

Kapitel I.13

Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP/Psych-VVG

Die Entscheidung für Preise auch in der Psychiatrie, oder wie es verharmlosend im Gesetzestext hieß: 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 durch den neuen §17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenversicherungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden damit beauftragt, ein den gesetzlichen Vorgaben entsprechendes Entgeltsystem (»Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP«) einzuführen und jährlich weiterzuentwickeln. Da die Vertragsparteien sich anfangs nicht einigen konnten, wurde der PEPP-Entgeltkatalog 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Die budgetwirksame Einführung wurde, auch aufgrund anhaltender Kritik, mehrfach verschoben.

Gleichzeitig sollte die gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessung für die therapeutischen Berufe incl. Pflege (*Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV*) von 1991 außer Kraft gesetzt werden – eine weitere Parallele zum DRG-System. 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 Gewinnentnahmen.

► 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 psychiatrisch / psychosomatischen Krankheiten.) Beispiel: Schizophrenie hatte bei der Einführung von PEPP ein Relativgewicht von 1,3289, das heißt die Behandlung eines*r Schizophreniepatient*in wurde knapp ein Drittel höher als der Durchschnitt bezahlt. Damit kein Anreiz besteht, durch Verlängerung der Verweildauer Mehreinnahmen zu erzeugen, wurde bei langen Liegezeiten jeweils eine allmähliche Minderung in den Preis eingebaut (Degression). Bei Schizophrenie fiel der Wert bis zum 21. Behandlungstag auf 1,0212. Welcher Summe das jeweilige Relativgewicht entspricht, wurde in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene nach den gesetzlichen Vorgaben festgelegt (Landesbasisfallwert für das Relativgewicht 1).

► 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 DRG. 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 war auch klar, dass die Folgen dieselben sein würden wie bei den DRG: 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 war klar: Mit PEPP sind Personalabbau, Leistungsausweitungen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion und Verweildauerverkürzung programmiert. Weitere Folgen eines solchen Marktsystems waren absehbar:

- Vertrauen geht verloren,
- Gesundheit wird zur Ware und Zwei-Klassen-Medizin wird zunehmen,
- Patient*innen werden so krank wie möglich/defizitorientiert dargestellt, um höhere Relativgewichte zu generieren,

- Verschwendung und (falsches) Sparen zugleich,
- Benchmarking (»Rattenrennen«) um die niedrigste Personalbesetzung,
- Gewinne können aus den Sozialkassen abgezogen werden.

Die Leidtragenden sind die Patient*innen und das Personal. Nach den somatischen Krankenhäusern im DRG-System sollten sich nun auch psychiatrische Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnabsicht verwandeln. 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 und was nicht

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 alle 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 zurück (»PEPP muss endgültig weg«) und anschließend auch der damalige Gesundheitsminister Gröhe. Ein runder Tisch wurde einberufen und Ende 2016 hat der Bundestag das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – Psych-VVG« verabschiedet. Die neuen Regelungen sind im Januar 2020 endgültig »scharfgeschaltet« worden. Was sind die nun geltenden Regelungen des Psych-VVG und wie sind sie zu bewerten?

► Psych-VVG: Einführung eines krankenhausindividuellen Budgets mit umfassenden Kontrollmöglichkeiten für die Kassen statt der PEPP-Preise

Statt der vorher geplanten (tagesbezogenen) Festpreise wird jetzt für jedes Krankenhaus mit den Kassen ein krankenhausindividuelles Gesamtbudget auf der Basis des Vorjahresbudgets vereinbart. Leistungsveränderungen müssen berücksichtigt werden. Es gibt Obergrenzen für die jährlichen Budgetsteigerungen ähnlich wie bei den DRG-Budgets (Veränderungswert, Erhöhungsrates für Tarifsteigerungen) mit nur

wenigen (aber wichtigen) Ausnahmetatbeständen. Der wichtigste ist, dass die Kosten für die Erfüllung der Vorgaben der Personalbemessung in der Psychiatrie (PPP-RL s.u.) berücksichtigt werden müssen.

Die PEPPs sind damit aber nicht Geschichte, sondern es gibt sie weiter, um Krankenhausvergleiche zu ermöglichen und die Budgetfindung zu erleichtern. Es wird ein »*krankenhausindividueller 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.

Die neuen Bestimmungen enthalten ein massives Drohpotential zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen:

- Es wird ein bundes- und landesweiter Krankenhausvergleich eingeführt, dessen nähere Bestimmungen (welche Daten und wer wird verglichen?) durch die Vertragsparteien auf Bundesebene (Kassen und Krankenhausgesellschaft) vereinbart wurden³⁹. Das InEK sammelt die Vergleichsdaten (Landes- und Bundesebene) stellt sie zur Verfügung. Der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert wird so mit »vergleichbaren« Krankenhäusern 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, warum höhere Kosten anfallen, 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 (dies können u.a. Tarifverträge, aber auch eine besondere Patientenstruktur sein). 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 war 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.

39 Vgl. InEK: »Psych-Krankenhausvergleich«, www.g-drg.de/Psych-Krankenhausvergleich

Allerdings werden auch die Folterwerkzeuge geschärft (Krankenhausvergleich, 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, um keine Verluste zu machen, dadurch sinkt der Durchschnitt und der Kostendruck verschärft sich (Kapitel I.2). Benchmarking bedeutet dann zwar keinen automatischen Durchschnittspreis, aber der Druck in Richtung dieses Durchschnittspreises wird stark erhöht. Zudem sagen Vergleiche mit den Durchschnittskosten nichts über die Qualität und die Besonderheiten eines Hauses aus, zumal die Kategorien im Krankenhausvergleich sehr grob sind.⁴⁰

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

Was bleibt, ist der erhebliche bürokratische Aufwand (einschließlich der 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 Patient*innen 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 Patient*innen bestehen bleiben: Ausdehnung der Leistungsmengen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion, Patient*innen kränker machen als sie sind, Patient*innen früher entlassen, Fallsplitting usw. Sie sind im Rahmen der Krankenhausvergleiche entscheidend für die Abweisung von Kürzungsforderungen der Kassen.

Wir denken, dass zumindest Folgendes notwendig ist:

- keine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf der Basis von Durchschnittswerten,
- Abschaffung der flächendeckenden Krankenhausvergleiche, dafür das Recht der Krankenkassen, für das einzelne Krankenhaus eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verlangen,
- Bürokratieabbau durch Einstellung der PEPP-Aktivitäten des InEK, mehr Zeit für Patient*innen statt für Dokumentation und InEK-Erhebungen,

40 ver.di: »Krankenhausvergleich beschlossen«, www.gesundheit-soziales.verdi.de

- Zurückdrängen der privaten Profitlogik auch und gerade in den psychiatrischen Krankenhäusern.

► Psych-VVG: Bestimmungen zur Personalausstattung des therapeutischen Personals und ihre Finanzierung

- Bis incl. 2019 galt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) weiter. Ab dem 1. Januar 2020 sind »verbindliche Mindestanforderungen« für die berufsgruppenbezogene Personalausstattung des therapeutischen Personals (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie – PPP-RL) in Kraft getreten, die vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* festgelegt wurden.⁴¹
- Es gilt eine (finanzielle) Nachweispflicht für die Budgetanteile, die für die berufsgruppenbezogene Stellenbesetzung vereinbart wurden (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 die Umsetzung der Personalstandards gelten die Obergrenzen für die jährlichen Steigerungen des Gesamtbudgets (Orientierungswert) nicht. Sie müssen vollständig finanziert werden. Allerdings sind die Mindeststandards keine vollumfängliche Personalbemessung (s.u.), decken also nicht alle Personalbedarfe ab.
- Seit Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (2018) gilt auch für die Psychiatrie die Obergrenze für die so genannte Tariferhöhungsrates zumindest für das Pflegepersonal (nur ein Teil der durchschnittlichen Tarifierungen wird refinanziert) nicht mehr.

► Die wesentlichen Festlegungen dieser PPP-RL sind:

- Es werden Mindestzahlen für das therapeutische Personal festgelegt, die einen »Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur

41 Es wird hier zwar auch von »Mindestanforderungen« gesprochen, genau wie im somatischen Bereich bei der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV). Dennoch sind die beiden Regelungen nicht miteinander vergleichbar. Die PPP-RL basiert auf der alten Psych-PV und ist deswegen nicht mit der PpUGV vergleichbar.

Personnbemessung.« (§1) Es handelt sich also um keine wirkliche Personalbemessung, auch wenn in §2 ausgeführt wird, dass »die Krankenhäuser (...) jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten (haben)« und dass »Die Behandlung der (...) Patientinnen und Patienten (...) grundsätzlich nur zulässig (ist), wenn (...) verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.« Grundsätzlich bedeutet eben, dass Ausnahmen zulässig sind, und dass die Krankenkassen mehr als diese Mindestvorgaben finanzieren, ist eher unwahrscheinlich.

- Im Unterschied zur Psych-PV müssen die Krankenhäuser nachweisen, dass die Arbeitsstunden, die sich aus der Richtlinie für die verschiedenen Berufsgruppen ergeben, auch tatsächlich geleistet worden sind. Dies ist ein wirklicher Fortschritt gegenüber der unverbindlichen Interpretation der Psych-PV, die in den letzten Jahren üblich war.
- Völlig ungeregelt ist, wie in den Budgetverhandlungen mit dem Unterschied von Nettopersonalbedarf (Personal, das auf der Station anwesend ist) und Bruttopersonalbedarf (Personalbestand auf der Station inclusive Ausfallzeiten: Urlaub, Weiterbildung, Elternzeit, Krankheit etc.) verfahren wird. Wenn hier zu wenig Personal angesetzt wird, ist die Einhaltung der Mindestvorgaben nur noch schwer zu realisieren.
- Hatte man anfangs im G-BA das Ziel, ein ganz neues System zur Berechnung des erforderlichen Personals zu schaffen, so wurden letztlich doch eine ganze Reihe Bestandteile der alten Psych-PV übernommen – allerdings mit veränderter Funktion.
- Grundsätzlich werden pro Patient und Behandlungsbereich (z.B. Allgemeinpsychiatrie Intensiv, A2) Minutenwerte pro Berufsgruppe pro Woche festgelegt, die die Grundlage für die Berechnung der Gesamtzeit sind, die von Angehörigen dieser Berufsgruppe pro Monat bzw. pro Quartal gearbeitet werden muss.
- Die festgelegten Mindestzahlen für die Ärzt*innen, Spezialtherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Logopäd*innen sind bei Erwachsenen dieselben wie in der alten Psych-PV.
- Die Werte für die Pflege bei Erwachsenen sind, bezogen auf eine 18-Patienten-Station, ebenfalls dieselben wie in der Psych-PV, außer in der Intensivbehandlung. Dort wurden sie um 10% erhöht.
- Da der bisherige Wochengrundwert für Pflege (5.000 Min.) in die Einzelwerte auf der Basis von 18 Patient*innen eingerechnet wurde, ergibt sich bei grö-

ßeren Stationen (die wohl der Regelfall sind) eine Verbesserung der Minutenwerte im Vergleich zur Psych-PV: Bei einer 25-Patienten-Station liegen sie je nach Behandlungsbereich um ca. 10% bis 30% über der Psych-PV.

- Die Mindestwerte für Psycholog*innen, zu denen jetzt aber auch offiziell die Psychotherapeut*innen gehören, wurden (ausgehend von einer sehr niedrigen Ausgangsbasis) deutlich (im Schnitt um ca. 60%) erhöht. Das spiegelt zum Teil die Realität wider. Durch die Anrechnung der neuen Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen auf die Psycholog*innen wurde hier die Psych-PV schon seit langem erheblich übererfüllt.
- In der Versorgung von Kindern wurden alle Berufsgruppen um ca. 5% erhöht, die Psycholog*innen teilweise noch höher (bis 29%).
- In der Pflege von Kindern liegt die Erhöhung ebenfalls deutlich über den anderen Berufsgruppen. Bei der Stationsollgröße von 12 bei etwa 9% bis 18%, bei einer 18-Patienten-Station bei 16% bis 48% und bei einer 25-Patienten-Station bei 20% bis 73%.
- Die (z.T. bescheidene) Erhöhung der Mindestgrenzen wird aber umgehend dadurch wieder entwertet, dass es Übergangsregelungen gibt, die eine Absenkung in den Jahren 2020 und 2021 auf 85% und 2022 auf 90% vorsehen. Erst 2024 muss die PPP-RL zu 100% erfüllt werden.
- Und natürlich gibt es auch Regelungen, dass die einzelnen Berufsgruppen (und auch Auszubildende und sogar Hilfskräfte mit 5-jähriger Tätigkeit) bei Bedarf gegenseitig angerechnet werden dürfen, damit die Mindestgrenzen eingehalten werden können. Zusätzlich gibt es Ausnahmetatbestände (hohe Krankheitsrate, kurzfristig erhöhte Patientenzahl mit gesetzlicher Unterbringung, gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen), die ein Unterschreiten der Mindestzahlen zulassen.
- Mindestzahlen für die Nachtschichten sind nicht festgelegt. Es müssen aber die nächtlichen Besetzungen und die Zahl der Nächte dokumentiert werden, in denen weniger als zwei Personen anwesend sind. Eine Mindestregelung für Nachtdienste soll noch erarbeitet werden.
- Zu den Stationsgrößen, einem wesentlichen Einflussfaktor für die Qualität der Versorgung und für die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten, wird nur eine unverbindliche Empfehlung (18 Betten für Erwachsene, zwölf für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) gegeben. Praktisch wird dies nichts ändern.
- Auch die Feststellung, ob die Mindestzahlen eingehalten werden, erfolgt nicht schichtbezogen, sondern als Durchschnittswert pro Quartal (!).

- Strafen bei Nichteinhaltung sollen bis Mitte 2020 entwickelt werden. Grundsätzlich entfällt der Vergütungsanspruch. Vermutlich ist an ein ähnliches Strafsystem wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen gedacht. (S. Kapitel I.12).
- Die Richtlinie soll alle zwei Jahre überarbeitet werden und bis 2025 soll es eine weitere »Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben« geben. Ob das auf etwas anderes als auf Mindestgrenzen hinausläuft ist unklar.
- Da ein Unterschreiten der Mindeststandards 2020 keine Sanktionen nach sich zieht und auch 2021 nur 85% der Werte als Grenze gelten, ist zu befürchten, dass weniger als 100% Personal vorgehalten wird und in den Nachweisen deswegen ebenfalls weniger Personal erscheint. Wenn diese Nachweise zur Grundlage für eine Überarbeitung der Minutenwerte gemacht werden, droht sogar eine Verschlechterung.

Unser Resümee ist, dass die PPP-RL immer noch weit von einer echten, bedarfsgeordneten Personalbedarfsermittlung auf wissenschaftlicher Basis entfernt ist. Die Ausformulierung als Mindestregelung bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, weitere notwendige Stellen im Gesamtbudget zu fordern, beinhaltet aber auch die Gefahr, dass die Mindestregelung als Soll oder sogar als Höchstregelung ausgelegt wird. Bedenklich ist, dass nicht alle Personalbedarfe klaren Berechnungsregelungen unterliegen. Die auf Einsparungen bedachten Krankenkassen werden hier versuchen, die Personalausstattung zu drücken.

Positiv ist, dass die Vorgaben verbindlich sind. Wenn diese, weitgehend der alten Psych-PV-entsprechenden, Personalquoten tatsächlich auf den Stationen eingehalten werden, wird das vermutlich in vielen Häusern schon eine erhebliche Entlastung bedeuten.

Für die Pflege gibt es zum Teil Erhöhungen, insbesondere auf großen Stationen. Es ist fraglich, ob diese eher moderaten Erhöhungen ausreichen. Auch die Situation der Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen wird zumindest auf dem Papier verbessert. Die restlichen Berufsgruppen gehen leer aus. In der Kinder- und Jugendbehandlung ergibt sich für alle Berufsgruppen eine gewisse Verbesserung.

Das Einsetzen der Sanktionen bei Unterschreitung der Mindeststandards lediglich pro Quartal und pro Einrichtung ist völlig ungeeignet, um Überlastungen und Patientengefährdungen zu verhindern. Dennoch laufen die Krankenhausträger insbesondere gegen die stations- und monatsgenaue Dokumentationspflicht Sturm – denn dadurch wird es schwieriger, Personal beliebig zu verschieben und bei den Zah-

len zu tricksen. Die Anrechnungsmöglichkeiten anderer Berufsgruppen und die Ausnahmeregelungen sind Einfallstore für ein Unterlaufen der Regelung.

Die genaue Ausgestaltung des Sanktionsregimes bleibt abzuwarten. Geldstrafen sind dabei kontraproduktiv, weil sie bestehende Finanzprobleme verschlimmern und im Zweifelsfall zu weiteren Sparmaßnahmen gegen das Personal führen. Die einzige sinnvolle »Strafe« ist ein Mechanismus, der die Zahl der Patient*innen an die Zahl des vorhandenen Personals anpasst, sowie ein Kostendeckungsprinzip, in dem nur tatsächlich angefallene Personalkosten erstattet werden.

Ein grundsätzliches Problem kommt noch hinzu: Da die so genannten Kalkulationshäuser, in denen die durchschnittlichen Kosten je Fall ermittelt werden, an die Personalmindestvorgaben gebunden sein sollen, können die Kassen argumentieren, dass die bundesweiten Durchschnittskosten und nicht die krankenhausesindividuellen Personalkosten den Budgetverhandlungen in den Häusern zugrunde gelegt werden. Das entspräche zwar nicht dem Wortlaut der Bundespflegesatzverordnung, könnte aber von den Kassen durchaus als Druckmittel eingesetzt werden. Neben den Besonderheiten jedes Hauses, 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, würden bevorteilt.

Insgesamt meinen wir, dass dies ein Anfang ist, der aber in die folgende Richtung weiterentwickelt werden muss:

- statt Mindestzahlen ein alle Berufsgruppen einschließendes System einer wissenschaftlichen und bedarfsgerechten Personalbemessung,
- Erarbeitung dieser Personalbemessung unter Einbeziehung der Betroffenen (Beschäftigte, Fachgesellschaften und Patient*innen),
- verbindliche Vorgaben für Stationsgrößen und Nachtdienste,
- Klarstellung, dass die tatsächlichen Personalkosten des einzelnen Krankenhauses von den Kassen erstattet werden müssen,
- Rechte der betrieblichen Interessenvertretungen bzgl. Bettenschließungen/ Reduzierung der Zahl der Patient*innen, wenn die festgelegten Personalzahlen unterschritten werden.

► Psych-VVG: Neue Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung (»stationsäquivalente Behandlung«)

Es wurde eine neue Behandlungsform (»stationsäquivalente Behandlung«, kurz StäB) für nicht stationäre Patient*innen eingeführt, die durch das Krankenhaus erbracht werden dürfen. 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.
- In der PPP-RL ist StäB mit aufgenommen, jedoch mangels empirischer oder historischer Grundlage ohne Minutenwerte – die entsprechende Tabellenzeile ist leer. Die Stellen dafür sind also in den lokalen Budgetverhandlungen festzulegen. Es ist absehbar, dass die Krankenkassen hier eine restriktive Position einnehmen. In der Praxis wird StäB bisher nur sehr schleppend umgesetzt.

Aus unserer Sicht notwendig ist die volle Erstattung der notwendigen Kosten dieser Behandlungsart und die Festlegung guter Arbeitsbedingungen für Beschäftigte, die in diesen – für Krankenhäuser neuen – ambulanten Versorgungsformen arbeiten.

► Fazit

PEPP ist nicht weg, aber zurückgedrängt. Durch das krankenhausindividuelle Budget und eine Verlagerung vieler Fragen zur Personalausstattung in die lokalen Budgetverhandlungen sind die Krankenhäuser hier dem Druck der Kassen ausgesetzt. Es bleibt elementar, Verbesserungen in Richtung einer echten Personalbemessung einerseits, eine Abkehr vom PEPP-System andererseits in Richtung Kostendeckungsprinzip umzusetzen.