

## **Schriftliche sachverständige Stellungnahme**

**anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 21. Mai 2014**

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG)**

**BT-Drs. 18/1307**

**Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems (Ausschussdrucksache 18((14)0030.5)**

17. Mai 2014

Dagmar Paternoga, LVR-Klinik Bonn von 2002 – 2008 Leitung des Modellprojektes der Integrierten Versorgung „Case Management mit Chronisch Mehrfachbeeinträchtigten Alkoholabhängigen-Patienten“) in der LVR-Klinik Bonn; 2008 bis 2011 Koordination des Modellprojektes des LVR „Verbundkooperation“ im Raume Bonn/„PANAMA – Persönlich aufsuchende intensive Arbeit“ mit Drehtürpatienten der allgemeinpsychiatrischen Abteilung der LVR-Klinik Bonn

Mitinitiatorin des zivilgesellschaftlichen Bündnisses „Weg mit PEPP“ und Attac-Ratsmitglied

### **Stellungnahme**

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD beantragen Änderungen in das oben genannte Gesetz, die u.a. zum Ziel haben

den gesamten Entwicklungsprozess des Psychiatrie-Entgeltsystems um 2 Jahre zu verlängern, indem die Optionsphase und die budgetneutrale Phase entsprechend später beginnen, wodurch die Teilnahme der Krankenhäuser an dem System erst 2017 verpflichtend wird, die Konvergenzphase 2019 beginnt und die Psychiatrie-Personalverordnung außer Kraft gesetzt wird.

Zunächst ist zu begrüßen, dass die Regierungskoalition die massive Kritik aus der Fachwelt, von Psychiatrie-Erfahrenen und der Zivilgesellschaft im Koalitionsvertrag aufgenommen hat und eine „systematische Veränderung“ des PEPP-Systems herbeiführen will. Ob die Verlängerung des gesamten Prozesses um zwei Jahre ausreicht, wirkliche grundlegende Veränderungen durchzuführen, wage ich zu bezweifeln, mir wäre eine (vorläufige) Aussetzung des Entgeltsystems Isinnvoller erschienen, da m.E. PEPP zu kurz greift und es vielmehr um die Weiterentwicklung von stationersetzenden Maßnahmen hin zu einer regionalen Versorgung gehen sollte.

**Es gibt viele Unzulänglichkeiten am bestehenden PEPP-System, die wichtigsten Kritikpunkte:**

1. Ein diagnosebezogenes Entgeltsystem widerspricht der empirisch gesicherten Erfahrung,

dass in der Psychiatrie mit der Diagnose nur ca. 20 Prozent des erforderlichen Behandlungsaufwands zusammenhängt. Es wird weder der Tatsache gerecht, dass jede psychische Erkrankung höchst individuell verläuft, noch dass die jeweils besonderen Lebensumstände von Patientinnen und Patienten, deren Familien sowie deren Arbeitsbedingungen mit einbezogen werden müssen. Bei psychischen Erkrankungen ist es nicht ausreichend, allein die Patientin oder den Patienten zu behandeln. Außerdem muss der qualifizierte Übergang vom stationären Sektor in den ambulanten Sektor, insbesondere unter Berücksichtigung der Psychiatrischen Institutsambulanzen, gesichert werden.

2. Ein gravierender Mangel bei der Zeiterfassung, die dem PEPP-System zu Grunde liegt, besteht darin, dass die Tätigkeiten unterschiedlicher Berufsgruppen nur in 25-Minuten-Einheiten erfasst werden. Dies bildet jedoch nur maximal 20 Prozent des Aufwandes ab. Das meiste spielt sich in der Psychiatrie gerade bei Schwerkranken in kürzeren Zeitintervallen ab, geht aber in das System nur als zu vernachlässigende "Restgröße" ein. Insbesondere in diesem Bereich muss Personalmessung nach anderen Modellen erfolgen und kann nicht in Minuten erfasst werden, wenn man den Dokumentationsaufwand nicht ad absurdum führen will.
3. Außerdem wurde eine gestufte, sehr erhebliche Verringerung der Tagesentgelte im Zeitablauf der Behandlung eingeführt (so genannte Degression). Zwar soll dies 2015 abgemildert werden, es steht aber grundsätzlich im Widerspruch zum gesetzlichen Auftrag, individuelle, aufwandsbezogene Tagesentgelte zu ermitteln. Degression passt nicht zu den häufig fluktuierenden Verläufen einer schweren psychischen Erkrankung, da unter anderem am Ende einer stationären Behandlung oft ein größerer Aufwand dadurch entsteht, dass die Entlassung vorbereitet und die ambulante Betreuung sichergestellt werden muss.
4. Insgesamt setzt das PEPP-System Anreize in die falsche Richtung. Dass Wiederaufnahmen innerhalb von drei Wochen mit einer Absenkung der Tagesentgelte gleichsam "bestraft" werden sollen, folgt ebenfalls einer fiskalischen Logik, die den Besonderheiten psychiatrischer Krankheitsverläufe nicht gerecht wird und mit einer angemessenen Patientenversorgung nicht zu vereinbaren ist. Wenn noch behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten zu früh entlassen werden und bald darauf (oftmals dann als Notfall) wieder aufgenommen werden müssen, entsteht ein erheblicher Drehtüreffekt. Das wichtigste therapeutische Mittel in der Psychiatrie ist die therapeutische Beziehung. Der Aufbau einer Beziehung zwischen zunächst fremden Menschen (Patient und Therapeut) braucht Zeit. Wenn die durchschnittliche Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen von ca. 23 Tagen deutlich unterschritten wird, ist es ein Zeichen guter Qualität, wenn die selben Therapeuten den Patienten nicht nur stationär oder teilstationär, sondern auch ambulant behandeln können. Somit gibt es eine Behandlerkontinuität. Es werden durch das bestehende PEPP-System ökonomische Anreize geschaffen, schwer psychisch kranke Menschen schneller zu entlassen und Patientinnen und Patienten mit geringeren psychosozialen Beeinträchtigungen länger stationär zu behalten.
5. Darüber hinaus können durch zu frühe Entlassungen die ambulanten gemeindepsychiatrischen Dienste den Ansprüchen der Menschen mit den jetzigen getrennten Systemen nicht gerecht werden. Der Ruf nach stationären Angeboten und geschlossenen Heimen wird noch größer werden als bisher. Ein Entgeltsystem, das den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen gerecht werden soll, muss

ambulante Angebote flexibel ermöglichen. Beispielsweise ist die vom Krankenhausbett entkoppelte Behandlung im alltäglichen Umfeld (Home-treatment) oder eine intensive ambulante Behandlung im PEPP-System nicht vorgesehen, obwohl sie nach aktuellen fachlichen Erkenntnissen am wirkungsvollsten für die Genesung psychisch erkrankter Menschen ist. Die stationäre Behandlung ist mit den ambulanten Angeboten zu verknüpfen.

6. Befürchtet werden muss auch, dass es zu einer vermehrten Medikalisierung, insbesondere in Form medikamentöser Ruhigstellung der Patientinnen und Patienten, und häufigeren Aufhalten in geschlossenen Stationen kommt, wenn aufwändige Therapiemöglichkeiten und personalintensive Begleitungen und Gespräche immer weniger angeboten werden können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen Zeit für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten haben.
7. Es besteht die Gefahr, dass insbesondere privatisierte Krankenhäuser versuchen werden, wenig lukrative, vor allem schwer psychisch Kranke, für die die Finanzierung über das PEPP-System nicht ausreicht, in öffentliche und gemeinnützige psychiatrische Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung abzuschieben und sich vor allem auf erlösrelevante, gewinnträchtige Behandlungen zu konzentrieren. Es gibt einen grundsätzlichen Unterschied zwischen psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken mit einem werktäglichen 8 Stunden Dienst tagsüber für alle Angebote und einem nächtlichen reinen Rufbereitschaftsdienst und den Kliniken, die 7 Tage die Woche über 24 Stunden jederzeit aufnahmebereit sein müssen, die Ärzte und Pflegepersonal im Schichtbetrieb über 24 Stunden arbeiten lassen müssen, die die Pflichtversorgung haben für die notfallmäßige psychiatrische Versorgung der Menschen in einem großen Stadt- oder Landgebiet. Die Kliniken, die dauerhaft aufnahmebereit sein müssen, die auch Patienten mit gesetzlicher Unterbringung versorgen müssen, haben ganz andere personelle Vorhaltekosten zu leisten. Daneben ist es auch notwendig, dass Vertreter/innen der Klinik an verschiedenen gemeindepsychiatrischen Verbänden teilnehmen und regelmäßig wichtige Leistungen und Abstimmungen für die Menschen in ihrem Versorgungssektor durchführen, ohne, dass eine einzige Leistung bei einem Patienten für diese sozialpsychiatrische gemeindenahere Arbeit abrechenbar ist.
8. Die Anfang der Neunzigerjahre erstrittene Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) war neben dem Ausbau ambulanter Netzwerke ein entscheidender Schritt für die Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie. Sie hat weitgehend vor weiterem Personalabbau geschützt. Die Psych-PV wird Ende 2016 bzw. 2018 abgeschafft werden. Danach wird es nach jetzigem Stand nur noch eine Verordnung geben, die etwas zur Angemessenheit *empfehlen* kann, aber *nicht* verbindlich ist. Dieser Mangel an Verbindlichkeit birgt die Gefahr - ähnlich wie beim DRG-System - von weiterem Personalabbau, insbesondere im Pflegebereich. Mit Blick auf den Beginn der Konvergenzphase ist außerdem zu befürchten, dass Kliniken mit 100 % PsychPV angeglichen werden an Kliniken, die darunter liegen. Ohne neue angemessene und verbindliche Personalbemessung wäre es nicht zu verantworten, die PsychPV zu verabschieden.

#### **Daraus ergeben sich folgende Forderungen**

- Am besten Aussetzung des PEPP-Systems ernsthafte Prüfung alternativer Entgeltsysteme, wie sie von fachlicher Seite anvisiert werden.
- mindestens sollte die Verlängerung der Optionsphase und der budgetneutralen Phase genutzt werden, um systematische Veränderungen zu erarbeiten;

beispielsweise als Einstieg PEPP plus Elemente der regionalen Versorgung (stationersetzende Maßnahmen)

- und die Verlängerung der Optionsphase sollte genutzt werden, um eine langfristige nachhaltige Qualität sicherzustellen, die auch den wachsenden quantitativen Versorgungsanforderungen (demographischer Wandel, Zunahme der psychiatrischen Behandlungsakzeptanz, Zunahme der Behandlung von Migranten, Zunahme von Traumabehandlungen) gerecht wird. Die Beurteilung, was gute Qualität ist, sollte durch eine multiprofessionell besetzte *unabhängige Expertenkommission*, besetzt durch Fachgesellschaften, -Verbände, Betroffene und ihre Angehörigen, mit halbjährlicher Überprüfung der erreichten Entwicklungsstufen, getroffen werden, die die Selbstverwaltung, das InEK und das BMG beraten.
- Konkretisierung der Bedingungen für Modellprogramme nach §64 SGB
- Auftrag zur Erarbeitung der Weiterentwicklung der Psychiatrie-Personalverordnung mit Bezug auf den neuen Entgeltkatalog, verbindlicher Finanzierung und kontrollierter Umsetzung vor Beginn der Konvergenzphase
- Grundlegende Überprüfung und Neugestaltung des Entgeltkatalogs im Sinne bedarfsgerechter Tagesentgelte, unter Berücksichtigung des Vorhaltungsaufwands bei der Pflichtversorgung (Einbeziehung flexibler ambulanter Behandlungsmöglichkeiten)
- Sicherstellung der Finanzierung der Morbiditätssteigerungen durch die Krankenkassen