

**Herrn Staatssekretär
Dr. Theo Schröder
Bundesministerium für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin**

Brungsgasse 4-6
53117 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk@psychiatrie.de
apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

15. Januar 2007

Evaluation der Psych-PV – Ressortforschung Kapitel 1502 Titel 684 04

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die Ergebnisse aus der Umfrage zur Psychiatrie-Personalverordnung im Jahr 2005/06. Wir danken Ihnen für diesen Auftrag, der die Möglichkeit eröffnete, zu differenzierten Daten über die Umsetzung der Personalstellen gemäß Psych-PV zu kommen. Nach dem Vorbild der vor fast 10 Jahren im Auftrag Ihres Hauses durchgeführten „Bundesweiten Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung“ (Band 99, Schriftenreihe des BMG, 1998) wurde eine begleitende Arbeitsgruppe gebildet: Die Aktion Psychisch Kranke führte die Umfrage und Auswertung durch zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem federführenden Spitzenverband der Krankenkassen in Kooperation mit den aufgeführten Arbeitsgemeinschaften (siehe Einleitung des Projektberichtes).

Schon die **Psychiatrie-Enquete (1975)** hat die inhumanen Verhältnisse und die schlechte Ausstattung mit therapeutischem Personal in den Psychiatrischen Krankenhäusern angeprangert. Erst 1991 – 1995 brachte die **Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)** die grundlegende Verbesserung der Personalsituation in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Damit wurde die Qualität der Behandlung entscheidend verbessert. Immer mehr psychisch kranke Menschen akzeptieren diese Behandlung - ein Anzeichen dafür, dass das Stigma abnimmt, mit dem psychische Erkrankungen und psychiatrische Institutionen belastet sind.

Die Problematik der Unterfinanzierung, um die es hier geht, ist nicht ein Problem der Psych-PV, sondern ergibt sich aus der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), weil diese die Finanzierung der Personalstellen nach Psych-PV regelt. Die Psych-PV ist ein Erfolg (s.u.), aber seit die „Budget-Deckelung“ ab 1996 auch die psychiatrischen Kliniken betraf, nahm die Personalausstattung wieder ab, während die Zahl der behandelten Patienten erheblich anstieg -

Vorstand:

Regina Schmidt-Zadel, Vorsitzende, Ratingen
Prof. Dr. Heinrich Kunze, stellv. Vorsitzender, Bad Emstal
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Hamburg †
Dr. Niels Pörksen, Schatzmeister, Bielefeld

Dr. Martina Bunge, MdB, Berlin
Rainer Hölzke, Hamburg
Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen
Helga Kühn-Mengel, MdB, Berlin
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Wiesbaden
Elisabeth Scharfenberg, MdB, Berlin

Dr. Konrad Schily, MdB, Berlin
Dr. Gabriele Schleuning, München
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund
Peter Weiß, MdB, Berlin
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

bei sogar zurückgehenden Bettenzahlen. Neue Aufgaben und Anforderungen sind hinzugekommen. Im Ergebnis bleibt immer weniger Therapeuten-Zeit für die Arbeit mit den Patienten.

Die Psych-PV wurde erstmals 1996 zum Abschluss der Übergangszeit 1991 – 1995 evaluiert (Band 99 der Schriftenreihe des BMG 1998): Die Psych-PV hat

- die Personalausstattung grundlegend verbessert
- ein geschlossenes Leistungskonzept vorgelegt
- Qualitätsanforderungen und Prüfprozeduren verankert

und einen maßgeblichen Beitrag geleistet für

- Bettenabbau und Enthospitalisierung
- Sinkende stationäre Verweildauer
- Steigende Zahl von behandelten Patienten (Behandlungsqualität vermindert das Stigma)
- Zunahme teilstationärer Behandlungen
- Strukturklarheit in der stationären Versorgung (Trennung der Behandlungsfälle von Nichtbehandlungsfällen bzw. sog. Pflegefällen)
- Regionalisierung durch die Koppelung der Personalausstattung nach Psych-PV an die Voll- und Pflichtversorgung und damit Integration ins Versorgungsnetz (wozu außerdem die Institutsambulanz nach §118 SGB V maßgeblich beiträgt)
- Konvergenz von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern und psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Die zentrale Qualitätsanforderung der Psych-PV ist die *regionale Pflichtversorgung für alle Patienten, insbesondere die, die so beeinträchtigt sind, dass sie die Notwendigkeit ihrer Behandlung nicht erkennen können oder die aus anderen Gründen besonders schutzbedürftig sind*. Die für sie regional zuständige Klinik muss sie jederzeit – auch als Notfall, ggf. mit gerichtlichem Beschluss – aufnehmen, unabhängig von freier Bettenkapazität. Die Wahlfreiheit der Patienten wird dadurch nicht eingeschränkt.

Die Krankenhauspsychiatrie hat gesundheitspolitische Reformanliegen (s. Spiegelunkte oben) schon umgesetzt, die die Somatik jetzt mit der DRG-Einführung erreichen will. Die Tabellen 1 und 2 im Anhang des Abschlussberichts zeigen die *enorme Leistungsverdichtung* seit Inkrafttreten der Psych-PV in den Zeitabschnitten A (1991 – 1995) und B (1991 – 2004). Die Fallzahlen stiegen 1991 – 2004 in der Erwachsenen Psychiatrie und Psychotherapie um 80% - mit Zunahme der behandelten Personen, wie wir aus den Klinik-Statistiken wissen. Gleichzeitig sank die Verweildauer um 63%, die Pflergetage gingen um 33% zurück und die „aufgestellten“ Betten um 37% – bei Zunahme der teilstationären Behandlungen, wozu es keine brauchbaren Zahlen vom Statistischen Bundesamt gibt. Dies bedeutet aber auch, dass den Patienten während der verkürzten Behandlungsdauer nur noch zeitlich geringere Behandlungsangebote gemacht werden können.

Ähnliches gilt für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Der erneute Anstieg der Pflergetage und Betten in den letzten Jahren ist Ausdruck der erheblichen Unterkapazitäten, u.a. weil durch die bessere Vernetzung mehr Familien mit behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen erreicht wurden.

Im vorgelegten Projektbericht wird die partiell unzureichende Realisierung der Personalstellen nach Psych-PV differenziert beschrieben. Die Expertengruppe hat darin auch die inzwischen

gestiegenen rechtlichen und vor allem fachlichen Anforderungen ohne entsprechende Gegenfinanzierung aufgelistet und die hieraus resultierenden, in der Literatur beschriebenen, negativen Folgen für die Patienten zusammengefasst.

Die seit 1996 zunehmende Schere zwischen Erlösen und Kosten konnte von vielen Kliniken wenigstens teilweise kompensiert werden durch Rationalisierung z.B. im Bereich Verwaltung und Service sowie durch Organisationsoptimierung und bessere Qualifizierung im therapeutischen Bereich. Prozess- und Behandlungsoptimierungen in allen Bereichen der Kliniken mindern jedoch nur teilweise die negativen Folgen für die Qualität.

Die Rationalisierungsmöglichkeiten in der Behandlung von psychisch kranken Patienten sind geringer als in der Somatik, weil die *Zeit* für Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten im therapeutischen Milieu das entscheidende Therapeutikum ist. Diese Zeit für Kommunikation kann nicht beliebig verkürzt oder komprimiert oder beschleunigt werden, sondern muss die Beeinträchtigungen der Patienten berücksichtigen.

Weil in der Psychiatrie-Psychotherapie der Personalkostenanteil viel höher ist als in der Somatik, kann bei Budgetkürzungen praktisch nur am Personal gespart werden (Verhältnis von Personalkosten zu Sachkosten 80 : 20 in den Kliniken für Erwachsene und 90 : 10 in den Kliniken für Kinder und Jugendliche).

In immer mehr Kliniken kehren Verhältnisse zurück, wie sie durch die Psych-PV ursprünglich überwunden wurden. Zur Personalausstattung nach Psych-PV fehlte im Jahr 2004 Personal im Umfang von € 250 Mio. Damit hat die Finanzierungslücke die Größenordnung der Summe erreicht, um die das therapeutische Personal zur Erreichung des Psych-PV-Standards in 5 Jahresschritten von 1991-1995 aufgestockt wurde. Die mit der Psych-PV festgesetzten Qualitätsstandards zur Versorgung der Patienten sind akut in Gefahr, das einmal erreichte Niveau der Versorgung der psychisch Kranken kann so nicht mehr gewährleistet werden.

Auf dem Hintergrund der ermittelten Unterfinanzierung treffen die aktuellen Entwicklungen die Finanzierung der Psych-PV besonders hart. Die Tarifabschlüsse im Jahr 2006 führen zu erheblichen Personalkostensteigerungen. Darüber hinaus sind Erlösminderungen im Rahmen der Gesundheitsreform ab 2007 zu erwarten:

- Pauschaler Sanierungsbeitrag
- Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung durch Abzug 1%: Der sehr geringe Anteil von nur kleinen Verträgen nach §140a-d im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie führt zur Quersubventionierung der Somatik durch die Psychiatrie
- Mehrwertsteuererhöhung 2007 führt zu erheblichen Mehrkosten incl. Medikamenten- und Therapiemittelversorgung

Immer mehr Kliniken werden in eine Personalsituation zurückgedrängt, bei der das therapeutische Personal nicht mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung hat, als vor der Psych-PV.

Die finanzielle Aushöhlung der Psych-PV macht volkswirtschaftlich keinen Sinn, da sie keine Einsparungen bewirkt. Psychische Krankheiten einschließlich Suchterkrankungen werden inzwischen als große Volkskrankheiten erkannt (WHO-Report 2001, Grünbuch der Europäischen Kommission, jährliche Berichte der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund), deren häufiger Beginn im frühen Lebensalter die gesamte Erwerbsbiographie belastet. Die

schweren Beeinträchtigungen der betroffenen Personen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (verlorene Lebensjahre, auch durch Suizid) und die volkswirtschaftlichen Verluste (berufliche Entwicklung insbesondere junger Menschen unter der Leistungsmöglichkeit, Arbeitsunfähigkeitstage, Frühberentungen) belegen „Spitzenplätze“ in entsprechenden (gesundheitsökonomischen) Studien und statistischen Berichten. Auf den explosionsartigen Anstieg von Maßregelvollzugspatienten mit enormen Kosten darf hingewiesen werden.

Die qualifizierte Versorgung für diesen Personenkreis ist deshalb aus medizinischen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Gründen von herausragender Bedeutung. Die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung trägt zur Senkung der Folgekosten bei: im ambulanten Bereich, bei Kosten von *Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit*, sowie in den Bereichen *Rehabilitation, Teilhabe und Pflege*. Bei Personen mit gleichzeitig psychischer und somatischer Krankheit führt unzureichende Behandlung der psychischen Erkrankung zu erheblich erhöhten Kosten der somatischen Erkrankung („high utilizer“). Infolge der immer noch wirksamen Stigmatisierung wird psychiatrische Krankenhausbehandlung eher zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen als zu früh und zuviel. Die Vorurteile von Heute sind auf berechnete Urteile zurückzuführen, die aus unseliger Vergangenheit stammen. Die Qualität der Behandlung ist das wirksamste Mittel zur weiteren Entstigmatisierung.

Ziel der Psychiatrie-Enquete war, die Psychiatrie und Psychotherapie der Somatik anzugleichen. Grundsätzlich ist dies in vielen Bereichen gelungen, es bleibt aber eine wichtige Besonderheit: Je schwerer krank die psychiatrischen Patienten sind, umso weniger suchen sie von sich aus die Behandlung auf und müssen ggf. gerichtlich eingewiesen werden. Im Gegensatz zum Versorgungsauftrag der somatischen Krankenhäuser hat die Psychiatrie eine gesellschaftliche Doppelfunktion: Sie soll einerseits die Gesellschaft vor psychisch Kranken schützen (und evtl. diese vor sich selbst) und gleichzeitig durch die Behandlung Ausgrenzung verhindern. Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen durch angemessene Behandlung gerechtfertigt werden. Deshalb sind die schwer psychisch kranken Menschen auf den besonderen Schutz des Staates angewiesen (vgl. z. B. § 27 SGB V sowie die Entschließung des Bundestages „25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung“ Drucksache 14/9555 vom 26.06.2002).

Direkte Konsequenzen aus der Umfrage¹

Die Psych-PV wurde aus gutem Grund als Garantie der Strukturqualität 'Personalausstattung' geschaffen. Diese Garantie wird durch eine andere Rechtsverordnung, die Bundespflegesatzverordnung, seit 10 Jahren zunehmend ausgehöhlt. Die Glaubwürdigkeit des Verordnungsgebers wird damit in Frage gestellt. Die folgenden Konsequenzen sind notwendig zur Stabilisierung der Finanzierung der Personalstellen gemäß Psych-PV bis zu einer besseren Lösung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungssystems.

1. Sofortmaßnahme: Weiteres Aufgehen der Schere zwischen Kosten und Erlösen verhindern

1a. Anpassung der Berichtigungsrate in der BPfIV §§ 6 Abs. 2 und 15 Abs.1: Die Tarifentwicklung eines Budgetjahres (nicht der Vergangenheit) wird angemessen ausgeglichen. Tarifbedingte Personalaufwendungen sind im Budget zu berücksichtigen.

1b. Der Versorgungsvertrag (§ 6 Abs.2 Satz 1) ist als nicht erfüllbar anzusehen, wenn die zentralen Qualitätsanforderungen der Psych-PV nicht mehr realisiert werden können, z. B. deutliche Unterschreitung der Soll-Werte für mit Patienten unmittelbar verbrachte Zeit, oder bei

¹ Bei Enthaltung des Vertreters der Krankenkassen

einer nach Sicherheits- und Aufsichts-Erfordernissen nicht verantwortbaren Rückkehr zu größeren Stationen für Kinder und Jugendliche

2. Verbesserung der Finanzierung von vereinbarten Psych-PV-Stellen

Einsparungen durch die Umwandlung von Klinik-Betten in tagesklinische Plätze sowie andere Struktur- und Prozessverbesserungen müssen der Klinik verbleiben zur Verbesserung der Psych-PV-Erfüllung. Dies ist zugleich ein finanzieller Anreiz für die Klinik, Betten in tagesklinische Plätze umzuwandeln. Bisher ist die Umwandlung betriebswirtschaftlich kontraindiziert.

3. Zunahme der Fallzahlen als Ausnahmetatbestand berücksichtigen

Dies ist zwar in BPfIV § 6 Abs.1, Satz 4, Nr.1 vorgesehen, kann jedoch nicht vor die Schiedsstelle gebracht werden. Das kann erreicht werden, indem in BPfIV § 19 Abs. 3 wegfällt: „§ 6 Abs. 1, Satz 4, Nr. 1“.

4. Quersubventionierung zu Lasten der Personalstellen gemäß Psych-PV verhindern

Nach BPfIV § 6 Abs. 1, Satz 4, Nr.4 ist „sicherzustellen, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird“. Diese Regelung greift nicht, weil gesetzliche Anforderungen und die gesetzliche Regelung ihrer Finanzierung nicht aufeinander abgestimmt sind; sie ist ein Grund für die „Intransparenz“ der Stellenbesetzung. Zwischen den Personalstellen nach Psych-PV (sowie der Finanzierung anderer gesetzlich vorgegebener aber nicht Psych-PV-geregelter Stellen) und ihrer Finanzierung nach BPfIV besteht keine wirksame Verbindung. Die Anforderung „sicherzustellen“, muss praktisch umsetzbar geregelt werden. Im Budgetabschluss aller Kliniken könnte ausgewiesen werden, wie viele der vereinbarten Psych-PV-Stellen unter dem „Deckel“ tatsächlich finanziert sind.

Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) ist ein separates Budget zu vereinbaren.

5. BPfIV präzisieren: Neugestaltung des Formblattes L2 LKA BPfIV

Verhandlungen über zu vereinbarende und IST-Personalkosten setzen einheitliche Definitionen und Zuordnungen voraus. Die Umfrage zeigte, dass nicht selten Angaben nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten: Z. B.: Der VK-Wert „Ärzte (nur Regeldienst)“ war falsch zu hoch, weil auch VK für Ambulanz, Poliklinik, Konsile, Forschung und Lehre, Bereitschaftsdienst darin enthalten waren und auch auf Nachfrage nicht ausgegliedert werden konnten, oder aus dem Regeldienst Bereitschaftsdienst erbracht wurde mit Freizeitabgeltung ohne entsprechende Erhöhung der Arzt-Stellen. Krankenpflege: Angaben zu VK Regeldienst enthielten manchmal auch Bereitschaftsdienst oder sogar Nachtwachen. Bereitschaftsdienste wurden manchmal nicht als VK ausgewiesen, sondern in die Personaldurchschnittskosten eingerechnet.

Der „Medizinisch-technische Dienst“ enthält auch Nicht-Psych-PV-Berufsgruppen. Alle Psych-PV-Berufsgruppen sind als separate Berufsgruppen aufzuführen (separate Spalten im Blatt L2 für Psych-PV-Personal sowie anderes Personal).

6. Rechtsweg zur Durchsetzung der Psych-PV beschleunigen

Die gerichtliche Durchsetzung von Psych-PV-Ansprüchen ist auf eine vertretbare Zeit zu verkürzen. Denn der Instanzenweg Schiedsstelle – Verwaltungsgerichte dauert viele Jahre, wodurch der Träger in ein Dilemma kommt: Die Klinik, die die geforderten Stellen vorfinanziert, riskiert ihren Ruin; verzichtet die Klinik auf die Vorfinanzierung, liefert sie den „Beweis“, dass die Stellen nicht notwendig waren.

7. Reduzierung des Misstrauensaufwandes

Dies ist notwendig, damit den Therapeuten mehr Zeit für die Patienten bleibt und die Kassen Verwaltungskosten einsparen können. Insbesondere massenweise retrospektive Einzelfallprüfungen unter Anwendung von nach Kassenart unterschiedlichen oder nicht transparenten Kriterien binden erhebliche Personalkapazitäten auf beiden Seiten.

Ziel: Auf retrospektive Einzelfallprüfungen wird verzichtet, wenn die Behandlung nach vom MDK akzeptierten Behandlungskonzepten der Klinik erfolgt und diesen zugeordnete statistische Kennwerte für die jeweilige Fallgruppe im vereinbarten Korridor liegen (z. B. aus der BADO). Solange die Kennwerte nicht überschritten werden, finden Einzelfall-Prüfungen nicht statt.

Eine *prospektive* Einzelfallprüfung kann ggf. bei seltenen besonders aufwändigen Einzelfällen („Ausreißer“) erfolgen, wenn definierte Kriterien, z. B. Verweildauer oder Behandlungstage pro Jahr, überschritten werden.

Der fortschreitende finanzielle Erosionsprozess der Psych-PV-Personalstellen muss angehalten und umgekehrt werden, um zu gegebener Zeit die Psych-PV sowie die Finanzierung der Personalstellen durch die BPfIV gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz fortentwickeln zu können.

Eine einfache Problemlösung durch den „Anschluss“ der krankenhauspsychiatrie an die DRG-Finanzierung gibt es nicht. Weltweit existiert kein funktionierendes Finanzierungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, das von einem Diagnose-orientierten Leistungsbezug und Fall-bezogener Abrechnung ausgeht.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. H. Kunze
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. P.-O. Schmidt-Michel
Vorstand

Anlage: Evaluation der Psych-PV. Abschlussbericht zur Psych-PV Umfrage 2005