

# **Gemeinsamer Standpunkt**

zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

**Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)**

**Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken (AKP)**

**Aktion Psychisch Kranke (APK)**

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)**

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)**

**Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (BAG PED KJPP)**

**Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)**

**Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)**

**Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)**

**Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)**

**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)**

**Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP)**

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)**

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)**

**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)**

Die unterzeichnenden Verbände sind weiterhin in ernster Sorge, dass die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch den ordnungspolitischen Rahmen des PsychEntG und den vom Bundesministerium für Gesundheit per Ersatzvornahme in Kraft gesetzten PEPP-Entgeltkatalog stark gefährdet ist.

Potentiell sind von dieser Entwicklung sehr viele Menschen und deren Umfeld betroffen. Nach dem jüngsten Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institutes leidet mindestens jeder vierte Mann und jede dritte Frau im Laufe des Lebens unter einer ernsthaften psychischen Störung. Das neue Entgeltsystem wird in seiner momentanen Ausgestaltung mittelfristig zu einer drastischen Verschlechterung der Behandlungsmöglichkeiten für diese Menschen führen.

## **Kernpunkte der Kritik**

1. Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gegen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Verbände durchgesetzte PEPP-Entgeltkatalog verfehlt die wesentlichen Vorgaben des gesetzlichen Auftrages im § 17d KHG.
2. Im Unterschied zur somatischen Medizin, die überwiegend durch die Diagnose bedingte Leistungen erbringt, ist die psychiatrische Leistungserbringung in hohem Maß nicht von der Diagnose bestimmt, sondern individualisiert auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge des Patienten ausgerichtet. Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem muss dies berücksichtigen und kann sich deshalb nicht vorwiegend an der Diagnose, sondern sollte sich am tatsächlichen Aufwand orientieren.
3. Die epidemiologische und demografische Entwicklung wird auch in Zukunft eine Zunahme des psychiatrischen Behandlungsbedarfs zur Folge haben. Hierfür werden im neuen Entgeltsystem keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt und nicht einmal die zu erwartenden Lohnsteigerungen werden voll refinanziert. Damit tragen zukünftig die Anbieter einseitig diese Last einer zunehmenden Inanspruchnahme und einer zunehmenden Leistungsentwertung (doppelte Degression) – zum Nachteil der Patienten.
4. Die Selbstverwaltungspartner haben den vom InEK präferierten Ansatz der fallbasierten Tageskostenkalkulation innerhalb von diagnosebezogenen Fallgruppen mit anschließend festgelegten monoton degressiven Vergütungsstufen vereinbart. Dies bildet die individuellen Schwankungen des Behandlungsaufwandes nicht ab und setzt deshalb inadäquate Anreize zur Verweildauerverkürzung. Dies gefährdet besonders die Behandlung von Menschen mit langdauerndem Behandlungsbedarf, also vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

5. Die Kosten für die Sicherstellung der Rund-um-die Uhr-Pflichtversorgung der Bevölkerung werden im neuen Entgeltsystem bisher nicht berücksichtigt.
6. Die Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV) sicherte seit 1991 die Qualität der Behandlung durch Sicherung einer Mindestausstattung an Fachpersonal. Dies gilt ab 2017 nicht mehr. Somit ist die notwendige Strukturqualität nicht mehr sichergestellt.
7. Das Ende der Optionsphase mit Ende des Jahres 2014 unterstellt eine Systemreife, die dann nicht gegeben sein wird. Die zwingend notwendigen Anpassungen des Systems sind zu umfangreich und grundlegend, um diese als Evolution innerhalb eines lernenden Systems zu realisieren.

## **Forderungen**

1. Definition von tagesbezogenen Entgeltstufen (Tagescluster) als Gliederungssystematik für die Entgeltgruppen im Katalog. Einbeziehung der von den Fachverbänden erarbeiteten konkreten Vorschläge hierzu (z.B. TEPP). Dabei soll es nicht um die patientenindividuelle Abbildung von tagesbezogenen Einzelleistungen gehen, sondern um sachgerecht differenzierte Aufwandspakete, die diagnoseübergreifend nutzbar und in der Lage sind, relevante Aufwandsunterscheide tagesbezogen abzubilden.
2. Die Kalkulation sollte unabhängig von Diagnosen erfolgen und sich an einer tagesbezogenen Graduierung der psychiatrischen, somatischen und psychosozialen Aufwände orientieren.
3. Entfernen der Mengengerichteten Regelung durch Streichung im § 4 Abs.3 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Explizite budgeterhöhende Berücksichtigung von krankenhauplanerischen Veränderungen und nicht kodierbedingten Mehrleistungen bei der Ermittlung des Landesbasisentgeltwertes in vollem Umfang durch Neufassung des § 10 Bundespflegesatzverordnung.
4. Modifikation der Kalkulationssystematik und Neugestaltung des PEPP-Entgeltkataloges im Sinne einer leistungsgerechten und praktikablen Abbildung der klinischen Realität.
5. Beauftragung des InEK mit der Kalkulation des besonderen Aufwandes der regionalen Pflichtversorgung.
6. Verbindliche Mindestkriterien der Strukturqualität als Qualitätsindikatoren, geeignet basierend auf den Grundprinzipien der PsychPV als Voraussetzung für den Beginn der Konvergenzphase.

7. Verlängerung der Optionsphase und der budgetneutralen Phase um mindestens zwei Jahre. Halbjährliche Überprüfung der erreichten Entwicklungsstufen unter Einbeziehung der Verbände. Realisierung der oben genannten Systemveränderungen als Voraussetzung für den Beginn der Konvergenzphase.

## **Erläuterungen zum gemeinsamen Standpunkt der Verbände**

- zu 1. Grundlage des Entgeltsystems müssen die im § 17d KHG formulierten Anforderungen sein. Ausgehend von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung sollte die Entwicklung eines eigenständigen, durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erfolgen. Die PsychPV, als Ausgangspunkt des neuen Entgeltsystems, bildet Unterschiede des Ressourcenverbrauches anhand von Behandlungskategorien ab. Diese sind als Abschnitte eines Aufenthaltes (Intensivbehandlung, Regelbehandlung usw.) oder spezifische Behandlungsformen (Psychotherapie, tagesklinische Behandlung) beschrieben. Der „Tagesbezug“ des Entgeltsystems ist dahingehend zu interpretieren, dass tagesbezogen der jeweilige Aufwand pauschal, aber dennoch möglichst exakt abgebildet wird.  
Ein „leistungsorientiertes“ Entgeltsystem muss also diesen, im Verlauf der Erkrankung fluktuierenden, Ressourcenverbrauch sachgerecht abbilden. Dazu ist von einer Realität der Krankenhausbehandlung von Patienten mit individuell verschiedener Folge von stationären, teilstationären und ambulanten Abschnitten auszugehen.  
Ein „eigenständiges“ Entgeltsystem muss die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Maßstab haben. Dazu gehört es insbesondere, den jeweils individuellen Versorgungsbedarf, sowohl in psychischer, sozialer und somatischer Hinsicht, abzubilden und zur Grundlage der Kalkulation von Relativgewichten zu machen.  
Der vom InEK vorgelegte Entgeltkatalog wird diesem, sich aus den Formulierungen des § 17 d KHG zwingend ergebenden Auftrag aufgrund seines Fallbezuges und der daraus resultierenden degressiven Vergütungsstufen nicht gerecht.
- zu 2. Entgegen der Situation in der somatischen Medizin, in der zumeist diagnosespezifische Einzelleistungen zur Anwendung kommen, ist die Psychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie dadurch gekennzeichnet, dass weitgehend diagnoseunabhängige komplexe Maßnahmenpakete zur Anwendung kommen. Ein primär an der Diagnose als „Kostentrenner“ orientiertes Finanzierungssystem ist für die Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ungeeignet, da der individuelle tagesbezogene Behandlungsbedarf in den einzelnen Diagnosegruppen nicht als ausreichend homogen und damit eine diagnosebasierte Vergütung nicht als leistungsorientierte Abbildung des Aufwandes anzusehen ist. Insbesondere von den Verbänden der Kinder- und

Jugendpsychiatrie wurden bereits Kriterien für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen vorgelegt.

- zu 3. Anstelle einer nahezu, im Bereich des therapeutischen Personals, 100%igen Finanzierung von Mehrleistungen (Regelung bis 31.12.2016) erfolgt ab 2017 eine gestaffelte Finanzierung, die so genannte Mengemengenregelung. Es werden Mehrmengen im Jahr 2017 nur mit 45 % entlohnt, 55 % im Jahr 2018, 60 % im Jahr 2019, 70 % im Jahr 2020 und 80 % im Jahr 2021. Hinzu kommt, dass ab dem Jahr 2017 der sogenannte Landesbasisentgeltwert sukzessive alleiniger Maßstab der Krankenhausvergütungen in der Psychiatrie wird. Bei den Verhandlungen zu diesem Wert lösen Mengensteigerungen unweigerlich einen Degressionseffekt aus. Dies bedeutet, dass mit zunehmender Leistungsmenge die durchschnittliche Vergütungshöhe sinkt. Im Zusammenhang mit der oben dargestellten, lediglich anteilig vorgesehenen Finanzierung von Krankenhausfällen in den Krankenhäusern vor Ort, hat somit der Gesetzgeber den Effekt der „doppelten Degression“ auch für die Psychiatrie und Psychosomatik etabliert. Im Finanzierungssystem des KHEntgG (somatischer Bereich) ist jedoch zwischenzeitlich die Erkenntnis gereift, dass diese doppelte Degression als einer der wesentlichen Konstruktionsfehler im Krankenhausfinanzierungssystem anzusehen ist und zu fraglichen Mengenausweitungen geführt hat. Dieser Konstruktionsfehler muss im Psych. Entgeltsystem unbedingt vermieden werden.
- Ein „leistungsorientiertes“ Entgeltsystem muss in der Lage sein, zukünftige Veränderungen in der Morbiditätsstruktur (insbesondere aufgrund demografischer, epidemiologischer und therapeutischer Entwicklungen) sachgerecht abzubilden und die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen bereit zu stellen.
- zu 4. Die durch das Entgeltsystem gesetzten ökonomischen Anreize dürfen nicht in Richtung einer systematischen, generellen Verweildauerverkürzung gehen. Deshalb sind „Sprünge“ in der Finanzierungsstruktur und eine pauschale (verweildauerorientierte) Degression der Tagesentgelte strikt zu vermeiden. Der von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarte Ansatz der fallbasierten Tageskostenkalkulation innerhalb von diagnosebezogenen Fallgruppen mit anschließend festgelegten monoton degressiven Vergütungsstufen bildet die individuellen Schwankungen des Behandlungsaufwandes nicht ab und setzt deshalb inadäquate Anreize zur Verweildauerverkürzung.
- zu 5. Es ist weiterhin offen, ob und wenn ja in welchem Umfang die Kosten der Pflichtversorgung in der Psychiatrie gesondert vergütet werden. Die Versorgung und der Sicherungsauftrag bei gesetzlich untergebrachten Patienten, die 24 Stunden-Aufnahmebereitschaft und die Beteiligung der Kliniken an regionalen und setting-übergreifenden Verbundstrukturen sind mit hohen (Vorhalte-) Kosten verbunden. Die Partner der Selbstverwaltung sind bisher lediglich zur Prüfung von „bundeseinheitlichen Regelungen für Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung“ aufgefordert. Eine

Realisierung ist bisher nicht erfolgt. Dies wird der hohen Bedeutung dieser Aufgabe und den damit verbundenen erheblichen Kosten für Pflichtversorgungshäuser nicht gerecht. Vor allem für Kliniken, die keine Pflichtversorgung erbringen, werden Anreize gesetzt, elektiv gut plan- und steuerbare Leistungen zu erbringen. Wie in der somatischen Gesundheitswirtschaft werden damit auch für die stationäre Versorgung von psychisch kranken Menschen Impulse gesetzt, vor allem plan- und steuerbare Leistungen auszuweiten. Diese Impulse der bisherigen Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems müssen dringend korrigiert werden, da sie versorgungspolitisch nicht zu verantworten sind.

- zu 6. Die Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV) hat seit 1991 aufsetzend auf die Leistungsmenge, besonders aber auf die Struktur und Schwere der Patienten, die Anzahl und die Qualifikation des therapeutischen Personals definiert. Darüber hinaus beschreibt sie Therapieinhalte und Ziele. Dies fällt ab 2017 im Rahmen der Umsetzung des Psych-Entgeltgesetzes weg. Unstrittig ist, dass am wesentlichsten für eine qualitätsvolle Therapie und einen guten Behandlungserfolg die Gespräche und Psychotherapien mit qualifiziertem Personal sind. Die S3-Leitlinien sowie die nationale Versorgungsleitlinie für Depressionen setzen Psychotherapie noch vor der Gabe von Medikamenten ein. Daher ist es unabdingbar, dass eine Strukturqualität mit ausreichendem und qualifiziertem Personal definiert und deren Finanzierung gesetzlich verankert wird. Hier setzt die PsychPV einen Qualitätsrahmen, der angesichts der großen Fortschritte in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie angelehnt an die heute geltenden Behandlungsleitlinien anzupassen wäre.
  
- zu 7. Der derzeitige Entwicklungsstand des PEPP-System ist nicht vergleichbar mit dem Stand der DRGs, bei dessen Einführung 2003 lediglich ein bereits etabliertes System aus anderen Ländern auf deutsche Verhältnisse angepasst werden musste. Mit dem PEPP-System laufen wir ohne weitere Verlängerung der budgetneutralen Phase in Gefahr als Konsequenz finanzieller Fehlsteuerungen die psychiatrische Versorgung aufgrund eines noch unausgereiften Systems dauerhaft negativ zu beeinträchtigen. Im Rahmen der Vorbereitung der Konvergenzphase und der Zieldiskussion für das Jahr 2021 sind die Umsetzung der Prüfaufträge des § 17d KHRG, die ausreichende Umsetzung von Modellprojekten gemäß § 64b SGB V, die Sicherstellung der erforderlichen Strukturqualität (insbesondere im personellen Bereich) und die Reduktion des systembedingten Misstrauensaufwandes zu gewährleisten.