

Prüfung des Entgeltsystems (PEPP) durch das Bundesministerium für Gesundheit

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
15.09.2014**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Weiterentwicklungsbedarf des PEPP	3
• Festlegung verbindlicher Mindestanforderungen zur Personalausstattung in einer Richtlinie	4
• Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung	5
• Zielorientierte Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels.....	6
3. Mögliche Alternativen zum PEPP-System	7
4. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung.....	8
5. Quellen.....	13

1. Einleitung

Die stationäre Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik ist reformbedürftig. Die Personalausstattung der Krankenhäuser ist unzureichend, die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) werden häufig nicht mehr erfüllt. Wesentliche Weiterentwicklungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen, die seit der Einführung der Psych-PV stattgefunden haben, sind zudem nicht in ausreichendem Maß implementiert worden.

Eine Reform des Finanzierungssystems allein, die vor allem eine aufwands- und leistungsgerechtere Verteilung der vorhandenen finanziellen Mittel zwischen den Krankenhäusern erreichen soll, reicht nicht aus. Weitere Weichenstellungen sind notwendig, wenn die aktuellen Versorgungsprobleme gelöst und eine qualitätsorientierte, auf dem aktuellen Wissensstand basierende Behandlung gewährleistet werden soll.

Im Kontext des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) zählen hierzu verbindliche Personalstandards, die dem aktuellen wissenschaftlichen Stand in der Behandlung psychischer Erkrankungen entsprechen, und ausreichende finanzielle Mittel zur Erfüllung dieser Standards.

Für die Weiterentwicklung der Versorgung (schwer) psychisch kranker Menschen ist eine sektorenübergreifende Neustrukturierung der Versorgung notwendig. Der Gesetzgeber sollte die gemeinsame Selbstverwaltung hiermit beauftragen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt deshalb ausdrücklich die Ankündigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), auf der Basis der eingegangenen Rückmeldungen der Beteiligten in einen vom BMG initiierten Dialog zu treten.

2. Weiterentwicklungsbedarf des PEPP

Vorrangiges Ziel des PEPP ist eine leistungs- und aufwandsgerechte Verteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern. Um Fehlanreize in einem pauschalierenden Entgeltsystem entgegenzuwirken, sind weitere Systementwicklungen und Weichenstellungen zwingend erforderlich. Diese betreffen zuallererst die Festlegung ver-

bindlicher Personalstandards und damit verbunden die Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung einer qualitätsorientierten und bedarfsgerechten stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Aber auch die Weiterentwicklung der Dokumentation der Leistungen über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), u. a. um die Qualität der Versorgung auf Basis dieser Routinedaten sichtbarer zu machen, ist notwendig.

- **Festlegung verbindlicher Mindestanforderungen zur Personalausstattung in einer Richtlinie**

Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt – noch stärker als in der Somatik – maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Dem Fehlanreiz, bei pauschalierender Vergütung Gewinne oder Mittel für die Quersubvention anderer Krankenhausbereiche durch Personalabbau zu erzielen, muss präventiv entgegengewirkt werden. Hierfür muss auch sichergestellt werden, dass den Krankenhäusern das für Investitionen notwendige Geld zur Verfügung steht.

Ein Rückfall in Zeiten vor der Psych-PV ist zu vermeiden. Die Einführung der Psych-PV vor über 30 Jahren war ein Meilenstein auf dem Weg von der Verwahr- zur Behandlungspsychiatrie. Sie muss durch verbindliche, transparente und aktuelle Mindestanforderungen zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ersetzt werden. Die Entwicklung der Mindestanforderungen muss sich soweit möglich an evidenzbasierten Leitlinien und darüber hinaus am besten verfügbaren klinischen Wissen orientieren. Bei der Festlegung der Mindestanforderungen muss dafür Sorge getragen werden, dass ausreichend Personal für die Umsetzung eines am individuellen Bedarf des Patienten orientierten Behandlungsansatzes, in dem Zwangsbehandlungen möglichst vermieden werden, zur Verfügung steht. Eine entsprechende Ausstattung der Einrichtungen mit qualifiziertem psychiatrischem Krankenpflegepersonal und eine psychotherapeutische Grundhaltung des gesamten Behandlungsteams sind hierfür entscheidend. Die Erfüllung der Mindestanforderungen ist von den Krankenhäusern in ihren Qualitätsberichten auszuweisen.

Bei den Vorgaben zur Personalausstattung, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ab November erarbeiten wird, darf es sich deshalb nicht nur um Empfehlungen für die Krankenhäuser handeln. Der 2. Halbsatz in § 137 Absatz 1c SGB V lässt offen, ob der G-BA Empfehlungen und/oder Mindestanforderungen an die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal erarbeiten soll. Der G-BA prüft noch, ob diese Empfehlungen und/oder Mindestanforderungen in einer eigenen Strukturrichtlinie verankert werden oder Bestandteil der themenspezifischen Bestimmungen der „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ sein sollen. Der G-BA hat eine Unterarbeitsgruppe mit der Prüfung der Alternativen bzw. der empirischen Evidenz hierfür beauftragt. Sollte der G-BA zu dem Schluss kommen, lediglich Empfehlungen aussprechen zu wollen, ist eine entsprechende Klarstellung durch das BMG bzw. den Gesetzgeber erforderlich.

- **Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung**

Den Krankenhäusern muss ausreichend Geld zu Verfügung stehen, um die Mindestanforderungen an die Personalausstattung erfüllen und eine qualitätsorientierte, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Versorgung anbieten zu können.

Die Psych-PV, auf deren Basis bisher die Jahresbudgets der Krankenhäuser ermittelt und verhandelt werden, ist veraltet. Der in der Psych-PV festgelegte Personalbedarf entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Behandlung psychischer Erkrankungen. Wesentliche Weiterentwicklungen, z. B. im Bereich Psychotherapie, sind in ihr nicht abgebildet. Heute weiß man, dass Psychotherapie ein wirksames Behandlungsmittel bei *allen* psychischen Erkrankungen ist und in *allen* Phasen der Behandlung, auch der Akutphase, eingesetzt werden kann. In der Psych-PV ist Psychotherapie vor allem im Behandlungsbereich „Psychotherapie“ bei ausgewählten Erkrankungen bzw. Patienten vorgesehen. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft soll Psychotherapie bzw. das hierfür erforderliche Personal in allen Behandlungsbereichen in ausreichendem Umfang eingesetzt werden. Aber auch neuere Behandlungsformen, wie das Home Treatment oder die Mutter/Vater-Kind Behandlung, sind in der Psych-PV nicht enthalten. Eine entsprechende Berücksichtigung der genannten Leistungen hat bisher nicht stattgefunden und bildet sich entsprechend auf der Budgetebene nur unzureichend ab.

Aus den genannten Gründen ist davon auszugehen, dass der finanzielle Bedarf für eine leitliniengerechte stationäre Behandlung unterschätzt wird und eine 100-prozentige Ausfinanzierung der Psych-PV nicht ausreichen wird, die erforderlichen Mittel hierfür zur Verfügung zu stellen.

Zudem ist sicherzustellen, dass der finanzielle Mehrbedarf von Krankenhäusern, die besondere Versorgungsangebote bzw. -verpflichtungen wie im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung übernehmen, berücksichtigt wird. Zum Beispiel über die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausesindividueller Zuschläge.

- **Zielorientierte Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels**

Die Weiterentwicklung des OPS muss in Hinblick auf zwei Ziele erfolgen. Zum einen um eine Erfassung kostentrennender Leistungen zu ermöglichen. Zum anderen für eine gute Leistungsbeschreibung, damit die OPS-Daten im Rahmen der externen Qualitätssicherung genutzt werden können.

Voraussetzung für die empirische Bildung kostenhomogener Patientengruppen ist eine möglichst gute Beschreibung und Erfassung kostentrennender Leistungen über den OPS. Dies ist bisher noch nicht ausreichend gelungen. Nur ein Teil der Kostenvarianz konnte bisher über die OPS-Kodes erklärt werden.

Die Beteiligten sollten deshalb – im Dialog mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) – gemeinsam an einer Weiterentwicklung des OPS zur besseren Abbildung des Leistungsgeschehens, z. B. über die Therapieeinheiten, arbeiten. Die Therapieeinheiten haben sich bisher nur ab einer relativ hohen Intensität (mehr als acht Therapieeinheiten, das entspricht mehr als drei Zeitstunden Psychotherapie pro Woche) als geeignetes Splitkriterium erwiesen. Dies deckt sich jedoch nicht mit der Tatsache, dass das regelhafte Angebot von Psychotherapie in einer Intensität unterhalb dieses Splits bereits mit höheren Personalkosten verbunden ist. Ursache dafür, dass sich dies bisher nicht in den Kalkulationsdaten abbildet, könnten Dokumentationsfehler, aber auch eine zunehmend breitere inhaltliche Fassung der Therapieein-

heiten sein. Inzwischen können nahezu alle Leistungen, die länger als 25 Minuten dauern, als Therapie kodiert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass die Therapieeinheiten auch hierdurch an „kostentrennender Wirkung“ verlieren.

Zudem sollte der OPS auch so weiterentwickelt werden, dass die Daten besser als bisher für die vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) zu entwickelnden Qualitätsindikatoren genutzt werden können. Die Möglichkeit, hierfür in möglichst großem Umfang auf Routinedaten zurückgreifen zu können, würde helfen, den Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser zu reduzieren.

Eine zielorientierte Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des jährlichen Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erscheint für die genannten Ziele derzeit nicht ausreichend. Die Erfahrung zeigt, dass die unterschiedlichen Interessen der dort vertretenen Berufsgruppen diese immer wieder verzögern. Befristete Zielvorgaben, z. B. durch das BMG, könnten hier hilfreich sein.

3. Mögliche Alternativen zum PEPP-System

Vorrangiges Ziel bei der Reform der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung muss die Sicherung einer qualitätsorientierten Versorgung sein. Eine Voraussetzung dafür, dass dies flächendeckend gelingt, ist eine leistungsgerechte und transparente Vergütung. Inwieweit das PEPP – in seiner jetzigen Form – dazu geeignet ist, ist immer wieder kritisch zu prüfen und entsprechende Korrekturen sind vorzunehmen. Im PEPP-Katalog 2015 werden aus Sicht der BPTK bereits erste Korrekturen vorgenommen, die nun auf ihre Eignung zur Abschwächung von Fehlansätzen und zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung geprüft werden müssen.

Das InEK hat im Abschlussbericht zum PEPP 2013 gezeigt, dass durch eine Einstufung nach Psych-PV keine Bildung kostenhomogener Patientengruppen möglich ist. Die Abgrenzung aufwändiger und weniger aufwändiger Patienten anhand der Einstufung Intensivbehandlung gemäß Psych-PV ist beispielsweise deutlich weniger trenn-

scharf als die Differenzierung nach der Anzahl der Intensivmerkmale über den entsprechenden OPS-Kode. Die Einteilung nach Psych-PV wird deshalb bereits in der PEPP-Systematik 2013 nicht mehr als Definitionskriterium für verschiedene kostenintensive Patientengruppen genutzt.

Darüber hinaus wurde die Psych-PV in erster Linie zur Budgetermittlung konzipiert und ist kein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität, wie auch ihre Aushöhlung in den letzten Jahren gezeigt hat. Der Psych-PV-Erfüllungsgrad schwankt einer Erhebung der Aktion Psychisch Kranke aus dem Jahr 2005 zufolge erheblich zwischen den Krankenhäusern. Für die Hälfte der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad bei unter 91 Prozent, bei einem Viertel der Einrichtungen lag er sogar unter 85 Prozent. Die Situation in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist noch ungünstiger, bei der Hälfte der Kliniken lag der Erfüllungsgrad der Psych-PV unter 88 Prozent und bei einem Viertel sogar unter 81 Prozent. Die Psych-PV wurde in den letzten Jahren ausgehöhlt, weil die Budgetentwicklung der Krankenhäuser unterhalb der tariflichen Lohnsteigerungen gedeckelt wurde. Gewinninteressen der Klinikbetreiber und Quersubventionierung anderer Krankenhausbereiche haben ebenfalls zur Verschlechterung der personellen Ausstattung beigetragen.

Die BPTK plädiert dafür, sobald realisierbare Alternativvorschläge zum PEPP vorliegen, diese vor dem Hintergrund ihrer Eignung zur Sicherung einer qualitätsorientierten Versorgung und einer transparenten sowie leistungsgerechten Vergütung zu prüfen und in die Überlegungen zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems einzubeziehen.

4. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung

Das Versorgungsangebot für Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden starken Beeinträchtigungen in der Lebensführung sowie der sozialen und beruflichen Teilhabe ist lückenhaft. Diese Patienten werden häufig auch deshalb stationär aufgenommen, weil das ambulante Versorgungsangebot dem komplexen Behandlungs- und Hilfebedarf dieser Patienten nicht ausreichend gerecht wird. Dies spiegelt sich auch in einer zunehmenden Zahl an Zwangseinweisungen in den

letzten Jahren wieder. Eine Reform der stationären Vergütung allein wird dieses Versorgungsproblem nicht lösen.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind ursprünglich zur Schließung dieser Versorgungslücke geschaffen worden. Ihr gesetzlicher Auftrag ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Krankenhausaufenthalte sowie die Behandlung der Patienten, deren Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden kann. Hierzu sollen sie ein multiprofessionelles ambulantes Versorgungsangebot vorhalten.

Seit der Schaffung der PIA haben sich die Versorgungskonzepte für Menschen mit psychischen Erkrankungen und schweren Beeinträchtigungen weiterentwickelt und ihre Wirksamkeit erwiesen. Internationale Erfahrungen, z. B. aus Skandinavien und England, zeigen, wie eine Umsetzung sektorenübergreifender, ambulant orientierter Versorgungsangebote für diese Patientengruppe gelingen kann. Diese Erfahrungen haben auch Eingang in die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die 2013 veröffentlicht wurde, gefunden. Die Leitlinie empfiehlt mit einem starken Empfehlungsgrad (A) einen flächendeckenden Aufbau multiprofessioneller, gemeindepsychiatrischer Teams für diese Patientengruppe.

Dass die PIA einem solchen Versorgungsauftrag nicht flächendeckend und nicht in ausreichendem Umfang und Qualität gerecht werden, liegt u. a. an den regional stark variierenden Angebotsstrukturen. Vor allem aufgrund der unterschiedlichen Höhe der ausgehandelten Vergütungen ist die Personalstruktur in den verschiedenen PIA ausgesprochen heterogen (eigene Auswertungen der folgenden Publikationen: Thüringer Psychiatriebericht, 2012; Wedegärtner et al., 2009; Kinzel et al. 2006; Melchinger, 2008). Es gibt z. B. PIA, in denen die Leistungen der Pflegekräfte die Hälfte des Leistungsspektrums ausmachen.

Für die für die genannte Patientengruppe eigentlich notwendige Neuaufstellung der PIA fehlen entsprechende Rahmenvorgaben. Insbesondere ist nicht geklärt, welche Versorgungsangebote vorzuhalten sind, welche Berufsgruppen kooperieren müssen, um die Versorgungsangebote zu realisieren, und wie eine sektorenübergreifende Kooperation in diesem Kontext aussehen könnte. Auch Modellvorhaben (§ 64b SGB V)

und Verträge zur Integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) haben letztlich nicht zu der erforderlichen nachhaltigen und flächendeckenden sektorenübergreifenden Neustrukturierung der Versorgung geführt. Zudem haben Modellvorhaben und IV-Verträge in der Regel begrenzte Vertragslaufzeiten, sind kassenspezifisch und schließen nicht die gesamte betroffene Patientengruppe ein. Das IGES Institut kommt in seinem Bericht „Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorenübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ zu dem Schluss, dass der Erfolg von Modellvorhaben und IV-Verträgen aufgrund von Informationslücken in Bezug auf Leistungen und Ergebnisse letztlich nicht zu beurteilen ist. Notwendig ist eine sektorenübergreifende Neustrukturierung der Versorgung von (chronisch) psychisch kranken Menschen mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen. Ziel sollte sein, dass diese Patienten so selbstständig wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld leben und einen möglichst hohen Grad der gesellschaftlichen Teilhabe erreichen können.

Um ein solches Versorgungsangebot flächendeckend aufzubauen, bedarf es gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben.

Rahmenvorgaben auf Bundesebene

Die Entwicklung eines flächendeckend verfügbaren, qualitätsgesicherten, vernetzten, ambulant orientierten und multiprofessionellen Versorgungsangebots setzt bundeseinheitliche Rahmenvorgaben voraus. Der Gesetzgeber sollte die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragen, diese zu den folgenden Punkten zu entwickeln:

- Eingeschlossene Patientengruppen

Das multiprofessionelle Versorgungsangebot soll sich an Patienten mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und gleichzeitig bestehenden schweren Beeinträchtigungen richten, aus denen ein komplexer, multiprofessioneller Leistungsbedarf resultiert. Um diese Patientengruppe zu bestimmen, müssen fachlich angemessene und überprüfbare Einschlusskriterien vereinbart werden.

- **Qualitätsgesicherte Rahmenvorgaben**

Für eine qualitätsgesicherte Versorgung bedarf es einheitlicher Vorgaben zum Behandlungsumfang und Mindeststandards für die personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen. Zudem sind Vorgaben für die Qualitätsmessung und -darlegung erforderlich. Hierzu könnte auch gehören, dass die Einhaltung der Qualitätsstandards zur Zulassungsvoraussetzung für Leistungserbringer werden, die diese nicht nur ihren Vertragspartnern, sondern auch ihren Patienten darlegen müssen.

Spielräume auf Landesebene

- **Möglichkeit zur regionalen Gestaltung**

Ausgehend von den Vorgaben für welche Patientengruppe welches Leistungsangebot vorgehalten werden soll, sollte sich der diese Leistungen vorhaltende Leistungserbringer regional aus bereits bestehenden Versorgungsstrukturen bilden können. Der Aufbau von Doppelstrukturen ist zu vermeiden. Je nach den Gegebenheiten vor Ort könnten sich die Leistungserbringer z. B. aus niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, ambulanten Pflegediensten, Medizinischen Versorgungszentren sowie PIA bilden. Denkbar ist aber auch, dass in erster Linie die PIA eine entsprechende Versorgung sicherstellen, z. B. weil in ländlichen Regionen die notwendigen ambulant tätigen Leistungserbringer fehlen. In der Regel wird sich der Leistungserbringer aus der verbindlichen Vernetzung regional verfügbarer Versorgungsstrukturen bilden.

- **Verträge und Vergütung**

Flächendeckend können diese Versorgungsnetze nur entstehen, wenn eine angemessene Vergütung der Leistungen erfolgt. Neben der Vergütung der eigentlichen Behandlungs- und Versorgungsleistungen müsste die Vergütung ausreichend hoch sein, um die notwendigen Management- und Abstimmungsaufgaben wahrzunehmen sowie die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern, zum Beispiel lebensweltbezogener Hilfen oder Jugendhilfe, zu ermöglichen.

- **Zulassung zur Versorgung**

Um eine regionale Ausgestaltung von Versorgungsnetzen unter Einbeziehung der Versorgungsstrukturen vor Ort zu ermöglichen, sollte die Zulassung zur Versorgung auf

Landesebene erfolgen. Für Versorgungsnetze, die die vorgegebenen fachlichen Standards erfüllen, könnte von der Bedarfsprüfung abgesehen werden. Geeignete Landesausschüsse könnten die Erfüllung der bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben prüfen und bedarfsunabhängig eine Zulassung erteilen.

5. Quellen

Deutsches Krankenhausinstitut (2011). Psychiatrie-Barometer – Umfrage 2011. Abrufbar unter: <http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie-barometer-2011.pdf>.

Kinzel, U., Spengler, A. & Weig, W. (2006). Das klinische Leistungsprofil psychiatrischer Institutsambulanzen in Niedersachsen. Krankenhauspsychiatrie, 17, 79-83.

Melchinger, H. (2008). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abrufbar unter: http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf.

Nolting, H.-D., Hackmann, T. (2012). Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Abschlussbericht, Berlin, März 2012, IGES Institut, Berlin.

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (2012). 3. Thüringer Psychiatrie-bericht. Abrufbar unter: https://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/psychiatriebericht_th_ringen_abschlussbericht_februar-2012.pdf.

Wedegärtner, F., Wedegärtner, C., Müller-Thomsen, T. & Bleich, S. (2009). Wer erhält wie viel Versorgung in der Institutsambulanz und warum? Psychiatrische Praxis, 36, 338-344.