland knapp die Hälfte der stationären psychiatrischen Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern statt.⁷

Aus diesem Grund ist es sinnvoll und wird von der Regierungskommission empfohlen, dass Abteilungen der Psych-Fächer an allen Krankenhäusern der Level In bis III(U) geführt werden können. Level Ii-Krankenhäuser können keine Abteilungen oder Leistungsgruppen der Psych-Fächer betreiben, sollen aber mit derartigen Abteilungen oder Kliniken kooperieren und sich zum Beispiel mit diesen telemedizinisch vernetzen. Da ein voraussehbarer Schwerpunkt der Level Ii-Krankenhäuser die Behandlung betagter und hochbetagter Menschen sein wird, ist insbesondere eine engmaschige geronto-psychiatrische Kooperation anzustreben.

6 Neumann A, Baum F, Seifert M, Schoffer O, Kliemt R, March S, Häckl D, Swart E, Pfennig A, Schmitt J. Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V). *Psychiatr Praxis* 2021;48:127-34.

7 Ungefähr 45 % der psychiatrischen Krankenhausbehandlungsfälle (nach grob abschätzender eigener Berechnung).





Damit ein Krankenhaus ein bestimmtes Level erreicht, muss es nach den Empfehlungen der Regierungskommission eine bestimmte Mindestzahl von Leistungsgruppen anbieten. Die Regierungskommission empfiehlt, dass bis zu zwei (der drei) Psych-Fächer auf diese Mindestzahl angerechnet werden können.

Für die Erwachsenenpsychiatrie empfiehlt die Regierungskommission nachdrücklich, diese zumindest an Krankenhäusern der Level II und III vorzuhalten.

Für die Psychosomatik empfiehlt die Regierungskommission, diese als eigenständige Abteilung an Krankenhäusern des Levels III vorzuhalten und an Krankenhäusern niedrigeren Levels zumindest einen psychosomatischen Konsildienst zu etablieren.

Bei der Krankenhausversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen große regionale Unterschiede. Die Regierungskommission empfiehlt daher den bedarfsangemessenen Ausbau kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsstrukturen, um regionale Unterschiede auszugleichen. Die in vielen Regionen Deutschlands vorhandene und teilweise dramatische Unterversorgung ist hierbei zu beheben. Die kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung betrifft in vielen Regionen auch den ambulanten Bereich. Soweit die ambulante Versorgungslücke nicht aus dem KV-Sektor heraus geschlossen werden kann, soll der kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbereich über seine Institutsambulanzen explizit auch die ambulante Versorgung sicherstellen.

Bei der Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen ist auf eine enge Verzahnung sowohl mit der Kinder- und Jugendheilkunde als auch mit der Erwachsenenpsychiatrie zu achten, zum einen, um Kindern mit chronischen somatischen Erkrankungen eine hochqualitative psychosoziale Versorgung anbieten zu können, und zum anderen, um Transitionskonzepte realisieren zu können. Spezifische psychosomatische Krankenhausangebote für Kinder und Jugendliche existieren nur lückenhaft, zumeist in Form spezialisierter Stationen von Kliniken oder Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder für Pädiatrie. Zugleich ist der Bedarf für eine kinder- und jugendpsychosomatische Versorgung gegeben, zum Beispiel mit Blick auf häufige Erkrankungen und Beschwerdebilder in dieser Altersgruppe wie chronische Schmerzsyndrome, dissoziative Störungen oder Anpassungsstörungen bei chronischen oder schwerwiegenden somatischen Erkrankungen. Die Regierungskommission empfiehlt daher den Ausbau dieser Versorgungsangebote, was grundsätzlich in Kooperation von Abteilungen/Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Pädiatrie andererseits erfolgen sollte.

Psychiatrische Notfälle sind im Kindes- und Erwachsenenalter häufig, weshalb anzustreben ist, dass alle Krankenhäuser mit Notfallstufe auch psychiatrische Notfälle fachlich kompetent behandeln können und entsprechende Strukturen





für die Notaufnahme aufbauen, wenn sie nicht über eine Fachabteilung verfügen. Die Verzahnung und Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst sind beizubehalten und auszubauen.

Neben den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gibt es psychiatrische und psychosomatische Fachkliniken. Die psychiatrischen Fachkliniken decken gut die Hälfte⁸ der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland ab und sind (sofern psychiatrisch) in der Regel Teil der sektorierten Pflichtversorgung. Sie sind für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar, weshalb sie neben den in Leveln eingeteilten Allgemeinkrankenhäusern als Fachkliniken weiterhin benötigt werden. Aufgrund ihrer Größe bieten sie mitunter überregionale Spezialisierungen auf seltenere Krankheitsbilder an. Auch für den somatischen Bereich hatte die Regierungskommission Fachkliniken als eigene, zu bewahrende Kategorie empfohlen. Infolge der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquêtekommision des Deutschen Bundestages von 1975⁹ war (zunächst in Westdeutschland) eine Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung mit einem Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und einem Abbau von Behandlungskapazitäten an psychiatrischen Fachkrankenhäusern eingeleitet worden. Dieser Reformprozess hält bis heute an, und die Gründe der Enquêtekommision für diese Empfehlung haben nicht an Gültigkeit verloren. Die Regierungskommission empfiehlt daher, zu prüfen, inwieweit die Fachkrankenhäuser langfristig baulich und inhaltlich in Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren sind.

Aufgrund von Heterogenität und großen regionalen Unterschieden der Versorgungsangebote sollte eine größere Transparenz der Versorgungslandschaft erreicht werden. Dies kann neben anderen Maßnahmen durch ein umfassendes Kapazitätsregister erfolgen, das unter anderem die Leistungsangebote der Krankenhäuser, der Rehabilitation, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des vertragsärztlichen Bereichs umfasst, sowie durch eine Fortschreibung und einen Ausbau der Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts¹⁰.

3.2 Leistungsgruppen und Strukturqualität

Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die allermeisten Erwachsenen- und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausabteilungen/Kliniken erfüllen einen regionalen Versorgungsauftrag, was bedeutet, dass sie für die zu versorgende Bevölkerung das gesamte Spektrum der Psychiatrie bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie abdecken müs-

8 Eigene Kalkulation; siehe oben.

9 <https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf>.

10 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html.





sen, was auch die Versorgung psychiatrischer Notfälle beinhaltet. Durch die regionale Pflichtversorgung ist ganz Deutschland erwachsenen- und kinder- und jugendpsychiatrisch versorgt. Diese flächendeckende Versorgung muss auch zukünftig garantiert sein, weshalb es den Planungsbehörden in den Bundesländern potenziell möglich sein muss, die Vergabe somatischer Leistungsgruppen an Krankenhäuser notfalls daran zu koppeln, dass das Krankenhaus auch die psychiatrische Versorgung der Region übernimmt.

Von Leistungsgruppen, die auf bestimmte Krankheitsgruppen oder bestimmte Behandlungsangebote zugeschnitten sind, rät die Regierungskommission ab, da der Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region grundsätzlich alle Krankheitsbilder und Krisensituationen umfasst. Eine nach Diagnosen unterschiedlich aufgeteilte Pflichtversorgung erscheint auch nicht praktikabel, unter anderem, da sich die diagnostische Zuordnung (insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die im Rahmen eines Notfalls aufgenommen werden) häufig erst im Laufe der Krankenhausbehandlung ergibt. Auch settingspezifische Leistungsgruppen (etwa: Leistungsgruppe vollstationär, Leistungsgruppe Tagesklinik, Leistungsgruppe Institutsambulanz) werden von der Regierungskommission abgelehnt, da sie dem Ziel einer möglichst flexiblen, sektorübergreifenden Behandlung zuwiderlaufen. Als zwei getrennte Leistungsgruppen sind aber (Erwachsenen-)Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zu betrachten.

Psychosomatik

Die Kliniken/Abteilungen für Psychosomatik erfüllen in der Regel keine regionale Pflichtversorgung und sind häufig auf bestimmte Krankheitsgebiete spezialisiert, zum Beispiel auf Patientinnen und Patienten mit Essstörungen. Hier scheint potenziell eine Differenzierung in verschiedene Leistungsgruppen möglich. Diese sollte aber nur dann erfolgen, wenn hierdurch Leistungsgruppen mit unterschiedlichen Strukturvoraussetzungen oder unterschiedlichem Vorhalteaufwand resultieren. Soweit psychosomatische Behandlungen durch spezialisierte Stationen oder Abteilungen im Rahmen der Inneren Medizin durchgeführt werden sollen, muss dies durch die Zuweisung einer hierfür spezifischen Leistungsgruppe geregelt sein. Für diese Leistungsgruppe müssen verpflichtende Strukturvorgaben, insbesondere hinsichtlich der Personalmindestausstattung, definiert werden, die den allgemeinen Anforderungen an die Strukturqualität psychosomatischer Krankenhausbehandlung (siehe nachstehend) entsprechen, insbesondere hinsichtlich psychosomatisch und psychotherapeutisch qualifizierten Personals.

Strukturqualität

Allen drei Fächern gemeinsam ist, dass die Strukturqualität ganz vorrangig durch die Personalausstattung in den verschiedenen Berufsgruppen definiert wird, während die apparative Ausstattung eine untergeordnete Rolle spielt.





Hierbei sind als die Mindest-Strukturvoraussetzung für alle drei Fächer und ggf. hieraus abgeleitete Leistungsgruppen die Personaluntergrenzen nach der PPP-RL zu betrachten. Zu beachten ist, dass die PPP-RL Mindestvorgaben für die verschiedenen Berufsgruppen und nicht Soll- oder Orientierungsvorgaben macht. Auch ist sie nicht als Instrument für Budgetverhandlungen vorgesehen.

PPP-RL

Nach dem gegenwärtig gültigen G-BA-Beschluss wird ein Unterschreiten der Mindestvorgaben der PPP-RL ab 1.1.2024 mit finanziellen Sanktionen belegt (ab diesem Zeitpunkt wird eine mindestens 95-prozentige Erfüllung der Vorgaben verlangt, ab 1.1.2025 dann eine 100-prozentige Erfüllung). Die Sanktionen sollten hierbei angemessen und fair sein und die Versorgung nicht gefährden. Es bestehen Zweifel, ob die gegenwärtig vom G-BA festgelegten Regeln diesen Grundsätzen entsprechen, weshalb die Regierungskommission zunächst ein Aussetzen der ab 1.1.2024 greifenden Sanktionsbewehrung anrät. Die Sanktionen sollten ausgesetzt bleiben, bis eine Überarbeitung zu angemessenen Regularien geführt hat.

Nach dem gegenwärtig gültigen G-BA-Beschluss führt bereits eine geringfügige Unterschreitung der Personal-Mindestvorgaben in lediglich einer von sechs verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Ärzte, Psychologen, Bewegungstherapie, soziale Arbeit, Spezialtherapie) nicht nur zur Verpflichtung, das nicht für das Personal ausgegebene Budget zurückzuzahlen, sondern darüber hinaus auch zu einer unverhältnismäßig erscheinenden finanziellen Sanktion, die sich wie folgt berechnet:¹¹ Die prozentuale Unterschreitung der Mindestvorgaben in einer Berufsgruppe (zum Beispiel 2,9%) wird pauschal mit einem Sanktionsfaktor von 1,7 multipliziert (ergibt im Beispiel also 4,93%). Die Strafzahlung entspricht dann diesem Anteil am Quartalsbudget der Klinik. Wenn dieses in einem fiktiven Fall zum Beispiel bei 4,3 Millionen € liegt, betrüge die Sanktionszahlung 211.990 € und läge damit um ein Mehrfaches über dem nicht ausgegebenen Personalbudget. Auch Personalausfälle aufgrund von kurzfristiger Krankheit oder anderen Abwesenheitsgründen werden bei den quartalsweise vorgeschriebenen Meldungen berücksichtigt. Der Fachkräftemangel dürfte der häufigste Grund für die Unterschreitung der Personaluntergrenzen sein.

Dies scheint unverhältnismäßig und stellt eine deutliche Ungleichbehandlung im Vergleich zur somatischen Medizin dar, in der die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen mit deutlich geringeren Sanktionen versehen wird.

¹¹ §13 Abs. 5 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL des G-BA); abzurufen unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3076/PPP-RL_2022-09-15_iK-2023-01-01.pdf.





Zur Vermeidung kurzfristiger Unterschreitungen der Untergrenze in einer der sechs Berufsgruppen, zum Beispiel durch eine Krankheitswelle, müssten die Kliniken in allen Berufsgruppen Personalreserven vorhalten. Hierfür sehen die Vereinbarungen der Vertragspartner in der Regel aber keine Vergütung vor. Da die Mindestvorgaben auf die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten bezogen wird, drohen die Sanktionen dazu zu führen, dass bei kurzfristigem Personalausfall die Behandlungskapazitäten reduziert werden, was die Versorgung der Bevölkerung potenziell gefährdet. Im ungünstigsten Fall könnte eine Abwärtsspirale in Gang kommen, die am Ende die Existenz der psychiatrischen Abteilung oder Klinik bedroht, wenn durch die Reduktion der Behandlungen die Einnahmen der Klinik sinken, hierdurch weitere Stellen nicht besetzt werden können und abermalige Sanktionszahlungen verhängt werden.

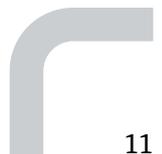
Die Regierungskommission empfiehlt daher und mit dem Ziel der Gleichbehandlung psychisch und somatisch kranker Patientinnen und Patienten, die Sanktionen nach der PPP-RL den Prinzipien und der Höhe der Sanktionen bei Verletzung der Pflegepersonaluntergrenzen in der somatischen Medizin (§ 137i Abs. 1 und 4b SGB V) anzugleichen.

Darüber hinaus werden die Vorgaben des G-BA zur Umsetzung der PPP-RL als zu bürokratisch und als rückwärtsgewandt mit Blick auf den starren Stationsbezug der Vorgaben bewertet. Zu erheblichem bürokratischem Aufwand führt, dass die Kliniken verpflichtet sind, pro Quartal für jede einzelne Station die tatsächlich im Dienst befindliche Zahl von Vollkräften für jede der genannten sechs Berufsgruppen zu melden. Der überholte Stationsbezug ist gegen eine Flexibilisierung des Settings (siehe oben) und eine sektorübergreifende Behandlung gerichtet. Die Regierungskommission rät an, diese Defizite der gegenwärtigen Rechtslage kurzfristig zu beseitigen und den Dokumentationsaufwand auf maximal den Dokumentationsaufwand für die Pflegepersonaluntergrenzen in der somatischen Medizin zu reduzieren. Perspektivisch ist der Bezug auf Stationen und Krankenhausbetten durch einen settingunabhängigen Kapazitätsbezug zu ersetzen.

3.3 Vorhaltebudget

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde erst kürzlich für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ein neues Entgeltsystem, das PEPP-Entgeltsystem, eingeführt. Dieses ist seit 2018 verpflichtend. Das PEPP-System basiert auf Tagesvergütungssätzen, die vom InEK¹² je nach Behandlungsdauer und weiteren individuellen Patientendaten aufwandsgerecht kalkuliert werden. In die aufwandsgerechte Kalkulation fließen auch die Vorhaltekosten ein.

¹² Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.





Die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems lassen sich noch nicht ausreichend beurteilen, da es erst kürzlich verpflichtend eingeführt wurde und bisher hauptsächlich unter den atypischen Bedingungen der Corona-Pandemie zur Anwendung kam. Die Regierungskommission spricht sich daher gegen eine erneute Reform der Vergütung der Psych-Fächer zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus und empfiehlt, zunächst erwünschte und unerwünschte Auswirkungen des neuen Entgeltsystems systematisch zu evaluieren. Dies beinhaltet auch, dass aus der Vergütung der Psych-Fächer bis auf Weiteres keine allgemeine Vorhaltevergütung auszugliedern ist.

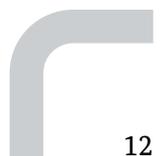
3.4 Tagesstationäre und settingübergreifende Behandlung

Tagesstationäre Behandlung/Tageskliniken

Basierend auf der entsprechenden Empfehlung der Regierungskommission in ihrer zweiten Stellungnahme wurde es ab 1.1.2023 allen somatischen Abteilungen und Kliniken ermöglicht, in medizinisch geeigneten Fällen die Krankenhausbehandlung tagesstationär zu erbringen. Tagesstationär bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten die Nächte außerhalb des Krankenhauses verbringen. Im Falle einer solchen Behandlung erfolgt ein Abschlag auf die Vergütung des Krankenhauses für die Behandlung.

Die Abteilungen und Kliniken der Psych-Fächer verfügen bereits weitgehend flächendeckend über Tageskliniken, für die eigene Vergütungsmodalitäten vereinbart sind. Diese Vergütungswege sollen beibehalten werden, was bedeutet, dass keine Anwendung der neuen Regeln für die tagesstationäre Vergütung erfolgt. Die Regierungskommission spricht sich für das Ziel einer settingübergreifenden Behandlung aus, was bedeutet, dass das Behandlungssetting flexibel wechselnd nach den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten vollstationär, tagesklinisch, ambulant oder aufsuchend gewählt werden sollte. Zur Förderung dieses Ziels empfiehlt die Regierungskommission, dass die Psych-Fächer nicht nur in den ausgewiesenen Tageskliniken, sondern auch auf allen vollstationären Behandlungsplätzen tagesklinisch nach den vereinbarten tagesklinischen Vergütungsmodalitäten behandeln dürfen. Ferner sollte die getrennte Ausweisung von vollstationären und teilstationären (tagesklinischen) Behandlungsplätzen in den Landeskrankenhausplänen überwunden werden.

Auch in den Psych-Fächern gibt es weiterhin ein relevantes Potenzial, bislang vollstationäre Behandlungen teilstationär oder ambulant zu erbringen. Dies geht oft mit Vorteilen für die Patientinnen und Patienten einher und schont die knappen Ressourcen. Von herausragender Bedeutung ist, dass angesichts des auch in den Psych-Fächern teilweise dramatischen Fachkräftemangels hierdurch der Personalbedarf reduziert werden kann.



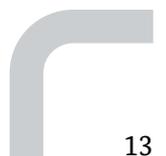


Institutsambulanzen

Nach § 118 SGB V haben psychiatrische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungen, die sich an der regionalen Pflichtversorgung beteiligen, die Berechtigung, in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ambulant zu behandeln. PIAs sind auf die Behandlung schwer oder chronisch psychisch kranker Patientinnen und Patienten ausgerichtet, insbesondere solcher, die vom ambulanten KV-System nur unzureichend versorgt werden können. Dies stellt eine entscheidende Möglichkeit für eine flexibel bedarfsangemessene Behandlung durch die Krankenhäuser und ein wesentliches Element zur Überwindung von Sektorengrenzen dar. Zudem sichern PIAs in einigen Regionen die Basisversorgung, da ausreichend niedergelassene KV-Ärzte fehlen (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch häufiger als in der Erwachsenenpsychiatrie).

Allerdings ist es bislang erst in fünf Bundesländern gelungen, in relevantem Umfang psychosomatische Institutsambulanzen zu installieren. Die Regierungskommission empfiehlt dem Gesetzgeber, kurzfristig Maßnahmen zu ergreifen, damit eine Versorgung der Bevölkerung durch psychosomatische Institutsambulanzen in allen Bundesländern sichergestellt wird.

Die Vergütung der Institutsambulanzen unterscheidet sich zwischen den Bundesländern, wobei in den meisten Bundesländern für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten Quartalspauschalen, zum Teil gestaffelt nach Intensität der Behandlung, vereinbart sind, während in anderen Bundesländern wie Bayern und Sachsen nach dem sogenannten Bayerischen Modell vergütet wird. Dieses beinhaltet die Vergütung jeder einzelnen Behandlungsleistung getrennt nach Berufsgruppe, Zeitaufwand und Setting. Hierfür existiert im Bayerischen Modell eine bürokratiearme, einfache Dokumentations- und Abrechnungsmöglichkeit. Das Bayerische Modell ist ein Anreiz, den Patientinnen und Patienten der Institutsambulanzen tatsächlich die erforderliche Behandlung zukommen zu lassen, während Quartalspauschalen potenziell ein Anreiz sind, möglichst keine Leistungen zu erbringen, die über das für die Pauschale erforderliche Maß hinausgehen. Das Bayerische Modell bedeutet ferner eine aufwandsadäquatere, transparentere und differenziertere Vergütung. Aus den genannten Gründen empfiehlt die Regierungskommission, das Bayerische Modell bundesweit einzuführen. Zugleich sollte geprüft werden, inwieweit die Grundprinzipien des Bayerischen Modells mit seiner vorbildlichen Transparenz, Einfachheit und Bürokratiearmut auf andere, stärker bürokratisierte Bereiche des Gesundheitswesens, zum Beispiel andere besondere ambulante Behandlungsformen (etwa §§ 115 ff. SGB V), übertragen werden kann.





Regionalbudgets, sektorübergreifende Quartals- oder Kopfpauschalen

Eine echte Überwindung der Setting- und Sektorengrenzen bieten Regionalbudgets oder sektorübergreifende Quartals- oder Kopfpauschalen (Per-Capita-Modelle). § 64b SGB V bietet die Möglichkeit, derartige Versorgungskonzepte in den Psych-Fächern als Modellprojekte durchzuführen und zu evaluieren. Dies ist in den letzten Jahren recht umfangreich geschehen, und die Evaluation fiel ganz überwiegend positiv aus (für eine Übersicht siehe Baum et al. 2020¹³ und Neumann et al. 2020¹⁴).

Die Regierungskommission erachtet derzeit diese Modelle noch nicht als geeignet, pauschal und obligat auf ganz Deutschland übertragen zu werden, unter anderem, da sich die ambulante Versorgung durch den KV-Bereich regional stark unterscheidet und in den bislang durchgeführten Modellprojekten der KV-Bereich in der Regel nicht eingebunden war. Die Regierungskommission empfiehlt aber, dass derartige Vergütungsmodelle von allen Krankenkassen zwingend abgeschlossen und evaluiert werden müssen, sofern in einer Region durch ein Krankenhaus und mehrere Krankenkassen ein derartiger Vertrag geschlossen wird, der dazu führt, dass mindestens 25 % aller Versicherten von dem Vertrag erfasst sind. Der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen der restlichen bis zu 75 % der Versicherten führt dann zu einer einheitlichen Regelung der psychiatrischen Versorgung in der Region und ist ein starker Anreiz, die in den Projekten nach § 64b SGB V erprobten Modelle in die regionale Regelversorgung zu überführen. Die Regierungskommission empfiehlt, ein geeignet zusammengesetztes Gremium zu beauftragen, ein bundesweites Rahmenkonzept für die Budgetfindung und Abfinanzierung derartiger Vergütungsmodelle zu erarbeiten, damit jahrelange regionale Einzelverhandlungen vermieden werden.

Zukünftig sollen in Modellprojekte auch die Vertragspartner auf KV-Seite einbezogen werden. Mittelfristig ist eine Ausweitung auf alle im SGB V geregelten Psych-Behandlungsmöglichkeiten anzustreben. Hierbei sollte das gegenwärtige Nebeneinander verschiedener Vergütungssysteme für vollstationäre Behandlung, Tagesklinikbehandlung, stationsäquivalente Behandlung und ambulante Behandlung einschließlich PIAs in ein einheitliches, flexibles Vergütungssystem überführt werden. Hierzu ist zu prüfen, in welcher Form der ICD- und der OPS-Katalog weiterzuentwickeln sind.

13 Baum F, Schoffer O, Neumann A, Seifert M, Kliemt R, March S, Swart E, Häckl D, Pfennig A, Schmitt J. Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients with Mental Disorders – Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies from Germany. *Front. Psychiatry* 11:131. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00131.

14 Neumann A, Baum F, Seifert M, Schoffer O, Kliemt R, March S, Häckl D, Swart E, Pfennig A, Schmitt J. Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V). *Psychiatr Praxis* 2021;48:127-34.





3.5 Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

In den Psych-Fächern besteht gegenwärtig bezüglich der meisten Aspekte eine geringere Transparenz hinsichtlich der Versorgungsqualität als in den somatischen Fächern. Auch bezüglich der tatsächlichen Krankheitsbelastung der Bevölkerung durch psychische Erkrankungen bestehen Erkenntnisdefizite.

Die Regierungskommission empfiehlt daher zu prüfen, in welcher Weise der ICD- und der OPS-Katalog so weiterentwickelt werden können, dass daraus eine ähnliche Aussagekraft wie in den meisten somatischen Fächern resultiert. Im Krankenhausbereich sollten Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Pharmakotherapie einheitlich und systematisch erfasst werden. Die genannten Daten sind als Routinedaten der Versorgungsforschung zugänglich zu machen. Die strikte Wahrung des Datenschutzes ist hierbei selbstverständlich, aber mit geeigneten Maßnahmen auch umsetzbar. Der Datenschutz darf nicht zur Blockade oder als Vorwand für eine Verhinderung der Nutzarmachung von Routinedaten für die Versorgungsforschung verwendet werden.

Bei der Umsetzung dieser Empfehlungen ist strikt darauf zu achten, dass die behandelnden Institutionen nicht mit weiterer Bürokratie belastet werden. Dies kann erreicht werden, wenn Daten, die – zum Beispiel für die interne Therapiedokumentation oder zu Abrechnungszwecken – ohnehin erfasst werden, nach bundeseinheitlichen Standards dokumentiert und automatisiert aggregiert werden.





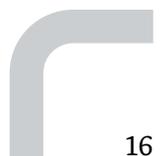
Die Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission sind im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde einstimmig von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung verabschiedet.

Mitglieder der Regierungskommission sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



Impressum

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 29. September 2023

