

# Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP – PsychVVG

## Fakten und Argumente 4

Die Entscheidung für ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen« fiel 2009 mit einer Änderung des *Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)*. Die *Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenversicherungen* sowie die *Deutschen Krankenhausgesellschaft* wurden damit beauftragt, ein den gesetzlichen Vorgaben entsprechendes Entgeltsystem (»Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP«) einzuführen und jährlich weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien konnten sich aber nicht einigen, so dass der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2013 durch das Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzt wurden (Ersatzvornahme) – auf der Grundlage eines Vorschlags des *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)*.

### ► Wie PEPP eingeführt werden sollte

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik konnten das neue System ab 2013 auf freiwilliger Basis einführen. Ursprünglich sollte es ab 2015 verpflichtend sein. Mit dem »*Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung*« vom 24. Juli 2014 wurde die Frist bis zur

verpflichtenden Einführung um zwei Jahre verlängert. Für die Jahre 2017 und 2018 sollte die Umstellung budgetneutral sein. 2019 sollte die sog. Konvergenzphase beginnen. Bis 2022 sollte der bisherige krankenhausindividuelle Preis an den Landesbasisentgeltwert angepasst werden. Gleichzeitig sollte die gesetzliche vorgeschriebene Personalbemessung (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) außer Kraft gesetzt werden. Das ist auch folgerichtig, weil Preise und Personalvorgaben sich ausschließen. Personalvorgaben und ihre Finanzierung sind eine Form der Selbstkostendeckung, Preise beruhen auf der freien Verwendung der Einnahmen incl. Zweckentfremdung der Einnahmen für Investitionen und Gewinnentnahme.

### ► **Wie PEPP funktioniert**

PEPP besteht im Kern aus Tagespreisen für die Behandlung einer bestimmten psychiatrischen / psychosomatischen Krankheit. Auf der Basis von Kostendaten der Krankenhäuser, die (freiwillig) an der Kalkulation der Entgelte teilnehmen, errechnet das InEK sogenannte Relativgewichte (Verhältnis der Tageskosten einer bestimmten Krankheit zu den durchschnittlichen Tageskosten aller psychiatrischen / psychosomatischen Krankheiten). Beispiel: Schizophrenie hat ein Relativgewicht von 1,3289. Damit kein Anreiz besteht, durch Verlängerung der Verweildauer Mehreinnahmen zu erzeugen, wurde jeweils eine allmähliche Minderung in den Preis eingebaut (Degression). Bei Schizophrenie fällt der Wert bis zum 21. Behandlungstag auf 1,0212. Wieviel Geld dem jeweiligen Relativgewicht entspricht, wird in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene nach den gesetzlichen Vorgaben festgelegt.

### ► **PEPP und DRG-System sind ähnlich und bewirken die gleichen Probleme**

Damit ähneln sowohl die Einführungsmethode als auch die Grundprinzipien der PEPP-Vergütung sehr stark den DRGs. Wesentlicher Unterschied: Es werden degressive Tagespreise festgelegt und nicht Fallpreise. Es handelt sich in beiden Fällen um Festpreise, die nach politischen Vorgaben verhandelt werden. Damit ist auch

klar, dass die Folgen dieselben sein werden wie bei den DRGs: Eine zunehmende Ökonomisierung und immer mehr Markt und Wettbewerb. Innerhalb eines solchen Preissystems handelt ökonomisch vernünftig, wer

1. möglichst wenig Kosten pro Fall produziert (dann ist der Gewinn am höchsten)
2. möglichst viele Fälle behandelt, bei denen ein Gewinn sicher ist
3. möglichst Fälle vermeidet, bei denen ein Verlust wahrscheinlich ist.

Damit sind Personalabbau, Leistungsausweitungen, unnötige Behandlungen und Patientenselektion vorprogrammiert. Weitere Folgen eines solchen Marktsystems sind:

- Vertrauen geht verloren
- Gesundheit wird zur Ware und Zwei-Klassen-Medizin wird zunehmen
- Verschwendung und (falsches) Sparen zugleich
- Benchmarking (»Rattenrennen«) um die niedrigste Personalbesetzung
- Gewinne können aus den Sozialkassen abgezogen werden

Die Leidtragenden sind die PatientInnen und das Personal. Nach den somatischen Krankenhäusern im DRG-System verwandeln sich nun auch psychiatrische Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnabsicht. Die Vorstellung eines Operationsbetriebes wie in einer Fabrik ist schon erschreckend genug, aber die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen gleichsam mit der Stoppuhr erscheint noch abstruser. Die grundsätzlichen Mechanismen und Folgen sind in beiden Bereichen die gleichen.

### ► Was der Widerstand gegen PEPP erreicht hat

Gegen diese marktwirtschaftliche Umformung der psychiatrischen Versorgung entwickelte sich in den letzten Jahren massiver Widerstand. »Weg mit PEPP« war die Forderung eines breiten Bündnisses (ver.di, attac, vdää und fast aller Fachgesellschaften), das sich der Einführung eines Preissystems in der Psychiatrie / Psychosomatik widersetzte. Eigentlich war schon alles beschlossen, aber die Aktivitäten hatten Erfolg: Zunächst ruderte die SPD-Bundestagsfraktion mit ihrem Beschluss vom 08.01.2016 »PEPP muss endgültig weg« zurück, anschließend auch Gesundheitsmi-

nister Größe. Ein runder Tisch wurde einberufen, und das Bundeskabinett hat den Entwurf für ein »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen- PsychVVG« ins Parlament eingebracht. Das Gesetz wurde am 10. November 2016 vom Bundestag verabschiedet. Der Bundesrat hat zugestimmt. Was sind die neuen Regelungen und wie sind sie zu bewerten?

## ► Das PsychVVG

### 1. Einführung eines krankenhausesindividuellen Budgets mit umfassenden Kontrollmöglichkeiten für die Kassen statt Festpreisen

Bisher waren (tagesbezogene) Festpreise für die Behandlung von bestimmten Patientengruppen geplant. Jetzt soll für jedes Krankenhaus mit den Kassen ein Gesamtbudget vereinbart werden. Die Einführung ist verpflichtend ab 2018. 2018 und 2019 erfolgt sie budgetneutral, d.h. das Vorjahresbudget dient als Grundlage für die Neuvereinbarung. Es wird ein »krankenhausesindividueller Basisentgeltwert« ermittelt (Budget / Summe der Relativgewichte gemäß bestehendem PEPP-Katalog). Dieser dient auch zur Abrechnung der Leistungen mit den einzelnen Krankenkassen während des laufenden Jahres. Ab 2020 gelten dann neue Bestimmungen für die Ermittlung des Gesamtbudgets. Sie enthalten ein massives Drohpotential zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen:

- Es wird ein bundes- und landesweiter Krankenhausvergleich eingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Kassen und Krankenhausgesellschaft) sollen die näheren Bestimmungen (welche Daten und Differenzierungsgrad) vereinbaren. Das InEK-Institut soll die Vergleichsdaten (Landes- und Bundesebene) zur Verfügung stellen. Mit ihnen wird der KH-individuelle Basisentgeltwert verglichen. Bei Überschreitungen können die Kassen eine Absenkung verlangen (*»Von einer deutlichen Überschreitung wird in der Regel dann auszugehen sein, wenn die maßgeblichen Vergleichswerte um mehr als ein Drittel überschritten werden.«*).
- Die Beweislast liegt beim Krankenhaus (*»... wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist«*).

Dabei kann das Krankenhaus »regionale und strukturelle Besonderheiten« anführen, die aus seiner Sicht zu berücksichtigen sind. Auch die »Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen« sind zu berücksichtigen.

- Bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle, was den Absenkungsprozess vermutlich nur zeitlich verzögert.

Politisch ist diese Regelung die erste seit Jahren, die nicht noch mehr in Richtung Markt und Preise geht, sondern hin zu einer (begrenzten) Deckung der tatsächlichen Kosten. Budgetabsenkungen sind auch kein gesetzliches Muss, Erhöhungen sind (theoretisch) möglich. Allerdings werden auch die Folterwerkzeuge geschärft (Krankenhausvergleiche, Beweislast). Es besteht die Gefahr, dass die Kassen diese zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen nutzen. Das wäre dann eine echte Verschlimmbesserung, weil Durchschnittspreise (im Gegensatz zu den DRG-Festpreisen) zu einem automatischen Kellertreppeneffekt führen: Alle Häuser mit überdurchschnittlichen Kosten wollen den Durchschnitt erreichen oder unterschreiten, um keine Verluste zu machen. Dadurch sinkt der Durchschnitt und der Kostendruck verschärft sich. Zudem sagen Vergleiche mit den Durchschnittskosten nichts über die Qualität und die Besonderheiten eines Hauses aus.

Jedenfalls ist die Neuregelung von einer echten Selbstkostendeckung (alternativ: »wirklichen Deckung der notwendigen Kosten«) und von einem Verbot, Gewinne zu machen, weit entfernt. Im Zusammenhang mit der Personalmindestbesetzung (s.u.) wäre eventuell eine teilweise Selbstkostendeckung erreichbar – je nach Höhe der Mindestpersonalvorgabe und der Klarheit der Finanzierungsregelung hierzu.

Was bleibt, ist der erhebliche bürokratische Aufwand (und auch die unnötigen Kosten) für die Kalkulation und die Bereitstellung der Vergleichsdaten (in jedem Krankenhaus und durch das INEK). Die Zeit um die Daten zu erheben, geht der Versorgung der PatientInnen verloren. Zudem bekommen die Kassen über die Vergleiche alle diese Daten in die Hand und werden sie nutzen.

Gravierend ist auch, dass die negativen ökonomischen Anreize bezogen auf die PatientInnen bestehen bleiben: Ausdehnung der Leistungsmengen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion, PatientInnen kränker machen als sie sind, PatientInnen früher entlassen, Fallsplitting usw. Sie sind im Rahmen der Krankenhausvergleiche entscheidend für die Abweisung von Kürzungsforderungen der Kassen.

## ► Unsere Forderungen

- Keine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf der Basis von Durchschnittswerten
- Abschaffung der flächendeckenden Krankenhausvergleiche, dafür Recht der Krankenkassen, für das einzelne Krankenhaus eine Wirtschaftsprüfung zu verlangen.
- Bürokratieabbau durch Einstellung der PEPP-Aktivitäten des INEK. Mehr Zeit für PatientInnen statt für Dokumentation und INEK-Erhebungen.

## 2. Bestimmungen zur personellen Mindestbesetzung

- Bis inkl. 2019 gilt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV – Personalanzahlzahlen für die therapeutischen Berufe incl. Pflege) weiter. Ab 2020 soll es »verbindliche Mindestanforderungen« für die berufsgruppenbezogene Personalausstattung des therapeutischen Personals geben, die vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* festgelegt werden. Sie sollen ein Bestandteil der Qualitätssicherung werden. Allerdings kann der G-BA auch »*notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen*« festlegen.
- Krankenhäuser, die die Bestimmungen der Psych-PV nicht erfüllen, können das Geld für die Besetzung der fehlenden Stellen nachfordern, müssen dann aber die sachgerechte Verwendung der Mittel nachweisen.
- Die Kalkulationskrankenhäuser »sollen« sich an die Psych-PV bzw. an die Mindestanforderungen halten. Tun sie dies nicht, können sie als Kalkulationskrankenhäuser aussortiert werden. Halten sich viele Krankenhäuser nicht an die Psych-PV, können Übergangsfristen vereinbart werden.
- Es gilt eine Nachweispflicht für die berufsgruppenbezogene Stellenbesetzung (Testat der Wirtschaftsprüfer). Die Krankenkassen können die Kosten der nicht besetzten Stellen zurückverlangen, außer wenn »*nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt.*«
- Für Stellenneuschaffungen gelten die Obergrenzen für die jährlichen Steigerungen des Gesamtbudgets (Orientierungswert) nicht. Allerdings gibt es weiterhin eine Tarifierhöhungsrate, die festlegt, dass nur ein Teil der durchschnittlichen Tarifsteigerungen refinanziert wird.

Entscheidend ist die Höhe der festzulegenden Mindestanforderungen. Hierzu gibt es im Entwurf keine Festlegungen. Die Formulierung im Gesetzentwurf (im Rahmen der Qualitätsvorgaben) lässt befürchten, dass sie nicht »flächendeckend« (alle Leistungen, alle Funktionen) sein werden. Damit wären sie als Personalbemessung nutzlos, weil keine Gesamtzahl des notwendigen Personals ermittelt und damit auch keine Unterschreitung festgestellt werden kann. Klar ist bereits jetzt, dass sie sich nur auf das therapeutische Personal beziehen, was dazu führen wird, dass bei den anderen Berufsgruppen noch mehr gespart wird.

Die neuen Mindestanforderungen sollen vom G-BA ermittelt werden. Eine Beteiligung der Betroffenen (Beschäftigte und PatientInnen) und von ExpertInnen ist damit nicht zwingend vorgesehen. Weiter ist unklar, was passiert, wenn sich der G-BA nicht einigen kann, bzw. wenn sich der Prozess der Festlegung verzögert. Auch die Psych-PV ist irgendwann nicht mehr ausreichend, um den wirklichen personellen Aufwand zu refinanzieren.

Da die sog. Kalkulationshäuser, in denen die durchschnittlichen Kosten je Fall ermittelt werden, an die Personalmindestvorgaben gebunden werden sollen, könnten die Kassen argumentieren, dass die bundesweiten Durchschnittskosten und nicht die krankenhaus-individuellen Personalkosten den Verhandlungen zugrunde gelegt werden. Neben den Besonderheiten jedes Hauses bei der Zusammensetzung der PatientInnen, die sich auf das notwendige Personal auswirken, ist aber auch die Lohnhöhe unterschiedlich, weswegen zwangsläufig Fehlvergütungen (nach oben oder unten) entstehen würden. Krankenhäuser, die unter dem Durchschnitt bezahlen, werden bevorteilt. Tarifflicht wäre die logische Konsequenz.

Ein weiteres Problem ist, dass zwar die Zahl der Stellen festgelegt werden soll, andererseits aber die Regelungen zur nur teilweisen (Obergrenze 40 Prozent) Berücksichtigung von Tariferhöhungen weiter gelten. Selbst wenn man davon ausgeht, dass anfangs die echten Gesamtkosten finanziert sind, bedeutet dies für die Zukunft, dass die Krankenhäuser in eine zunehmende Unterfinanzierung hineinlaufen würden.

## ► Unsere Forderungen

- Einheitliches, alle Berufsgruppen einschließende System der Personalbemessung, mindestens 10 Prozent über dem Niveau der Psych-PV.

- Erarbeitung der Zahlen der Personalbemessung unter Einbeziehung der Betroffenen und von Experten.
- Klarstellung, dass die tatsächlichen Personalkosten des einzelnen Krankenhauses von den Kassen erstattet werden müssen.

### 3. **Neue Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung (»stations- äquivalente Behandlung«)**

Es wird eine neue Behandlungsform (*»stationsäquivalente Behandlung«*) für nicht stationäre PatientInnen eingeführt, die durch das Krankenhaus erbracht werden darf. Der Einsatz der Behandlungsform ist nicht auf akute Phasen einer Erkrankung beschränkt. Die Neuerung ist als therapeutische Innovation zu begrüßen. Allerdings gibt es im Gesetz Einschränkungen, die ihren Wert einschränken bis konterkarieren:

- Es ist anzunehmen, dass der Personalaufwand für diese Versorgungsform deutlich höher ist als bei stationärer Versorgung. Da dieser Aufwand auch über das Gesamtbudget gedeckt werden muss, kommt es entscheidend auf die personellen Mindestvorgaben an, ob diese Versorgungsform kostendeckend finanziert ist. Ist sie es nicht, werden die Krankenhäuser sie vermutlich nicht einführen.

#### ► **Unsere Forderung**

- Volle Erstattung der notwendigen Kosten dieser Behandlungsart

Nur wenn es gelingt, diese Forderungen bei der Anwendung dieses Gesetzes durchzusetzen, bedeutet das eine wirkliche Umkehr. Andernfalls geht der Marsch in Richtung Marktwirtschaft weiter.

*Alle Zitate (kursiv) aus dem Gesetzesentwurf und seiner Begründung.*