

# Große Koalition rückt von Fallpauschalen in der stationären Psychiatrie ab

Eigentlich sollte die Finanzierung in psychiatrischen Kliniken ab 2017 endgültig anhand tagesbezogener Fallpauschalen erfolgen. Nach massiver Kritik von Psychiatern und Fachgesellschaften hat Schwarz-Rot das Ruder nun herumgerissen.

von Bülent Erdogan

**E**in knappes Jahr vor der nächsten Stufe der Finanzierungsreform in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik hat die Große Koalition die Notbremse gezogen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die Gesundheitspolitiker von CDU/CSU und SPD einigten sich mit Vertretern der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik sowie der Selbstverwaltung im Februar auf gemeinsame Eckpunkte zur Weiterentwicklung zur Finanzierung der stationären Psychiatrie. Sie sollen noch im laufenden Jahr gesetzlich umgesetzt werden.

## Optionsphase läuft aus

Eigentlich sollte ab dem kommenden Jahr das Pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik, kurz PEPP, scharf geschaltet werden (*wir berichteten*). Seit 2013 können Kliniken, die für das Modell optieren, mittels PEPP abrechnen. Der PEPP-Katalog 2016 umfasst derzeit 37 Hauptdiagnosen, beim Start der Optionsphase im Jahr 2013 waren es 25. PEPP sollte die Abkehr von diagnoseunabhängigen, tagesgleichen Pflegesätzen in der Psychiatrie auf der Basis krankenhaushausindividueller Budgets markieren. 2015 lag der Tagespflegesatz in Nordrhein bei 245 Euro. Auf einer Sitzung ihrer Bundestagsfraktion hatte die SPD dem Vergütungsmodell im Januar die Unterstützung entzogen.

Die nun vereinbarten Eckpunkte sehen im Detail folgende Regelungen vor:

- **Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung (Hometreatment):**  
Die Versorgungsstrukturen werden weiterentwickelt. Dazu wird eine kom-



*Arzt im Gespräch mit einem Patienten: Eigentlich sollte ab dem kommenden Jahr in der stationären Versorgung das Pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik, kurz PEPP, scharf geschaltet werden. Nun bleibt es bei individuell ausgehandelten Klinikbudgets.*

*Foto: Ofo\_Images/istockphoto.com*

plexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten und Patientinnen – das sogenannte Hometreatment ermöglicht. Zielgruppe des neuen stationären Behandlungsangebotes sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen. Für diese Patienten soll die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht werden. Diese Leistungen sind im Rahmen der Krankenhausvergütung zu erstatten. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung soll damit nicht verbunden sein. Das System der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) bleibt unberührt.

- **Ausgestaltung als Budgetsystem:**

Zur Neuausrichtung des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik werden die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt, indem sie unter Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten, beispielsweise regionale Versorgungsverpflichtung, bedarfs- und leistungsgerechte Budgets vereinbaren. Die bislang vorgesehene Angleichung der krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte an ein einheitliches Niveau auf Landesebene wird nicht weiter verfolgt.

- **Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen:**

Zur „Herstellung von Transparenz und Leistungsgerechtigkeit“ erfolgt die Kal-

kulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen weiterhin gestützt auf empirische Daten. Perspektivisch soll die Kalkulation insbesondere auf vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) festzulegenden Qualitätsvorgaben basieren.

- **Verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung:**

Um „eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, werden verbindliche, auf Leitlinien gestützte Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen eingeführt“. Der GBA wird beauftragt, die Mindestvorgaben in seiner Qualitätsrichtlinie festzulegen. Bei der Festlegung hat der GBA die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen. Er hat dabei insbesondere den in Leitlinien abgebildeten medizinischen Kenntnisstand angemessen zu berücksichtigen.

- **Krankenhausvergleiche sollen Transparenz schaffen:**

Vergleiche sollen den Vertragsparteien in den Verhandlungen vor Ort die erforderliche Orientierung ermöglichen, um zu ermitteln, welche Preisunterschiede auf strukturelle Besonderheiten einer Klinik in einer Region zurückgehen. Damit will die Koalition flexibel „Gleiches gleich und Ungleiches ungleich“ vergüten lassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden mit der Entwicklung des Krankenhausvergleichs beauftragt.

## ■ Einführungsphase des neuen Entgeltsystems:

Die Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Psych-Entgeltsystem erfolgt im Jahr 2016. Die Kliniken sollen das System unter budgetneutralen Bedingungen möglichst schon ab 2017 anwenden.

Zu den entschiedensten Kritikern von PEPP gehörte in NRW der Landschaftsverband Rheinland (LVR), der neun psychiatrische Kliniken betreibt. „Das diagnoseorientierte neue Vergütungssystem gefährdet die bisherige Qualität der psychiatrischen Versorgung. Anders als eine Blinddarmoperation oder ein gebrochener Arm, erfordern psychiatrische Erkrankungen oftmals intensive Therapien über längere Zeiträume“, sagte Ende Januar auf einem Symposium des LVR in Köln dessen Klinik-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski. Das PEPP-Entgeltsystem belohne jedoch kurze Verweildauern und setze damit Fehlanreize zulasten psychisch schwer kranker Menschen.

„Endlich sind die festen, diagnosebezogenen Tagesentgelte, auf denen das PEPP-System basiert hätte, kein Thema mehr“, zeigte sich der designierte Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Professor Dr. Arno Deister, nach der Entscheidung Berlins hoch erfreut. Wie Deister begrüßte auch die amtierende DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth den Plan, Versorgung künftig regelhaft sektorenübergreifend zu ermöglichen: „Die angespannte Versorgungslage macht die Entwicklung solcher settingübergreifender Versorgungsansätze unverzichtbar. Dass dabei nun Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ins Zentrum rücken und eine Flexibilisierung der Versorgungsangebote der Kliniken möglich wird, ist begrüßenswert. Die geplante ‚Krankenhausbehandlung ohne Bett‘ mit multiprofessionellen Teams, welche die Patienten in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchen, stellt eine wichtige Ergänzung der bisherigen Versorgungsstrukturen dar. Wichtig ist auch hier, dass von Beginn an die richtigen Parameter gesetzt werden“, kommentierte sie das Ergebnis des vom Bundesgesundheitsminister im April 2015 nach massiven Protesten eingeläuteten Dialogprozesses.

Im Oktober hatten 17 psychiatrische Fachverbände einen Alternativvorschlag

zu PEPP vorgelegt: Auf der Grundlage „bundeseinheitlicher struktureller Kriterien“ sollen demnach weiterhin, wie nun vorgesehen, krankenhausespezifische Budgets durch die Verhandlungspartner auf der Ortsebene vereinbart werden. Als wesentliche Strukturen nennen die Autoren die „erforderliche personelle Ausstattung, die milieuthérapeutischen Erfordernisse und besondere krankenhausespezifische Strukturkriterien für Basiskosten und für besondere Aufgaben (beispielsweise Gemeindennähe, Dezentralität, spezialisierte Aufgaben) und Pflichtversorgung“. Die Abrechnung soll „patientenbezogen auf der Basis der Behandlungstage im Sinne von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget“ erfolgen, und zwar auf der Grundlage von bundeseinheitlich definierten, tagesbezogenen Entgelten mit einheitlich vorgegebenen Bewertungsregulationen.

## Modellprojekt in Düsseldorf

Kurz vor dem Start steht derweil ein Modellprojekt zu einer integrierten Ver-

sorgung von Menschen mit Schizophrenie zwischen der AOK und dem LVR-Klinikum Düsseldorf (*wir berichteten*). Deren Ärztlicher Direktor Professor Dr. Wolfgang Gabel stellte das Modell in Köln vor. In einem ersten Schritt sollen im Rahmen eines Vertrags nach § 64b SGB V die stationären und teilstationären Budgets sowie die Budgets der Psychiatrischen Institutsambulanzen des Düsseldorfer Klinikums zu einem Versorgungsbudget zusammengefasst werden.

An einem zentralen Ort in Düsseldorf sollen sich Patienten an ein (Behandlungs-/Steuerungs-/Koordinations-)Zentrum für psychische Gesundheit wenden können. Weitere Partner (und Finanzquellen) des Modells könnten zu einem späteren Zeitpunkt der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Düsseldorf und schließlich niedergelassene Psychiater und psychosomatisch tätige Ärzte sein. Darüber hinaus ist eines Tages auch die Integration von Leistungen des LVR im Bereich des Betreuten Wohnens vorgesehen.

Als Abrechnungseinheiten sollen Basismodule, die zum Beispiel die allgemeinen Kosten erfassen, und (evidenz-beziehungsweise leitlinienbasierte) Diagnostik- und Behandlungsmodule zum Einsatz kommen. Langfristiges Ziel des LVR-Versorgungsmodells ist, dass der Patient im Therapieverlauf künftig ohne administrativ oder zeitlich bedingte Versorgungsbrüche zwischen den Sektoren hin und her wechseln kann, um alle notwendigen Leistungen zu erhalten.

Nicht notwendig verbunden mit dem vorgestellten Versorgungsmodell ist aus Sicht des LVR indes die von AOK-Managern geäußerte Hoffnung, dass künftig weniger Menschen eine vergleichsweise teure stationäre Therapie in Anspruch nehmen müssen. Stefan Thewes, Fachbereichsleiter Wirtschaftliche Steuerung im LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, sprach auf dem LVR-Symposium im Januar in Köln jedenfalls lediglich davon, dass das Modell dazu beitragen könne, die Zahl der stationären Behandlungen auf dem heutigen Niveau einzufrieren. Vor dem Hintergrund einer in den vergangenen Jahren zu verzeichnenden jährlichen Steigerung der stationären Fallzahlen in der Psychiatrie zwischen zwei und drei Prozent sei dies jedoch bereits als Erfolg zu werten, heißt es beim LVR dazu.

## Zahl der MDK-Anfragen mit PEPP in Düren sprunghaft gestiegen

Einen gestiegenen „Misstrauensaufwand“ durch das PEPP-System konstatierte auf dem Symposium in Köln Michael van Brederode, Kaufmännischer Direktor des LVR-Klinikums Düren, das jährlich auf 6.500 Fälle kommt. So habe der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) im vergangenen Jahr 461 Anfragen an die Klinik gerichtet, also knapp 40 im Monat. Vor dem Umstieg auf PEPP seien es circa drei Anfragen im Monat gewesen. Zu den bisherigen Anfragen, ob die (Wieder-)Aufnahme des Patienten auch wirklich notwendig war (primäre und sekundäre Fehlbelegung), kämen nun auch Anfragen bezüglich der Haupt- und Nebendiagnosen, Intensivbehandlungen und Ergänzenden Tagesentgelte hinzu. Den finanziellen Aufwand der Klinik für die Prüfanfragen bezifferte van Brederode auf circa 115.000 Euro, hinzu kämen Rechnungskürzungen in Höhe von 100.000 Euro (bei einem Gesamtbudget von 38,7 Millionen Euro). Den höheren Zeitaufwand für die Abrechnung von Leistungen mit dem PEPP-System schätzt man in Düren mit dem Faktor zehn und mehr ein. „Die MDK-Prüfungen sind bei unseren Ärztinnen und Ärzten inzwischen eine hoch aversive Angelegenheit“, sagte van Brederode. Er könne sich „durchaus vorstellen, dass einzelne Ärzte sich im Zweifel für die risikoreichere Codierung“ entschieden, um neuerlichen Prüfungen vorzubeugen.