

Anhang 5

zum gemeinsamen Bericht von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG
zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische
Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG
vom 28.06.2019

- **Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik**



Stellungnahme

Stellungnahmen der Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen im VKD für den Bericht § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auswirkungen des neuen Entgeltsystems (PEPP)

Transparenzgewinn

PEPP im tagesklinischen Bereich:

Zur Abbildung der allgemeinspsychiatrischen tagesklinischen Leistung werden insgesamt drei PEPP angesprochen, die in sich keine Erlösdifferenzierung aufweisen, da 90% aller abgerechneten Tage in einer PEPP abgebildet werden! Somit bildet sich die tagesklinische Arbeit in einem starren Tagessatz, der sich nur durch den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert unterscheidet.

In der KJP werden nur noch zwei PEPPs genutzt, die auch keine Differenzierung aufweisen. Somit stehen zwei Fachgebieten im TK-Bereich nur fünf PEPPs zur Verfügung, um ihre Leistung abzubilden. Real werden davon aber nur drei PEPPs genutzt. Zudem finden die unterschiedlichen Formen der tagesklinischen Versorgung keine Berücksichtigung. Hier kann sicherlich nicht von einem Transparenzgewinn gesprochen werden.

PEPP im vollstationären Bereich Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Es werden 37 bewertete und unbewertete PEPPs mit unterschiedlichen Vergütungsklassen je nach Verweildauer genutzt. Hiervon sind in drei PEPPs (PA02C, PA03B und PA04C) nahezu 50% aller Berechnungstage abgebildet. Kumulativ betrachtet sind mit neun PEPPs 80% der Tage und mit 14 PEPPs 90% der Tage im PEPP-System abgebildet. Dies entspricht auch eher einer Informationsreduktion.

Gesundheits- und Krankenpflege:

Mit dem PEPP-System ist es dem InEK nicht gelungen die Pflege und ihre Belastungen abzubilden. Die Ressourcen der größten Berufsgruppe konnten nicht als Kostentrenner identifiziert werden. Hieraus entsteht die Gefahr, ähnlich wie im DRG-System, dass die Pflege keine ausreichende Berücksichtigung im Abrechnungssystem findet.

Angebotsdiskussion mit den Kostenträgern im PEPP-System:

Auf der örtlichen Verhandlungsebene mit den Kostenträgern spielen die einzelnen Bestandteile der E1-E3 praktisch keine Rolle. Es wurde bisher seit Einführung des PEPP-Systems keine Diskussion über die Inhalte oder Verteilung der E1-E3 geführt. Allein über die €-Betragsverteilung in die E-Listen wurde zu Beginn diskutiert mit dem Ziel, einen entsprechenden Basisentgeltwert zu erreichen. Seit Ablösung des LBEW wird auch darüber nicht mehr diskutiert. Somit hat die gesamte AEB keinen Einfluss auf die Budgetverhandlung und Leistungssteuerung auf Planungsebene. Die Methodik der Budgetverhandlung hat sich eher verkompliziert. Von Transparenzgewinn für alle Beteiligten kann nicht die Rede sein.

Unterschiede zwischen den Häusern

Basisentgeltwert(BEW):

Dieser unterscheidet sich, wie auch der Pflegesatz zuvor, ggf. deutlich voneinander. Gründe hierfür liegen nicht in der Art und Weise der Leistungserbringung, denn die DMIs der einzelnen PEPPs sind zwischen den Häusern nur marginal unterschiedlich. Der DMI für eine ganze Klinik kann nicht als Vergleich herangezogen werden, da Abweichungen durch strukturelle Unterschiede in der Vorhaltung von Fachrichtungen und nicht in der Leistungserbringung entstehen. Daher ist der Informationsgewinn durch den BEW oder den DMI genauso groß wie der durch die früheren Pflegesätze.

MDK-Prüfungen

Prüfquote:

Hier gab es sicherlich die größten Veränderungen. Aufgrund der zahlreichen abrechnungsrelevanten Parameter gibt es wesentlich mehr Ansatzpunkte für die Rechnungsprüfung. Die Kostenträger haben den Zeitpunkt der Entgeltumstellung außerdem dazu genutzt, die Prüfquote um den Faktor 10-15 zu erhöhen. Allein für die Bearbeitung der Masse an Anfragen und Gutachten musste das Personal in den Bereichen Medizincontrolling, Administrationen, Schreibdienst und Ärztlicher Dienst signifikant erhöht werden. Die Stellen haben hierbei keinen Einfluss auf die Leistungstransparenz.

Prüfqualität:

Hier treibt das System Blüten und der „künstlerischen Freiheit“ der MDK-Prüfer sind keine Grenzen gesetzt. Schwammig definierte OPS-Kodes und die Tatsache, dass im psychiatrischen Bereich die Kodierung von Diagnosen und die Beurteilung von stationärer und teilstationärer Behandlungsbedürftigkeit oft nicht so eindeutig ist wie im somatischen Bereich bzw. sehr stark vom (sozialen) Kontext abhängt, führen zu zahlreichen negativen Gutachten und damit zu Erlösverlusten von 1-1,5% der vereinbarten Budgets. Und dann treten die Krankenkassen und MDKs mit der Aussage zu zahlreichen Abrechnungsfehler an die Presse und kriminalisieren völlig zu Unrecht die Beteiligten.

Der damit verbundene Mehraufwand entzieht auf Seiten der Leistungserbringer Ressourcen für die Bearbeitung der MDK-Anfragen und führt zu vielfachen Frustrationen bei den klinisch Mitarbeitenden.

Bei den MDK Prüfungen steht dabei nie die Qualität der Behandlung im Fokus, sondern ausschließlich die Erfüllung von noch so unbedeutenden Dokumentationsanforderungen aus dem OPS Kode sowie die oft beliebige Feststellung, dass ein Patient nach Einschätzung des MDK früher hätte entlassen werden können. Ein Mehrwert für die Behandlung und Therapie ist nicht zu erkennen. Verbesserungen in der Patientenbehandlung sind nicht erzielt worden.

Das MDK Prüfverfahren dient damit alleine der Kostensenkung für die Krankenkassen, ohne die bereits erbrachten Leistungen gegenüber den Patient*innen einzuschränken und den oben beschriebenen (psycho-) sozialen Kontext ausreichend und fachlich einzubeziehen.

Ein weiteres Problem ist das durchgängige Fehlen eines **direkten** fachlichen Dialoges zwischen MDK und den Häusern. Der in der PrüfVV vorgesehene verfahrensbezogene und fallbezogene fachliche Austausch, wird trotz zahlreicher Aufforderungen häufig komplett verweigert. Selbst neutrale Versuche durch Dritte, dies zu ändern und wieder zum direkten fachlichen Dialog zu kommen werden verneint, ignoriert oder mit Hinweisen auf die formale Umsetzung von Vorgaben in das Reich der Utopie verbannt. Dies hat mit einem beteiligungsorientierten und auf Ausgleich setzenden Zusammenwirken nichts mehr zu tun. Wir haben als Leistungserbringer keine Möglichkeit, außerhalb der fallbezogenen Klagen auf diese Misere hinzuweisen. Demokratische Kontrolle einer dem Gemeinwohl verpflichtenden Institution sieht anders aus!

Dokumentation:

Die Anforderungen des OPS, aber vor allem die im Sinne der Kassen durch den MDK abgeleiteten Anforderungen, haben zu einer deutlich kleinteiligeren Dokumentation ohne Mehrwert für den Patienten oder den Behandlungspfad geführt.

Teilweise wird eine minutengenaue Dokumentation gefordert. Wenn nur geringe Fehler vorliegen, werden die Codes gestrichen und, siehe oben, von Fehlabbrechung gesprochen, die zu sanktionieren seien (siehe oben). Diese Anforderungen sind völlig unrealistisch und in der klinischen Praxis nicht erfüllbar.

Durch die unverhältnismäßig gestiegenen Dokumentationsanforderungen bleibt weniger Zeit für den direkten Patientenkontakt, was zu mehr Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden und Patient*innen führt. Die Hauptdiagnose als führendes Kriterium zur Einordnung in die PEPPs spiegelt oft nicht den spezifischen Aufwand der einzelnen Patienten wider. Defizitorientierte Dokumentation für den MDK steht im Widerspruch zu einer geforderten und in den Ausbildungen gelehrteten ressourcenorientierten Therapie und Haltung gegenüber den Patient*innen.

Aufgrund der rasant gestiegenen Anzahl an MDK Prüfungen und Diskussionen fraglichen Inhaltes, die nur schriftlich zu erläutern sind, haben Ober- und Assistenzärzt*innen weniger Zeit für Patient*innen, was eine schlechtere Ausbildung und somit Behandlung der Patient*innen bedeutet. Aber auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel ist die überbordende Bürokratie im klinischen Geschäft eher abschreckend als klinischer(e) Arzt*in tätig zu sein.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Die Einführung des PEPP Entgeltsystems hat für die Bevölkerung zu keiner Verbesserung der psychiatrischen Behandlung geführt. Die zuletzt eingeführte stationsäquivalente Behandlung bietet zwar positive Ansätze, ist aber durch die Vorgabe der täglichen Kontakte nicht flexibel genug einsetzbar. Im Rahmen der Budgetverhandlung behindern Kostenträger außerdem aktiv die Einführung durch vollkommen überzogene administrative Forderungen.

Durch das oben bereits beschriebene völlig ausgeuferte MDK Verfahren bleibt in vielen strittigen Fällen nur der Klageweg, da die Krankenkassen oft das (für die Kassen freiwillige!!!) Nachverfahren ablehnen. Dies führt bereits jetzt zu mehrjährigen Verfahren. Die Überlastung der Sozialgerichte wird dadurch massiv weiter zunehmen.

Das PEPP Entgeltsystem führt nicht zu Einsparungen (budgetneutrale Umstellung) oder zu neuen Angeboten, es kann keine Steuerungswirkungen entfalten!

Durch die Mehr- und Mindererlösausgleiche sind die Krankenhausbudgets außerdem mehr oder weniger stabil.

Die MDK Prüfungen führen also für die Krankenkassen nicht zu Einsparungen in der Höhe, wie es vom MDK und den Kassen publiziert wird. Über die Ausgleichberechnungen reduzieren sich die Beträge wieder. Das neue Entgeltsystem, hat Aufwände bei allen beteiligten Institutionen (InEK, DIMDI, Krankenkassen, MDK und Krankenhäusern) verursacht, ohne nennenswerte Auswirkungen auf die Effektivität der stationären Behandlung.

Fazit

Das PEPP-System ist *grundsätzlich anders* in der Ermittlung der abrechnungsrelevanten Parameter. Der Aufwand zur Erzeugung dieser Parameter *ist deutlich höher geworden*. Auf Seiten der Leistungserbringung und Leistungssteuerung sind seit PEPP-Einführung keine Veränderungen eingetreten.

Es darf daher die *Frage nach der Effektivität* eines solchen Abrechnungssystems gestellt werden, wenn durch ein aufwändiges, kompliziertes und fehleranfälliges Verfahren keine Verbesserungen in der Versorgung eintreten. Abrechnungssysteme sollen auch immer eine Steuerungswirkung in Richtung einer effizienten und effektiven Behandlung entfalten. Diese Steuerungswirkung können wir nicht sehen.

Ein *Benchmark zwischen den Einrichtungen hat keinen Mehrwert seit PEPP erhalten*, da relevante Unterschiede in den PEPP-Kennzahlen ausschließlich auf Strukturmerkmale zurückzuführen sind, die auch nach alter Rechenart relevant gewesen wären.

Dies gilt auch und im besonderen Maße für die *Personalsteuerung* innerhalb der Einrichtungen. Hier spielt *allein die PsychPV* eine Rolle. PEPP-relevante Verteilungsmechanismen in der Personalsteuerung sind nicht bekannt.

Zusatz: Erfahrungen mit den Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Mit den Modellvorhaben nach § 64b SGBV wurden durchweg positive Erfahrungen gemacht. Das Modell bietet große Freiheiten in der Patientenversorgung, wodurch auf die/den individuelle*n Patient*in abgestimmte Lösungen von ärztlichem und pflegerischem Personal erarbeitet werden können und die Behandlungsqualität besonders hoch ist. Abschließende Aussagen können zu dem Modell noch nicht getroffen werden, die ersten Erfahrungsberichte sind jedoch sehr positiv.

Problematisch wird gesehen, dass die Krankenkassen das Thema nicht mehr vorantreiben und dieses qualitätssteigernde Vorgehen unterzugehen droht. Wir regen an, dass es ein einseitiges Optionsrecht der Krankenhäuser geben sollte. Entscheidet sich eine Klinik für die Umsetzung des Modellvorhabens nach § 64b SGB V, o müssen alle Kassen entsprechende Verträge mit der Klinik eingehen und einhalten. Außerdem wäre ein Wegfall der zeitlichen Begrenzung aus unserer Sicht notwendig.

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Folgende ausgewählte Sachverhalte sollen unsere Erfahrungen verdeutlichen:

1. Zusätzlicher hoher Dokumentationsaufwand für alle Berufsgruppen durch OPS und PEPP

Durch das neue System ist eine deutliche Zunahme des Dokumentationsaufwandes entstanden, da leistungsorientierte Einzelleistungen (OPS in Form von Therapieeinheiten, ergänzende Tagesentgelte etc.) separat dokumentiert und codiert werden müssen. Dieser Dokumentationsaufwand ist derzeit nicht in Personalstellen refinanziert und geht somit zu Lasten der Patientenzeit.

2. Krankheitsschwere ist nicht unbedingt mit Diagnose und OPS beschreibbar

Das Erscheinungsbild der psychiatrischen Erkrankungen ist auch bei gleicher Diagnose nicht gleich. Insbesondere Ressourcen (Resilienz, Coping-Strategien, Lebensumstände etc.) und das aktuelle soziale Umfeld geben der gleichen Erkrankung verschiedene Ausprägungen und verursachen unterschiedliche Zeitbedarfe. Diese Faktoren lassen sich nicht mit der ICD-10-Diagnosestellung erfassen, die ohnehin nur bei einigen Diagnosegruppen eine Schweregraderfassung ermöglicht.

Das ursprüngliche Ziel, durch die OPS einen Kostentrenner zu erhalten, konnte nicht erreicht werden. Die Logik der somatischen Medizin, dass viele Prozeduren (OPS) einen Fall kostenintensiver werden lassen, kann auf die Psychiatrie nicht analog übertragen werden. So kann z.B. ein/e Patient/in, der/die freiwillig an allen angebotenen Therapien teilnimmt (= viele Therapieeinheiten á 25min) und somit als

eher kostenaufwändiger erscheint, weniger Kostenaufwand bedeuten, als ein/e Patient/in, die krankheitsbedingt nicht den Therapieangeboten folgen kann und dennoch intensive Betreuung durch medizinisches Personal benötigt (Motivation zur Therapie, intensiver Beziehungsaufbau etc.), ohne dass die gegebenen Intensivmerkmale vorliegen.

3. Hoher administrativen Aufwand seit der Einführung

Aufgrund der sich jährlich ändernden OPS-Kataloge ist eine dauerhafte Schulung der Anwender/innen unerlässlich.

Da die Abrechnungen der Fälle in der Menge und der Breite abrechnungsrelevanter Merkmale mit einer außerordentlich hohen Quote durch den MDK geprüft werden und dabei eine Zunahme von Rechnungskürzungen auch aufgrund vernachlässigter Abrechnungsdokumentation zu beobachten ist, sind die Kliniken gezwungen, ihr Controlling personell zu verstärken, um regelhafte Fallkontrollen zur Vermeidung von Liquiditätsverlusten durchführen zu können. Auf der Basis einer, seit der vor 30 Jahren erfolgten Erhebung des Personalbedarfs für psychiatrische Krankenhausbehandlung unveränderten, unzureichenden Besetzung in den Kliniken, erhält die Abrechnungsdokumentation einen Stellenwert, der derzeit entweder zu Lasten der Behandlung der Patient/innen geht oder Insuffizienzen in der Dokumentation bewirkt.

Auch auf Verwaltungsseite resultiert das aktuelle Entgeltsystem in einem stark erhöhten Aufwand. Der Abrechnungsaufwand ist erheblich gestiegen (Fallklammern resultieren in vielen Stornierungen, erhöhte Anzahl von MDK-Prüfungen führt zu vielen Rechnungsänderungen), die Entgeltverhandlungen benötigen aufwändigere Vorbereitungen, die erhöhte Anzahl von MDK-Prüfungen muss auch administrativ begleitet werden).

4. Unnötige Verschiebung von Verantwortung

Die Rolle des Arztes/der Ärztin rückt ressourcenbelastend und der Interprofessionalität psychiatrischer Behandlungen widersprechend in den Vordergrund, da häufig auf die Anordnungsnotwendigkeit hingewiesen wird. Vor der Einführung des neuen Entgeltsystems wurde z.B. der Bedarf von 1:1-Betreuungen durch die Pflegefachpersonen erhoben und geleistet. Jetzt ist hierzu eine ärztliche Befunderhebung und entsprechende Anordnung der Maßnahme erforderlich. Ein durch das Pflegefachpersonal erhobener Bedarf einer 1:1 Betreuung und die Festlegung der daraus erforderlichen fachpflegerischen Maßnahme werden vom Entgeltsystem nicht akzeptiert und fließen somit nicht in die Abrechnung ein. Damit geht eine Deprofessionalisierung fachpflegerischer Expertise einher und die in vielen Krankenhäusern ohnehin wegen des angespannten ärztlichen Arbeitsmarkts knappe ärztliche Arbeitszeit wird mit rein administrativen Aufgaben weiter belastet.

5. Psychiatrische Intensivbehandlung

Die psychiatrische Intensivbehandlung wird nicht adäquat abgebildet, insbesondere da sie im OPS-Katalog anders definiert ist, als in der PsychPV. Die Kriterien der Intensivbehandlung sind darüber hinaus unscharf formuliert, mehrdeutig operationalisierbar und bieten im Rahmen der MDK-Prüfungen viel Konfliktpotential.

Zudem ist eine Erlösrelevanz erst bei Intensivbehandlung mit drei oder mehr Merkmalen gegeben. Dies ist nur bei 1,5-2,5% der gesamten Fälle einer Klinik gegeben (das IneK hat dies gegenüber der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK), einem Mitgliedsverband des DPR, im Februar 2017 so bestätigt). Hier schien sich laut IneK ein vermeintlicher Kostentrenner identifizieren zu lassen. Die Quote der Intensivbehandlung gemäß PsychPV lag 2017 bei A2:17%, S2: 53%, G2: 43% (gemäß BAG-Vergleich 2017).

In Gesprächen mit Vertretern des IneK konnte durch die BFLK erläutert werden, dass ein deutlicher Unterschied zwischen intensivmedizinischer Behandlung und psychiatrischer Intensivbehandlung besteht. Zu einer Veränderung im OPS-Katalog hat es dennoch nicht geführt. Daher befürchten wir eine weitere Verschlechterung der Versorgung besonders schwer erkrankter Menschen in der Psychiatrie gegenüber den jetzigen personellen Anhaltszahlen, die wie bereits beschrieben, seit 30 Jahren unverändert sind und insbesondere den Pflegedienst in erheblichem Maße belastet haben!

6. Die somatischen Nebendiagnosen werden teilweise überbewertet

Die Auswahl der Nebendiagnosen, die zu einer Erhöhung der Fallschwere führen, sind teilweise fachlich nicht nachvollziehbar (z.B. triggert Adipositas die PEPP). Hieraus entsteht der Eindruck einer fachfremden Steuerung des Entgeltsystems.

7. Statisches Prüfverhalten des MDKs

Alle Fälle mit entgelterhöhenden Merkmalen (ergänzende Tagesentgelte, Nebendiagnosen) werden sehr häufig vom MDK geprüft, nicht nach dem Prüfschema dokumentierte Leistungen werden nicht akzeptiert. Sie führen dann zur Streichung der Merkmale. Die gezielten MDK-Prüfungen verschärfen so für die Erlössituation der Kliniken noch einmal den Effekt, dass die Krankheitsschwere im System nicht angemessen abgebildet wird. Nicht refinanzierte, personalintensive Behandlungen werden somit aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten verdrängt. Das wird nicht ohne Folgen für die schwer psychisch kranken Menschen und die Gesellschaft bleiben.

8. Keine Beachtung von Stabilisierungen der Patient/innen

Das neue System orientiert sich stark an der Leistungserstellung der Somatik. Anders als somatische Patient/innen benötigen psychiatrische Patient/innen den stationären Rahmen, um eine Therapieadhärenz zu entwickeln. Der Therapieerfolg ist wesentlich davon abhängig, wie die Patient/innen die Behandlung nach dem stationären Aufenthalt weiterführen. Zudem führen nicht nachhaltig organisierte Behandlungen eher zu mittelbaren Verschlechterungen bzw. Chronifizierung des Gesundheitszustandes und können, je nach Erkrankung, auch im „Verborgenen“ erfolgen. Die Leistungen zur Stabilisierung im stationären Rahmen sind im neuen System nicht adäquat abgebildet und werden somit nicht vergütet. Das leistungsbezogene Vergütungssystem vernachlässigt personelle Vorhaltekosten für das Pflegepersonal, das eine jederzeitige Ansprechbarkeit, Deeskalations- und Reaktionsfähigkeit sowie die aktive Gestaltung eines therapiefördernden Settings sicherstellen muss.

Die Orientierung an dem Bundessozialgerichtsurteil, dass nur medizinische Gründe (aufgrund biologischer Ursachen) den Aufenthalt begründen, lassen sich nicht mit dem fachlichen Hintergrund vereinbaren, dass bei psychiatrischen Erkrankungen auch soziale Problemlagen den Krankheitsverlauf erschweren und eine angemessene stationäre Behandlung zur Vermittlung von Bewältigungsstrategien begründen können.

9. Diskriminierung von psychisch-schwersterkrankten Personen

Diese Personengruppe hat neben der erforderlichen medizinischen Akutbehandlung einen weitergehenden Bedarf an sozialen Interventionen (weitere Leistungen der Sozialgesetzbücher). Die beiden psychosozialen Bedarfe beeinflussen sich gegenseitig, d.h. wenn soziale Probleme nicht bearbeitet werden, kann dies den Erfolg der medizinischen Therapie deutlich schmälern. Diese schwersterkrankten Menschen „passen“ nicht mehr in das neue System, da die zu ihrer Behandlung erforderlichen Leistungen nur unzureichend abgebildet sind und somit auch nicht vergütet werden. Die Kliniken werden daher versuchen, die Behandlung dieser Menschen weitgehend zu vermeiden, da das Risiko des Erlösausfalls zu hoch ist. Die Psychiatrie hat zudem auch immer eine sozialpolitische Funktion übernommen, um so der Verelendung psychisch schwersterkrankter Menschen entgegenzuwirken. Mit dem neuen Entgeltsystem ist dies fast nicht mehr möglich. Möglicherweise müssen für diesen Personenkreis andere Formen der Versorgung geschaffen werden oder aber gesonderte Vergütungsstrukturen für deren Behandlung gefunden werden.

10. Betreuungsrechtliche bzw. ordnungspolitische Unterbringung

Die betreuungsrechtliche bzw. ordnungspolitische Unterbringung zur Behandlung (10-20% aller Fälle) rechtfertigt alleine keine stationäre Behandlung nach SGB V. Bisher haben die Krankenkassen die Behandlungskosten übernommen. Jetzt erleben wir zunehmend die Ablehnung der Leistungsträger in diesen Fällen.

Auch wenn dies nicht eine unmittelbare Auswirkung des neuen Entgeltsystems ist, stellt auch dies ein zunehmendes Problem ansonsten unbehandelte psychisch kranker Menschen dar und soll daher hier erwähnt werden.

Berlin, 06. Mai 2019

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Anmerkungen
der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT e.V.)
für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und
Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für
psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit , uns zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen äußern zu können.

Die DGPT verzichtet darauf, eine eigene ausführliche Stellungnahme abzugeben und schließt sich den Positionen der DGPM im Wesentlichen an.

Dabei möchten wir ergänzend auf folgende Punkte hinweisen:

In der PsychPV fehlen bei den Leistungserbringern die Psychologischen Psychotherapeuten. Wenn die PsychPV weitergelten sollte, müsste diese wichtige Gruppe aufgenommen werden.

Für die DGPT ist eine verbesserte Personalausstattung sowohl in den Psychiatrischen Kliniken als auch in den Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie notwendig.

Berlin, den 06.05.2019

Ingrid Moeslein-Teising

Vorsitzende DGPT e.V.

Stellungnahme

13. Mai 2019

Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Diese Stellungnahme der DGPPN ergeht im Rahmen des Berichts nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG auf Anfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. April 2019.

Demnach soll zu folgenden Aspekten Stellung genommen werden:

1. Auswirkungen des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
2. Erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem
3. Anzahl der Modellvorhaben nach § 64b SGB V und erste Erkenntnisse

Rechtliche Rahmenbedingungen

Auszug aus § 17d KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen):

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.

Auszug aus § 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen)

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. (...)

Vorbemerkung

Die Einführung bzw. Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik war von Beginn an und seitdem durchgängig durch eine umfassende politische sowie fachliche Diskussion geprägt. Im Vordergrund stand dabei die Diskussion darüber, ob dieses System geeignet ist, den Behandlungsbedarf für Menschen mit psychischen Störungen adäquat abzubilden. In der Folge ist am 1. Januar 2017 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) in Kraft getreten, das erneut die Rahmenbedingungen im Sinne eines Perspektivenwechsels von einem preisbezogenen System auf ein budgetorientiertes System verändert hat.

Für die betroffenen Kliniken entstand dadurch eine erhebliche Unsicherheit bezüglich der geltenden Rahmenbedingungen. Diese Unsicherheit besteht auch weiterhin.

Die Auswirkungen dieser nicht eindeutigen bzw. wechselnden Rahmenbedingungen auf das Kodier-Verhalten sowie auf die weiteren Aspekte des pauschalierenden Finanzierungssystems in der Psychiatrie und Psychotherapie sind aktuell nicht mit ausreichender Sicherheit einzuschätzen.

Vor diesem Hintergrund sind im klinischen Bereich bisher keine umfassenden Studien dazu durchgeführt worden, wie sich das neue Entgeltsystem in der klinischen Realität auswirkt. Belastbare empirische Daten liegen uns deshalb zum jetzigen Zeitpunkt darüber nicht vor.

Grundsätzliche Problematik und deren Auswirkungen auf die Versorgung

Die grundsätzlichen Problembereiche des pauschalierenden Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie prägen auch die Umsetzung. Die wesentlichen Problembereiche sind die folgenden:

- Fehlende Orientierung am individuellen Bedarf der Patienten: Der individuelle Bedarf wird durch die PEPP-Kategorien bzw. die OPS-Struktur nicht adäquat abgebildet. Erforderlich ist ein gestuftes Erfassungs- und Bemessungssystem, das sich an der jeweiligen Symptomkonstellation und dem daraus abzuleitenden Bedarf bemisst.
- Das den PEPP-Kategorien zugrundeliegende primäre Prinzip der kostentrennenden Faktoren ist für die erforderliche Prozess- und Strukturqualität in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht geeignet, die zwischen den einzelnen Patienten bestehenden individuellen Unterschiede adäquat abzubilden.
- Die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert spezifische Merkmale der Prozess- und Strukturqualität [1]. Die PEPP-Kategorien bzw. die zugrundeliegenden Prozeduren-Beschreibungen (OPS) sind nicht geeignet, das Versorgungsgeschehen adäquat abzubilden.
- Ebenso wenig sind diese Kategorien geeignet, den erforderlichen personellen Ressourcenbedarf abzubilden bzw. zu beschreiben [2].
- Es ist keine Anpassung an die fachlichen und personellen Veränderungen möglich, die sich seit der PsychPV-Einführung ergeben haben [3].
- Das PEPP-System ist nicht geeignet, die regionalen und institutionellen Besonderheiten in der umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubilden [4].
- Das System der OPS in der Psychiatrie und Psychosomatik und insbesondere deren Dokumentation ist zu kleinteilig. Die OPS weisen insgesamt nur sehr geringe Unterschiede im Ressourcenaufwand aus.

- Das pauschalierende Entgeltsystem führt für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu falschen Anreizwirkungen.
- Das PEPP-System kann systembedingt nicht zu der dringend erforderlichen Verbesserung der Finanzierungssituation in der Psychiatrie und Psychosomatik führen.
- Die Finanzierung von (erbrachten) Einzelleistungen setzt falsche Anreizwirkungen.
- Ein Fall-Bezug, wie er sich indirekt durch die Regelungen des PEPP-Systems ergibt, ist für die Psychiatrie und Psychotherapie nicht geeignet. Dies war bereits Grundlage der politischen Entscheidung, das Anfang der 2000er Jahre eingeführte DRG-System nicht auf die Psychiatrie und Psychosomatik anzuwenden.
- Ein im Vordergrund der Kategorisierung nach PEPP stehender Bezug auf die Diagnose ist nicht ausreichend geeignet, das Versorgungsgeschehen abzubilden. Psychische Erkrankungen weisen eine sehr hohe Heterogenität innerhalb der gleichen Diagnosegruppe (z. B. bei depressiven Störungen) auf.
- Die regionalen und institutionellen Besonderheiten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie werden durch das pauschalierende Entgeltsystem nicht ausreichend abgebildet.
- Der deutlich erhöhte Dokumentations- und Misstrauensaufwand (durch ein umfangreiches System der gegenseitigen Kontrolle) entzieht dem Versorgungssystem dringend benötigte Ressourcen [5].
- Aus der Anwendung des PEPP-Systems ergibt sich ein erheblicher Ressourcenaufwand, welcher der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entzogen wird. Dazu gehört die Veränderung in den Personalstrukturen (zusätzliche personelle Ressourcen im Bereich der Dokumentation), ein erheblicher Schulungsbedarf für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Umstellung der IT-Systeme.

1. Auswirkungen des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Die zu beobachtenden Auswirkungen des neu eingeführten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind Folge der o. g. grundsätzlichen Problematik.

Bezüglich der Auswirkungen des neuen Entgeltsystems ist zusammenfassend vorläufig festzustellen, dass dadurch keine sicher nachweisbaren Auswirkungen auf die bestehenden

Versorgungsstrukturen erfolgt sind. Diese wären jedoch dringend erforderlich, da die bestehende Versorgungsstruktur (insbesondere durch die massive Fragmentierung der Versorgungsangebote) sowie die personelle Ausstattung den Bedürfnissen und dem Bedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht in ausreichender Weise entspricht.

Aus Sicht der DGPPN ist bzgl. der Auswirkungen insbesondere festzustellen:

- Das neue Entgeltsystem hatte bisher keine relevanten Auswirkungen auf das Spektrum der behandelten Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. auf das dadurch entstehende Diagnosespektrum.
- Bzgl. der Behandlungsqualität sind Verbesserungen nicht eingetreten. Durch den Abzug von Ressourcen aus der direkten Patientenbehandlung (insbesondere) in Aufwand für Dokumentation ist andererseits von einer Verminderung der Behandlungsqualität (weniger Zeit für Beziehungsgestaltung) auszugehen.
- Das Entgeltsystem hat keine Anreize zur Umsetzung von Anforderungen der Leitlinien gesetzt. Insbesondere neuere Anforderungen (wie z. B. die inzwischen als Leitlinien-Standard anerkannte partizipative Entscheidungsfindung) werden durch das Entgeltsystem nicht unterstützt.
- Das Entgeltsystem ist in keiner Weise auf das Erreichen eines positiven Krankheitsausgangs (Outcome) ausgerichtet. Zu relevanten Veränderungen der therapeutisch-konzeptionellen Ansätze ist es deshalb nicht gekommen.
- Das PEPP-System hat zu keinen erkennbaren Veränderungen im Nachfrageverhalten geführt.
- Relevante Verringerungen der durchschnittlichen Verweildauer wurden nicht festgestellt.
- Keine erkennbare Leistungsverlagerung in andere Bereich oder Sektoren.
- Seit der Einführung des neuen Entgeltsystems sind die Fallzahlen in den meisten Bereichen des Versorgungssystems weiter angestiegen. Es ist nicht sicher zuzuordnen, ob es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Entgeltsystem und dieser Entwicklung gibt.
- Auch Auswirkungen auf die Bettenzahl (im Sinne einer weiteren Erhöhung) sind nicht sicher zuzuordnen.

2. Erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem

- Die durchgängig unklaren Rahmenbedingungen bei der Einführung und der Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems haben auf der Seite der Leistungserbringer zu einer

zögerlichen Umsetzung geführt. Die Optionsphase der Einführung wurde nicht durchgängig genutzt.

- Bei dieser Entwicklung spielte insbesondere der massive bürokratische Aufwand (insbesondere durch hohe Anforderungen an die Dokumentation) eine wesentliche Rolle. Zusätzliche Ressourcen wurden dafür nicht bereitgestellt, so dass eine Verschiebung von den direkt patientenbezogenen Leistungen zu bürokratischen Leistungen zu beobachten ist.
- Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems erfordert massive Umstellungen im Bereich der IT-Struktur.
- Die Einführung hat zu Verschiebungen in der Personalbesetzung geführt. Dabei wurden weniger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der direkten Patientenversorgung eingesetzt bzw. verfügen über weniger Ressourcen für die direkte Patientenversorgung.

3. Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Rahmenbedingungen der Modellprojekte¹

Seit 2013 sind in Deutschland die Möglichkeiten für innovative sektorübergreifende Behandlungsformen gemäß § 64b SGB V erweitert worden. Durch die Einführung eines klinikbezogenen Gesamtbudgets über alle Behandlungsarten sollen diese Modellvorhaben eine im Vergleich mit der Regelversorgung flexiblere, bedarfs- bzw. bedürfnisgerechtere Versorgung von psychisch Erkrankten und deren Angehörigen ermöglichen. Dem Krankenhaus steht die Wahl der Behandlungsform – stationär, teilstationär, stationsäquivalent sowie ambulant – nach eigener Entscheidung zu. Die Budgetfindung orientiert sich an der Zahl der behandelten Menschen pro Jahr.

Entsprechend der Rahmenbedingungen des § 64b SGB V wurde von den Krankenkassenverbänden 2015 europaweit eine Begleitforschung ausgeschrieben, die hauptsächlich auf der Analyse von bei den Krankenkassen vorliegenden Routinedaten basiert. Davon abgesehen gibt es eine Reihe von weiteren Forschungsvorhaben, die ebenfalls darauf abzielen, die Modellversorgung nach § 64b SGB V umfassend zu evaluieren. Grundlegend für diese Evaluationsprojekte ist die Frage, inwieweit die Erfahrungen mit der Modellversorgung sich bewähren, wie sich die Behandlungsergebnisse entwickeln und ob die Modellversorgung in die Bedingungen der Regelversorgung überführt

¹ U. a. auf der Basis von Angaben des Netzwerks Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung, 2019

werden sollten. Einige dieser Studien sind bereits abgeschlossen, andere haben eine Laufzeit über den Juni 2019 hinaus.

Mehrere Modellvorhaben nach § 64b SGB V bauen auf Vorläuferverträgen auf, insbesondere auf Vereinbarungen nach § 26 BPfIV zum Regionalen Psychriatriebudget (RPB), die Anfang der 2000er Jahre zwischen den Krankenkassen und einigen stationären Leistungserbringern abgeschlossen wurden. Daraus resultierte eine vollständige Budgetverantwortung seitens dieser Leistungserbringer für die zu versorgende Region. Vereinbarungen nach § 26 BPfIV wurden v. a. in Schleswig-Holstein getroffen, und zwar für die Regionen Rendsburg-Eckernförde, Steinburg und Dithmarschen. 2013 sind alle diese Verträge in die Rahmenbedingungen des § 64b SGB V überführt worden, wobei es inhaltlich deutliche Kontinuitäten zwischen beiden Vertragsmodellen gab. Aus diesen Gründen sind nachfolgend auch die Studien berücksichtigt, die die Auswirkungen des RPB erfassen.

Sowohl bei den Verträgen des RPB nach § 26 BPfIV, als auch bei der Modellversorgung nach § 64b SGB V stellt die Finanzierung über ein Budget die zentrale unabhängige Variable dar. Das Budget kann eine mehr oder weniger ausgeprägte Kontinuität und gleichzeitige Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung ermöglichen, je nachdem, ob es sich um ein Teil- oder ein Gesamtbudget handelt. Unter diesen Bedingungen bildete sich eine Diversität von Interventionen heraus, die zu den unterschiedlichen Modellprojekten innerhalb spezifischer Versorgungsgebieten führten. Die Erforschung dieser einzelnen Interventionen und Versorgungsangebote bildet eine zusätzliche Ebene, wobei der Kontext (Strukturmerkmale der Region etc.), für den sie entwickelt wurden und wirken, in besonderem Maße bedacht werden sollte.

Die Studien sind in ihren Zielkriterien, Datenquellen, methodischen Zugängen und Laufzeiten sehr heterogen.

Zahl und Verteilung der Modellprojekte

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Vertragssituation in den einzelnen Regionen (geordnet nach dem Zeitpunkt des Beginns der Verträge nach § 64b SGB V).

- Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es in Deutschland 19 Modellvorhaben nach § 64b. Die Modellvorhaben befinden sich in den Bundesländern Schleswig-Holstein (5), Nordrhein-Westfalen (3), Hessen (3), Berlin (2), Sachsen (2), Baden-Württemberg (1), Brandenburg (1), Niedersachsen (1), Thüringen (1).
- In den anderen Bundesländern gibt es keine entsprechenden Modellvorhaben.
- In den Regionen mit Modellprojekten wohnen insgesamt etwa 6,58 Millionen Menschen.

- In 13 Regionen sind alle Krankenkassen an den Modellen beteiligt, in den übrigen Regionen jeweils nur einzelne Kassen bzw. Kassenverbände.
- In vier Regionen ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Modellprojekten beteiligt.
- Bisher wurden in den Regionalen Budgets bzw. Modellprojekten insgesamt etwa 400.000 Behandlungsepisoden durchgeführt.

Trotz umfassender Erfahrungen aus Modellprojekten muss festgestellt werden, dass die Vorgabe des § 64b SGB V (in jedem Bundesland soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden) bisher nicht erfüllt wird.

Evaluation

Zu den Themen der Regionalbudgets bzw. der Modellprojekte nach § 64b liegen inzwischen folgende Studien vor:

- Regional-Budgets
 - Evaluation Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein): 3 Studien [6,7]
 - Evaluation Kreis Rendsburg-Eckernförde (Schleswig-Holstein): 1 Studie [8]
 - Evaluation Kreis Dithmarschen (Schleswig-Holstein): 3 Studien [9]
- Modellprojekte nach § 64b SGB V
 - Regionale Evaluation
 - St. Hedwig-Kliniken Berlin [10]
 - Marienhospital Hamm
 - Überregionale Evaluation
 - EvaMod64b (Modellprojekte) [11]
 - Eva64 (Krankenkassen; Begleitforschung nach § 65 SGB V)
 - PsychCare (Innovationsfonds)

Die wesentlichen Studienergebnisse² können wie folgt zusammengefasst werden:

Die Studien zeigen, dass sich auf Basis des § 64b SGB V und die Vereinbarungen zum RPB nach § 26 BPfIV sehr heterogene Versorgungsstrukturen und -prozesse herausbilden können, bzw. herausgebildet haben. Diese Unterschiede lassen sich u. a. durch die lokalen Versorgungskontexte, politischen Unterstützungs- und Entscheidungsprozesse und das Engagement der Akteure vor Ort

² Die Ergebnisse der beiden letztgenannten Studien liegen noch nicht abschließend vor.

begründen. Trotz dieser Unterschiede gibt es verschiedene studienübergreifende Erkenntnisse, die sich durch wiederkehrende Ergebnisse sowohl der Studien zur Evaluation der Modellversorgung als auch des RPB stützen lassen. Diese Befunde sind insofern als vorläufig einzuschätzen, weil einige Evaluationsprojekte noch Daten erheben und Ergebnisse erst im nächsten oder übernächsten Jahr anbieten können.

Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung über ein RPB oder ein Budgetsystem gemäß § 64b SGB V spart über alle Behandlungssettings hinweg keine oder nur bedingt Versorgungskosten ein. Wohl kommt es aber zu einer Verschiebung der Versorgungskosten vom vollstationären in den ambulanten und teilstationären Bereich. Insgesamt sind die Umstrukturierungen von einem Abrechnungsmodell auf der Basis tagesgleicher Pflegesätze hin zu einer budgetären Abrechnungsform durch ein RPB oder ein Modellprojekt nach § 64b als mindestens kostenneutral einzuschätzen. Positive Kosteneffekte entstehen allerdings im Vergleich mit anderen Einrichtungen, die kein Modellprojekt haben. Hier ist es in dem betrachteten Zeitraum zu einer Zunahme der Kosten gekommen.

Diese Verschiebung geht im Versorgungsalltag einher mit einer Reihe von strukturellen und prozessualen Umstrukturierungen: Stationäre Behandlungsplätze werden abgebaut bei gleichzeitiger Aufweitung des ambulanten und teilstationären Leistungsangebotes. Es kommt zu einer Reduktion der vollstationären Liegezeiten und Behandlungstagen, und gleichzeitig zu einem Anstieg von ambulanten und teilstationären Fällen. Neue Behandlungskonzepte werden entwickelt, die insgesamt mehr Behandlungskontinuität und Flexibilität, also personenzentrierte Unterstützung erlauben. Modelle einer sektorübergreifenden Kooperation, also einer Kooperation über die fiktiven oder realen Krankenhausmauern hinweg, bleiben dabei eine Seltenheit.

Möglicherweise dadurch bedingt wird in mehreren prospektiven, kontrollierten Studien eine Besserung des Funktionsniveaus beschrieben. In einzelnen Studien mit unterschiedlichen Ansätzen reduzierte sich unter Modellbedingungen die Symptomlast, die Krankheitsschwere und die Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung. Interessant sind die Ergebnisse zweier Studien, die eine Reduktion der Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach PsychKG unter Modellbedingungen sowie eine reduzierte Anzahl von Fixierungen nachweisen.

Neben diesen objektivierbaren Outcome-Kriterien wird deutlich, dass die Patienten mit der Modellversorgung zufrieden sind. Sowohl in einer standardisierten Befragung als auch mit Hilfe qualitativer Instrumente lässt sich einrichtungsübergreifend eruieren, dass die Umstrukturierungen infolge der Modellversorgung für die Patienten im Alltag erlebbar sind. Der Erfahrungsgrad steigt dabei mit steigendem Implementierungsgrad. Und auch die positive Bewertung der Modellversorgung steigt mit steigendem Erfahrungs- und Implementierungsgrad.

Die Mitarbeitenden zeigen sich hier ambivalenter. Die Umstrukturierungen können viel Mehrarbeit bedeuten, obschon sie in einer Studie auch zu einer Reduktion von Überstunden führten. Deutlich wird eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden über die Berufsgruppen hinweg, und zwar sowohl unter den Bedingungen des RPB als auch unter denen der Modellversorgung. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen. Allerdings sind hier Unterschiede zwischen Kliniken erwartbar, in denen alle Kostenträger sich am Vertrag nach § 64b SGB V beteiligen und denen, die nur mit einzelnen oder wenigen Krankenkassen einen Vertrag abschließen konnten: Gerade in Kliniken, in denen Modellversorgung neben Regelversorgung erfolgen muss, dürften sich sehr unterschiedliche Sichtweisen von Mitarbeitenden entwickeln, was weiterer Forschung bedürfte.

Die Effekte auf die Angehörigen sind deutlich weniger untersucht. Laufende Studien werden hier weitere Erkenntnisse bringen. Deutlich wird bisher, dass die ambulanten Behandlungsformen von Angehörigen zu Beginn der Implementierung durchaus zunächst auch als belastend erlebt werden können. In der internationalen Literatur sind negative Aspekte dieser Art nicht beschrieben, sodass ein Umstellungseffekt von einer in Deutschland bisher primär vollstationären Akutbehandlung als Grund hierfür wahrscheinlich erscheint. Ein Hinweis dafür ergibt sich aus dem Befund, dass Angehörige andererseits die festen Ansprechpartner, die durch eine Stärkung der Behandlungskontinuität entstehen und die Flexibilisierung des Behandlungsangebotes sehr schätzen.

Fazit bzgl. Modellversorgung

Die Modellversorgung kann flexibel auf die Bedarfe vor Ort zugeschnitten werden, sie gilt als routinetauglich und wirtschaftlich. Die Perspektive Betroffener hebt die Veränderungen der Versorgung durch Modelle insbesondere durch ihre Niedrigschwelligkeit hervor: es können Patienten erreicht werden, die bisher nicht erreicht wurden. Übergänge zur Eingliederungshilfe werden ermöglicht. Aus der Angehörigenperspektive wird die Flexibilität in der Angebotsstruktur als bedeutsam angesehen. Modellprojekte implizieren für die meisten Teilnehmer ein anderes Denken in der Psychiatrie und initiieren erste Schritte zur Umsetzung psychosozialer Interventionen. Insbesondere die Projekte mit langjährig bestehenden Vorläufermodellen weisen darauf hin, dass für Leistungserbringer und Krankenkassen Planungssicherheit besteht und unkontrollierbare Mengenausweitungen (behandelte Patienten) wider manche Befürchtung nicht erwartbar sind. Für Abwanderungen von Patienten in Kliniken der Regelversorgung ergeben sich ebenfalls keine Hinweise.

Der Begriff „sektorübergreifend“ bezieht sich in den Modellprojekten aktuell auf die Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses. Trotz einiger Bemühungen ist ein Einbezug der

Kassenärztlichen Versorgung bisher nicht gelungen. Ebenfalls wären Übergänge zu anderen SGB wichtig. Weitere Entwicklungen sollten sich auch mit der Frage befassen, was Krankenhäuser zu einer sektor- und rechtskreisübergreifenden Versorgung beitragen können. Weitere Fragen ergeben sich bezüglich der Personalbemessung in Modellprojekten nach § 64b SGB V und für die Leitlinienadhärenz.

Die im Gesetz formulierte Aussicht, in jedem Bundesland mindestens ein Projekt unter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu initiieren, ist nicht realisiert worden. Die Verhandlung neuer Projekte, die Ausweitung bestehender Projekte in Dauer und Anzahl, auch über 8 Jahre sind aktuell ins Stocken geraten, auch weil die Bereitschaft der Kostenträger neue Verträge zu verhandeln, nicht besteht.

Modellprojekte sind bisher nicht in jedem Bundesland umgesetzt worden. In insgesamt 12 Modellregionen kann die Versorgung nach § 64b SGB V inzwischen als Regelversorgung angesehen werden. Die Anreizwirkungen in Modellprojekten führen zu einer deutlichen Verlagerung aus dem vollstationären in den teilstationären, aufsuchenden und institutsambulanten Bereich. Die Versorgung orientiert sich stärker als in der bisherigen Regelversorgung am individuellen Bedarf des jeweiligen Patienten.

Für die erfolgreiche Fortführung und die erforderliche Ausweitung wird eine langfristige Planungssicherheit benötigt, die auch eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordert.

Tabelle 1: Übersicht Modellprojekte nach § 64b SGB V

Region des Modellvorhabens ³	Einwohnerzahl in der Region	§ 64b seit	Kostenträger	Krankenhaus-eigene Forschung	Laufzeit bis
Hanau	215.000	2013	alle	Nein	31.08.2021
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Rendsburg-Eckernförde	270.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Herzogtum-Lauenburg (Geesthacht)	193.000	2013	alle	Nein	31.12.2020
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	alle	Nein	31.12.2020

³ Quelle: Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung, 2019

Zwickau	93.000 (+KJP)	2013	alle	Nein	31.12.2020
Glauchau	130.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Nordhausen	86.000 (+KJP)	2014	alle	Ja	31.12.2021
Rüdersdorf	230.000	2014	TK	Ja	31.12.2021
Hamm	190.000	2014	alle	Nein	31.12.2021
Lüneburg	420.000	2014	AOK Nieder- sachsen	Ja	09.04.2022
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte-Wedding Treptow-Köpenick	610.114	2014	Barmer GEK	Nein	31.12.2021
Bochum	400.000	2015	TK/ Barmer GEK	Nein	31.12.2022
Riedstadt	330.000 (+KJP)	2016	alle	Ja	31.12.2023
Friedberg	200.000	2016	alle	Nein	31.12.2023
Berlin Friedrichshain- Kreuzberg/ Spandau/ Reinickendorf/ Tempelhof- Schöneberg/ Neukölln/ Marzahn- Hellersdorf	1.684.238 (+KJP)	2016	DAK	Teilweise	31.12.2023
Bonn	960.000	2016	TK/ DAK/ Barmer GEK	Nein	30.09.2024
Heidenheim	130.000	2016	alle	Nein	31.12.2023

Quellenangaben

- (1) Klimke, A., Godemann, F., Hauth, I., & Deister, A. (2015). Strukturqualität in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. *Der Nervenarzt*, 86(5), 525–533.
<https://doi.org/10.1007/s00115-015-4314-9>
- (2) Hauth, I., Brückner-Bozetti, P., Heuft, G., Kölch, M., Löhr, M., Richert, A., & Deister, A. (2019). Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen: Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. *Der Nervenarzt*, 90(3), 285–292.
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0669-z>
- (3) Berger, M., Wolff, J., Normann, C., Godemann, F., Schramm, E., Klimke, A., Herpertz, S. C. (2015). Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. *Der Nervenarzt*, 86(5), 542–548.
<https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0>
- (4) Senkal, A., Brückner-Bozetti, P., Lingenfelder, M., Blume, A., Klode, C., & Steinert, T. (2019). Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 90(3), 293–298. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0600-7>
- (5) Drösler S, Neukirch B, Undorf L (2018) Dokumentationsaufwand in der Psychiatrie. *KU Gesundheitsmanagement* 3/2018
- (6) Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Schomerus G, Angermeyer, MC, König HH (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorenübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psych Prax* 35, 279-285
- (7) König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010). Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? *Psychiatr. Prax* 37, 34-42
- (8) Hans-Helmut König, Dirk Heider, Thomas Rechlin, Peter Hoffmann, Thomas Birker, Sven Heinrich, Christian Brettschneider, Cornelia Hierholzer, Steffi G. Riedel-Heller, Christiane Roick (2013): Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? Evaluation des RPB in Rendsburg-Eckernförde. *Psychiatrische Praxis*, 40, 430-438.
- (9) Berghöfer, A., Hubmann, S., Birker, T., Hejnal, T., & Fischer, F. (2016). Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget – A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International Journal of Integrated Care*, 16(4).
<https://doi.org/10.5334/ijic.2479>
- (10) Wullschleger, A., Berg, J., Bempohl, F., & Montag, C. (2018). Can „Model Projects of Need-Adapted Care“ Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Frontiers in psychiatry*, 9, 168. doi:10.3389/fpsy.2018.00168
- (11) von Peter, S., John, J., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M., Ignatyev, Y. (2018). Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC Psychiatry*, 18:278

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72830, Fax: 08193 72909
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Parkstr. 10, 12103 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-
christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht,
Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer

27/620/57425

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und der Chefarztkonferenz psychosomatisch- psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA)

für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und
Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Stellung nehmen zu können. Diese Stellungnahme wird gemeinsam mit der mitunterzeichnenden Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) abgegeben.

Hierbei soll insbesondere auf folgende Punkte eingegangen werden:

1. Auswirkungen des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen,
2. Erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem,
3. Anzahl der Modellvorhaben nach § 64b SGB V und erste Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben.

Zu 1.:

Die DGPM unterstützt weiterhin die Zielsetzungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psycho-

somatische Leistungen (PsychVVG), insbesondere den Anspruch die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung verbessern zu wollen.

Kernpunkt bei der Budgetbemessung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind die Personalkosten, die mehr als 80% des Krankenhausbudgets ausmachen. Hierzu sollten in den zurückliegenden 2 Jahren Richtlinien zur Personalausstattung entwickelt werden auf Grundlage der bestehenden PsychPV, der S3-Leitlinien, einer empirische Studie zur Erfassung des IST-Zustandes der Personalausstattung (PPP-Studie, Wittchen et al.) und von Expertengesprächen zum Personalbedarf zur leitliniengerechten Behandlung bestimmter Patientengruppen (diagnose- und settingbezogen). Leider haben sich 3 dieser 4 als „Grundlagen“ erhofften Zugänge zu einer empirischen Bestimmung der Personalbemessung als nicht brauchbar oder verlässlich erwiesen, sodass derzeit nur die PsychPV als Bezugsgröße für eine zumindest vorübergehende Regelung der Personalbemessung für das Fachgebiet Psychiatrie übrig zu bleiben scheint. Alle Experten sind sich dabei aber einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie und mit Modifikationen in Zukunft auch in der Psychosomatik bedarf.

Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher nicht Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:

In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „...hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)“.

Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.

Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln.....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln“ (Psych-PV S. 137f.).

In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollsta-

tionäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht.“

Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen (außerhalb der Psychiatrie) zu keiner Zeit der PsychPV unterlag, wurden in den bisherigen Kostenverhandlungen die Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde gelegt und von den Kostenträgern akzeptiert. Diese stützen sich auf die von Heuft G et al. 1993 normativ ermittelten berufsgruppendifferenzierenden Minutenwerte, die das Mindestmaß der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen beschreiben. Dabei ist hervorzuheben, dass die Minutenwerte nach Heuft et al. exakt den Konstruktionsprinzipien der Psych-PV folgen, aber auf die typischen in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik applizierten Prozeduren angewandt werden.

Neben den gesetzlichen Erläuterungen machen auch die erheblich abweichenden Minutenwerte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung deutlich, dass diese nicht über die bestehenden Behandlungsbereiche der PsychPV abgebildet werden können:

Die folgende Tabelle stellt die Personalanforderungen nach PsychPV und die Personalanhaltszahlen, gerechnet für eine Station mit 24 Betten gegenüber:

Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanhaltszahlen (VK) <small>(DGPM, Heuft G et al. [1993])</small>
Ärzte	2,07	1,54	2,6
Pflege	5,78	1,98	6,9
Dipl.-Psych	0,29	1,07	2,6
Ergo/Öko	1,22	1,03	1,4
BWT/Phys	0,28	0,31	1,4
Sozialth.	0,76	0,14	1,3
stationsbez. Pflege (min/Station)	2,1	2,1	2,3
Summe VK	12,5	8,2	18,5

Im Unterschied zu den Strukturvorgaben der PsychPV hat die DGPM immer betont, dass sich die Anzahl budgetrelevanter Vollkräfte aus den jeweils mittelbar und unmittelbar am Patienten erbrachten, notwendigen Leistungen ergeben muss. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die über die OPS-Prozedur 9-634 und den Zusatzcode 9-642 definierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung und die integrierte internistisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung. Hier sind transparent und überprüfbar die fachspezifischen Behandlungsprozesse angesprochen, die den entsprechenden und unabdingbaren Personalbedarf auslösen. Weder die Kategorien A1 noch A5 der PsychPV sind geeignet, den Stellenbedarf entsprechend der Anforderungen der heutigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bestimmen.

Zwischenzeitlich wurden die Berechnungen der Personalanforderungen von Heuft et al. (1993) und damit die Personalanhaltszahlen der Fachgesellschaft empirisch überprüft.

Gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) wurde eine Studie zur Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen im Sinne eine IST-Erhebung durchgeführt (Friederich et al. 2018). Die folgende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Kalkulationskliniken bei einer angenommenen Stationsgröße von 24 Betten gemäß InEK-Zahlen und stellt sie den Ergebnissen der DKI-Studie gegenüber.

	InEK (VK)	DKI Studie (VK)
Ärztlicher Dienst*	3,4	
Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7
Psychologen	1,9	
Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädagogen	0,4	0,3
Spezial-therapeuten	1,9	1,6
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4	
Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0

Außerdem wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) mit den im Rahmen der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Universitätsklinik für das InEK erhobenen Leistungsdaten in Beziehung gesetzt, die eine Umrechnung in Minutenwerte ermöglichen, welche sich wiederum an den Konstruktionsprinzipien der PsychPV orientieren. Ziel war hierbei eine empirische Überprüfung der normativ definierten Personalanhaltszahlen mit der nach dem PEPP-System anzunehmenden Finanzierungsgrundlage. PEPP-Minutenwerte (kalkuliert für die Datenjahre 2013 und 2014) bei einem Basisentgeltwert von 285 EUR für eine Station mit 18 stationären Behandlungsplätzen im Vergleich mit den Minutenwerten von Heuft et al. (1993).

	PEPP-Minuten 2013	PEPP-Minuten 2014	Minutenwerte [Heuft 1999]	Minutenwerte Heuft angepasst
Ärzte Station	3830	3852		
Psychologen	2876	2892		
Zwischensumme	6706	6744	7524	7524
Oberärzte	962	968		968
Zwischensumme	7668	7711	7524	8492
Pflegedienst	6456	6582	4629	4629
Zuschlag Pflege	5000	5000	5000	5000
Sozialarbeiter	557	563	1888	1888
Spezialtherapeuten	2988	2974	2880	2880
Gesamtsumme	22669	22830	21921	22889

Die aus den PEPP-Daten auf der Basis eines Basisentgeltwertes von 285 € berechneten Minutenwerte weisen eine bemerkenswerte Konvergenz zu den Minutenwerten von Heuft et al. (1993; gleichlautend: 1999) auf.

Zur Erhaltung einer qualitativ ausreichenden Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus kann vorübergehend eine Personalbemessung analog der Konstruktionsprinzipien der PsychPV erwogen werden. Es bedarf dann allerdings eines neu definierten eigenen Behandlungsbereiches mit den Kategorien psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung und intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung jeweils mit/ohne medizinisch aufwendige Zusatzbehandlung (derzeit als Revisionsvorschlag beim DIMDI eingereicht).

Darüber hinaus beteiligt sich die DGPM an der parallel zum G-BA-Prozess inaugurierten „Plattform Personal“. Diese Plattform versucht auf empirischer Grundlage ein Modell zur Personalbemessung zu entwickeln, das individuumsbezogene, settingbezogene und institutionsbezogene Aufwände (Kosten) berücksichtigt und sich damit von einer überwiegend diagnosebezogenen Kostenkalkulation löst und bisherige Modelle der Personalbemessung weiterentwickelt.

Dabei wurde für die Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapie im Unterschied zur Psychiatrie und der KJPPP ein settingbezogenes Modell entworfen: die Personalvorgaben richten sich danach, ob die Klinik die übliche Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung tatsächlich anbietet und somit therapieintensive Settings vorhält, wie sie beispielsweise bei der Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen oder ob auf der anderen Seite medizinische besonders aufwendige Rahmenbedingungen bereit gehalten werden, wie sie bei der Behandlung von magersüchtigen Patientinnen mit höchstgradigem Untergewicht oder in der komplexen psychosomatischen Schmerztherapie angeboten werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft sollte der Personalstand zumindest so hoch sein, dass eine Mindesttherapiedosis von drei ärztlich-psychologischen Therapieeinheiten und 2 Therapieeinheiten in den Spezialtherapien pro Woche angeboten werden kann. Die gesetzlichen Vorgaben eröffnen die Chance, die Krankenhäuser und Abteilungen personell so auszustatten, dass allen Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern eine qualitativ gute psychotherapeutische und medizinische Versorgung angeboten werden kann.

Zu 2.:

Bei der Anwendung des neuen Entgeltsystems wird deutlich, dass derzeit noch wesentliche Umsetzungen der 2016 verabschiedeten gesetzlichen Vorgaben fehlen:

Der im neuen Entgeltgesetz sinnvollerweise angestrebte Leistungsbezug wurde bis heute nicht vollständig umgesetzt, da diagnosebezogene PEPP-Entgelte alter Prägung auch weiterhin die Grundlage der Budgetfindung bilden. Dabei wurde und wird von den Experten aller drei Psych-Fachgebiete betont, dass der Diagnose-Bezug wesentlich weniger Kostenvarianz erklärt als das für die Patienten jeweils indizierte Behandlungssetting.

Regionale und leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten sowie Kriterien für den Krankenhausvergleich sind für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch nicht hinreichend definiert. Um einen

leistungsbezogenen Vergleich bilden zu können, sollten Vergleiche fachgebietsbezogen zwischen Krankenhäusern mit vergleichbaren strukturellen Merkmalen erfolgen. Ein Krankenhausvergleich ist als Orientierungshilfe für die Vertragspartner auf der Ortsebene sinnvoll. Er muss eine umfassende Transparenz über die Inhalte der Bewertungsrelationen und der Budgetdaten bieten, um die Gründe für Abweichungen erkennbar zu machen.

Zu 3.:

Über die Anzahl und Ergebnisse der Modellvorhaben nach § 64b SGB V liegen uns im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Erkenntnisse vor.

Berlin, den 03.05.2019

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Kruse
1. Vorsitzender der DGPM

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
1. Vorsitzender der CPKA
Stellvertretender Vorsitzender der DGPM

Literatur:

Friederich HC, Heuft G, Cuntz U, Hildenbrand G, Rothe HM, Blum K, Krüger C, Hochlehnert A, Kruse J, Raible C (2018) Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. Z Psychosom Med Psychother 64, 334–349.

Heuft G, Hochlehnert A, Barufka S, Nikendei S, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 61, 384–398.

Heuft G, Senf W, Janssen PL, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. Psychotherapie, Psychosom., Med. Psychol. 43, 262-270.

Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.

Kunze H, Kaltenbach L (1996) Psychiatriepersonalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.



www.kinderpsychiater.org



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

www.dgkjp.de

Dezernat VII
z.Hd. Frau A. Röske
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Per email an: Dezernat-VII@dkgev.de

**Zum Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG:
Erfahrungen mit dem PEPP-System
aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
hier:**

**der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psy-
chosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und
der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)**

Sehr geehrte Frau Röske,

die DKG hatte die Verbände mit Schreiben vom 9.4. zu einer Stellung-
nahme bis zum 6.5.2019 für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG
aufgefordert. Wir haben lange angesichts der unklaren politischen Ent-
wicklung zum Entgeltsystem gezögert.

Erlauben Sie uns, Ihnen heute auf der Verbände-Ebene lediglich ein paar
Stichpunkte zukommen zu lassen, die wir bei Bedarf gerne weiter ausfor-
mulieren und ausdifferenzieren.

Zum Psych VVG:

Wir sind der Politik und dem BMG dankbar, dass im Rahmen des Psych-
VVG voraussichtlich (es hängt sehr von der Umsetzung ab!) die ärgsten
Auswirkungen eines rein PEPP-basierten Entgeltsystems abgewendet
werden konnten.

Wir hatten seitens der KJPP extreme Befürchtungen hinsichtlich der Stati-
onsgrößen, hinsichtlich der Verweildauern, hinsichtlich der Sicherung der
Anwesenheit von Personal und Sicherstellung der Aufsichtspflicht. Alles
dass hatten wir in den Strukturierten Dialog und das „16-Verbändepapier“
der Entgeltplattform eingebracht.

Ob die in das Psych-VVG gesetzten Hoffnungen hinsichtlich eines indivi-
duellen Basisentgeltwerts für unser Fachgebiet greifen, ist angesichts
noch nicht stattgefundener Entgeltverhandlungen vor Ort für uns noch



**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Leitenden
Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
(BAG)**

Vorsitzender
Dr. med. Martin Jung
Helios Klinikum Schleswig
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und –psychotherapie
Friedrich-Ebert-Str. 5, 24837 Schleswig
Tel.: 04621/83-1600, Fax: 04621/83-
4852
E-Mail: jungmartinsl@gmx.de



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie (DGKJP)**

Präsident
Prof Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Universitätsklinik für Psychiatrie, Psy-
chotherapie und Psychosomatische
Medizin des Kindes- und Jugendalters
Otto von Guericke Universität Magde-
burg

Geschäftsstelle:
Dr. Mareike Alscher, Dipl.Soz
Antje Rößler, Dipl.Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstr. 27B
10117 Berlin
Tel. 030/28094386
Email: geschaeftsstelle@dgkjp.de

nicht einschätzbar. Inwieweit die Strukturellen Besonderheiten unseres Faches abbildbar, anerkannt vor Ort und anerkannt beim InEK werden, ist ebenfalls noch unklar.

Sehr bedauerlich ist in dem Zusammenhang, dass der Auftrag hinsichtlich der Evaluation des PEPP-Systems an die Begleitforschung nicht bezogen auf das Psych-VVG verändert wurde. (Die befragende Institution kannte das PsychVVG nicht).

Noch bedauerlicher ist in diesem Zusammenhang, dass wir in den Abteilungen unseres Fachgebietes aktuell keine Hinweise dahingehend bekommen, wie weitere Personalplanungen ab 2020 aussehen können. Die Weiterentwicklung im Fachgebiet hängt sehr stark von der konsequenten Gesamt-Umsetzung des Psych-VVG ab. Insbesondere brauchen wir weiterhin Personalgarantien und Planungssicherheit auf einem sich verschärfenden Fachkräftemarkt. Ein Auslaufen der Psych-PV und eine „blanke Einführung“ von PEPP als worst case wären für unser Fachgebiet, das besonders personalintensiv ist, nicht hinnehmbar.

Zum OPS-PEPP-System im engeren Sinne:

- Das InEK hat sich als fairer Partner im Dialog erwiesen. Wesentliche Kompromisse in der Entwicklung (Einbezug des Entlasstages in die Berechnung zur Abschwächung der Degression u.a.m., Einführung der zwingenden Vorgabe einer Kinderpsychiatrischen Leitung für die Kodierung der KJPP-OPS/PEPP) konnten verhandelt werden.

Allerdings führt das grundlegende Herangehen (allein über die Kalkulation, entkleidet von allen Inhalten) zu heftigen Missverständnissen innerhalb der Fachwelt. Es wird befürchtet, dass die Meldungen von Strukturmerkmalen aus dem PsychVVG, sofern diese in örtliche Verhandlungen einfließen als strukturelle Besonderheiten, sämtlich vom InEK als „ist schon in der Kalkulation enthalten“ beantwortet werden (angeblich ist ja ALLES in der Kalkulation enthalten, was für unser sehr heterogenes Fachgebiet der KJPP stark anzuzweifeln ist – die Repräsentativität vieler Merkmale ist mit nur 49 kalkulierenden Häusern – etwas weniger als 1/3 aller Fachabteilungen – nicht automatisch gegeben).

- Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie war das konsequente Einhalten der Altersgrenzen absolut hilfreich, um die UN-Konvention und die EU-Richtlinie (keine Kinder unter 18 J in geschlossenen Einrichtungen für Erwachsene unterbringen; Kinder von Kinderspezialisten behandeln) im Fachgebiet der KJPP und insbesondere auch der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik zu regeln.

- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat vor vornherein für ein stark vereinfachtes PEPP-System plädiert (z.B. weitgehend diagnoseunabhängig, unabhängig vom Unterbringungsstatus, unabhängig von der Anzahl an Intensivmerkmalen u.a.m.) und hat damit weitgehend auch durch die Kalkulation Recht bekommen

- die kalkulatorisch errechneten Alters-Splits entsprechen der klinischen Erfahrung gut. Allerdings ist aufgrund der geringen Fallzahl und der Faktizität, die ein bestehendes Entgeltsystem schafft, an den „Rändern“, also etwa im Kleinkindbereich (mit hohem Aufwand sowohl für sehr kleine Kinder, als auch deren oftmals ebenfalls psychisch erkrankten, zum Teil aber unbehandelten, bzw. nicht diagnostizierten Eltern), sowie im Bereich der Transition mit Mehraufwänden zu rechnen, die bisher gar nicht erfasst werden (aus genannten Gründen, weil es diese Angebote gar nicht gibt, bzw. nicht fachlich hinreichend entwickelt werden können, vgl. task-force Transition DGPPN und DGKJP).

- die Entscheidung, ab 2019 nur die TE der Pflege und der Fachtherapie-Gruppen, nicht wie von den Verbänden und der DKG gefordert alle TE zu streichen, hat zu Verwerfungen in den Pflegeverbänden, zu neuen Unsicherheiten hinsichtlich der Dokumentation und – leider – auch zu bereits beginnenden Umstrukturierungen hinsichtlich des Leistungsgeschehens geführt. So ist, konträr zu Entwicklungen im ambulanten Bereich (Psychotherapierichtlinie, SP-Vereinbarung) die Gruppentherapie gefühlt relativ abgewertet worden (im stationären Bereich durch Fachtherapien „nicht erlösrelevant“), und die Pflege- und Erziehungsdienste fühlen sich teilweise abgewertet.

- das PEPP-System hat zu einem dramatischen Anstieg an MdK-Prüfungen geführt (bzw. diese Steigerung erfolgte zeitgleich).-Die erhöhenden Tagesentgelte (ET) werden zu 100 % geprüft, ebenso die StaeB-Leistungen. Es besteht der starke Eindruck, dass durch die Datenfiles und die Möglichkeit, Algorithmen darauf anzusetzen, das Prüfgeschäft der MdKs stark vereinheitlicht und vereinfacht wurde. Völlig unlogisch ist das wörtliche Bestehen auf OPS-Inhalten wie der Bezahlung von Mitarbeitenden. Ungeregelt ist, ob studentische Sitzwachen als „Fachkräfte“ z.B. zur Überwachung von Fixierten eingesetzt werden dürfen. Der erhöhte Personalbedarf durch das Bundesverfassungsurteil zu Fixierungen und durch die Reform des § 1631b BGB für die KJPP ist bisher auch über eine Psych-PV-Umsetzung von 100 % nicht einlösbar. Daher ist der Entwurf eines MdK-Gesetzes trotz Diskussionsbedarf im Detail prinzipiell zu begrüßen.

Zu den Alternativen, wie Verträgen nach § 64b SGBV:

Für unser Fachgebiet ist „mindestens ein Modellvorhaben pro Bundesland“ nicht umgesetzt worden. Diejenigen Modellvorhaben, die abgeschlossen wurden, kranken daran, dass der Gesetzgeber keinen Kontrahierungszwang für alle Kostenträger vorgesehen hat. Strukturell sind die AOKen – in ihrer ganzen bundesweiten Heterogenität – die Haupt-Versicherer unserer Patienten. Eine Fragmentierung auf einzelne Kassen wird im Bereich der Kinder nie funktionierende Modelle erbringen, da die Fallzahlen zu klein sind und das Argument des Wettbewerbs der Kassen hier nicht zielführend ist. Es müssen bei den wenigen realisierten Vorhaben in der bisherigen Form vor Ort also mehrere Angebotslinien und Abrechnungssysteme vorgehalten werden – bei oft zu kleinen Zahlen, die keine gute Evaluation ermöglichen.

Zu detaillierteren Ausführungen sind wir gerne bereit.

Die Vorstände der DGKJP und der BAG KJPP

i.A.

Prof. Dr. med. Renate Schepker

Prof. Dr.med. Michael Kölch



Bundesdirektorenkonferenz

Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken
für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dezernat VII
Wegelystr. 3

10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz für den Bericht nach § 17 d Abs. 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie mit Anschreiben vom 09.04.2019 Gelegenheit gegeben haben, im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens einen Beitrag zu leisten. Wir werden unsere Rückäußerung allerdings sehr kurz halten, weil sich die Situation durch das Inkrafttreten des PsychVVG zum 01.01.2017 ja nochmals deutlich verändert hat. Auf die spezifischen Auswirkungen des PsychVVG, die in der Tat bisher nicht wirklich absehbar sind, kann sich der Bericht nicht beziehen, so dass es im Grunde genommen nur um die Jahre 2013 bis 2016 gehen wird.

Die Auswirkungen der schrittweisen, aber letztendlich ja nicht vollständigen Einführung des Systems in dieser Zeit waren im Bereich der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die die Bundesdirektorenkonferenz vertritt, zunächst durch eine zögerliche Annahme der Optionsphase gekennzeichnet. Diejenigen Kliniken, die in den ersten Jahren optiert haben, berichteten von einem immensen bürokratischen Aufwand, der sich im Wesentlichen auf die Dokumentation bezog. Darüber hinaus waren die Kliniken zu erheblichen Umstellungen ihrer IT-Infrastruktur gezwungen, was anfänglich zu tw. massiven Friktionen führte. Es muss davon ausgegangen werden, dass der zusätzlich personelle Aufwand, der den Kliniken dadurch entstanden ist und der aus-

06.05.2019

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Direktor und Chefarzt
Zentrum für psychische Gesundheit
Klinikum Ingolstadt GmbH
Krumenauerstraße 25
85049 Ingolstadt
Tel.: 0841-880-2200
Fax: 0841-880-2209
E-mail: thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de

Dr. med. Sylvia Claus
Stv. Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900 2001
Fax: 06349 900 2099
E-Mail: sylvia.claus@pfalzlinikum.de

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Ärztliche Direktorin und Chefarztin
Abt. Allgemeine Psychiatrie II
LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Tel.: 0221-8993629
Fax: 0221-8993593
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Dr. med. Felix Hohl-Radke
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Asklepios Fachklinikum Brandenburg
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Anton-Saefkow-Allee 2
14772 Brandenburg
Tel.: 03381-78-2156
Fax: 03381-78-2366
E-Mail: f.hohl@asklepios.com

Prof. Dr. med. W. Jordan, MBA, MIM
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke-
Universität Magdeburg
Birkenallee 34
39130 Magdeburg
Tel.: 0391-791-3400
Fax: 0391-791-3403
E-Mail: wolfgang.jordan@klinikum-magdeburg.de

Dr. med. Stephan Schieting
Zentrum für Psychiatrie
Neubronnstraße 25
79312 Emmendingen
Tel.: 07641-461-1021
Fax: 07641-461-2915
E-Mail: s.schieting@zfp-emmendingen.de

Schatzmeister
Prof. Dr. Wolfgang Schreiber M.A.
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Bezirksklinikum Mainkofen
94469 Deggendorf
Tel.: 09931-87-20000
Fax: 09931-87-20099
E-Mail: w.schreiber@mainkofen.de

Bankverbindung:
Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.
Prof. Dr. W. Schreiber
HypoVereinsbank
BLZ 100 208 90
Konto-Nr.: 355 370 968
IBAN: DE29100208900355370968
BIC: HYVEDEMM488
Steuer-Nr. 208107/30588

schließlich aus dem ohnehin sehr knapp bemessenen therapeutischen Personal gedeckt werden konnte, über 15 % der verfügbaren Personalstärke ausmachte. Soweit erkennbar hatte die Einführung des Systems, abgesehen von technischen Effekten (Fallzusammenführung) keine Auswirkungen auf die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen, die Verweildauer oder die Diagnosestellung.

Das System hat sich nicht als hilfreich zu Aufenthaltsdauer und –steuerung erwiesen, die weiterhin – wie zu erwarten – nicht ohne diagnostische PEPP Kategorien, sondern durch den individuellen Patientenbedarf bestimmt sind.

Einen wesentlichen Einfluss hatte das System allerdings auf die Prüfraten durch den MDK, die immens nach oben schnellten und in vielen Kliniken mittlerweile über 10 % liegen. Diese Prüfungen werden in einem erheblichen Umfang ohne Bezug zur klinischen Realität durchgeführt und zielen im Wesentlichen darauf ab, klinische Befunde in Frage zu stellen, die zu einer höheren Vergütung oder einer Verlängerung der Verweildauer geführt haben.

Insofern sind die Anwendungserfahrungen mit dem System bisher im Wesentlichen aus medizinischer Sicht negativ, da er immense Dokumentationsaufwand nicht zu einer sachgerecht differenzierten Vergütung geführt, sondern im Wesentlichen den administrativen Aufwand vermehrt hat.

Zu dem Modellvorhaben nach § 64 b SGB V liegen der BDK keine spezifischen Erkenntnisse vor, weshalb wir auf die Äußerungen anderer Fachverbände verweisen möchten.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Th. Pollmächer
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dezernat VII
Wegelystraße 3
10623 Berlin

Sprecher:
Dr. med. Christian Kieser
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
In der Aue 59
14480 Potsdam

Potsdam, den 06.05.2019

Stellungnahme des Arbeitskreises der Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa) für den Bericht 17d Abs. 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen von ackpa möchte ich mich für Ihr Schreiben vom 9. April 2019 und die Möglichkeit bedanken, über die Erfahrungen und Auswirkungen von PEPP zu berichten.

Im Folgenden wird zu den Auswirkungen des PEPP-Systems auf die Versorgungsrealität der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern Stellung genommen. Es werden Entwicklungen im stationären und teilstationären Setting seit Einführung von PEPP im Jahr 2013 dargestellt. Die Einschätzungen gründen auf Erfahrungswerten und werden cursorisch dargestellt.

Nach Kenntnis von ackpa gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Kliniken, die für eine Abrechnung nach der PEPP-Systematik optiert hatten, und den Kliniken, die weiterhin nach dem konventionellen Bundespflegegesetz abgerechnet haben.

Zudem sind keine Veränderungen in folgenden Bereichen festzustellen:

- Keine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen
- Keine Auswirkungen auf die Patientenpopulation bzw. das Diagnosespektrum
- Keine Auswirkungen auf Behandlungsqualität, so setzt PEPP u.a. keine Anreize, die Implementierung von Leitlinien zu fördern.
- Keine Veränderung therapeutisch-konzeptioneller Ansätze
- Es gibt keine Hinweise dafür, dass die weitere Zunahme der Bettenzahlen in einem kausalen Zusammenhang mit der PEPP-Systematik steht, sondern eher durch andere Faktoren bedingt ist.
- Die Veränderungen der Fallzahlen sind mit aller Wahrscheinlichkeit nicht auf die PEPP-Systematik zurückzuführen, sondern ist möglicherweise durch vielfältige Faktoren innerhalb des gesamten stationären und ambulanten sowie außerklinischen psychosozialen Versorgungssystems zu erklären.

- Bis dato sind keine Auswirkungen auf die Verweildauer zu erkennen. Möglicherweise hat der Degressionsfaktor nach budgetwirksamer Anwendung der PEPP-Systematik Auswirkungen auf die Verweildauer.
- Eine Leistungsverlagerung in andere Bereiche ist nicht erkennbar.

Hingegen sind teilweise erhebliche Veränderungen in folgenden Bereichen festzustellen:

- Deutliche Zunahme an Dokumentations- und Kodieraufwand, der personell durch die Psych-PV nicht abgedeckt ist.
- Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter
- Investition und Aufbau von IT-Strukturen und Softwarelösungen
- Veränderungen in der Personalstruktur mit Ersatz von therapeutisch/pflegerischem Personal durch Dokumentationsassistenten, um Dokumentations- und Kodieraufwand zu bewältigen
- Veränderungen im Kodierverhalten, möglicherweise Zunahme an Nebendiagnosen und diagnostischer Abbildung somatischer Komorbiditäten.
- Deutliche Zunahme an MDK-Prüfquote mit sehr personal- und zeitaufwendigem Prüfverfahren. Die Überprüfung konzentriert sich u.a. auf die OPS-Kodes, die aus der Dokumentation abgeleitet werden.
- Zu vermuten sind erhebliche organisatorische und personelle Anpassungen bei den Kostenträgern und dem MDK.
- Das chefärztliche Arbeitsfeld „Wie bewege ich meine Klinik so im PEPP-System, dass uns keine Gefahren drohen (wie z.B. Erlösminderung/Personalabzug)“ ist als Aufgabenbereich neu hinzugekommen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im klinischen Bereich einschließlich der Behandlungsqualität wie auch auf struktureller Ebene keine erheblichen Veränderungen nachzuvollziehen sind, die kausal durch die Einführung der PEPP-Systematik begründet werden können. Positiv betrachtet kann möglicherweise darauf hingewiesen werden, dass bis dato auf einer klinischen Ebene keine gravierenden Fehlanreize zu erkennen sind. Allerdings sind diese Einschätzungen mit erheblichen Einschränkungen und als vorläufig zu betrachten, da die budgetwirksamen Auswirkungen von PEPP noch nicht absehbar sind.

Dramatische Veränderungen haben sich durch eine Zunahme der Kodierung und Dokumentation sowie MDK-Prüfungen um den Faktor zwei bis drei ergeben, die mit der PEPP-Systematik in einem Zusammenhang zu bringen sind. Damit geht ein erheblicher Zeit- und Personalaufwand einher, der durch die Psych-PV nicht abgebildet ist und damit der Patientenversorgung entzogen wird. Darüber ist eine Verschlechterung der Behandlungsqualität anzunehmen, die von den Mitarbeitenden auch so wahrgenommen wird.



Christian Kieser

Sprecher von ackpa

Stellungnahme

Stellungnahme der BPTK nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG
zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der
Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für
psychosomatische und psychiatrische Einrichtungen

06.05.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen	3
• Qualitätssicherung mit Routinedaten.....	3
• Abbildung einer leitlinienorientierten Behandlung.....	4
• Anforderungen an den OPS	4
• Gesetzliche Vorgaben für die Überarbeitung des OPS.....	5
3. Nachweis der Stellenbesetzung gemäß § 18 BpflV (Psych-PV-Nachweise)	5

1. Einleitung

Im Zuge der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) wurden auch Regelungen für mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Strukturqualität in den Einrichtungen beschlossen. Zu diesen Regelungen zählen die Einführung einer verbindlichen und einheitlichen Leistungsdokumentation mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie die Verpflichtung der Einrichtungen nachzuweisen, inwieweit sie die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erfüllen. Ab dem Jahr 2020 gilt dies für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie festgelegten Vorgaben zur Personalausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Hinsichtlich der Ausgestaltung und Umsetzung dieser Regelungen besteht aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) noch Weiterentwicklungs- und Verbesserungsbedarf.

2. Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen

Seit dem Jahr 2010 sind die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik verpflichtet, ihre Leistungen mit dem OPS zu kodieren. Neben der Notwendigkeit der Leistungsdokumentation für die Entwicklung und Kalkulation des Entgeltsystems können die Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung sowie zur Herstellung von Transparenz über das Leistungsgeschehen gegenüber Patienten genutzt werden. So könnten die Daten des OPS perspektivisch auch dafür genutzt werden, um zu überprüfen, inwieweit die neuen verbindlichen Personalvorgaben des G-BA, wie vom Gesetzgeber intendiert, eine leitliniengerechte Versorgung in den Einrichtungen befördern. Auch für eine bessere Darstellung des Leistungsgeschehens in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser kann die Dokumentation über den OPS hilfreich sein.

- **Qualitätssicherung mit Routinedaten**

Um die OPS-Daten zur Qualitätssicherung nutzen und beurteilen zu können, ob und wie häufig in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit den neuen Personalvorgaben eine leitlinienorientierte Behandlung realisiert werden kann, werden Leistungsbeschreibungen benötigt, die geeignet sind, die in Leitlinien empfohlenen Behandlungsmaßnahmen abzubilden. Für diesen Zweck muss der OPS systematisch überprüft und weiterentwickelt werden. Der OPS muss Leistungsbeschreibungen enthalten, mit denen inhaltlich aussagekräftig und trennscharf kodiert werden kann, welche Leistungen ein Patient mit einem bestimmten Krankheitsbild während seines stationären Aufenthaltes erhält.

- **Abbildung einer leitlinienorientierten Behandlung**

Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien für psychische Erkrankungen enthalten vielfach spezifische Empfehlungen zum Einsatz von Psychotherapie und anderen nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren sowie zur Pharmakotherapie. So empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ bspw. zur Behandlung von schweren depressiven Episoden eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie. Eine leitlinienorientierte Therapie von schweren Zwangsstörungen besteht aus störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich Exposition. Zudem gibt die S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ differenzierte Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie. Zur medikamentösen Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung einer Zwangsstörung wird dabei bei Bedarf eine Behandlung mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) empfohlen. Von einer medikamentösen Behandlung mit Benzodiazepinen wird jedoch ausdrücklich abgeraten.

- **Anforderungen an den OPS**

Mit dem jetzigen OPS lassen sich diese Leistungen nicht bzw. nicht ausreichend differenzieren und trennscharf abbilden. Darüber hinaus werden direkte Behandlungsleistungen und Leistungen, die nicht direkt am Patienten erbracht werden, zusammengefasst. So beinhalten die von den ärztlichen und psychologischen/psychotherapeutischen Berufsgruppen im OPS kodierbaren Therapieeinheiten sowohl psychotherapeutische Gespräche mit dem Patienten als auch Gespräche mit Richtern und Behördenvertretern, Angehörigengruppen oder Gespräche zum Monitoring der Psychopharmakotherapie. Auf dieser Basis kann nur schwer beurteilt werden, in welcher Intensität ein Patient Psychotherapie während seines stationären Aufenthaltes erhalten hat. OPS-Ziffern zur Kodierung von Maßnahmen der Psychopharmakotherapie existieren gar nicht. Zu prüfen wäre deshalb grundsätzlich auch, ob der OPS um Codes für die Abbildung der Psychopharmakotherapie ergänzt werden sollte.

Die BpTK teilt die Auffassung, dass bei einer Weiterentwicklung des OPS immer auch der Aspekt der Datensparsamkeit und die Frage eines angemessenen Dokumentationsaufwands beachtet werden müssen. Eine reine „Verschlankung“ des OPS, wie sie gemäß § 9 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) vorgesehen ist, d. h. eine jährliche Vereinbarung von OPS-Kodes, die gestrichen werden können, genügt zwar dem Zweck einer Reduzierung des Dokumentationsaufwands, nicht aber einer Weiterentwicklung des OPS zu Zwecken der Qualitätssicherung. Hierfür ist eine inhaltlich sinnvolle Weiterentwicklung und gegebenenfalls Neustrukturierung des OPS erforderlich.

- **Gesetzliche Vorgaben für die Überarbeitung des OPS**

Aus Sicht der BpTK haben die bisherigen Erfahrungen mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des jährlichen Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gezeigt, dass dieser Prozess aufgrund unzureichender inhaltlicher Rahmenvorgaben und aufgrund der divergierenden Interessen der Beteiligten nicht geeignet ist, die genannten Ziele zu erreichen. Die BpTK hält es deshalb für erforderlich, eine Überarbeitung und Neukonzeption des OPS durch entsprechende gesetzliche Vorgaben zu befördern. Der Gesetzgeber sollte dem DIMDI einen Auftrag zur Weiterentwicklung des OPS zur Abbildung einer qualitätsorientierten Versorgung erteilen.

3. Nachweis der Stellenbesetzung gemäß § 18 BpFIV (Psych-PV-Nachweise)

Gemäß § 18 BpFIV sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Einhaltung der Personalstellenvorgaben gemäß Psych-PV für die Jahre 2016 bis 2019 und ab dem 1. Januar 2020 der verbindlichen Mindestpersonalvorgaben des G-BA jährlich gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) sowie den Vertragsparteien nach § 11 BpFIV nachzuweisen. Für die Jahre 2016 und 2017 sind die Krankenhäuser dieser Verpflichtung nur unvollständig nachgekommen. Für das Jahr 2016 haben 70 Prozent der Einrichtungen von der Ausnahmeregelung gemäß § 8 der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung Gebrauch gemacht und sich von der Nachweispflicht befreien lassen.¹ Auch für das Jahr 2017 lagen zum Stichtag 31. Mai 2018 nur Stellenbesetzungsnachweise von 31 Prozent der Einrichtungen vor. Repräsentative Aussagen zum Umsetzungsgrad der Psych-PV lassen sich auf dieser Datenbasis nicht treffen. Die Psych-PV-Nachweise haben damit ihr Ziel, die erforderliche Transparenz über das tatsächlich vorhandene Personal in den Einrichtungen herzustellen, bisher leider nicht erreicht. Auch bei der konkreten Ausgestaltung der Nachweise besteht aus Sicht der BpTK Verbesserungsbedarf. Die derzeitigen Nachweisregelungen gemäß Psych-Personalnachweis-Vereinbarung lassen die Anrechnung externer Beschäftigter, von Überstunden und Bereitschaftsdiensten sowie eine anteilige Berücksichtigung von Auszubildenden einschließlich Psychotherapeuten in Ausbildung zu. Zudem müssen die Nachweise ausschließlich auf Einrichtungsebene geführt werden, eine Unterteilung der Nachweise nach Stationen oder zumindest Abteilungen und eine gesonderte Darstellung der Ausfallzeiten und der Anzahl der Leitungskräfte ist nicht vorgesehen. Damit ist letztlich nicht beurteilbar, wieviel und welches Personal tatsächlich auf den Statio-

¹ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Bundestags-Drucksache 19/4023) vom 23.08.2018. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/040/1904023.pdf>.

nen und in den Abteilungen zur Verfügung steht. Aber auch auf Einrichtungsebene ergeben sich Unschärfen, wieviel Personal der verschiedenen Berufsgruppen mit welchem Stundenumfang tatsächlich für die klinische Versorgung der Patienten eingesetzt worden ist.

Personalvorgaben und zukünftig die Mindestpersonalstandards des G-BA können ihre Funktion im Sinne einer Sicherung der Strukturqualität nur dann erfüllen, wenn das Personal auch tatsächlich in den Einrichtungen und deren Abteilungen eingesetzt wird. Um dies sicherzustellen, bedarf es klarer und eindeutiger Regelungen zur Transparenz und zur Kontrolle. Aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen der Selbstverwaltungspartner, die vom Gesetzgeber mit der konkreten Ausgestaltung der Psych-PV-Nachweise beauftragt wurden, und vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen erscheint es fraglich, ob es diesen künftig gelingt, hier zu sachgerechten Lösungen zu kommen. Aus Sicht der BPtK ist deshalb zu prüfen, inwieweit konkretere Vorgaben des Gesetzgebers geeignet sind, diesen Prozess zu unterstützen.