



DGPPN Hauptgeschäftsstelle · Reinhardtstraße 14 · 10117 Berlin

Berlin, 18.11.2008

Frau
Dr. M. Bunge, MdB
Vorsitzende
Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Paul-Löbe-Haus
Konrad-Adenauer-Str. 1
11011 Berlin

Fax 030 227-3 67 05
christine.sistig@bundestag.de

**Stellungnahme der DGPPN zum Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes – KHRG
Anhörung am 24.11.2008, 11:00-13:30 Uhr**

Sehr geehrte Frau Doktor Bunge,

die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als wissenschaftliche Fachgesellschaft mit aktuell etwa 4400 Mitgliedern, die überwiegend in stationären Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind, nimmt im Folgenden zu o.g. Gesetzentwurf Stellung, soweit Belange des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie (§ 17d KHG und BPfIV) betroffen sind.

Die von der Aktion Psychisch Kranke – nicht, wie die amtliche Begründung suggerieren könnte, aus eigener Kompetenz, sondern im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – durchgeführte Erhebung hat objektiviert, dass die tatsächliche Personalausstattung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene ebenso wie für Kinder und Jugendliche die als Mindeststandard zu verstehenden Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erheblich unterschreitet. Beispielsweise in den Einrichtungen für Erwachsene lag im Jahr 2004 der Personalerfüllungsgrad durchschnittlich nur bei 90%. Schlimmer noch: 25% der Einrichtungen (29% der Behandlungsplätze) verfügten über weniger als 85% des vorgeschriebenen Personals. Es wäre wünschenswert, dass die amtliche Begründung zumindest cursorisch die Ergebnisse des Abschlußberichtes der Aktion Psychisch Kranke zitieren würde, auch damit Abgeordneten und Öffentlichkeit deutlich wird, dass in psychiatrischen Einrichtungen die durch die BPfIV striktere (als im KHEntG für somatische Einrichtungen) Kopplung der

**Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie
und Nervenheilkunde**

Präsident

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
Geschäftsstelle des Präsidenten
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
Rheinische Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstraße 2 Tel.: 0211/922-2000
40629 Düsseldorf Fax 0211/922-2020
Email: wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

Präsident Elect, Fachreferate DGPPN

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen
Tel.: 0241/808-9633 Fax: 0241/808-2401
Email: fschneider@ukaachen.de

Past President, Aus-, Fort- und Weiterbildung, CME

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck
Tel.: 0451/500-2440 Fax: 0451/500-2603
Email: Fritz.Hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

Schriftführer

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Zielasek, Düsseldorf
Tel.: 0211/922-2019 Fax: 0211/922-2020
Email: juergen.zielasek@ivr.de

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg
Tel.: 03445/72-1800 Fax: 03445/72-1802
Email: dgppnkasse@t-online.de

Publikationen

Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer, Freiburg
Tel.: 0761/270-6603 Fax: 0761/270-6523
Email: ulrich.voderholzer@uniklinik-freiburg.de

Öffentlichkeitsarbeit

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen
Tel.: 0551/39-6601 Fax: 0551/39-2798
Email: pfalkai@gwdg.de

Kongresse

Prof. Dr. med. Max Schmauß, Augsburg
Tel.: 0821/480-3101 Fax: 0821/480-3109
Email: m.schmauss@bkh-augsburg.de

Neurobiologische Forschung

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn
Tel.: 0228/287-15722 Fax: 0228/287-16097
Email: Wolfgang.Maier@uni-bonn.de

Psychotherapieforschung

Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg
Tel.: 0761/270-6506 Fax: 0761/270-6523
Email: mathias.berger@uniklinik-freiburg.de

Sozialpsychiatrie, Versorgungsforschung

Prof. Dr. med. Thomas Becker, Günzburg/Ulm
Tel.: 08221/96-2001 Fax: 08221/96-2400
Email: t.becker@bkh-guenzburg.de

Lehrstuhlinhaber Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Josef Aldenhoff, Kiel
Tel.: 0431/597-2550 Fax: 0431/597-2568
Email: aldenhoff@psychiatry.uni-kiel.de

Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee
Tel.: 030/92790-234 Fax: 030/92790-702
Email: I.Hauth@alexius.de

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Karl H. Beine, Hamm
Tel.: 02381/18-2525 Fax: 02381/18-2527
Email: karl-h.beine@marienhospital-hamm.de

Berufsverband BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Tel.: 0241/36330 Fax: 0241/404972
Email: Bergmann@BVDN-NORDRHEIN.de

Berufsverband BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Tel.: 02632/96400 Fax: 02632/964096
Email: DGPPN@Dr-Roth-Sackenheim.de

Gesundheitspolitischer Sprecher

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze, Pulheim
Tel.: 0173/5123250 Fax: 02238/54781
Email: juergen.fritze@dgn.de

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler, Berlin-Mitte

DGPPN Hauptgeschäftsstelle Berlin-Mitte
Reinhardtstraße 14 Tel.: 030-2809 6602
10117 Berlin Fax: 030-2809 3816
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
Internet: www.dgppn.de

Hypovereinsbank München (BLZ 700202 70) Konto: 509 511
VR 10674, Amtsgericht München

Krankenhausaufgaben an die Entwicklung der Grundlohnsumme seit Jahren den in der Psych-PV definierten Willen des Gesetzgebers aushebelt.

Die mangelnde Personalausstattung ist Folge einer stetig zunehmenden Unterfinanzierung, insofern als gemäß BPfIV Tarifierhöhungen sinngemäß nur optional und nur um ein Drittel des Unterschieds gegenüber der Grundlohnsummensteigerung budgetwirksam zu berücksichtigen und Änderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen nicht schiedsstellenfähig sind.

Es ist zu begrüßen, daß der Gesetzentwurf die Unterfinanzierung grundsätzlich zumindest lindern und damit die Unvereinbarkeit zweier gesetzlicher Vorgaben – Psych-PV und BPfIV – korrigieren will. Nur bezüglich dieser Unterfinanzierung besteht objektiver gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Dabei ist nicht selbstverständlich davon auszugehen, nur die Defizite bei der Erfüllung der Personalausstattung seien zu beheben. Die Psych-PV stammt aus dem Jahr 1991. Seither haben sich die Versorgungsstandards des Gebietes Psychiatrie und Psychotherapie beachtlich weiterentwickelt. Daraus resultiert zusätzlicher Bedarf an spezifisch qualifiziertem Personal. Weiterer Personalbedarf resultiert u.a. aus erheblichem gewachsenem Dokumentationsaufwand.

Entsprechend müssen im Rahmen der geplanten Entwicklungsaufgaben gemäß § 17d KHG die Vorgaben der Psych-PV zur Personalbemessung einer sorgfältigen, wissenschaftlich fundierten Überprüfung unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz unterzogen werden (die Richtwerte der Psych-PV basieren allein auf dem Expertenwissen aus den Jahren vor 1991).

Bezüglich der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik besteht kein objektiver gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Jedenfalls ist dem Gesetzentwurf und der amtlichen Begründung keine objektive Notwendigkeit zu entnehmen. Im Gegenteil wird – was hier ausdrücklich begrüßt wird – anerkannt, daß die Gründe, die zum Ausschluß dieser Einrichtungen von der Einführung des DRG-Systems und zur Beibehaltung des Systems tagesgleicher Pflegesätze führten, unverändert fortgelten.

Allerdings gibt es tatsächlich einen bedeutsamen Grund, den gebotenen Personalbedarf (gemäß Psych-PV) nicht weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze als Abschläge auf das Jahresbudget zu finanzieren. Dieser Grund wird in der enormen Variabilität des Erfüllungsgrades der Psych-PV zwischen den Einrichtungen transparent. Diese Variabilität kann kein medizinisches Rationale haben (sondern hat schlicht historische Wurzeln). Die Variabilität ist mit der berechtigten gesetzlichen Vorgabe einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung (§ 70 SGB V) nicht vereinbar.

Das im Gesetzentwurf vorgeschlagene System von nach eindeutigen, objektiven Patientenmerkmalen differenzierten Tagespauschalen, die sich aus Bewertungsrelationen und einem bundesweit einheitlichen Basistageswert ergeben, erscheint grundsätzlich geeignet, diesen Mangel abzustellen. Es sei betont: Es muß sich um Tagespauschalen handeln und es muß sicher sein, daß den Partnern der mit der Entwicklung eines solchen Systems beauftragten Selbstverwaltung damit nicht das Tor zur Einführung von Fallpauschalen geöffnet wird.

Es muß insbesondere klar sein, daß die Selbstverwaltung den Prüfauftrag, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können, nicht als Tor zur Einführung von Fallpauschalen mißversteht. Deshalb sollte geprüft werden, ob im Gesetz nicht konkretisiert werden sollte, dass sich der Prüfauftrag auf spezifische Behandlungsprogramme beschränkt, deren Dauer nicht vom Erreichen eines definierbaren Behandlungserfolges abhängt.

In den letzten Jahren wird die ärztliche Arbeitszeit in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie zunehmend und inzwischen unerträglich von Auseinandersetzungen mit Kostenträgern und medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Frage der medizinischen Notwendigkeit – ggf. weiterer - voll- bzw. teilstationärer Behandlung absorbiert. Das vom Gesetzentwurf vorgesehene neue Entgeltsystem würde hieran nichts ändern.

Deshalb sollte geprüft werden, ob das Gesetz der Selbstverwaltung nicht ergänzend aufgeben sollte, im Rahmen der Systementwicklung Mechanismen zu entwickeln, mit deren Hilfe sich diese Rechtfertigungsaufwände zumindest mindern lassen. Damit würde auch der allgemeinen, berechtigten Forderung nach Entbürokratisierung entsprochen. Dies wäre auch deshalb geboten, weil die Anwendung des neuen Entgeltsystems mit zusätzlichen Bürokratieaufwänden verbunden sein wird.

Der Prüfauftrag, inwieweit auch vom Krankenhaus ambulant zu erbringende Leistungen einbezogen werden können, ist grundsätzlich willkommen und entspricht den Wünschen der Bundesländer nach der Möglichkeit sektorübergreifender Versorgung. Wenn der Gesetzentwurf aber vorsieht, als Grundlage der Prüfung die derzeitigen Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch heranzuziehen, so muß zumindest klar sein, dass diese Leistungen derzeit überwiegend nicht geeignet sind, Flexibilisierungsmöglichkeiten der Versorgung widerzuspiegeln.

Die dem DRG-System entlehnten ergänzenden Entgeltformen (Zusatzentgelte) und Sonderregelungen wie z.B. das Konstrukt der besonderen Einrichtung sind sachgerecht.

Der Gesetzentwurf sieht zurecht vor, dass das neue Entgeltsystem zumindest grundsätzlich für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie wie der Psychosomatik und Psychotherapie gleichermaßen entwickelt werden und gelten soll. Diese Vorgabe ist jedenfalls so lange unverzichtbar, wie objektive, den Nutzern der Einrichtungen transparente Kriterien, unter welchen Bedingungen welcher der beiden Einrichtungstypen für die Versorgung ihrer Krankheit zuständig ist, fehlen.

Der Gesetzentwurf schreibt vor, bei der Entwicklung des Patientenklassifikationssystems sei grundsätzlich von den bestehenden Behandlungsbereichen der Psych-PV auszugehen. Dem Gesetzentwurf ist nicht explizit zu entnehmen, inwieweit die gültigen Operationalisierungen der Behandlungsbereiche fortzuentwickeln sein sollen. Die amtliche Begründung setzt sich nicht mit der Frage auseinander, inwieweit die gültigen Operationalisierungen der Behandlungsbereiche der Psych-PV geeignet sind, künftig dann Patienten eindeutig einem Behandlungsbereich (grundsätzlich für jeden Pflgetag!) zuzuordnen. Das ist sehr zweifelhaft. Falls also die Operationalisierungen nicht erheblich geschärft werden, wird ein enormes Streitpotential zwischen Krankenhaus und Kostenträgern generiert. Es wäre also zu prüfen, ob hier im Gesetz Konkretisierungen angezeigt sind.

Der Gesetzentwurf schreibt vor, nur diejenigen Einrichtungen, die bereits derzeit die Psych-PV anwenden, sollen auch im Rahmen der Entwicklung des neuen Systems inklusive der Kostenkalkulationen die Psych-PV anwenden. Damit wird eine unbekannte Zahl psychosomatischer Einrichtungen von dieser Dokumentationspflicht ausgenommen. Der Gesetzentwurf läßt offen, wie dennoch erreicht werden soll, dass das neue Entgeltsystem zumindest grundsätzlich zur Abbildung der Leistungen von Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie wie der Psychosomatik und Psychotherapie gleichermaßen geeignet ist. Es wäre also zu prüfen, ob auch hier im Gesetz Konkretisierungen angezeigt sind.

Die zunächst budgetneutrale Einführung des Systems im Jahr 2013 ist grundsätzlich sachgerecht. Es ist aber nicht nachvollziehbar, warum den Krankenhäusern und Abteilungen nicht – analog zur Einführung des DRG-Systems in der Somatik – zunächst für ein Jahr der nur optionale Einstieg in das neue System ermöglicht werden soll. Das würde auch den IT-

Anbietern erleichtern, die – abweichend von der amtlichen Begründung – insgesamt knapp 400 Einrichtungen (rund 200 Fachkliniken und 200 Abteilungen) mit den notwendigen EDV-Systemen inklusive Software auszustatten. Das würde auch die Risiken etwaiger Softwarefehler mindern.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems wird von den Einrichtungen erhebliche Investitionen in IT wie auch zusätzliches Personal verlangen. Der Gesetzentwurf läßt offen, wie die Einrichtungen diesen Investitionsbedarf bewältigen sollen.

Es ist nicht nachzuvollziehen, warum den somatischen Einrichtungen eine – dreijährige, letztlich durch Kappingsregelungen fünfjährige - Konvergenzphase mit schonendem, schrittweisem Übergang von Budgetneutralität zur vollen Budgetrelevanz gewährt wurde, im grundsätzlich analogen Prozeß der Einführung eines neuen Entgeltsystems für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik und Psychotherapie eine solche Konvergenzphase aber gesonderter Gesetzgebung vorbehalten bleiben soll. Es wäre also zu prüfen, ob im Gesetz Konkretisierungen auch bezüglich einer Konvergenzphase angezeigt sind.

Es ist zwar politisch verständlich, daß der Gesetzentwurf neben der Bundesärztekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auch der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Selbstverwaltung geben will, soweit psychotherapeutische Fragen betroffen sind. Sachlich geboten erscheint dies allerdings nicht, denn die gesamte Behandlung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie wie auch Psychosomatik und Psychotherapie wird ausschließlich ärztlich verantwortet.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen, sehr weitgehenden Ermächtigungen des Bundesministeriums für Gesundheit zu Ersatzvornahmen und Eingriffen in das Handeln der Selbstverwaltung sind zwar „historisch“ verständlich, dürfen aber keinesfalls dazu führen, daß die Einrichtungen und Patienten am Ende mit nicht zu bewältigenden Systemvorgaben konfrontiert werden.

Das neue Entgeltsystem nach § 17d KHG wird die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ersetzen. Die Psych-PV sieht in § 3 (Grundsätze) Absatz 1 vor, die Minutenwerte seien „unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags angemessen zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat“. Es sollte geprüft werden, ob eine solche Vorschrift zum Schutz von Einrichtungen, die sich verpflichten, die regionale Versorgung umfassend zu gewährleisten (also keine Patienten z.B. aus Gründen der Überbelegung abzuweisen), in das Gesetz übernommen werden sollte.

Die in Artikel 4 Nummer 2 (§ 6 Abs. 2 BPfIV) vorgesehene Erhöhung der bisherigen Berücksichtigungsquote für Tarifierhöhungen bei den Personalkosten oberhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V von 33 Prozent auf eine Quote von 40 Prozent ist willkürlich gegriffen. Sie löst nicht das Problem, dass Tarifierhöhungen eine angemessene Personalausstattung gefährden. Jedenfalls sollte die Höhe der Quote geprüft werden.

Über diese Hinweise hinaus besteht unbedingter Änderungsbedarf am Gesetzentwurf zu zwei Punkten, zu denen hier konkrete Vorschläge vorgelegt werden:

In Artikel 1 Nummer 5 werden in § 17d Absatz 8 die Sätze 2 bis 4 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 schreiben dazu bis 30. Juni 2009 Forschungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, die Durchführung dieser Forschung zu koordinieren. Die Forschung soll die von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen

Vereinigungen nach § 303e Abs. 2 SGB V sowie die von der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 145 SGB VI i.V.m. § 148 SGB VI übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten sowie die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes und die Daten der Institution nach § 137a SGB V auswerten und dabei die regionalen ambulanten und stationären Versorgungsangebote einbeziehen. §§ 303c bis 303f SGB V gelten entsprechend. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen, die einschlägigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die Berufsverbände der Ärzte und Pflegeberufe sind zu beteiligen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2010 und danach jährlich zu veröffentlichen.“

Begründung:

Die Versorgungsrealität psychisch Kranker ist von Unterversorgung wie auch Über- und Fehlversorgung, insbesondere aber – soweit beurteilbar - ungleichmäßiger Versorgung geprägt. Dies hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur Frage der Über-, Unter- und Fehlversorgung (2000/2001) insbesondere und exemplarisch für die Depression dargelegt, und dabei auf den weitgehenden Datenmangel hingewiesen. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat ihre Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren im Auftrag der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz) 2002 auf eine mühevollen Umfrage stützen müssen. Diesen Datenmangel beklagt auch die AOLG im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003) in ihrem jüngsten (2007) Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“. Um zumindest näherungsweise einen Eindruck über den Grad der Erfüllung der Personalbemessung gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in stationären psychiatrischen Einrichtungen gewinnen zu können, mußte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mangels belastbarer Daten im Januar 2005 eine Umfrage in Auftrag geben, deren Ergebnisse erst im Sommer 2007 vorgelegt werden konnten.

Vor dem Hintergrund der weitgehenden Intransparenz der Versorgung hat das GKV-Modernisierungsgesetz (2003) die Krankenkassen verpflichtet (§ 303a SGB V), eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz zu bilden, um mit Hilfe einer Datenaufbereitungsstelle (§ 303d SGB V) diese Daten den in § 303f genannten Stakeholdern nutzbar zu machen, u.a. um dem Datenmangel bei der Gesundheitsberichterstattung abzuhelpfen. Die Umsetzung der Vorgaben nach §§ 303a ff SGB V ist nicht erkennbar.

Die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf die Versorgung psychisch kranker Menschen sind nur zu erkennen und ggf. Gegenmaßnahmen zu ergreifen, wenn zuvor für die aktuelle Versorgung zumindest psychisch kranker Menschen Transparenz geschaffen und damit die Absicht der §§ 303a ff SGB V umgesetzt wird. Nur so läßt sich vermeiden, dass sich die Mängel der Begleitforschung zur Einführung des DRG-Systems bei der Einführung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wiederholen.

In Artikel 4 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe bbb wird in § 6 BPfIV Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 wie folgt formuliert:

(Der Gesamtbetrag darf den um die maßgebliche Rate veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die folgenden Tatbestände dies erforderlich machen:

...)

„4. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird; soweit die Vorgaben

bis zum 31. Dezember 2008 nicht vollständig umgesetzt wurden, ist ab dem 1. Januar 2009 für diese Stellen eine Umsetzung zu 100 Prozent zu vereinbaren,“

Begründung:

Würde – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – die Umsetzung der Psych-PV auf 90% begrenzt, so würde für alle psychiatrischen stationären Einrichtungen, die derzeit über weniger als 100% des Personalsolls gemäß Psych-PV verfügen, eine Personalausstattung von nur 90% festgeschrieben. Davon würden zwar Einrichtungen, die derzeit einen Personalbestand unter 90% haben, profitieren, Einrichtungen, die mehr als 90% des Solls haben, müßten aber Personal abgeben, es sei denn - und das wäre bizarr - die Einrichtung verfügt über 100% oder mehr. Ignoriert man diese sicher nicht beabsichtigte Konsequenz, so würde jedenfalls der Personalanspruch letztlich auf 90% des Solls gemäß Psych-PV festgeschrieben, also ein Soll-Personalbestand dauerhaft unterschritten, der bereits 1991 als Mindeststandard definiert worden war. Angesichts des Fortschritts in der Psychiatrie und seit 1991 massiv gewachsener zusätzlicher - insbesondere bürokratischer - Aufgaben ist heutzutage aber von einem höheren - statt geringeren - Personalbedarf als im Jahr 1991 auszugehen. Es gibt also keinen rationalen Grund, auf 90% zurückzufallen, im Gegenteil. Der Personalmangel, wie er in der Evaluation der Daten des Jahres 2004 durch die Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des BMG festgestellt wurde, hat als einen der Kollateralschäden den relativen Anteil der Arbeitszeit zu Ungunsten therapeutischer Arbeit am Patienten und zugunsten bürokratischer Akte verschoben. Würde dies mit dem jetzigen Gesetzentwurf festgeschrieben, so würde sich das auch auf die Kalkulation der Bewertungsrelationen der gemäß § 17d KHG (KHRG) zu entwickelnden Tagespauschalen "therapiefeindlich" auswirken. Schließlich ergäbe sich im Rahmen der Fallkostenkalkulation durch das DRG-Institut eine falsch niedrige sog. Bezugsgröße, woraus ein falsch niedriger Basistageswert des einzelnen Krankenhauses im Jahr der budgetneutralen Einführung resultieren würde. Als Voraussetzung für den Einstieg in ein neues Entgeltsystem muss den psychiatrischen stationären Einrichtungen die Möglichkeit eröffnet werden, die Kriterien der Psych-PV wieder voll zu erfüllen, ansonsten würde die unzureichende Personalausstattung dauerhaft festgeschrieben. Dies gilt desto mehr, als die in Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d in § 4 Abs. 10 KHEntgG vorgesehene finanzielle Förderung bei Neueinstellung von zusätzlichem Pflegepersonal für die psychiatrischen Einrichtungen nicht gilt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. W. Gaebel
Präsident