

Dezember 2023

Bewertung 8. Stellungnahme der Regierungskommission:

Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie (»Psych-Fächer«): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung

Die Kommission hat sich mit ihrer 8. Stellungnahme vom 29.09.2023 nun auch zu den Psych-Fächern ge-äußert. Sie macht folgenden Vorschläge:

1. Krankenhaus-Level

- Es wird empfohlen, »dass Abteilungen der Psych-Fächer an allen Krankenhäusern der Level In bis III(U) geführt werden können. Level II-Krankenhäuser können keine Abteilungen oder Leistungsgruppen der Psych-Fächer betreiben« (Kooperationen sind möglich)
- Anrechnung von zwei (der drei) Psych-Fächer auf die Mindestzahl der Leistungsgruppen, die für Level II oder III notwendig sind
- Vorhaltung von Erwachsenenpsychiatrie zumindest an Level II und III-KH
- ... bedarfsangemessener »Ausbau kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsstrukturen, um regionale Unterschiede auszugleichen.« (...) »enge Verzahnung sowohl mit der Kinder- und Jugendheilkunde als auch mit der Erwachsenenpsychiatrie«
- Kinder- und jugendpsychosomatische Versorgung: »Ausbau dieser Versorgungsangebote, was grundsätzlich in Kooperation von Abteilungen/Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Pädiatrie andererseits erfolgen sollte.«
- Psychiatrische Notfälle: Es wird empfohlen, »dass alle Krankenhäuser mit Notfallstufe auch psychiatrische Notfälle fachlich kompetent behandeln können und entsprechende Strukturen für die Notaufnahme aufbauen«.

Bewertung: Einmal davon abgesehen, dass hier auf die Level-Einteilung der Kommission Bezug genommen wird, die ja zumindest in der direkt planungsrelevanten Variante nicht kommen wird, und die wir ablehnen (siehe unsere Bewertung der finalen Eckpunkte), ist es natürlich völlig richtig, dass alle größeren Krankenhäuser (ehemalige Zentral- und Maximalversorger auch eine psychiatrische Versorgung vorhalten müssen und dass auch Krankenhäuser der Grundversorgung im Rahmen der wohnortnahen Versorgung diese vorhalten sollten.



Auch die weiteren Vorschläge sind sinnvoll, allerdings zeitlich und strukturell relativ unbestimmt. Dies gilt insbesondere auch für die Forderung nach der Versorgung psychiatrischer Notfälle.

2. Leistungsgruppen und Strukturqualität

• **Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Es muss möglich sein, »die Vergabe somatischer Leistungsgruppen an Krankenhäuser notfalls daran zu koppeln, dass das Krankenhaus auch die psychiatrische Versorgung der Region übernimmt.« (...) Von Leistungsgruppen, die auf bestimmte Krankheitsgruppen oder bestimmte Behandlungsangebote zugeschnitten sind, rät die Regierungskommission ab, da der Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region grundsätzlich alle Krankheitsbilder und Krisensituationen umfasst. (...) Auch settingspezifische Leistungsgruppen (etwa: Leistungsgruppe vollstationär, Leistungsgruppe Tagesklinik, Leistungsgruppe Institutsambulanz) werden von der Regierungskommission abgelehnt«.

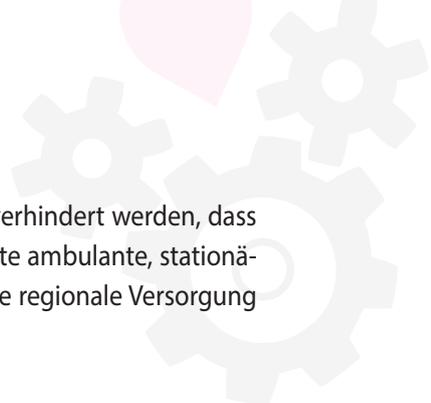
Bewertung: Die jeweilige Versorgungslösung muss anhand der konkreten Bedingungen in der Versorgungsregion entschieden werden und nicht entlang starrer Vorgaben. Deshalb müssen die Planungsbehörden auch das Recht haben im Bedarfsfall die Übernahme der psychiatrischen Versorgung in somatischen Häusern anzuweisen. Was in diesem Zusammenhang die Festlegung »notfalls« bedeuten soll, bleibt unklar.

Sinnvoll erscheint auch die Ablehnung von setting- und krankheitsgruppenspezifischen Leistungsgruppen für die Psychiatrie.

• **Psychosomatik**

»Hier scheint potenziell eine Differenzierung in verschiedene Leistungsgruppen möglich. Diese sollte aber nur dann erfolgen, wenn hierdurch Leistungsgruppen mit unterschiedlichen Strukturvoraussetzungen oder unterschiedlichem Vorhalteaufwand resultieren. Soweit psychosomatische Behandlungen durch spezialisierte Stationen oder Abteilungen im Rahmen der Inneren Medizin durchgeführt werden sollen, muss dies durch die Zuweisung einer hierfür spezifischen Leistungsgruppe geregelt sein. Für diese Leistungsgruppe müssen verpflichtende Strukturvorgaben, insbesondere hinsichtlich der Personalmindestausstattung, definiert werden«.

Bewertung: Im Krankenhausplan NRW wird nur in Kinder und Erwachsene und voll- und teilstationär unterschieden. In den Eckpunkten sind die »Psych-Fächer« ganz herausgenommen. Insofern sollten die Erfahrungen bei der Einführung von Leistungsgruppen in der Somatik zunächst abgewartet werden, bevor weitere Vorgaben auch für die »Psych-Fächer« gemacht werden. »Verpflichtende Strukturvorgaben, insbesondere hinsichtlich der Personalmindestausstattung« sind in jedem Fall sinnvoll. Besondere Vorgaben für die psychosomatische Behandlung im Rahmen der Inneren Medizin werden abgelehnt. Es müssen die allgemeinen Vorgaben für die Psychosomatik gelten.



Die Vorschläge der Kommission sind konkretisierungsbedürftig: Es muss dringend verhindert werden, dass Krankenhausträger/Firmen unter Profitüberlegungen alleinstehende und unvernetzte ambulante, stationäre oder teilstationäre psychosomatische Behandlungsangebote schaffen, ohne in die regionale Versorgung eingebunden zu sein. Dies ist eine Planungsaufgabe der Länder.

- **Strukturqualität**

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

Bewertung: Den Ausführungen ist inhaltlich voll zuzustimmen, insbesondere, wenn man die Bestrebungen in Betracht zieht, die PPP-RL abzuschwächen bzw. außer Kraft zu setzen (siehe nächste Empfehlung).

- **PPP-RL**

»... weshalb die Regierungskommission zunächst ein Aussetzen der ab 1.1.2024 greifenden Sanktionsbewehrung anrät. Die Sanktionen sollten ausgesetzt bleiben, bis eine Überarbeitung zu angemessenen Regularien geführt hat.« (...) »Die Regierungskommission empfiehlt daher und mit dem Ziel der Gleichbehandlung psychisch und somatisch kranker Patientinnen und Patienten, die Sanktionen nach der PPP-RL den Prinzipien und der Höhe der Sanktionen bei Verletzung der Pflegepersonaluntergrenzen in der somatischen Medizin (§ 137i Abs. 1 und 4b SGB V) anzugleichen.« (...) »Der überholte Stationsbezug ist gegen eine Flexibilisierung des Settings (siehe oben) und eine sektorübergreifende Behandlung gerichtet. Die Regierungskommission rät an, diese Defizite der gegenwärtigen Rechtslage kurzfristig zu beseitigen und den Dokumentationsaufwand auf maximal den Dokumentationsaufwand für die Pflegepersonaluntergrenzen in der somatischen Medizin zu reduzieren. Perspektivisch ist der Bezug auf Stationen und Krankenhausbetten durch einen settingunabhängigen Kapazitätsbezug zu ersetzen.«

Bewertung: Dies ist der wiederholte Versuch, Strukturvorgaben zur Personalbemessung abzuschwächen oder auszusetzen. Damit wird das ganze Thema »Qualität der Versorgung durch Strukturvorgaben sichern« ad absurdum geführt: Die Versorgungsqualität hängt – wissenschaftlich belegt¹ – wesentlich von der Zahl der versorgenden/behandelnden Kräfte ab. Unabhängig vom Geltungsbereich (Somatik oder Psych-Fächer) sind finanzielle Strafen bei Unterschreiten der vorgegebenen Mindestzahlen nicht sinnvoll. Sie verschlechtern die finanzielle Situation der betroffenen Krankenhäuser, führen zu noch höherem Sparzwang (ggf. in anderen Bereichen), steigern jedoch in keinem Fall die Versorgungsqualität. Notwendig sind innerbetriebliche Sanktionsmöglichkeiten, z.B. Rechte der betrieblichen Interessenvertretungen (auch akut), die Schließung von Betten durchzusetzen oder Sanktionen, die den (überlasteten) Beschäftigten nützen, wie etwa Entlastungstage (zusätzliche freie Tage für die betroffenen Beschäftigten, wenn die Richtwerte unterschritten werden).

¹ Siehe z.B. Linda H Aiken e.A.: »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. A retrospective observational study«, in: Lancet, 24. Mai 2014; Nr. 383 (9931), S. 1824-1830. Wesentliches Ergebnis: Einen Patienten pro Pflegekraft mehr zu versorgen (von sechs auf sieben Patienten), erhöhte in dieser Studie die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.



3. Vorhaltebudget

»Die Regierungskommission spricht sich daher gegen eine erneute Reform der Vergütung der Psych-Fächer zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus und empfiehlt, zunächst erwünschte und unerwünschte Auswirkungen des neuen Entgeltsystems (PEPP-Entgeltsystem, d. Verf.) systematisch zu evaluieren. Dies beinhaltet auch, dass aus der Vergütung der Psych-Fächer bis auf Weiteres keine allgemeine Vorhaltevergütung auszugliedern ist.«

Bewertung: Im PEPP-Entgeltsystem sind durch die Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Gesamtbeitrags und die Berechnung von krankenhausindividuellen Basisentgeltwerten, die DRG-Wirkungen zwar etwas abgeschwächt, bleiben aber im Kern der Logik und den Zwängen der finanziellen Steuerung unterworfen. Statt sich den Erhalt des PEPP-Entgeltsystems auf die Fahnen zu schreiben, wäre auch für die Psychiatrie die Abkehr von der finanziellen Steuerung und die vollständige kostendeckende Finanzierung (Kostendeckung 2.0) die sachgerechteste Finanzierungsform.

4. Tagesstationäre und settingübergreifende Behandlung

- **Tagesstationäre Behandlung/Tageskliniken**

»Die Abteilungen und Kliniken der Psych-Fächer verfügen bereits weitgehend flächendeckend über Tageskliniken, für die eigene Vergütungsmodalitäten vereinbart sind. Diese Vergütungswege sollen beibehalten werden, was bedeutet, dass keine Anwendung der neuen Regeln für die tagesstationäre Vergütung erfolgt.«

Es wird empfohlen, »dass die Psych-Fächer nicht nur in den ausgewiesenen Tageskliniken, sondern auch auf allen vollstationären Behandlungsplätzen tagesklinisch nach den vereinbarten tagesklinischen Vergütungsmodalitäten behandeln dürfen. Ferner sollte die getrennte Ausweisung von vollstationären und teilstationären (tagesklinischen) Behandlungsplätzen in den Landeskrankenhausplänen überwunden werden.«

Bewertung: Eine hohe Durchlässigkeit bei der psychiatrischen Behandlung ist sinnvoll. Insofern ist die Ausweitung der Möglichkeiten, tagesklinisch zu behandeln, angezeigt. Dennoch ist für die Krankenhausplanung weiterhin die Unterscheidung in vollstationäre Betten und teilstationäre Behandlungsplätze notwendig. Ein Teil der Patient*innen muss stationär behandelt werden. Die hierfür notwendige Ressource sind Betten, die 24 Stunden vorhanden und betreibbar sind. Dies muss in der Planung berücksichtigt werden.

Die Ablehnung der neuen tagesstationären Vergütung ist sachlogisch richtig, weil die Psych-Fächer nicht über DRGs finanziert werden. Ob die »eigenen Vergütungsmodalitäten« sinnvoll sind darf bezweifelt werden. Wir meinen, auch hier wäre die Kostendeckung 2.0 sinnvoller.

- **Institutsambulanzen**

»Die Regierungskommission empfiehlt dem Gesetzgeber, kurzfristig Maßnahmen zu ergreifen, damit eine Versorgung der Bevölkerung durch psychosomatische Institutsambulanzen in allen Bundesländern sichergestellt wird.« (bisher nur in 5 Bundesländern realisiert, d. Verf.) Zu ihrer Vergütung wird empfohlen, »das Bayerische Modell² bundesweit einzuführen«.

Bewertung: Im Rahmen der von uns geforderten Öffnung aller Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, ist dies ein richtiger, wenn auch kleiner Teilschritt. Für die Vergütung nach dem »Bayerischen Modell« gilt derselbe Vorbehalt wie mehrfach und nachfolgend ausgeführt.

- **Regionalbudgets, sektorübergreifende Quartals- oder Kopfpauschalen**

»Eine echte Überwindung der Setting- und Sektorengrenzen bieten Regionalbudgets oder sektorübergreifende Quartals- oder Kopfpauschalen (Per-Capita-Modelle).« (...) Die Regierungskommission erachtet derzeit diese Modelle noch nicht als geeignet, pauschal und obligat auf ganz Deutschland übertragen zu werden, unter anderem, da sich die ambulante Versorgung durch den KV-Bereich regional stark unterscheidet und in den bislang durchgeführten Modellprojekten der KV-Bereich in der Regel nicht eingebunden war. Die Regierungskommission empfiehlt aber, dass derartige Vergütungsmodelle von allen Krankenkassen zwingend abgeschlossen und evaluiert werden müssen, sofern in einer Region durch ein Krankenhaus und mehrere Krankenkassen ein derartiger Vertrag geschlossen wird, der dazu führt, dass mindestens 25 % aller Versicherten von dem Vertrag erfasst sind. (...) Die Regierungskommission empfiehlt, ein geeignet zusammengesetztes Gremium zu beauftragen, ein bundesweites Rahmenkonzept für die Budgetfindung und Abfinanzierung derartiger Vergütungsmodelle zu erarbeiten, damit jahrelange regionale Einzelverhandlungen vermieden werden. (...) Zukünftig sollen in Modellprojekte auch die Vertragspartner auf KV-Seite einbezogen werden. Mittelfristig ist eine Ausweitung auf alle im SGB V geregelten Psych-Behandlungsmöglichkeiten anzustreben.«

Bewertung: Auch wenn bisweilen gute Erfahrungen mit sektorenübergreifenden Modellprojekten gemacht wurden, in denen zum Teil auch Regionalbudgets eingesetzt wurden, halten wir solche Budgets wie auch Capitation insbesondere unter den Bedingungen von Privatisierung und Konkurrenz für einen weiteren Irrweg der finanziellen Steuerung. Im Gegensatz zu DRGs geht die Hauptwirkung solcher Budgets unter Konkurrenzbedingungen in Richtung Unterversorgung, weil ein klarer Anreiz zur Leistungsverweigerung (Verschiebung von Patient*innen – zeitlich und zu anderen Versorgern) gesetzt wird. Der Anreiz zum Personalkostendumping besteht unvermindert weiter. Auch bei jeder Art von Budgetierung sind Gewinne möglich und damit die entsprechenden Folgen (Über- und Unterversorgung) abzusehen. Notwendig ist eine konsequente Selbstkostendeckung.

5. Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

»Die Regierungskommission empfiehlt daher zu prüfen, in welcher Weise der ICD- und der OPS-Katalog so weiterentwickelt werden können, dass daraus eine ähnliche Aussagekraft wie in den meisten somatischen Fächern resultiert. Im Krankenhausbereich sollten Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Pharmakotherapie einheitlich und systematisch erfasst werden. Die genannten Daten sind als Routinedaten der Versorgungsforschung zugänglich zu machen (...) Bei der Umsetzung dieser Empfehlungen ist strikt darauf zu achten, dass die behandelnden Institutionen nicht mit weiterer Bürokratie belastet werden.«

² Dieses Modell beinhaltet die Vergütung jeder einzelnen Behandlungsleistung getrennt nach Berufsgruppe, Zeitaufwand und Setting, statt Quartalspauschalen, wie in anderen Bundesländern



Bewertung: Zu Forschungszwecken mag dies sinnvoll sein. Zu befürchten ist allerdings, dass dies im Rahmen der finanziellen Steuerung zu einer weiteren Verschärfung des Kosten-Benchmarkings genutzt wird und damit die Ökonomisierung weiter vorangetrieben wird. Die Hoffnung auf ein »bürokratiefreie« Umsetzung ist ein schöner Traum.

Zusammenfassend fällt auch bei dieser Stellungnahme ein Unterschied zu anderen Stellungnahmen (insbesondere zu 3. Stellungnahme) auf. Konkrete Verbesserungen stehen im Mittelpunkt. Die Übernahme vieler Vorschläge der 3. Stellungnahme werden für die »Psych-Fächer« abgelehnt. Die Finanzierungsvorschläge sind konservativ bewahrend. Es fehlt eine stringente Linie in Bezug auf die Frage der Vergütung.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass das bestehende Finanzierungssystem zu einer schwer erträglichen »Rosinenpickerei« und nicht zuletzt zu einem Boom von Privatkliniken geführt hat, die bundesweit Patient*innen anwerben, sie in gehobenem Ambiente stationär behandeln und die Vor- und Nachsorge den Ärzt*innen in der Herkunftsregion überlassen. Treten Notfälle und bedrohliche Krisen auf, dann sind die örtlichen Pflichtversorger ohnehin an der Reihe. Aus diesen grundsätzlichen Erwägungen heraus muss die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung und Behandlungsangebote unbedingt gekoppelt werden mit der regionalen Pflichtversorgung für zunächst einmal alle Patienten*innen aus einer Region. Ziel muss es sein, die Krankenhausbehandlung von psychisch kranken Menschen so zu gestalten, dass eine wohnortnahe, sektorenübergreifende Versorgung möglich wird, die sich am konkreten präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bedarf aller psychisch kranken Menschen in einer Region orientiert. Ein Vergütungssystem mit Kostendeckung und ein Gewinnverbot sind dazu unverzichtbar.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert