

Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung, Weiterentwicklungsbedarf des PEPP-Systems und mögliche Alternativen zum PEPP-System

Eine Stellungnahme der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. zur Anfrage des Bundesministers Hermann Gröhe vom 21.07.2014

Zusammenfassung

Zu Frage 1:

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung muss – besonders bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – davon ausgehen, dass diese nach dem Stand internationaler Erfahrungen

- die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen oft nicht selbst einholen oder durchsetzen können und
- individuell personenzentrierte, ihre Lebenszusammenhänge einbeziehende, dem Krankheitsverlauf prozesshaft an gepasste, Berufsgruppen- und Setting-übergreifend integrierte Behandlungen benötigen.

Für eine fachlich und wirtschaftlich angemessene Erfüllung dieser Aufgaben muss das leistungrechtlich und institutionell fragmentierte deutsche Versorgungssystem dringend reformiert werden.

Zu Frage 2:

Das KHRG war eine gute Grundlage für die gebotene systembezogene Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung in klarer Abgrenzung zum DRG-System. Die Selbstverwaltung - unterstützt durch das BMG in der letzten Legislaturperiode - hat den Gesetzauftrag weitgehend ignoriert und mit dem PEPP-System ein fachlich und methodologisch unzureichendes, bürokratisches und in den Anreizen fehlsteuerndes Instrumentarium vorgelegt.

Die Umsetzung des PEPP-Systems und des aktuell gültigen PsychEntgG würde die Situation der Behandlung durch das Krankenhaus drastisch weiter verschlechtern und eine rückwärtsgewandte Zementierung bereits überholter Behandlungskonzepte bewirken mit einer Benachteiligung von Patienten mit schweren Erkrankungen und Verschiebung von Behandlungsaufgaben und Kosten in den Sozialhilfebereich.

Die fachlich und wirtschaftlich gebotene Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu sektorübergreifender Behandlung in einem regionalen Versorgungssystem mit Pflichtversorgung vor allem für Menschen mit schweren Erkrankungen würde langdauernd verhindert.

Das PEPP-System zu verändern würde einen weit höheren Aufwand bedeuten als ein Neubeginn.

Zu Frage 3:

Mögliche Alternativen liegen auf der Hand. Sie müssen von erfahrungsgestützten Kriterien zur Bewertung des jeweils aktuellen Behandlungsbedarfs ausgehen in Form von Weiterentwicklungen der Psych-PV. Die daraus abgeleiteten Tagesentgelte müssen mit einer Budgetsteuerung verbunden

werden, die auf der Grundlage einer regionalen Pflichtversorgung sowohl der Morbiditätsentwicklung wie der dem unbedingt wirtschaftlichen Einsatz knapper Ressourcen gerecht wird. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE legt hierzu ein praktikables Einstiegsmodell vor mit Weiterentwicklung durch sektorübergreifende Behandlungsformen.

Die hier vertretenen Positionen Auffassung werden von praktisch allen Fachverbänden, auch denen der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen und der Gewerkschaft ver.di geteilt und von dem einstimmigen Beschluss der der Gesundheitsministerkonferenz gestärkt.

Danach ist zur Umsteuerung der KHRG-Umsetzung unbedingt erforderlich

- eine Novellierung des PsychEntg
- die Überleitung des „strukturierten Dialogs“ in eine ständige Beratung von Selbstverwaltung und BMG durch eine unabhängige Sachverständigenkommission (für die es überzeugende historische Beispiele gibt).

I Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben häufig ausgeprägte Schwierigkeiten, ihre alltägliche Lebensgestaltung und die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und an der Gesundheitsversorgung selbstbestimmt zu gestalten. Sie können die nach dem Stand internationaler Erfahrungen erforderlichen Behandlungsmaßnahmen oft nicht selbst einholen oder durchsetzen und benötigen individuell personenzentrierte, ihre Lebenszusammenhänge einbeziehende, dem Krankheitsverlauf prozesshaft angepasste, Berufsgruppen- und Setting-übergreifend integrierte Behandlung. Sie sind für die Sicherung ihrer Grundrechte auf den besonderen Schutz der Gesellschaft angewiesen. Ein hoher Anteil wird sogar formal zwangseingewiesen.

Es ist international nachgewiesen, dass personenzentrierte lebensweltbezogene integrierte Behandlung durch multiprofessionelle Teams möglichst in personeller Kontinuität Zwangsmaßnahmen erheblich reduzieren kann, nachhaltig bessere Ergebnisse erbringt und dadurch letztlich auch wirtschaftlicher ist. Die Gesundheits- und Sozialpolitik ist hier in einer besonderen Verpflichtung, die sich nicht nur aus dem Sozialgesetzbuch, der UN-Behindertenrechtskonvention sondern auch aus den Urteilen des BVerfG 2011 ergeben, in denen die gesetzliche Absicherung einschließlich der Verfahrensregelungen gefordert wird nicht nur für die Gewährleistung der Verhältnismäßigkeit der Vorgehensweisen, sondern auch für eine zureichende Personalausstattung und das „verfassungsrechtlich vorgegebene Resozialisierungsziel“.

Die wesentlichen Unterschiede in der Aufgabenstellung, Organisation und Vergütung bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung im Vergleich zur Somatik waren der Grund für die gesetzliche Abtrennung gegenüber dem DRG-System und die erst 2009 erfolgte Regelung durch das KHRG.

Die vier Aufträge des KHRG an die Selbstverwaltung beschrieben ein klares, zusammenhängendes Konzept:

1. *Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV in allen Krankenhäusern, für die die Psych-PV bisher gültig war (ungefähr 90 % der Krankenhäuser)*
2. *Ermittlung von bedarfsgerechten Tagesentgelten für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen unter Beachtung der Leistungskomplexe der Psych-PV*
3. *Prüfung der Einbeziehung der Institutsambulanzen sowie anderer pauschalierender Finanzierungsformen*
4. *Evaluation des KHRG-Prozesses durch eine umfassende Begleitforschung*

Bis heute wurde keine dieser Aufgaben annähernd umgesetzt. Insbesondere die bisherige Erarbeitung des PEPP-Systems durch die Selbstverwaltung war fachlich und methodisch unzureichend.

Es werden deshalb zunächst die fachlichen, methodischen und organisatorischen Grundlagen für die funktionale Gliederung der Aufgaben der Krankenhausbehandlung bei schweren akuten Erkrankungen und für die Ermittlung des Personalaufwands dargelegt.

1. Funktionale Gliederung der Aufgaben der Krankenhausbehandlung bei schweren akuten Erkrankungen

Bei der vollstationären - in geringerem Umfang auch der tagesklinischen – Krankenhausbehandlung bei schweren akuten Erkrankungen geht es darum, drei mit einander verknüpfte Aufgaben personenbezogen für jede/n PatientIn abgestimmt zu leisten

- Milieutherapie
Die Gewährleistung eines unterstützenden und schützenden, die Grundversorgung sicherstellenden, entlastenden, die wechselseitige Kommunikation und gemeinsame Aktivitäten der Patienten fördernden Lebensraums für alle Patienten einer Station und der Herstellung eines wohltuenden und Sicherheit vermittelnden Stationsklimas, als Basis für die anderen therapeutischen Leistungen.
- Individuelle therapeutischen Begleitung
Beginnend mit der Aufnahme ist eine verlässliche vertrauensbildende therapeutische Beziehung zu zugeordneten Bezugspersonen zu entwickeln – zumeist ein/e ÄrztIn/Psycholog/In und ein Mitglied einer anderen Berufsgruppe, jeweils mit Vertretung. Diese stellen die in angemessener Häufigkeit, Dauer und Intensität Kontakt zu der/m PatientIn her bzw. sind für Ihn/sie ansprechbar, sowohl zur Klärung aktueller Fragen und Probleme wie zur Erarbeitung eines Verständnisses von dem Zusammenhang störungsspezifischer Problemlagen mit biografisch erworbenen Kompetenzen (und Defiziten) und mit den Verhältnissen im Lebensumfeld. Auf dieser Basis werden, ausgehend von den individuellen Bedürfnissen und Zielen, die jeweiligen bio-psycho-sozialen Hilfebedarfe aktuell und im Verlauf mit dem /r PatientIn regelmäßig abgestimmt.
- Ergänzende patientenbezogene Angebote des multiprofessionellen Teams
Zur Anregung, Aktivierung, Entlastung bzw. zum Training korrigierender Orientierungen und Verhaltensmöglichkeiten erfolgen einzelfall- und gruppenbezogene Leistungen in Form eines Tages- und Wochenprogramms, an dem schwer beeinträchtigte PatientInnen in der ersten Phase der Behandlung häufig nur punktuell, im Verlauf meist regelmäßiger teilnehmen können.

Die Verbindung der unterschiedlichen funktionalen Anteile der Behandlung ist für jede/n PatientIn mit schwerer psychiatrischer Akuterkrankung im Ablauf unterschiedlich und wird ständig angepasst unter Beachtung der in Konzepten und Leitlinien vorliegenden Orientierungen, nicht zuletzt in Richtung sektorenübergreifender Behandlungsorganisation. Sie erfordert ein hohes Maß an Personen- und Lebensweltbezogener Kompetenz und Flexibilität der MitarbeiterInnen im Verlauf, der bei den meisten Erkrankungen nur sehr begrenzt prognostizierbar ist. Standardisierte Programme werden diesen Anforderungen nicht gerecht.

2. Der erforderliche Personalaufwand für die Krankenhausbehandlung bei schweren akuten Erkrankungen

Bei der Erarbeitung des neuen Vergütungssystems geht es vorrangig um den Personalaufwand, weil dieser ca. 80 % der Kosten verursacht und die Sachkosten relativ nachrangig für die Kostentrennung sind. Es sind drei Aufgabenbereiche zu unterscheiden, auch wenn diese in Grenzbereichen überlappen.

- Der Personalaufwand für die Milieutherapie (inklusive Grundversorgung)

Dieser ist in der Akutbehandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der Akutbehandlung bei regionaler Pflichtversorgung deutlich höher als die Gesamtheit der übrigen Leistungen – ca. 3 bis 5mal so hoch. Er ist von der Zusammensetzung der Patienten der Station hinsichtlich des individuell zumeist sehr unterschiedlichen Ausmaßes der Störungen, Beeinträchtigungen und Kompetenzen abhängig und einzelfallbezogen nicht messbar. Die Bestimmung des patientenbezogenen Aufwands erfolgt durch erfahrungsgestützte Einschätzung der Mitarbeiter-/Patientenrelation, die erforderlich ist, wenn die gesamte Station mit PatientInnen des gleichen Beeinträchtigungsgrades belegt wäre. Die Vorhalteleistungen in der ärztlichen und pflegerischen Rufbereitschaft sind im Rahmen der Pflichtversorgung einzurechnen.

Für die Intensivbehandlung, die etwa 10 – 25 % der Patienten einer Akutstation benötigen, ist in die OPS (9-61) ein Betreuungsintensitätsmodell mit 3 geschätzten Abstufungen erforderlichen Personalaufwands des eingeführt worden und – allerdings methodisch grob fehlerhaft - in die Berechnungen der PEPP 2014 eingegangen.

Über das einschätzbare Maß der Milieutherapie gehen unabweisbare mehrstündige 1:1-Betreuungen hinaus, die gesondert zu dokumentieren und am ehesten durch Sonderentgelte zu finanzieren sind.

- Der Personalaufwand für die therapeutische Begleitung

Er umfasst bei der Akutbehandlung häufige Kontakte unterschiedlicher, meist kurzer Dauer im Stationsalltag, inklusive Visiten und patientenbezogener Teamgespräche, neben vorvereinbarten Gesprächen von mehr oder weniger definierter Dauer von ca. 10, maximal bis zu 60 Minuten, bei Hausbesuchen auch länger.

Es ist sinnvoll, diesen Aufgabenbereich fachlich besonders zu dokumentieren, nicht zuletzt wegen der Behandlungsvereinbarungen, und weil dieser Aufgabenbereich und bei sektorübergreifender Behandlung an Bedeutung gewinnt. Hinsichtlich des Personalaufwands ist er in ähnlicher Weise wie die Milieutherapie vom Grad der Beeinträchtigung abhängig.

- Der Personalaufwand für den Anteil einzelfall- und gruppenbezogener Leistungen

In dem regelmäßig zu überarbeitenden wöchentlichen Behandlungsprogramm ist dieser Aufwand leichter zu bestimmen, da es sich um zeitlich definierte psycho-, sozio-, ergo- und physiotherapeutische Anteile für jeden Patienten bzw. definierte Gruppen handelt. Allerdings ist bei Patienten der Akutbehandlung zum einen die Teilnahme an Gruppenbehandlungen häufig noch unregelmäßig und stabilisiert sich oft erst im Zeitraum vor der Entlassung. Der Personalaufwand für diesen Leistungsbereich ist während der Akutbehandlung eher nachrangig.

Der gesamte Personalaufwand pro Tag für eine/n bestimmte/n PatientIn kann im Verlauf schwanken, auch die unterschiedlichen Anteile zueinander. Er ist das Ergebnis des vom bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungsgrad, den Bedürfnissen und Motivationen des/r KlientIn und des mit den MitarbeiterInnen abgestimmten therapeutischen Vorgehens am jeweiligen Behandlungstag. Der Umfang an Zeitaufwand pro Tag muss entschieden werden, auch unter Abwägung der aktuell verfügbaren Ressourcen. Die Orientierung an der Finanzierung von Teilleistungen ist fehlsteuernd, weil dadurch nicht patientenbezogene Anreize zur Behandlungssteuerung gesetzt werden.

Realistisch und praktikabel ist dagegen, den am Tag erforderlichen Zeitaufwand für die einzelnen PatientInnen in Form von Aufwandstufen bezogen auf Stufen des Beeinträchtigungsgrads einzuschätzen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Personalaufwand – qualitativ und quantitativ - bei schweren akuten Erkrankungen das zentrale Kriterium für die Strukturqualität der Behandlung ist. Der tagesbezogene Personalbedarf eines/r PatientIn wird ganz vorrangig durch das Ausmaß der psychischen und funktionellen Störungen und Beeinträchtigungen auf dem Hintergrund der Lebenssituation und der darauf ausgerichteten Behandlungsziele bestimmt, nur ganz nachrangig von der Diagnose.

Die Ermittlung des Personalaufwands in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist an dem gleichen Konzept orientiert.

Die Ermittlung des Personalaufwands bei PatientInnen, die zur elektiven vorwiegend psychotherapeutischen stationären Behandlung eingewiesen werden (inkl. qualifizierter Entgiftungsbehandlung), ist etwas einfacher, weil das Behandlungsprogramm weitgehend standardisiert und der patientenbezogene Aufwand daraus gut ableitbar ist. Von diesen PatientInnen wird weitgehende Selbstversorgung im Rahmen der eher einem Hotelservice entsprechenden Grundversorgung auf der Station und die verbindliche Mitwirkung an einem weitgehend vorgegebenen therapeutischen Programm erwartet. Auf den entsprechenden Stationen ist der milieutherapeutische Aufwand gering; bei einer psychosomatischen Behandlung können somatische Erkrankungen, bei emotional instabilen Persönlichkeiten passagere Krisenintervention einen zusätzlichen Aufwand erforderlich machen.

II Zur Kritik des PEPP-Systems und des PsychEntgG

1. Die Datenerhebung für und die Berechnung der PEPP ist weder psychiatrisch inhaltlich noch methodologisch auf akzeptablen Niveau

Mit den krankheitsbedingten Grundvoraussetzungen hat sich das InEK nicht befasst. Es fehlt bis heute an fachlicher Orientierung über die Zielsetzung und die angemessenen und notwendigen Leistungsbereiche der Krankenhausbehandlung bei schweren akuten Erkrankungen.

- Die Datenerhebungsmethodik geht nicht vom Leistungsbedarf für die angemessene und notwendige Behandlung in einem komplexen Leistungsfeld entsprechend einer zeitgemäßen Fachlichkeit aus. Vorgegangen wurde mit der ungeprüften Festlegung des „zu messenden“ Leistungsaufwands auf der Grundlage von therapeutischen Teilleistungen, „Therapieeinheiten“ (TEs, später ergänzt durch Diagnosepauschalen, Kriseninterventionseinsätze, Einzelbetreuungen), obwohl deren Anteil am Gesamtumfang des Personaleinsatzes relativ gering ist. Bekanntlich ist das übrige Leistungsgeschehen – vor allem Milieuthapie verbunden mit der Grundversorgung – aufgrund der besonderen Problemlagen bei schweren psychischen Erkrankungen das eigentlich kostentrennende.
- Außerdem wurden indirekte Leistungsaufwendungen wie regelmäßig erforderliche Abstimmungen (z. B. „Übergaben“, Stationsorganisation, Konzeptions- und Organisationsänderungsbesprechungen stations- und klinikbezogen, Zeitaufwendungen für Mitbestimmung Fortbildungen, regionale Abstimmungen u. ä.) nicht berücksichtigt, ebenso wenig wie die aufwandserhöhenden Vorhaltekosten der Pflichtversorgung.
- Der Versuch, Zeitaufwand auf der Basis des IST zu „messen“, erfolgte zudem, ohne die in den meisten Krankenhäusern gegebene Minderausstattung nach der Psych-PV entgegen der Vorgabe des KHRG zu überprüfen, geschweige denn zu berücksichtigen. D. h. es wurde eine sehr häufig eindeutig defizitäre Behandlung zum Maßstab für die Ermittlung bedarfsorientierter Strukturqualität gemacht.
- Das Verfahren war mit einem unmäßigen Dokumentationsaufwand für jeden Patienten verbunden und erfolgte ohne Überprüfung der Reliabilität der Datenerhebungen, obgleich diesbezüglich erhebliche Unterschiede zwischen den Kliniken bekannt waren.
Der Dokumentationsauftrag induzierte darüber hinaus mancherorts fachlich unbegründete Verschiebungen im Leistungsgeschehen in Richtung vorauseilender Erwartungen bzgl. zukünftiger Finanzierungsbedingungen.
- Als die Fehlbewertungen immer deutlicher wurden, griff das InEK auf das Intensivbehandlungsmodell der OPS (betrifft ca. 15 % der PatientInnen) zurück. Methodisch war das eine Kehrtwendung, denn es wurde nicht mehr Leistungsaufwand „gemessen“ sondern der Behandlungsbedarf nachdem Beeinträchtigungsgrad eingeschätzt, ein Verfahren, das in Bezug auf die Psych-PV immer als unzulässig „normativ“ diskreditiert wurde und wird. Außerdem war die Anwendung durch das InEK in Form der Übertragung auf das gesamte Leistungsgeschehen einer Station methodisch völlig unzulässig.

Angesichts dieser durchgehenden methodologischen Fehlerhaftigkeit muss die Datengrundlage als unbrauchbar angesehen werden. Jedenfalls lässt sie keine halbwegs verlässliche Aussage zu, welche daraus abzuleitenden Ergebnisse gesichert verwertbar sein könnten. Diese Problematik ist bisher trotz wiederholter aus der Fachwelt zu keinem Zeitpunkt durch eine unabhängige wissenschaftliche Untersuchung überprüft worden.

2. Das Berechnungsverfahren der Relativgewichte führt darüber hinaus zu grob fehlleitenden Anreizwirkungen

Das Berechnungsverfahren ist unbegründet vorrangig diagnosebezogen. Der notwendige Behandlungsaufwand aber ist vor allem abhängig von dem weitgehend diagnoseunabhängigen individuellen Beeinträchtigungsgrad. Die notwendigen Behandlungsaufwendungen der Patientengruppen mit unterschiedlichen Relativgewichten haben untereinander eine geringere Streubreite als die Behandlungsaufwände für verschiedene Patienten derselben Diagnosegruppe, die pseudogenau auf vier Stellen hinter dem Komma berechnet wurden.

Die InEK-Berechnungen sind z. T. darauf ausgerichtet, Anreize für Verweildauerreduktion zu geben. Bei den zunächst berechneten Degressionsstufen im Verlauf erfolgte eine Korrektur erst, als von externen Wissenschaftlern mit dem TEPP-konkret eine sachgerechtere Abbildung nachgewiesen worden war – ein System-Lernen in Form von „Verkürzung der Schritte in die falsch Richtung“.

3. Die PEPP-Tagespauschalen setzen falsche Anreize

Die finanziellen Anreize für die Krankenhäuser gehen dahin, schwer Erkrankte möglichst nicht aufzunehmen, die Symptomatik schnell zu unterdrücken, Gefährdungen durch vermehrte Zwangsmaßnahmen zu vermindern, so auch mit Zwangsmedikation ohne oder unter fragwürdiger rechtlicher Absicherung, die Behandlungsplanung weitgehend auf Reduktion der Symptome einzuschränken und diese Patienten möglichst früh zu entlassen, z. B. auch in Heimeinrichtungen.

Elektiv aufgenommene Patienten werden tendenziell ausgewählt nach der Anpassungsfähigkeit und -bereitschaft an das Therapieregime.

Durch das „Pay-for-performance-Prinzip“ tritt das Ziel der Überschusserwirtschaftung in den Vordergrund und die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems für schwer erkrankte PatientInnen in den Hintergrund (seit ca. 2004 steigen wieder die Bettenzahlen für psychotherapeutisch orientierte elektive Spezialstationen).

Das PEPP-System führt teilweise schon jetzt zu internen Umstellungen in der Organisation der Krankenhäuser mit Ausrichtung auf die von PEPP begünstigten Leistungserbringungen. Es bietet keinen Rahmen für die Sicherstellung der Finanzierung von Aufgaben im milieutherapeutischen Bereich, in der lebensfeldbezogenen Komplexbehandlung, der Außenkontakte zu Bezugspersonen und Therapeuten, der Unterlassung von nicht finanzierten Hausbesuchen und Hometreatment, der Teilnahme an Sitzungen kommunaler Versorger, an Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und an trialogischen Veranstaltungen und der Reduktion von entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die tiefgreifende methodologische Fehlerhaftigkeit bei der Erarbeitung des PEPP-Systems nicht dauerhaft ausgeblendet werden kann. Die Verantwortlichen in der Selbstverwaltung und in der Politik (vgl. KHG § 17d (6) 3.) sollten eine derartige Überprüfung noch vor der angehenden Systemüberprüfung veranlassen.

4. Defizite des PsychEntgG

Wesentliche Teile des PsychEntgG wirken sich fehlsteuernd aus und müssen dringend novelliert werden, insbesondere

- die fehlende Verbindlichkeit beim Ausgleich der Umsetzungsdefizite der Psych-PV (Durchsetzung der Anpassung und Kontrolle der Umsetzung)
- die unzureichende Sicherheit einer Folgeverordnung der Psych-PV und deren Finanzierung im Zusammenhang mit der G-BA-Beauftragung
- der nur partielle Ausgleich von tariflichen Lohnkostensteigerungen
- Defizite im § 64b SGB V, die die Durchführung von Modellprogrammen be- oder verhindern, z. B. Ablehnung der Mitwirkung bei Krankenkassen oder Krankenhäusern, die sich als mögliche Gewinner im Konvergenzprozess sehen.
- die unzureichende Finanzierung von morbiditätsbedingten Leistungszuwächsen (Mehrleistungen können nicht „erwirtschaftet“ werden, weil - anders als bei den meisten Fallpauschalen - Verweildauerverkürzungen unmittelbar mit Einnahmeausfällen verbunden sind):
 - unabweisbare Mehrbelegungen eines Krankenhauses werden nur partiell vergütet
 - Mehrbelegungen auf Landesebene führen zur Absenkung des Landesbasisfallwerts und damit paradoxerweise auch zu Unterfinanzierungen von daran nicht beteiligten Krankenhäusern.
- Weiterer gesetzlicher Regelungsbedarf:

Die gegenwärtig sehr unterschiedlichen Pflegesätze zwischen den Krankenhäusern dürften nicht zuletzt auf unterschiedlichen Sachkostenanteilen beruhen, zusätzlich Gewinnentnahmen, Quersubventionierungen somatischer Abteilungen und Investitionen bei ungenügenden Zuwendungen der Bundesländer (sog. „Deckungsbeiträge“). Letztere sind teilweise hochproblematisch. Dazu bedarf es klärender gesetzlicher Vorgaben, einschließlich Regelungen zum Verfahren der Überprüfung und evtl. Sanktionierungen. Entsprechendes gilt für die Finanzierung des therapeutischen Personalaufwands, zu dessen Qualitätssicherung Vorgaben bzgl. der Anwendung der jeweils gültigen Mindestpersonalverordnung, des Personaleinsatzes vor Ort, des Qualifikationsniveaus der Beschäftigten, der tariflichen Vergütung, des Angestelltenstatus beim Krankenhausträger (z. B. Zeitarbeitsfirmen) u. ä. zur Sicherung der Grundrechte der Patienten erforderlich sind. Die Erarbeitung entsprechender gesetzlicher Regelungen sollte baldmöglichst begonnen werden.

Wenn nicht relativ kurzfristig grundlegende Korrekturen bei der Umsetzung des KHRG sowohl hinsichtlich des PEPP-Systems wie bzgl. des PsychEntgG erfolgen, ist eine weitere Verschlechterung der schon jetzt in nicht wenigen Krankenhäusern wieder menschenunwürdigen Verhältnisse bei der Akutbehandlung und der unzumutbaren Belastungen der MitarbeiterInnen zu erwarten.

III Alternative zum PEPP-System - das Modell TEPP-BIM

Bei einer Alternative zum PEPP-System müssen die grundlegenden Fehler des bisherigen Vorgehens bei der Ermittlung des notwendigen Personalaufwands für die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vermieden werden, wie die Orientierung an der „Messung“ von Leistungen, noch dazu nur von isolierten Leistungsanteilen, oder an Bedarfsschätzungen in

Krankenhäusern ohne überprüften Versorgungsstandard; ebenso eine konzeptionelle Fehlorientierung im Sinne der Suche nach diagnosebezogenen Standardprogrammen.

Internationaler Standard der Behandlung ist vielmehr die Gewährleistung eines beschützenden und fördernden therapeutischen Klimas und die *personenzentrierte, lebensweltbezogene und prozessorientiert flexible therapeutische Begleitung entsprechend der Schwere der Störungen und Beeinträchtigungen* (s. o. Grundlagen). Dabei kann man von den Behandlungsbereichen, der Psych-PV ausgehen (vgl. das Modell Hanau) oder eine Differenzierung der Behandlungsbereiche anstreben.

Das Alternativmodell der AKTION PSYCHISCH KRANKE „**TEPP-BIM**“ – Tagesbezogenes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie auf der Grundlage eines **Behandlungs-Intensitäts-Modells** – ist darauf ausgerichtet verbunden mit weit größerer Transparenz und Gestaltungsmöglichkeit bei der Umsetzung und mit erheblich verringertem Dokumentationsaufwand:

1. Grundvoraussetzung ist die kurzfristige Sicherstellung des im KHRG normierten Gesetzesauftrags einer 100%igen Umsetzung der Psych-PV in allen Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung - in Kenntnis, dass dieser Mindeststandard von 1991 u.a. wegen Leistungsverdichtung und neuen Anforderungen nicht mehr zeitgemäß ist und in den nächsten Jahren schrittweise angepasst werden muss.
2. Ausgangspunkt ist die - dem Vorgehen im klinischen Alltag entsprechende - Einschätzung des tagesbezogenen Behandlungsintensitätsbedarfs nach Beeinträchtigungsgrad und Therapiezielen. Dieses Vorgehen entspricht einer Differenzierung des methodischen Ansatzes der Psych-PV (s. Anhang).
Bei den Patienten mit erforderlicher Intensivbehandlung ist dies schon jetzt in den OPS (9-61) vorgegeben, allerdings mit Ausklammerung der Regelbehandlung (und mit fehlerhafter Anwendung durch das InEK).
3. Auf dieser Grundlage festgelegte Relativgewichte für die vollstationäre und die tagesklinische Behandlung können ohne besonderen Aufwand ergänzt werden durch Finanzierungsmodule für sektorübergreifende und ambulante Leistungen mit dem Ziel, Krankenhausbetten abzubauen bei gleichzeitiger Verbesserung der Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse und der Wirtschaftlichkeit des Behandlungssystems.
4. Das Alternativmodell ist mit Formen der Budgetsteuerung zu verbinden, die nicht durch die Morbiditätsentwicklung bedingte, unabwendbare Leistungsausweitungen und Kostensteigerungen im Interesse der Leistungsanbieter bestmöglich ausschließen.
5. Die Umsetzung des Alternativmodells bedarf der Begleitung der Selbstverwaltung und des BMG durch eine unabhängige Sachverständigenkommission verbunden mit dem der schrittweisen Entwicklung einer qualitativen und quantitativen Begleitforschung, auch zur Sicherung der verfassungsrechtlich gebotenen Patientenrechte.

Der konzeptionelle Ansatz des Alternativmodells geht aus von der Festlegung von Stufen des notwendigen Personalaufwands für Patientengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsbedarf, die erfahrungsgestützt entsprechend definierter Behandlungsintensitätsmodelle für die Regelbehandlung und die Intensivbehandlung zugeordnet werden.

Das Modell entspricht einer Weiterentwicklung der Psych-PV. Es kann bei Bedarf im Zuge des „lernenden Systems“ schrittweise weiterentwickelt werden.

Einer Kostenausweitung durch „Upgrading“ kann durch Budgetsteuerung begegnet werden und bedarf nicht des ständigen „Misstrauensaufwands“ durch den MDK.

Übersicht

TEPP-BIM

PEPP

Ausgangssituation: 100% Psych-PV hergestellt
Grundlage der Personalaufwandsbestimmung ist die
Graduierung des Leistungsbedarfs pro Tag

a) **Methodik**

- Fachlich begründete Kriterien für Bedarfsorientierung
- praktikable Zuordnung durch Behandlungsintensitätsmodell (BIM)
- transparenter einfacher Berechnungsansatz

b) Abgrenzung der Sachkosten schrittweise möglich

c) Bedarfsorientierte Steuerungsanreize

d) Konvergenz durch gemeinsame Grundlage des 100 % - Psych-PV-Budgets sachgerecht möglich

Fazit

Ein transparentes System, das durch Präzisierung der Zuordnungskriterien und Ergänzung durch sektorübergreifende Leistungsvergütungen praktikabel erweitert und qualitätsorientiert gesteuert werden kann

Ausgangssituation: Umsetzung Psych-PV nicht beachtet
Grundlage der Personalaufwandsbestimmung ist die
Messung von Teilleistungen der IST-Versorgung

a) **Methodik**

- defizitäre Ausgangssituation für IST-Bestimmung
- unbrauchbare Datengrundlage durch partikuläre „Messung“ des Leistungsgeschehens
- irreführender diagnosebezogener Berechnungsansatz (bildet die wesentlichen Aufwandsunterschiede nicht ab)

b) Abgrenzung der Sachkosten ignoriert, Zuordnung falsch

c) Steuerungsanreize benachteiligen schwer Erkrankte

d) Konvergenz durch defizitäre Ausgangssituation in der Mehrzahl der Krankenhäuser systematisch fehlsteuernd

Fazit

Ein intransparentes System, das durch Fixierung auf durch Teilleistungen definierte stationäre Entgelte die Fortsetzung von Fehlsteuerungen tendenziell festschreibt und die gebotene Weiterentwicklung in Richtung sektorübergreifender Leistungsvergütungen behindert

Das Vorgehen bei der Einführung in das TEPP-BIM

Das Modell ermöglicht erkennbar die Einführung eines transparenten, bedarfsgerechten Entgeltsystems in jedem Krankenhaus mit sehr einfachen übersichtlichen Schritten.

1. Für die Einschätzung des notwendigen Personalaufwands in der vollstationären Regel- und Intensivbehandlung werden 5 (4 bis 6) Relativgewichte festgelegt (RG1 bis RG5 > 1,0/1,2/1,4/1,6/1,8), für die tagesklinische Regel- und Akutbehandlung (inkl. Hometreatment) 2 RGs (0,7 und 0,9). S. Anhang
Für die elektive Behandlung auf psychotherapeutischen und psychosomatischen Spezialstationen, die überwiegend nicht unter die Psych-PV fallen, 2 RGs (0,8 und 1,0. Hier sind evtl. weitere Erhebungen auf psychosomatischen Stationen erforderlich).
Seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind entsprechende RGs (in anderer Höhe) festzulegen.
2. Für die tägliche Zuordnung der Patienten zu den RGs werden Kriterien für den Behandlungsbedarf durch alle Berufsgruppen festgelegt (in Anlehnung an oder durch Übernahme der in den OPS vorgegebenen Kriterien für die Intensivbehandlung und Ergänzung für die Regelbehandlung). Dieses Behandlungsintensitätsmodell (BIM) ermöglicht Zuordnungen mit minimalem Zeit- und Dokumentationsaufwand. (Im Zuge der Entwicklung des „lernenden“ Entgeltsystems können die Zuordnungskriterien für Patientengruppen präzisiert werden, ohne dass das Abrechnungsverfahren grundsätzlich geändert wird.)
3. Die Personalkosten sind zu ergänzen durch ein Zusatzentgelt für erforderliche 1:1-Betreuung (s. OPS) für eine Zeitdauer von mindesten 4 Stunden (Abgeltung von ca. 80 % der Kosten, da es sich um eine ergänzende Leistung handelt und um Anreize zur Einsatzbegrenzung zu setzen).

4. Bei der Berechnung der Tagessätze ist zunächst zwischen den therapiebezogenen Personalkosten (ca. 75-80 %) und den Sachkosten zu differenzieren. (Wesentlich stärker kostentrennend sind die Personalkosten).
5. Der Personalkostenanteil im Jahresbudget des einzelnen Krankenhauses ergibt sich aus der korrekt angewandten Psych-PV zu 100 % (Unter Berücksichtigung z. B. der Bereitschaftsdienste, der Nachtwachen, der Leitungsanteile, der Ausfallzeiten und der Qualifikationsanforderungen für die Berufsgruppen) und den berufsgruppenbezogenen Gehältern und ergänzenden Zuschlägen.
6. Die Umstellung auf das TEPP-BIM im einzelnen Krankenhaus erfolgt durch eine einfache kostenneutrale Umrechnung: Die Personalkosten im Budget werden auf die Summe aller Tagesrelativgewichte entsprechend der patientenbezogenen Zuordnungen insgesamt kostenneutral verteilt.
7. In Krankenhäusern mit einer Tendenz zu höhergradigen Zuordnungen (evtl. upgrading) ergibt sich bei gleichen Grundgehältern ein entsprechend niedrigerer Basispersonalkostentageswert (bei RG 1,0) als in Krankenhäusern mit Tendenz zum „downgrading“.
8. Zumindest zu Beginn der Umsetzung ist es sinnvoll, im einzelnen Krankenhaus die Zuordnung der Sachkosten pro Tag proportional zu den Personalkosten vorzunehmen, so dass der Basisentgeltwert für RG 1,0 unmittelbar errechnet werden kann.
9. Dieser Basisentgeltwert sollte bei regionaler Pflichtversorgung gelten für Patienten aus der Region. Er sollte für externe Patienten um ca. 5 % vermindert werden, damit eine Wahlmöglichkeit erhalten bleibt, aber Anreize für „Krankenhaushopping“ verhindert werden.

Das TEPP-BIM ist bei der Einführung in jedem Krankenhaus kostenneutral ohne Anreize zu einer Umsteuerung im Leistungsgeschehen.

Übersicht

TEPP-BIM Umsetzungsempfehlungen - 1. Phase

Voraussetzungen

1. Begrenzung
 - auf die Patienten der Pflichtversorgung mit 5 Stufen der RG vollstationär (1,0 bis 1,8) und 1 Stufe RG für Regeltagesklinik (Gruppe 1)
 - die 2 Stufen der RG für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung (Gruppe 2)
2. Landesbasisfallwert ermittelt
3. Entgelte pro RG und Tag ermittelt
4. Relationen der Häufigkeiten der tagesbezogenen RG-Einstufungen (gemäß Gruppen 1 und 2) auf Landesebene ermittelt
5. Ausgangssituation 100 % Psych-PV hergestellt und überprüft, ab Konvergenzphase fortgeschriebene Mindestpersonalausstattung mit gesicherter Finanzierung

Budgetverhandlungen und –Abrechnungen

1. Vereinbarung über die
 - Gesamtzahl der zu behandelnden Patienten pro Jahr für Gruppen 1 (Pflichtversorgung) und Gruppe 2 (elektive Aufnahmen) mit „Korridor“ (z. B. +/- 3 %) und
 - bzgl. der Zahl der Behandlungstage unter Beachtung der Stufen der RG
 ergibt das Jahresbudget
 Nach Abrechnung der Tagesentgelte für ein Jahr Überprüfung der Einhaltung des Budgets:
 - Bei Überziehung:
 - Nachverhandlung bei Überschreitung des Patientenzahlkorridors
 - sonst Erstattung der Differenz an die Krankenkassen
 - Bei Mindereinnahmen (nur bei Gruppe 1):
 - Nachverhandlung bei Unterschreitung des Patientenzahlkorridors,
 - ansonsten Erstattung von 67 % der Differenz durch die Krankenkassen

TEPP-BIM sektorübergreifende Umsteuerung 2. Phase

Voraussetzungen

Verlässliche Rahmenbedingungen regional – im Bundesland - durch Bundesgesetz

1. Verhandlungen mit den regional zuständigen Krankenkassen
2. Modellprogramm gemäß § 64 b SGB V
3. Novellierung PsychEntgG

Finanzierung

1. Schrittweise Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung im Rahmen eines ambulant-teilstationär–stationären Gesamtbudgets

- Umwidmung von Regelbehandlungstagen (RG 1,0) zu Akuttageskliniktagen (RG 0,9)
 - Finanzierung von Tagesklinik feiertags und am Wochenende und von Halbtagesklinik
 - Finanzierung von Krisenintervention und Hometreatment anstelle stationärer/teilstationärer Behandlung
 - Finanzierung bedarfsgerechter ambulanter Leistungen durch begleitende multiprofessionelle Teams über Betten- und Platzabbau unter Beachtung der Morbiditätsentwicklung
2. Vereinbarung von Regionalbudgets unter Einbeziehung anderer Leistungserbringer für SGB V-Leistungen, später auch unter Einbeziehung andere Leistungsträger

Konvergenzprozess und Qualitätssicherung

Der Konvergenzprozess ist vom InEK in Zusammenarbeit mit einer ausgewählten Gruppe von Kalkulationskrankenhäusern – mit Pflichtversorgung, gesicherten 100% Psych-P-Niveau, einer angemessenen Verteilung zwischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen, städtischen und Ländlichen Versorgungsregionen und aus verschiedenen Bundesländern – zu erarbeiten.

1. Eine Zusammenstellung der unterschiedlichen Basisentgeltwerte und der unterschiedlichen Häufigkeiten der Zuordnungen zu den Relativgewichten wird unter beratender Begleitung durch eine unabhängige externe Sachverständigenkommission analysiert, insbesondere unter dem Aspekt, ob regionale Besonderheiten unabweisbar zu berücksichtigen sind. In diesem Fall sind Vorschläge für die Berücksichtigung bei der Novellierung des PsychEntgG vorzulegen.
2. Für die Krankenhäuser mit vergleichbaren Rahmenbedingungen wird das Vorgehen für die Bildung eines Landesbasisentgeltwerts vorgeschlagen, mit Orientierung aus der Gruppe der mitwirkenden Kalkulationskrankenhäuser.
3. Ebenso wird eine Tabelle der Verteilung der Häufigkeiten der verschiedenen RGs als Orientierungswert für die Krankenhäuser in den Ländern vorgelegt. Diese Liste soll dazu dienen, bei der Umsetzung auffällige Abweichungen zwischen Krankenhäusern schnell zu erkennen, die Anlass zu Überprüfungen geben können, insbesondere für die Partner der Selbstverwaltung.
4. Ergebnisse aus ergänzenden Finanzierungsvereinbarungen zu stationärsersetzenden und ambulanten Leistungen, etwa aus Modellerprobungen nach § 64 b, sollen baldmöglichst in den Prozess einbezogen werden.

Die besondere Verpflichtung des Gesetzgebers gegenüber Menschen mit schweren seelischen Störungen erfordert konkrete gesetzliche Bestimmungen und Verfahrensregelungen, die während der Einführung des Entgeltsystems bis 2023 von Beginn an vorgegeben und begleitend implementiert werden müssen – z. B. die Vorgabe einer neuen Mindestpersonalverordnung zur Sicherung der Strukturqualität mit transparenter Umsetzungskontrolle und entsprechendem Berichtswesen. Notwendig ist die Entwicklung eines „besonderen Verbraucherschutzes“ in Form wirksamer unabhängiger niedrigschwelliger Beratungs- und Beschwerdestellen inkl. Ethikkommissionen und der Einbeziehung des MDK in die fachliche und wissenschaftliche Evaluation auf regionaler, Landes- und Bundesebene – anstelle zeitverschwendender Kontrollfunktionen bei Einzelfällen. Damit sollen sowohl die berechtigten Interessen der psychisch kranken Menschen wie die Wirtschaftlichkeit des Behandlungssystems bestmöglich gesichert werden.

Der Umsetzungsprozess des KHRG kann nur gelingen – das haben die letzten 5 Jahre gezeigt - wenn umgehend die oben beschriebene Umsteuerung des Entgeltsystems und die Novellierung des PsychEntgG erfolgen und darin die begleitende Beratung der Selbstverwaltung und der politisch Verantwortlichen durch eine unabhängige Expertenkommission gesichert wird. Dies schließt an frühere Erfahrungen mit Expertenkommissionen an (Enquête, Bundesmodellprogramm, Psych-PV), die jeweils von zukunftsweisenden Entwicklungen gefolgt waren. Eine solche Kommission wird von allen Fachverbänden und mit einstimmigem Votum auch von der Gesundheitsministerkonferenz gefordert.

Anhang

TEPP-BIM Kriterien für die Behandlungsintensitätsmodelle und die Zuordnung zu Relativgewichten

I Regelbehandlung

Kriterien

- a. Erhebliche Einschränkung der Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung, zur Selbstorganisation in alltäglichen Lebensabläufen, der Absprachefähigkeit und der Mitwirkung an der Behandlungsplanung und -durchführung
- b. Erhebliche Schwierigkeiten in der Kommunikation und im Zusammenleben auf der Station – konfliktinduzierendes Verhalten oder Isolationstendenzen
- c. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch während der Behandlung
- d. ausgeprägter Behandlungs- oder Unterstützungsaufwand bei somatischen Nebendiagnosen
- e. stark einwirkende Belastungssituationen im psychosozialen Umfeld, die aufwendige Unterstützung durch Therapeuten erfordern

Zuordnung:

Grundstufe RG 1,0

Stufe 1 RG 1,2 mindestens 2 Kriterien von a. bis e. sind erfüllt

II Intensivbehandlung

Kriterien (gemäß OPS 9-61)

- a. Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen
- b. akute Selbstgefährdung durch Suizidalität
- c. akute Fremdgefährdung
- d. schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
- e. keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
- f. akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung
- g. Entzugsbehandlung mit vitaler Gefährdung

Zuordnung (gemäß OPS 9-61 4,5,6)

Stufe 3 RG 1,4 1 bis 2 Kriterien sind erfüllt

Stufe 4 RG 1,6 3 bis 4 Kriterien sind erfüllt

Stufe 5 RG 1,8 mindestens 5 Kriterien sind erfüllt

III Ergänzende Empfehlungen

Zuordnung Regeltagesklinik RG 0,7 (Orientierung an Psych-PV)

Zuordnung Psychotherapie RG 0,7 (Orientierung an Psych-PV)

Zuordnung Psychosomatik RG 0,9 (wegen somatischer Mitbehandlung)