

Kritische Würdigung der Eckpunkte der CDU/CSU und SPD Koalition zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

von 18. Februar 2016

von Prof. Dr. Michael Löhr

am 18. Februar 2016 fand der zweite strukturierte Dialog zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern psychiatrischer und psychosomatischer Fachverbände statt. In dieser kritischen Würdigung setze ich mich mit den einzelnen Eckpunkten auseinander und versuche deren Bedeutung für die Zukunft zu skizzieren. Auf den ersten Blick scheinen die Eckpunkte vielversprechend zu sein. Allerdings bleiben bei genauer Betrachtung viele Fragen übrig. Die kritische Würdigung ist in der Kapitelstruktur des Eckpunktepapiers aufgebaut und schließt mit einem Ausblick

I. Herausforderungen und Handlungsbedarf

Im Kapitel I. werden die Herausforderungen und Handlungsbedarfe dargestellt. Hier gehen die Koalitionspartner darauf ein, dass an dem Grundsatz der Leistungsorientierung und Schaffung von Transparenz festzuhalten ist. Einschränkend wird hier notiert, das *systemische Veränderungen zu prüfen* sind. An dieser Stelle ist nicht klar, was genau mit den systemischen Veränderungen gemeint ist. Die Annahme liegt aber nahe und sei gestattet, dass die zu prüfende systemische Veränderung die heutige PEPP Kalkulation betrifft. In diesem Kapitel findet man den einzigen Bezug zu dem Alternativkonzept der Verbände der Psychiatrie und Psychosomatik (PQP). Hierzu heißt es: „Bei der Prüfung wurden Stellungnahmen, die im Zusammenhang mit dem strukturierten Dialog von psychiatrischen und psychosomatischen Verbänden und weiteren Akteuren vorgelegt wurden, berücksichtigt.“. Konkret ist dies die einzige Stelle an dem implizit auf das PQP Konzept eingegangen wird. Im Weiteren finden sich Bestandteile (z.B. Budgetsystem, Hometreatment, Evidenzbasierung) aus dem vorgelegten Alternativkonstrukt (PQP) ohne, dass weiter auf die PQP-Ausführungen eingegangen wird.

Im zweiten Absatz des ersten Kapitels machen die Koalitionspartner deutlich, dass eine Stärkung der Verhandlungspartner vor Ort ausdrücklich gewünscht ist. Dies bedeutet, dass die Landeskonvergenz im neuen Entgeltsystem nicht mehr vorkommt. In diesem Zusammenhang wird explizit darauf verwiesen, dass in den Budgets die regionalen Bedingungen und hausindividuelle Besonderheiten Berücksichtigung finden. Von großer Bedeutung ist, dass der Budgetbegriff wiederzufinden ist. Dies ist eine Abwendung vom Preissystem, so wie es das PEPP-System bisher vorgesehen hat. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Budgets bedarfs- und leistungsgerecht sein sollen. Allerdings bleibt es bisher im Unklaren wie die regionalen Bedingungen und die hausindividuellen Besonderheiten aussehen müssen, damit es hier im Budget Zu- oder Abschläge gibt. Es ist schon jetzt abzusehen, dass die Selbstverwaltungspartner über diesen Punkt keine schnelle Einigung erlangen werden. Weitere Instrumente zur Budgetfindung werden in den Kapitel II.1 und II.4 dargestellt.

II.1 Ausgestaltung des Budgetsystem

In diesem Kapitel, erläutern die Koalitionspartner, wie sie sich das zukünftige Budgetsystem vorstellen. Bei genauem Studium des Kapitels wird deutlich, dass hier sehr viel Zündstoff zu finden ist. Die Koalitionspartner machen an dieser Stelle deutlich, dass die Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Dies bedeutet aber keinesfalls, dass keine neu Verteilung der Budgets vorgesehen ist. Laut Ausführungen der Koalitionspartner soll dies künftig wie folgt aussehen:

- Die Vertragspartner auf regionaler Ebene (Krankenkassen und Krankenhaus) vereinbaren auf Grundlage der erbrachten Leistungen, die nach wie vor durch einen empirisch kalkulierten Leistungskatalog, zu determinieren sind, das hausindividuelle Budget.
- Neben den erbrachten Leistungen werden die Budgets um die Aspekte regionaler und hausindividueller Besonderheiten angepasst.

Diese Anpassung kann folglich zu Budgeterhöhungen oder Budgetabsenkungen führen. Es wird darauf verwiesen, dass die Vertragsparteien eine Erhöhung oder Senkung des Budgets, in gegebenenfalls mehrjährigen Anpassungsvereinbarungen durchführen. Aus meiner Perspektive haben wir es dann mit einer regionalen und hausspezifischen Konvergenz zu tun. Dies begründet sich in den Ausführungen dieses Kapitels und des Kapitels II.4. Die Koalitionspartner sehen dies als Stärkung

der Verhandlungspartner vor Ort. Aus meiner Perspektive wird dieser Teil ein sehr vulnerabler Punkt werden. Die örtlichen Krankenkassenvertreter werden mit aller Macht versuchen die Budgets zu schmelzen und die Krankenhausvertreter werden mit aller Macht versuchen dies zu verhindern bzw. Budgets zu erhöhen. Man kann gespannt sein, wie der Rechtsweg für die Klärung von uneinigen Partner geregelt wird (z.B. Schiedsstellenfähigkeit). Auch bleibt offen, wie mit Verschiebungseffekten umgegangen wird. In der Landeskonvergenz wäre es theoretisch zu einem Ausgleich der Budgets zwischen Budget-Verlieren und Budget-Gewinnern gekommen. Bei regionalen Budgeterhöhungen oder –senkungen stellt sich die Frage, wie an dieser Stelle verhindert wird, das Geld aus dem Gesamtbudget der stationären Psychiatrie verloren geht.

II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf Grundlage empirischer Daten

Die Koalitionspartner schreiben fest, dass auf Basis der Kalkulation bundeseinheitliche Bewertungsrelationen definiert werden. Die Kalkulation erfolgt weiterhin in so genannten Kalkulationshäusern. Dieses sollen zukünftig „... eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden.“. Mit dieser Formulierung könnte man annehmen, dass die zurzeit in der Kalkulation befindlichen Kalkulationshäuser keine repräsentative Datengrundlage bilden. Die zukünftigen Anforderungen an Kalkulationshäuser sind deutlich gestiegen:

1. Die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung; die Mindestanforderungen sollen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt.
2. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen erfolgt damit perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität.
3. In der Übergangsphase soll für die Kalkulationshäuser eine 100%ige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgegeben werden.

Es ist lobenswert, dass die neuen Eckpunkt die Verknüpfung zwischen G-BA-Auftrag und Entgelt herstellen. Dieser hat bisher gefehlt. Mit der Verknüpfung der G-BA Vorgaben und der Vorgabe diese in den Kalkulationshäusern umzusetzen wird die Refinanzierung der Qualitätsvorgaben möglich. In der ersten Mindestvorgabe steckt ein indirekter Auftrag an den G-BA sich zuerst mit Indikatoren zu beschäftigen, die sich aus vorhandenen S3-Leitlinien ableiten lassen. Hier muss abgewartet werden, in wie weit dies möglich ist, da S3-Leitlinien nicht ausschließlich für die stationäre Versorgung entwickelt wurden.

In der Würdigung dieser Mindestvorgaben ist die klare Positionierung für eine gute Versorgungsqualität zu unterstreichen. Hier ist ein deutlicher Kurswechsel zu erkennen. Es geht also nicht mehr um Kostentrennung durch alle Leistungen (ob diese nun Sinn machen oder nicht). Nun steht ein definiertes Prozessziel im Fokus der Kalkulation. Es werden nun mehr die Leistungen berücksichtigt, die wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen und für das entsprechendes Personal zur Verfügung stehen muss. Es bleibt abzuwarten, ob ebenfalls Outcome-Parameter in einen solchen Systemschwenk angedacht werden. Die 3. Mindestvorgabe ist logisch aufgrund der Vorgaben 1. und 2. In den letzten Jahren sind einige Publikationen erschienen, die immer wieder darauf verwiesen haben, dass es ein gut gehütetes Geheimnis ist, mit welchen Ist-Kosten die Kalkulationshäuser kalkulieren. Anders gesagt, wie viel der verhandelten Psych-PV wird auch tatsächlich in der Patientenversorgung eingesetzt. In der Arbeit von Wolff et al (2015) konnte gezeigt werden, dass es über alle Berufsgruppen hinweg gerade mal 90% Psych-PV sind und in der Pflege nur noch bei 84% Psych-PV, in den IST-Kosten. Dieser Wert ist zwischen den Berufsgruppen sehr unterschiedlich. Daher ist die Formulierung der Koalitionspartner sehr zu begrüßen. Es wird geschrieben, dass die Kalkulationshäuser in der Übergangsphase (bis 2020, ab da sollen die G-BA-Vorgaben vorliegen) eine 100%ige Psych-PV umsetzen müssen. Die Umsetzung ist der entscheidende Begriff. Es reicht nicht 100% Psych-PVverhandelt zu haben. Diese 100% Psych-PV müssen in die Patientenversorgung fließen und damit in den IST-Kosten auftauchen. Was nicht beschrieben wurde - aber in sich logisch erscheint - dass eine 100%ige Umsetzung in den Kalkulationshäusern für alle Berufsgruppen und die A, S, G sowie KJP Bereiche isoliert zu betrachten und umzusetzen ist. Ansonsten würde bei hausinternen Verschiebungen des Personals, Verzerrungen in der Kalkulation auftreten. Die 100%ige Psych-PV Umsetzung ist als Übergang

definiert, bis die Vorgaben des GBA greifen. Danach wird der Personalbedarf angepasst werden müssen. Es ist davon auszugehen, dass dieser über 100% Psych-PV liegt, da die wissenschaftlichen Methoden zur Behandlung und Pflege in den letzten 26 Jahren stark zugenommen haben.

II.3 Verbesserte Personalausstattung

Innerhalb dieses Gliederungspunktes verweisen die Koalitionspartner auf die Notwendigkeit verbindlicher Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen. Auch an dieser Stelle wird eine explizite Verknüpfung zwischen G-BA und Entgeltsystem hergestellt. In den letzten Jahren war es politisch verpönt die Psych-PV modernisiert in die Zukunft zu transferieren. Umso erfreulicher ist es, dass in diesem Kapitel der G-BA explizit aufgefordert wird, die Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen. Im Prinzip lässt sich ableiten, dass die Entwicklung von Personalvorgaben einem zweistufigen Algorithmus folgen:

1. Ableitung von Personalvorgaben anhand hoher Evidenz oder Leitlinien
2. Bei fehlender Evidenz oder Leitlinienorientierung, der Einbezug von externer Expertise

Abschließend definieren die Koalitionspartner, dass verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung bis zum 1. Januar 2020 vorzuliegen haben.

II.4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

Die Idee der Koalitionspartner ist, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene einen Krankenhausvergleich entwickeln. Dieser soll zum Ende der budgetneutralen Phase entwickelt sein. Wie oben dargestellt, sollen die Budgets weiterhin vor Ort durch Krankenhaus Krankenkasse verhandelt werden. Da Zu- und Abschläge möglich sein sollen, muss ein Orientierungssystem geschaffen werden, dass den Vertragsparteien zur Argumentationsgrundlage dienen kann. Die Koalitionspartner gehen davon aus, dass ein solcher Vergleich, die Vertragspartner vor Ort unterstützt, ein den vereinbarten Leistungen angemessenes Budget zu verhandeln. Der Vergleich soll auch dazu dienen, differente Entgelte für Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere

Krankenhausindividuelle Aspekte zu erklären. Es ist davon auszugehen, dass die Koalitionspartner bei einem solchen Vergleich auf Wettbewerb zwischen den Kliniken setzen. Die Gefahr, die hier besteht, ist ein Wettbewerb zwischen Anbietern stationärer Psychiatrie, der durch die Kostenträger in der Verhandlung missbraucht werden könnte. Den Wettbewerbsbegriff sucht man vergeblich in diesem Passus. Jedoch ist er implizit in jeder Zeile zu spüren. Hier wird sich in Zukunft zeigen, inwieweit der regionale Raum aus Krankenkassen- und Krankenhausperspektive gedacht wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass es zu diesem Punkt noch viel Klärungsbedarf gibt. Auch bleibt offen, ob ein solcher Vergleich als Datenpool auch anderen offen steht. Diese Daten sind auch aus der Perspektive der Versorgungsforschung ebenfalls sehr relevant.

II. 5 Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)

Die Formulierung der Koalitionspartner im Kontext der häuslichen Akut-Behandlung bleibt noch relativ vage. Es wird zwar eindeutig formuliert, dass eine zu Hause-Behandlung, Krankenhausaufenthalte minimieren und reduzieren kann. Die Voraussetzungen für die Durchführung dieser Behandlung in der Regelversorgung sind allerdings noch zu schaffen. Es wird beschrieben, dass zukünftig Fachkliniken sowie eigenständig geleitete psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern diese Behandlung, durch ein multiprofessionelles Team, anbieten können. Die Leistungen sollen zukünftig im Rahmen der Krankenhausbudgets erstattet werden. Davon unberührt bleiben die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung und die der PIA. Der Wermutstropfen ist, dass die Umsetzung und die Vergütung des Hometreatment auf Bundesebene durch die Vertragsparteien innerhalb einer gesetzlich noch festzulegenden Frist geregelt werden muss. Sollte es zu keiner Regelung kommen, entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene. Positiv zu werten ist, dass mit einer solchen Vereinbarung das Hometreatment nicht mehr im Status der Modellprojekte zu sehen ist, sondern in die Regelversorgung überreten würde. Abzuwarten bleibt, was dies für das

Krankenhausbudget bedeutet und in wie weit die Vertragsparteien sich an dieser Stelle zeitnah einigen können.

III Einführungsphase des neuen Systems

Noch in diesem Jahr wird es eine Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Psych-Entgeltsystem geben. Die Koalitionspartner schreiben, dass angestrebt wird, das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2017 verbindlich unter budgetneutralen Bedingungen anzuwenden. Nun muss abgewartet werden, ob die Bestrebungen ausreichen, dies bis 2017 zu erreichen. Innerhalb der Eckpunkte ist keine Verschiebung der Optionsphase geplant oder eine Verlängerung der budgetneutralen Phase zu erkennen. Daher hat sich am grundlegenden Zeitplan nichts geändert. Auch bleibt abzuwarten, ob 2017 der Krankenhausvergleich steht.

Ausblick

Für die Psychiatrische Pflege in Deutschland gibt es viele positive Aspekte, die man den Eckpunkten abgewinnen kann. Auch wenn zum heutigen Zeitpunkt noch nicht alle Eckpunkte operationalisiert sind, scheint doch die Vernunft gesiegt zu haben. Mit den Ausführungen der Koalitionspartner CDU/CSU und SPD ist ein klarer Richtungsschwenk von einem qualitätsentkoppelnden Preissystem zu einem qualitätsorientierenden Budgetsystem zu erkennen. Psychiatrie steht und fällt mit der Qualität und Menge an Personal in den unterschiedlichen Berufsgruppen. Die Psychiatrische Pflege wird ihren politischen Beitrag dazu leisten, die Eckpunkte mit Leben zu füllen. Nun kann man gespannt sein, was von den Eckpunkten im Gesetzgebungsverfahren übrig bleibt. Es ist zu hoffen, dass das mühsame Ringen um die nun fixierten Qualitätsaspekte nicht der Lobbyarbeit unterschiedlicher Interessenvertreter zum Opfer fällt. Menschen in psychischen Krisen, die eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, bauen darauf, dass Gesetzgeber, Selbstverwaltungspartner und Fachgesellschaften zusammen für eine qualitativ hochwertige Pflege und Therapie eintreten.