

Reformbedarf in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

CHRISTINA TOPHOVEN,
TINA WESSELS

Dr. Christina Tophoven ist Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin

Dr. Tina Wessels ist Referentin in der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin

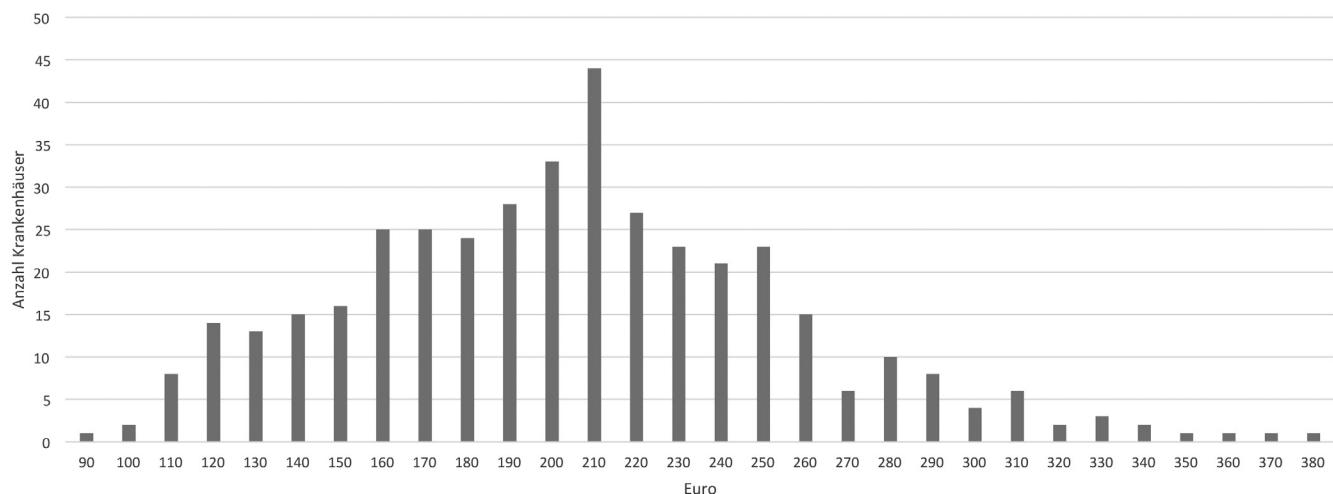
Im Koalitionsvertrag vereinbarten CDU/CSU und SPD 2013 an den Zielen mehr Transparenz, Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Bereich hinsichtlich des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik festzuhalten. Gleichzeitig sollte das neue Entgeltsystem keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen haben und Drehtüreffekte in der Psychiatrie und Psychosomatik nicht befördern. Zur Umsetzung dieser Ziele ist bisher noch wenig passiert. Für Patienten und Mitarbeiter der Kliniken bedeutet dies, dass sie mit einer pflegerischen und psychotherapeutischen Unterversorgung leben müssen. Es ist höchste Zeit, dass die Regierung handelt.

1. Das pauschalierende Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik – eine fast unendliche Geschichte

Seit Jahren diskutieren Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung eine Reform des Entgeltsystems in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. 2009 stellte die Koalition von CDU/CSU und SPD mit dem „Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ (KHRG) die Weichen für die Einführung eines neuen Entgeltsystems. Mit dem „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik“, dem sogenannten Psych-Entgeltgesetz, präzisierte die Koalition von CDU/CSU und FDP 2012 den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung zur Entwicklung des Entgeltsystems. Zudem wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Auftrag erteilt, bis zum Beginn der Konvergenzphase und dem Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) am 1.1.2017 neue Anforderungen zur

Ausstattung der Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal vorzulegen.

Der erste vom Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus (InEK) vorgelegte Entgeltkatalog wurde noch durch eine Ersatzvornahme des BMG zum 1.1.2013 in Kraft gesetzt. Aber seit 2013 kann sich die gemeinsame Selbstverwaltung Jahr für Jahr ohne Ersatzvornahme des BMG auf neue Entgeltkataloge einigen und Schwachstellen des Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) werden Schritt für Schritt behoben. Gleichzeitig gab und gibt es eine große Gruppe von Fachgesellschaften und Verbänden die befürchten, dass sich mit dem neuen Entgeltsystem die Versorgung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gravierend verschlechtern könnte. Die aktuell regierende Koalition von CDU/CSU und SPD beschloss, nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Kritik, den verbindlichen Umstieg auf das neue Entgeltsystem für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik hinauszuschieben. Die Optionsphase wurde mit

Abbildung 1: Tagesgleiche Pflegesätze/Häufigkeitsverteilung 2008

Quelle: GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten_und_analyse/psychiatrie_verguetung_2008/Psychiatrie_Abb_1_Tagesgleiche_Pflegesaetze_16521.pdf

dem „GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz“ (GKV-FQWG) 2014 um zwei Jahre verlängert und währt jetzt bis Ende 2016. Parallel zu diesem Moratorium sah das GKV-FQWG finanzielle Anreize für die Kliniken vor, die die verlängerte Optionsphase für einen Umstieg auf das neue Entgeltsystem nutzen. Für das umstrittene PEPP sollten während des Moratoriums mögliche Alternativen entwickelt und geprüft werden. Der hierzu vom BMG initiierte strukturierte Dialog dauert noch an. Im September haben die psychiatrischen und pflegerischen Fach- und Berufsverbände Eckpunkte für ein alternatives Entgeltsystem – das Konzept für ein budgetbasiertes Entgeltsystem¹ – vorgelegt, das im Kern eine Fortführung des bisherigen krankenhausindividuellen Budgetsystems vorsieht. Eine Äußerung des BMG hierzu steht noch aus. In der Zwischenzeit wurde auch klar, dass der G-BA seinen 2012 mit dem Psych-Entgeltgesetz erhaltenen Auftrag zur Erarbeitung von Personalanforderungen bis Ende 2016 aller Wahrscheinlichkeit nach nicht fristgerecht erledigen kann.

Vor diesem Hintergrund steht der Fahrplan für die Einführung des Entgeltsystems erneut auf der Tagesordnung. Mit anderen Worten: Anfang 2016 wird es voraussichtlich ein erneutes Gesetzgebungsvorhaben für das Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik geben. Eine Verlängerung des Moratoriums ist nicht ausgeschlossen. Über die seit 2009 mit vielerlei Befürchtungen geführte Reformdebatte gerät außer Sicht, dass es

Indizien für einen dringenden Reformbedarf in Psychiatrie und Psychosomatik gibt und, dass jedes Jahr länger unter den Rahmenbedingungen des aktuell gültigen Entgeltsystems zu Lasten der Patienten und der Mitarbeiter in den Kliniken geht.

2. Indizien für dringenden Reformbedarf

■ Spreizung der tagesgleichen Pflegesätze

Eine Auswertung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2008 zeigt, dass die tagesgleichen Pflegesätze in der Psychiatrie zwischen 90 EUR und 380 EUR liegen (siehe Abbildung 1). Selbst wenn man unterstellt, dass strukturelle Gegebenheiten der Krankenhäuser die Differenz zwischen den Pflegesätzen in erheblichem Umfang mit beeinflussen, ist davon auszugehen, dass aufgrund der historisch gewachsenen Pflegesätze ein nennenswerter Anteil der Häuser massiv unterfinanziert ist, mit entsprechenden Konsequenzen für Patienten und Mitarbeiter.

■ Pflegerische Unterversorgung

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ermöglicht es den Einrichtungen der Psychiatrie ihre Patienten bestimmten Behandlungsbereichen zuzuordnen und entsprechend der Besetzung dieser Behandlungsbereiche mit den Krankenkassen die Finanzierung der für diese Behandlungsbereiche vorgegebenen Personalstellen zu verhandeln. Das in

den Budgetverhandlungen vereinbarte Personalequivalent ist von den Kliniken jedoch nicht verbindlich umzusetzen. In der Konsequenz schwankt der Psych-PV-Erfüllungsgrad entsprechend einer Erhebung der Aktion Psychisch Kranke (APK) aus dem Jahr 2005 zwischen den Krankenhäusern erheblich². Für die Hälfte der Einrichtungen der Erwachsenen-Psychiatrie lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad bei unter 90 Prozent, bei einem Viertel der Einrichtungen sogar unter 85 Prozent. Die Situation in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist noch schlechter, bei der Hälfte der Kliniken lag der Erfüllungsgrad der Psych-PV unter 88 Prozent und bei einem Viertel sogar unter 81 Prozent.

Von einer Personalunterbesetzung ist insbesondere die Gruppe der Pflegenden betroffen. Einem kontinuierlichen Anstieg der Arztstellen in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern steht eine sich auf niedrigem Niveau stabilisierende Anzahl von Stellen für Pflegende gegenüber³ (Abbildung 2). Betrachtet man die Relation von Berechnungstagen und Vollkräften in der Pflege sieht man, welche relativen Belastungsveränderungen aus

1 https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-09-09_Plattform_Entgelt_Konzeptpapier_Budgetbasiertes_Entgeltsystem_FINAL.pdf

2 Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hg.), 2007. Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie-Verlag, Bonn (http://apk-ev.de/publikationen/439-PschPV_RZ.pdf)

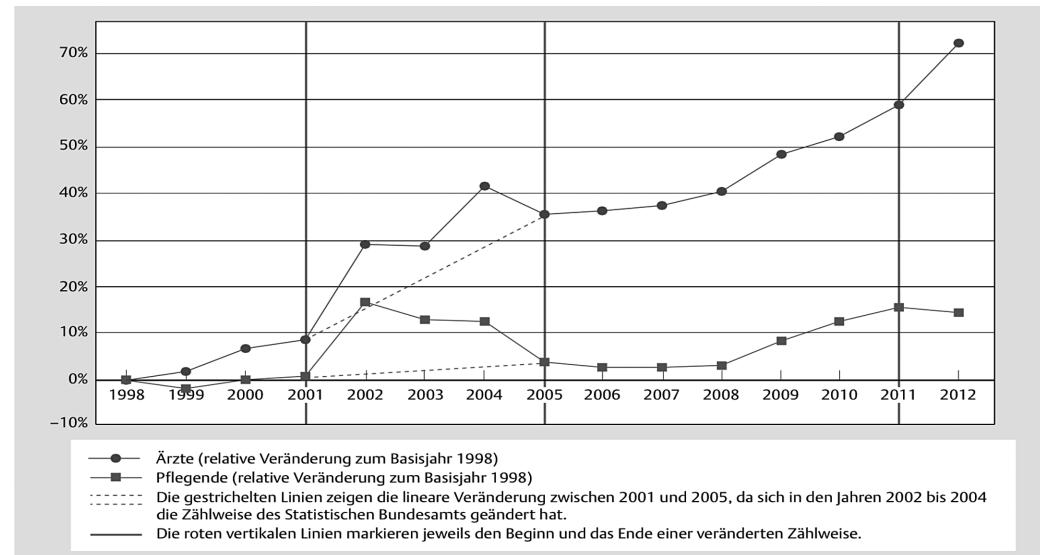
diesen Verschiebungen im Personalportfolio für diese beiden Berufsgruppen resultieren⁴ (Abbildung 3) Diese Entwicklung ist ein Indiz dafür, dass aufgrund der fehlenden Verbindlichkeit der Psychiatrie-Personalverordnung eine pflegerische Unterversorgung im Bereich der Psychiatrie, vor allem der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht, mit entsprechenden Konsequenzen für Patienten und Mitarbeiter der Kliniken.

Aktuelle Zahlen zur Erfüllung der Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung fehlen. Die Umsetzung der in den Budgetverhandlungen vereinbarten finanziellen Mittel in Personalstellen wird nicht überprüft und es besteht – auch gegenüber Patienten – keine Transparenz über die Personalsituation, bzw. die personelle Unterbesetzung in den verschiedenen Einrichtungen.

■ Psychotherapeutische Unterversorgung

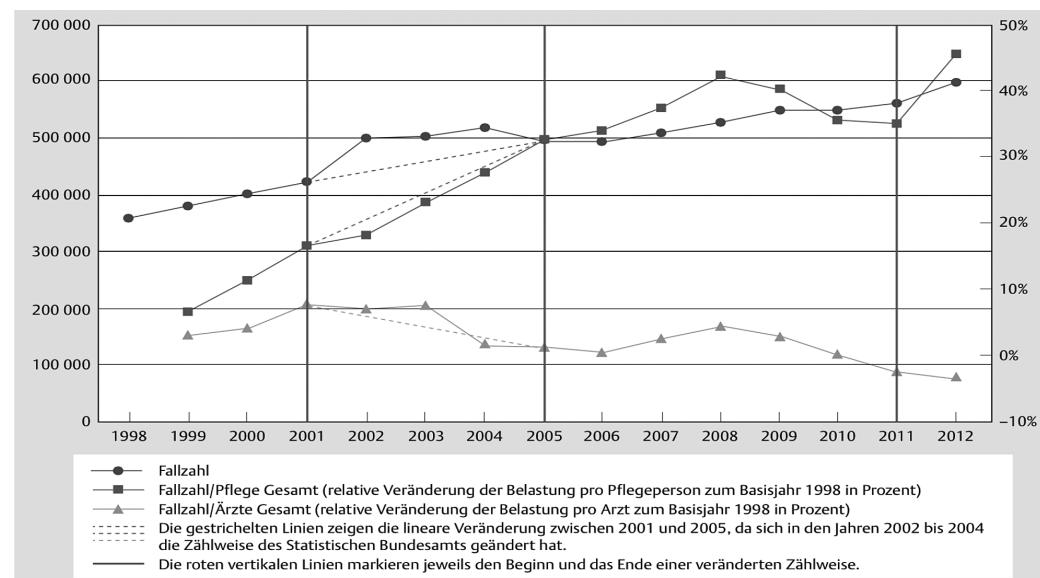
Die Psych-PV stammt aus einer Zeit, als psychisch kranke Menschen in erster Linie pharmakologisch behandelt wurden. Mit den Fortschritten in der Psychotherapie wurde Psychotherapie das Behandlungsmittel der ersten Wahl bei fast allen Patientengruppen. Dieser klinische Fortschritt bildet sich in der Psych-PV nicht ab. Vergleicht man den nach Psych-PV vorgesehenen Umfang an Psychotherapie im Regelbehandlungsbereich mit einer nach heutigem fachlichen Standard angemessenen Psychotherapieintensität wird deutlich, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf unterschätzt wird (Abbildung 4). Neben der pflegerischen Unterversorgung gibt es also auch eine psychotherapeutische Unterversorgung aufgrund der veralteten Anforderungen der Psych-PV.

Abbildung 2: Relative Veränderung der Personalstellen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern von 1998 -2012



Quelle: Löhr M., Schulz M. & Kunze H. (2014) Wegfall der Psych-PV – Was dann? Psych.Pflege Heute. 20(03): 140-155.

Abbildung 3: Belastungsveränderung in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern: Fälle pro Vollkraft von 1998 – 2012



Quelle: Löhr M., Schulz M. & Kunze H. (2014) Wegfall der Psych-PV – Was dann? Psych.Pflege Heute. 20(03): 140-155.

Auch hier gilt, dass aufgrund der bestehenden Intransparenz für Patienten nicht erkennbar ist, in welchem Umfang in den Einrichtungen psychotherapeutische Versorgungsangebote fehlen, um eine leitlinienorientierte Versorgung anbieten zu können.

■ Stationär vor ambulant

Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung mit schweren Beeinträchtigungen im täglichen Leben zuretkommen müssen, könnten viel häufiger

ambulant versorgt werden und in ihrer vertrauten Umgebung bleiben, wenn es im ambulanten Bereich Versorgungsangebote gäbe, die ihrem komplexen Behandlungsbedarf gerecht werden. Erfahrungen z.B. in Skandinavien oder England zeigen, dass – entsprechende Versorgungsangebote vorausgesetzt –, stationäre Versorgungsphasen ganz vermeidbar oder

3,4 Löhr M., Schulz M. & Kunze H. (2014) Wegfall der Psych-PV – Was dann? Psych. Pflege Heute. 20(03): 140-155.

wenigstens verkürzbar sind. Überlegungen der Krankenhäuser, diesem Versorgungsbedarf ihrer Patienten gerecht zu werden, werden durch die aktuell gültigen Rahmenbedingungen behindert. Diese ermöglichen mit Ausnahme des tagesklinischen Bereiches ausschließlich die Verhandlung von Personalstellen für die stationäre Versorgung. Umorientierungen in Richtung einer stärker ambulanten oder sektorenübergreifenden Versorgung werden derzeit ökonomisch negativ sanktioniert. Daher können Kliniken dem Versorgungsbedarf dieser Patienten nur durch Modellprojekte (§ 64 b SGB V) oder durch den Ausbau der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) versuchen, gerecht zu werden. Soweit die sehr intransparente Datenlage eine Beurteilung zulässt, führt dies weder inhaltlich (sektorenübergreifende Versorgung), noch flächendeckend zu einem entsprechenden Aufbau von Versorgungsstrukturen.

Reformbemühungen – Episoden einer fast unendlichen Geschichte

- Entwicklung neuer Personalanforderungen durch den G-BA

Mit dem Psych-Entgeltgesetz hat der G-BA 2012 den Auftrag erhalten, Empfehlungen zur Ausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem

für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu entwickeln (§137 SGB V). Präzisierend hielt der Gesetzgeber fest, dass die besonderen Bedingungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen seien. Diesen Auftrag soll der G-BA bis zum 1. Januar 2017 erfüllen. Der G-BA hat sich bis Ende 2015 vor allem damit befasst zu klären, wie der Auftrag des Gesetzgebers zu verstehen ist. Diese Schwierigkeit erklärt sich daraus, dass der Gesetzgeber mit seiner Formulierung nicht eindeutig zu verstehen gegeben hat, ob diese neuen Personalanforderungen für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik verbindlich sein sollen oder nicht. Offen blieb auch, ob und wie die Kliniken in die Lage versetzt werden, die für die Umsetzung der neuen Personalanforderungen notwendigen Mittel – sofern sich ein Delta zur Psychiatrie-Personalverordnung ergibt – mit den Krankenkassen nachzuverhandeln. Die hieraus resultierende Lähmung der gemeinsamen Selbstverwaltung lässt sich nur durch eindeutige und in sich konsistente Vorgaben des Gesetzgebers lösen.

- Entwicklung von Pauschalen für aufwandsgleiche Patientengruppen

Ziel des KHRG 2009 und des Psych-Entgeltgesetzes 2012 war es, das Problem der erheblichen Spreizung der tagesgleichen

Pflegesätze anzugehen. Die Kliniken sollten mit dem neuen Entgeltssystem für vom Aufwand her vergleichbare Patientengruppen die gleiche Vergütung erhalten. Seit 2012 legt das InEK jährlich einen Katalog der abrechenbaren Pauschalen (PEPP) für das folgende Jahr auf der Basis empirischer Analysen in den Kalkulationshäusern vor. Das PEPP erweist sich dabei als lernendes System. Im Laufe des Verfahrens wurden insbesondere folgende Punkte korrigiert: Die Abnahme der Relativgewichte mit der Verweildauer – die viel kritisierte sogenannte Degression – wurde durch die Abrechenbarkeit des Entlassungstages abgeschwächt. Durch die Einführung ergänzender Tagesentgelte für eine besonders aufwendige Intensivbehandlung oder 1:1 Betreuung, können im Verlauf auftretende Schwankungen des Behandlungsaufwands besser abgebildet werden. Zudem konnte der Entgeltkatalog durch die Berücksichtigung bestimmter komplizierender Nebendiagnosen, wie z.B. einer Demenz oder einer HIV-Infektion bei Suchterkrankungen, innerhalb einzelner PEPPs weiter differenziert werden. Damit wurden Befürchtungen, das PEPP könnte negative Auswirkungen auf die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen haben oder Drehtüreffekte befördern, aufgegriffen und die Anreizstrukturen des PEPP entsprechend korrigiert.

Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass sich durch die empirische Herangehensweise des InEK aufwandshomogene Gruppen bilden lassen. Voraussetzung dafür ist eine gute Beschreibung des Leistungsgeschehens über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Durch eine Präzisierung der therapeutischen Leistungen, die als Therapieeinheit verschlüsselt werden können, einer stärkeren Fokussierung auf Patientenmerkmale oder der Entwicklung von geeigneten Komplexcodes werden Weiterentwicklungen der PEPPs möglich sein. Das PEPP ist rein fachlich auf einem guten Weg. Offen ist noch die Frage, wie man mit Leistungen der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik umgeht, die

Abbildung 4: Personalbedarf für Psychotherapie pro Patient und Woche

Personalbedarf für Psychotherapie pro Patient und Woche - Vergleich "state of the art" und Psych-PV			
"state of the art": 2x 50 min. ET und 2x90 min. GT		Psychiatrie-Personalverordnung Regelbehandlung (A1)	
Personalbedarf Ärzte/Psychotherapeuten	Personalbedarf	Personalbedarf	Personalbedarf
in min.	(100% Psych-PV) in min.	(90% Psych-PV) in min.	(90% Psych-PV) in min.
Einzelpsychotherapie (ET)	100	30	27
Gruppenpsychotherapie (GT)*	20	10	8
Klinische Grundversorgung **			
(nach Psych-PV)	86	86	77
Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten			
(nach Psych-PV)	34	34	30
Summe	240	160	142
Delta ("state of the art" / Psych-PV) pro Patient und Woche in min.		80	98
Delta ("state of the art" / Psych-PV) pro Station (18 Pat.) und Woche in min.	1440	= 1764 24 Stunden (0,6 VK*)	=29 Stunden (0,7 VK*)

* ausgehend von einer Gruppengröße von 9 Patienten

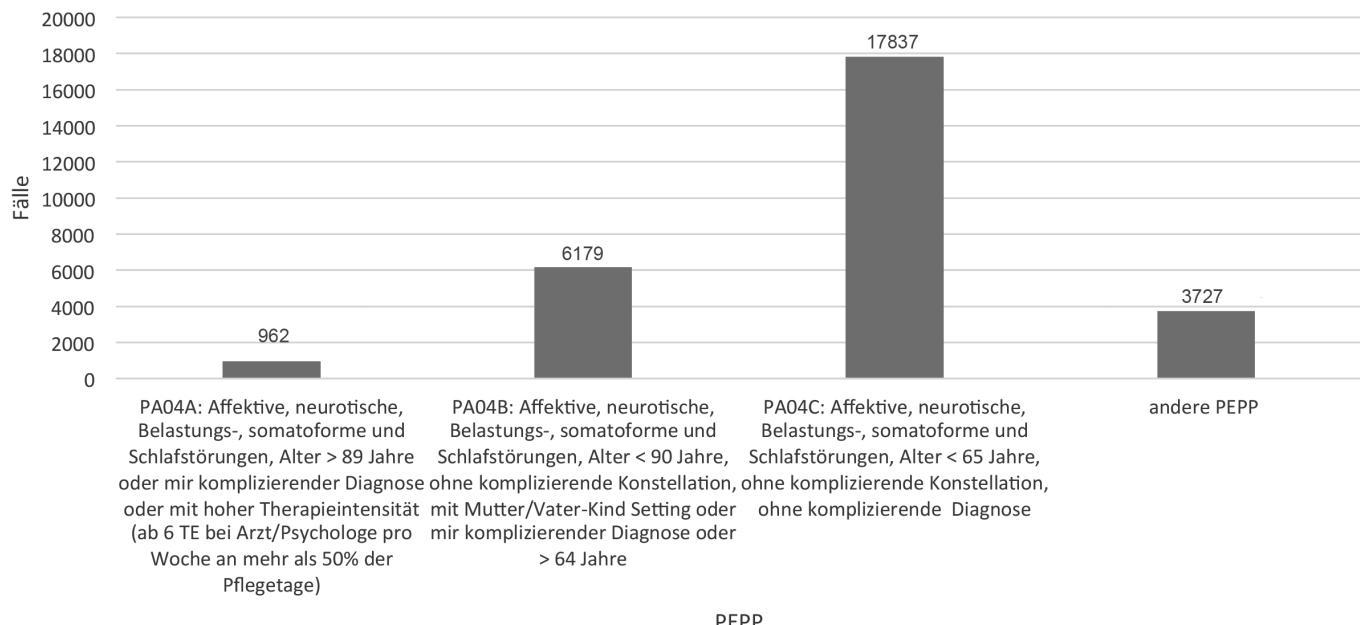
** u.a. Verlaufskontrolle, Visite, Dokumentation, Briefe

*** Team- und Fallbesprechungen, Fortbildung

^ Vollkraft (40h/Woche)

Quelle: eigene Darstellung, Berger M. et al (2015), Der Nervenarzt 86/S. 542-548.

Abbildung 5: Eingruppierung der Fälle mit den Diagnosen F32.2 und F33.2 in verschiedenen PEPPs



Quelle: PEPP Browser 2015 (: http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2015/Abschlussbericht_zur_Entwicklung_des_PEPP-Systems_und_PEPP-Browser/PEPP-Browser_2015/)

sich über die Pauschalen nicht adäquat abbilden lassen und welche Ergänzungen das PEPP braucht, da es ausschließlich auf die stationären Leistungen der Einrichtungen fokussiert.

■ Transparenz über das Leistungsge- schehen

Mit der Einführung des PEPP-Systems wird das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik transparenter. Abbildung 5: „F32.2 und F33.2: schwere depressive Episode ohne psychotische Episode – Verteilung auf PEPPs“ zeigt, in welche Pauschalen Patienten mit schweren depressiven Episoden ohne psychotische Episode in welcher Häufigkeit eingruppiert werden. Abbildung 6: „Therapieeinheiten bei Ärzten/Psychologen“ zeigt, welches Leistungsspektrum den jeweiligen Pauschalen auf der Basis der OPS-Codierung zugrunde liegt. Danach erhalten nur ca. 40% der Patienten, die in die Basis-PEPP PA04C „Affektive, neurotische Belastungs- somatoforme und Schlafstörungen“ eingruppiert werden eine fachlich angemessene Therapieintensität von mindestens 3 Therapieeinheiten (ein Einzelgespräch á 50 Minuten und zwei Mal Gruppenpsychotherapie á 100 Minuten) und mehr pro Woche. Unter Qualitätsgesichtspunkten sollte einem deutlich höheren Anteil von Patienten diese Psychothera-

pieintensität und damit eine leitlinienorientierte Behandlung angeboten werden. Die Dringlichkeit zu neuen Personalanforderungen zu kommen, diese verbindlich zu machen und den Kliniken ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen, damit sie im Grundsatz in der Lage sind, diese Personalanforderungen auch umzusetzen, wird damit noch einmal bekräftigt.

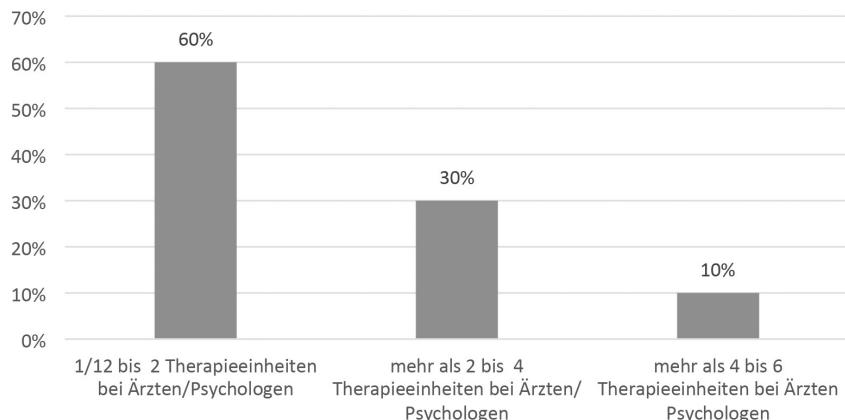
■ Förderung sektorenübergreifender Versorgung

Auch die Förderung einer ambulant orientierten oder sektorenübergreifenden Versorgung durch die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik stand immer wieder auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Der erste Versuch, mehr Handlungsoptionen für die Kliniken zu eröffnen, war die Einführung des § 118 SGB V, also die Option psychiatrische Institutsambulanzen (PiA) aufzubauen.

Ziel der PiA ist es, unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder Krankenhausaufenthalte zu verkürzen und die Behandlung derjenigen Patienten sicherzustellen, deren Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden kann. Der Gesetzgeber hat mit dem Psych-Entgeltgesetz 2012 die Optionen der Kliniken nochmal erweitert, in dem er die Einrichtung von psychosomatischen Institutsambulanzen

ermöglichte. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat er den Krankenhäusern zusätzlich die Option eingeräumt, psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen vorzuhalten, ohne dass diese räumlich oder organisatorisch an die Einrichtungen angebunden sind.

Trotz mangelnder Transparenz kann man davon ausgehen, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen (PiA) Versorgungsmängel des ambulanten Bereichs kompensieren. In welchem Umfang und mit welcher Qualität sie dies tun, ist jedoch nicht bekannt. Bekannt ist nur, dass die PiAs ein sehr heterogenes Versorgungsangebot vorhalten, obwohl sie eigentlich eine relativ homogene Patientengruppe hinsichtlich Art, Schwere und Dauer der Erkrankungen versorgen sollen. Sicher ist auch, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen sehr unterschiedlich vergütet werden. Knapp die Hälfte der Institutsambulanzen rechnet ihre Leistungen mit einer Quartalspauschale ab; 18 Prozent der Ambulanzen legen ihrer Abrechnung ein in Bayern entwickeltes Konzept der Einzelleistungsvergütung zugrunde. Wieder andere kombinieren Pauschalen mit einer Einzelleistungsvergütung. Die Quartalspauschalen für den Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie liegen zwischen 113 EUR und 280 EUR und für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 271 EUR und 405 EUR⁵.

Abbildung 6: „Therapieeinheiten bei Ärzten/Psychologen“ innerhalb der PEPP PAo4C

Quelle: PEPP Browser 2015 (http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2015/Abschlussbericht_zur_Entwicklung_des_PEPP-Systems_und_PEPP-Browser/PEPP-Browser_2015)

Hintergrund dürfte sein, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen mit sehr unterschiedlichen Konzepten arbeiten, so dass es im Ergebnis genauso Ambulanzen gibt, die ein multiprofessionelles Versorgungsangebot realisieren wie Ambulanzen, die lediglich ein ärztliches Versorgungsangebot vorhalten.

Ein weiterer Versuch des Gesetzgebers eine sektorenübergreifende Versorgung zu fördern war die Option, auf der Basis des § 64 b SGB V Modellvorhaben, die in der Mehrzahl als regionale Psychiatriebudgets umgesetzt wurden, zu vereinbaren. In diesem Fall erhält ein Krankenhaus für mehrere Jahre einen festgelegten Betrag und übernimmt im Gegenzug die gesamte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Bewohner einer definierten Region. Die Verträge sind in aller Regel auf 8 Jahre befristet und werden mit mehreren oder einzelnen Krankenkassen vereinbart.

Über die Modellvorhaben wird aktuell vor allem eine ambulante Versorgung durch einzelne Krankenhäuser ausgebaut. Zu einer sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne eines Miteinanders des ambulanten und stationären Bereichs kommt es jedoch nicht. Festzuhalten ist auch hier das weitgehend Intransparenz darüber besteht, welche Patientengruppen mit welchem Leistungsspektrum wie versorgt werden.

Als Zwischenfazit zu den bereits geschlossenen Verträgen kommt das IGES-Institut zum Ergebnis, dass der Erfolg von Modellvorhaben und IV-Verträgen aufgrund von Informationslücken in Bezug auf Leistung und Ergebnisse letztlich nicht zu beurteilen ist⁶.

3. Gesetzentwurf zur Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik – Chance für das Ende einer fast unendlichen Geschichte

Trotz fortlaufender Bemühungen des Gesetzgebers ist es bisher nicht gelungen, den bestehenden Reformbedarf in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik adäquat zu adressieren. Ungelöst sind weiterhin die Probleme der pflegerischen und psychotherapeutischen Unterversorgung, der Varianz der tagesgleichen Pflegesätze, der mangelnden Transparenz sowie das Fehlen sektorenübergreifender Versorgungsangebote.

Zu Beginn des Jahres 2016 ist mit einem erneuten Gesetzgebungsverfahren zum Entgeltsystem für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu rechnen. Obwohl der Status Quo erhebliche Nachteile für Patienten aber auch für die Mitarbeiter der Kliniken mit sich bringt, ist nicht ausgeschlossen, dass Gesundheitspolitiker genauso wie Vertreter von Verbänden und Fachgesellschaften versuchen werden, die Debatte über potentielle Alternativen zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik weiterzuführen, um damit den endgültigen Umstieg auf das PEPP-System bis in die nächste Legislaturperiode hinein offen zu lassen.

Dagegen spricht zum einen, dass bis Ende 2015 infolge der Regelungen im GKV-FQWG wahrscheinlich fast die Hälfte der Häuser freiwillig für das neue Entgeltsystem optiert haben werden. Vor allem aber kristallisiert sich heraus: Eine

Alternative zum PEPP, die den anstehenden Reformbedarf annähernd adäquat adressiert, wurde bis jetzt nicht vorgelegt.

In ihrem Konzept plädiert z.B. die Plattform Entgelt dafür, auf der Basis neu entwickelter Anforderungen an die Personalausstattung wie in der Vergangenheit krankenhausindividuelle Budgets zu verhandeln. Die im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbarte Personalausstattung ist von den Kliniken nicht verbindlich umzusetzen und nachzuweisen.

Zusätzlich zur Personalausstattung sollen auch, ähnlich wie heute, die medizinische und nichtmedizinische Infrastruktur sowie die Sachkosten der Kliniken Verhandlungsgegenstand sein. Ziel ist es, ein Budget über das gesamte Leistungsspektrum der Kliniken stationär/teilstationär und ambulant zu vereinbaren. Zum ambulanten Leistungsspektrum schlägt die Plattform Entgelt vor, dass künftig ein Kontrahierungzwang der Krankenkassen für Modellprojekte nach § 64 b SGB V entstehen soll. Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass eine Art modifiziertes Selbstkostendeckungsprinzip bei vielen Überlegungen Pate stand und die zentralen Reformbedarfe gar nicht ausgesprochen oder nur peripher gestreift werden.

Damit ist der Weg eigentlich frei. Anfang 2016 könnte der Gesetzgeber Vorgaben zur Implementierung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik ergänzt um einzelne Punkte, die das lernende System PEPP inzwischen gelehrt hat, machen. Notwendig wäre insbesondere Folgendes:

Fristgerechte Vorlage verbindlicher Personalanforderungen

Der Gesetzgeber sollte Anfang 2016 gegenüber dem G-BA klarstellen, dass die für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickelnden Personalanforderungen verbindlich sind. Er sollte die dem G-BA dafür zur Verfügung stehende Frist um ein Jahr verlängern und deutlich machen, dass es die prioritäre Aufgabe des G-BA ist, zu normativen Festlegungen für die Personalanforderungen zu kommen. Eine empirische Bestandsaufnahme zur

- 5 Psychiatrische Institutsambulanzen in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser; 2007
- 6 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Mo dellprojekte_nach_64_b_2012_03.pdf

bestehenden Personalausstattung und der damit realisierten Versorgung ist sinnvoll, um eine Basislinie für zukünftige Adjustierungen zu haben. Das Vorliegen der Ergebnisse einer Bestandsaufnahme, ist jedoch keine zwingende Voraussetzung für die Entwicklung und Verabschiedung neuer Personalanforderungen, da diese – wie bereits die Psych-PV – letztlich normativ auf der Basis eines fachlichen Konsenses festgelegt werden müssen.

Es besteht die Chance, dass noch in dieser Legislaturperiode die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik zu einem befriedigenden Ende kommt.

Die Plattform Entgelt schlägt vor, den Personalbedarf über Module zu ermitteln, die die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Diagnostik und Behandlung während des Behandlungsverlaufes für bestimmte Patientengruppen widerspiegeln. Für jedes Modul, also z.B. Basisbehandlung, sollen die erforderlichen personellen Ressourcen für eine am aktuellen Stand der Wissenschaft orientierte Behandlung vereinbart werden. Dies könnte ein pragmatischer Ansatz sein, zu normativen Vorstellungen für die neuen Personalanforderungen zu kommen. Die Aufgabe sollte jedoch, anders als von der Plattform Entgelt vorgeschlagen, unbedingt beim G-BA bleiben, denn der G-BA ist Garant dafür, dass die Erarbeitung der Personalstandards in einem darlegungsfähigen und transparenten Verfahren erfolgt, an dem die relevanten Selbstverwaltungspartner und Leistungserbringer ebenso beteiligt sind, wie die Patientenvertreter. Darauf hinaus ermöglicht die Festlegung verbindlicher Personalanforderungen in einer Strukturrichtlinie des G-BA, dass die Einhaltung der Vorgaben als untergesetzliche Normen überprüft werden und bei Nichteinhaltung abgestufte Sanktionen erfolgen können.

Finanzierung der verbindlichen Personalanforderungen

Der Gesetzgeber sollte – in Analogie zur Option im Psych-Entgeltgesetz die

Umsetzung der Psych-PV nachzuverhandeln – klarstellen, dass die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik während der budgetneutralen Phase die Möglichkeit erhalten, die für die Personalanforderungen des G-BA notwendigen finanziellen Mittel für ihre Häuser nachzuverhandeln. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Krankenkassen insgesamt ausreichend Mittel zur Verfügung stellen, um eine fachlich angemessene Personalausstattung der Einrichtungen zu finanzieren. Über die PEPP-Pauschalen werden damit, die initiale Aufstockung der Mittel vorausgesetzt, finanzielle Mittel verteilt werden, die im Grundsatz jede Klinik in die Lage versetzen, die entsprechenden Personalstandards zu erfüllen. Den Kliniken bleibt der Anreiz, dies möglichst effizient zu tun, da nicht jeder Klinik in Anlehnung

an das Selbstkostendeckungsprinzip die jeweils spezifischen Personalkosten ersetzt werden. Der Widerspruch zwischen den über das PEPP-System gezahlten „Preisen“ für aufwandshomogene Patientengruppen und der verbindlichen Vorgabe von Personalstandards kann nicht umfassend aufgelöst werden. Neben der Bereitstellung von insgesamt ausreichenden Mitteln zur Finanzierung der notwendigen Personalausstattung sollte bei der Weiterentwicklung des OPS die Systematik für die Ermittlung der Personalanforderungen über die merkmalsbezogene Bildung von Patientengruppen und deren Zuordnung zu Behandlungsmodulen berücksichtigt werden. Damit wäre es gleichzeitig möglich, die im G-BA normativ getroffenen Vorgaben bezüglich ihrer Umsetzung empirisch zu validieren.

Umsetzung des Grundsatzes: Gleiches Geld für gleiche Leistung

Mit dem pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik sollen für vergleichbare Behandlungsleistungen, d.h. die Versorgung aufwandsgleicher Patientengruppen, gleiche Entgelte gezahlt werden. Im Verlauf der Konvergenzphase nähern sich die Kliniken, die aufgrund historisch gewachsener Pflegesätze derzeit eine Vergütung erhalten, die diesem Grundsatz nicht entspricht, der für ihre Behandlungsleistungen angemessenen Vergütung innerhalb eines festgelegten

Zeitplans an. Gleichzeitig müssen Kliniken, die bisher sehr erfolgreich tagesgleiche Pflegesätze verhandelt haben, befürchten dass sie über die PEPP weniger Mittel erlösen. Über das PEPP wird also der Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ schrittweise realisiert. Ein Grundsatz, der in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem Beachtung verdient. Es geht zum einen um eine leistungsgerechte Vergütung und damit um einen verantwortbaren Umgang mit den Versichertengeldern; zum anderen aber auch darum, dass jede Klinik im Grundsatz in die Lage versetzt wird, eine leitlinienorientierte und qualitäts gesicherte Versorgung zu erbringen. Der Vorschlag der Plattform Entgelt, bei krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen zu bleiben, löst dieses Problem nicht bzw. verschiebt die Zielerreichung in eine sehr ferne Zukunft.

Berücksichtigung struktureller Besonderheiten durch Hybridsystem

Mit dem Gesetz sollte zudem festgelegt werden, dass die Kliniken für zu bestimmende strukturelle Besonderheiten, die sich in den PEPP-Pauschalen nicht adäquat abbilden lassen, klinikindividuelle Zuschläge vereinbaren können. Zu berücksichtigen wäre z.B. die regionale Versorgungsverpflichtung genauso, wie das spezifische Leistungsspektrum von Universitätskliniken. Die stationären Leistungen der Kliniken würden im Grundsatz über PEPP-Pauschalen für aufwandshomogene Patientengruppen finanziert. Leistungsbestandteile, die sich über das PEPP-System nicht adäquat abbilden lassen, wären mit Unterstützung des InEK zu identifizieren, über den G-BA bezüglich der Inhalte zu definieren und ihre Vergütung dann klinikindividuell zu verhandeln. Mit dieser Weiterentwicklung des PEPP-Systems zu einem Hybridmodell käme man einem zentralen Anliegen der in der Plattform Entgelt organisierten Verbände entgegen, da klinikindividuelle Besonderheiten besser berücksichtigt würden.

Förderung sektorenübergreifender Versorgung

Trotz der bestehenden Intransparenz lässt sich festhalten, dass die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung über die psychiatrischen Insti-

tutsambulanzen, aber auch über Modellprojekte nach § 64 b SGB V keine Lösung sind, um flächendeckend zu einer qualitätsge sicherten sektorenübergreifenden Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf zu kommen. Der Vorschlag der Plattform Entgelt, einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen für Verträge nach § 64 b SGB V einzuführen, würde zwar die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser erweitern, aber voraussichtlich keinen Schritt in Richtung sektorenübergreifende Versorgung bewirken.

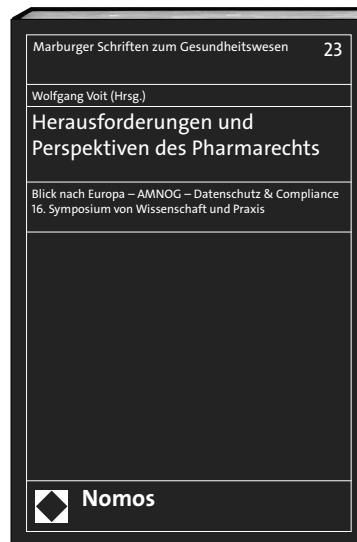
Der Gesetzgeber sollte den G-BA beauftragen, die Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen in Analogie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bzgl. einzu haltender struktureller und qualitativer Mindeststandards zu klären und damit den Akteuren vor Ort eine Richtung vorgeben. Zu beantworten sind die Fragen,

- Welche Patienten brauchen eine sektorenübergreifende Versorgung?
- Welches Leistungsspektrum brauchen sie?
- Mit welcher Strukturqualität soll das definierte Leistungsspektrum realisiert werden?
- Welche Anforderungen an die Kooperation zwischen den stationären Einrichtungen und dem vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Bereich sowie ambulanten Angeboten, wie z.B. psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie sind zu stellen?
- Wie werden die psychiatrischen Institutsambulanzen eingebunden?
- Wie wird eine ausreichende Transparenz zur Umsetzung dieser Leistungsangebote geschaffen?

Im Rahmen der Vorgaben des G-BA sollte dann, entsprechend der Vorgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, ein möglichst großer Spielraum für die unterschiedlichen regionalen Akteure zur Umsetzung dieser Vorgaben bestehen. Auch diese Entwicklung könnte man mit einem Gesetzgebungsverfahren Anfang 2016 einleiten.

Insgesamt besteht also noch die Chance, dass in dieser Legislaturperiode die fast unendliche Geschichte zur Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik zu einem befriedigenden Ende kommt.

Pharmarecht bei Nomos



Herausforderungen und Perspektiven des Pharmarechts

Blick nach Europa – AMNOG – Datenschutz & Compliance

16. Symposium von Wissenschaft und Praxis

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolfgang Voit

2014, 251 S., brosch., 64,- €, ISBN 978-3-8487-1155-0

eISBN 978-3-8452-5240-7

(Marburger Schriften zum Gesundheitswesen, Bd. 23)

www.nomos-shop.de/22319

Erster Schwerpunkt der 16. Marburger Gespräche ist der Umgang mit den Entscheidungen des G-BA und des IQWiG im Rahmen der frühen Nutzenbewertung. Insbesondere werden die bisherigen Ergebnisse und Erfahrungen bewertet und konkrete Empfehlungen für die Praxis gegeben.

Ein weiterer Themenblock sind Datenschutz und Compliance. Dort rücken die kooperative Versorgungsforschung, die Compliance bei Anwendungsbefragungen und die grenzüberschreitende Datenverarbeitung in den Fokus. Es gilt diesbezüglich sowohl das Potential als auch mögliche Konflikte und Verstöße zu erkennen und entsprechend zu reagieren.

Auf europäischer Ebene erfahren die Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen, die Pharmakovigilanz-Richtlinie sowie die wichtigsten Neuregelungen zur klinischen Prüfung eine kritische Betrachtung.

Abgerundet werden die 16. Marburger Gespräche durch aktuelle Fragen des Medizinproduktbereichs, insbesondere zur bevorstehenden EU-Verordnung und damit zusammenhängenden Abgrenzungsschwierigkeiten.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-eibrary.de

Portofreie Buch-Bestellungen unter

www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos