

Wulf-Dietrich Leber, Olaf Neubert

Vergütung für die Psychiatrie

PEPP als leistungsorientierte Entgeltsystematik

Auszug aus:
GKV-Lesezeichen 2014

GKV-Lesezeichen 2014

Neues bewerten - Bewährtes erneuern

Beiträge zur Gesundheits- und Pflegepolitik

Vergütung für die Psychiatrie

PEPP als leistungsorientierte Entgeltsystematik

Abstract

Rund zehn Jahre nach Einführung der DRG-Fallpauschalen soll auch in der Psychiatrie ein leistungsorientiertes Vergütungssystem eingeführt werden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat hierfür eine Systematik mit degressiven Tagessätzen entwickelt (PEPP – Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik). Das System ist umstritten und wurde per Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium eingeführt. Seit dem 1. Januar 2013 können Psychiatrien nach dem neuen System abrechnen. Der Beitrag stellt das PEPP-Entgeltsystem vor und diskutiert die wesentlichen Einwände. Künftig sollten die zugrunde liegenden Klassifikationen medizinisch gehaltvoller sein, damit auch zeitnah eine Qualitätssicherung entwickelt werden kann.

1. Gesamtprozess nach § 17 d – „DRG reloaded“

Die DRG-Einführung gilt in der Gesundheitspolitik als Erfolgsgeschichte. Ausgenommen blieb damals der Bereich der psychiatrischen Versorgung. Nach dem Muster der DRG-Einführung folgte dieser Bereich rund ein Jahrzehnt später. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde 2009 für die Vergütung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik über den neuen § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein umfassender Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erteilt. Dieser Auftrag erging an die Selbstverwaltung und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK oder auch DRG-Institut). Als Ausgangspunkt sind die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu nutzen.

Die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung in der Psychiatrie folgte dem gleichen gesetzestechnischen Schema wie die DRG-Einführung: Der § 17 b KHG war zunächst nur eine Art Projektskizze, die zwei Jahre später durch das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) konkretisiert wurde. Der § 17 d KHG war wiederum nur eine Projektskizze, die weitere drei Jahre später durch das Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) zu einer verbindlichen Entgeltreform wurde. Es hätte nahegelegen, die Psychiatrie-Vergütung direkt in das Krankenhausentgeltgesetz zu integrieren. Dagegen gab es jedoch erhebliche Widerstände seitens der psychiatrischen Krankenhäuser. So ist ein Ordnungsrahmen entstanden, der psychiatrische Erkrankungen als besondere Krankheiten regelt.

Ähnlich wie in der Anfangsphase der DRG-Einführung ist die Entgeltreform in der Psychiatrie von erheblichen Protesten und Widerständen begleitet. Bis zum heutigen Tag ist nicht sicher, ob der vorgezeichnete Weg bis zum Ende begangen wird, obwohl die im PsychEntgG angesetzten Zeiten einen großzügig bemessenen Zeitraum von zehn Jahren für die Reform vorsehen.

In diesem Beitrag werden der gesetzlich vorgegebene Prozess, die Einführung von „Pauschalierenden Entgelten für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“ per Ersatzvornahme und die Einigung der Spitzenverbandspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband auf die PEPP-Version 2014 nachgezeichnet.

Die PEPP-Systematik sieht einen Gruppierungsalgorithmus für die unterschiedlichen Krankheitsgruppen vor und ordnet diesen in Abhängigkeit von Krankheitsschwere und Behandlungsaufwand unterschiedliche Tagessätze zu (Kapitel „Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“). Vor allem die degressiven Tagessätze (am Anfang hoch, bei längerer Verweildauer in Stufen abfallend) sind Gegenstand einer bis heute andauernden Debatte (Kapitel „Degressive Tagessätze“).

Kein Vergütungssystem ohne Abrechnungsregeln: Die Spitzenverbandspartner haben für das vorrangig vom InEK entwickelte System flankierende Regelungen zur Fallzusammenführung vereinbart, die insbesondere erlösoptimierende frühe Entlassungen mit anschließender Wiederaufnahme verhindern sollen. Nach wie vor schwierig sind die Regelungen bei Jahresüberliegern (Kapitel „Abrechnungsregeln, Zu- und Abschläge“).

Eine besondere Rolle spielen in der psychiatrischen Versorgung Modellprojekte, wie etwa regionale Budgets oder die ergänzende Betreuung im häuslichen Umfeld (Home Treatment). Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass diese Modelle Teil des „lernenden Systems“ werden (Kapitel „Modellprojekte als Teil des lernenden Systems“).

Eine inzwischen auch ökonomisch bedeutsame Rolle spielt die ambulante Versorgung durch stationäre Einrichtungen in Form der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Viele Reformer sehen hier den zentralen Ansatzpunkt für eine integrierte Versorgung mit sektorenübergreifenden Vergütungen. Derzeit ist man noch weit davon entfernt, weil zunächst einmal das bisher völlig intransparente Leistungsgeschehen in Form einer PIA-Dokumentation erfasst werden muss (Kapitel „PIA-Dokumentation“).

Ein Vergütungssystem ist nur so gut wie die zugrunde liegende Kodiersystematik für Diagnosen und Prozeduren. Hier besteht in der Psychiatrie erheblicher Handlungsbedarf. Die Schweregrade psychiatrischer Erkrankungen müssen besser kodierbar werden, und auch das Behandlungsgeschehen

muss im Prozedurensystem OPS medizinisch gehaltvoller abgebildet werden. Hier liegt auch der Schlüssel für die Qualitätssicherungsverfahren, die in der Psychiatrie bislang gänzlich fehlen (Kapitel „Kodierung, Klassifikationssysteme und Qualitätssicherung“).

Noch befindet sich das neue Entgeltsystem in der Optionsphase: Krankenhäuser können wählen, ob sie auf das neue System umsteigen. Ende des Jahres 2013 werden das nicht einmal zehn Prozent der psychiatrischen Einrichtungen getan haben. Zeit also für ein Plädoyer, Teil des lernenden Systems zu werden (Kapitel „Umsteigen statt Abwarten“).

Der lange Weg zur leistungsorientierten Psychiatrie-Vergütung

Die Vergütung psychiatrischer Einrichtungen erfolgt bisher im Wesentlichen durch Tagespauschalen (sogenannte Pflegesätze), die unabhängig von Diagnose und Therapie, dafür aber einrichtungsspezifisch sind. Aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass Deutschlands Gesundheitswesen über 742 psychiatrische Fachabteilungen verfügt.² Neben psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erfolgt die Behandlung auch an 245 Fachkrankenhäusern. Die Leistungen dieser Einrichtungen wurden im Jahr 2012 mit psychiatrischen Pflegesätzen für vollstationäre Behandlungen zwischen 90 und 400 Euro vergütet. Die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser erhielt 160 bis 250 Euro pro Behandlungstag. Das Vergütungsniveau in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist unter Betrachtung der Häufigkeitsverteilung durchschnittlich deutlich höher als in der Allgemeinen Psychiatrie. Niedriger ist hingegen das Niveau in der Psychosomatik (Haas und Leber 2011).

Die Höhe der heutigen Pflegesätze ergibt sich nicht allein – wie einst bei Krankenhäusern – aus der Fortschreibung historischer, auf Selbstkosten basierender Budgets. Vielmehr wird in einfacher Form das Patientenspektrum berücksichtigt. Stärker noch als im bereits personalintensiven allgemeinen Krankenhaussektor sind die Kostenstrukturen in der Psychiatrie vom Personaleinsatz bestimmt. Prägend für die Vergütung psychiatrischer Einrichtungen war die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV)“ vom 18. Dezember 1990 (mit Änderung vom 26. September 1994). Sie regelt die Personalausstattung, differenziert nach Berufsgruppen, in den psychiatrischen Abteilungen. Für sechs verschiedene Behandlungsbereiche werden Zeitwerte (Minuten je Patient und Woche) zugrunde gelegt, die dann in Personalstellen umgerechnet werden. Der aus dem Patientenspektrum berechnete Aufwand bestimmt weitestgehend das Budget und mithin die Pflegesätze. Inwieweit die Psych-PV bereits eine leistungsgerechte Vergütung im prädigitalen Zeitalter darstellt (ein Zeitalter ohne Grouper), wird im Kapitel „PEPP = Psych-PV 2.0“ diskutiert.

Beim Übergang zu leistungsorientierten Vergütungen nach § 17 d soll der einrichtungsbezogene Tagessatz durch patientengruppenbezogene Tagessätze ersetzt werden. Für einen aufwendigen Patienten zahlt die Krankenkasse einen höheren Tagessatz als für weniger aufwendige Fälle. Ähnlich wie im DRG-System müssen hierfür aufwandshomogene Patientengruppen definiert und ihr relativer Aufwand ermittelt werden.

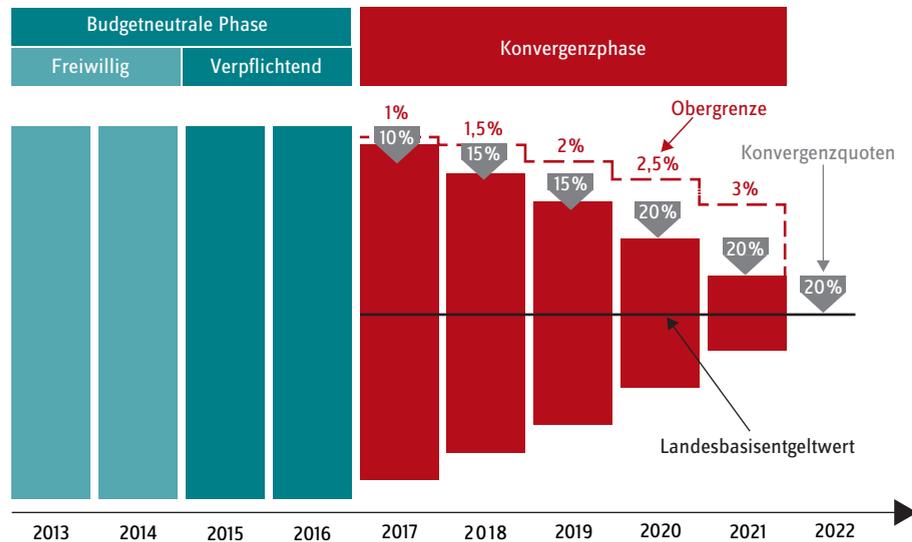
Die zu entwickelnden fallgruppenspezifischen Tagespauschalen sollen sowohl von Fachkrankenhäusern als auch selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen von Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gelten. Im Folgenden wird vereinfachend von Psychiatrie gesprochen. Die Bewertungsrelationen sind wie beim DRG-Fallpauschalensystem als bundeseinheitliche Relativgewichte auszugestalten.

Neben dem allgemeinen Entwicklungsauftrag enthält das Gesetz zwei Prüfaufträge. Diese beziehen sich zum einen auf alternative Abrechnungseinheiten zu Tagespauschalen für bestimmte Leistungsbereiche und zum anderen auf die Einbeziehung von Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen. Tagesklinische Leistungen sind nicht Teil des Prüfauftrags, sondern von vornherein einzubeziehen.

Mit der Möglichkeit von Zusatzentgelten, der Vereinbarung von Relativgewichten vor Ort, wenn bundeseinheitlich keine Bewertung möglich ist, und der Vereinbarung Besonderer Einrichtungen, die befristet aus der Pauschalierung herausgenommen werden, sind im § 17 d KHG eine Reihe von DRG-analogen Regelungen getroffen worden. Darüber hinaus sind Zu- und Abschläge sowie Sicherstellungszuschläge vorgesehen, und es wird die Möglichkeit zur gesonderten Vereinbarung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eröffnet.

Der Einführungszeitraum des neuen Entgeltsystems ist im PsychEntgG festgelegt und umfasst bemerkenswerte zehn Jahre. Dies erweckt den Eindruck, als glaube der Gesetzgeber selbst nicht an die Sinnhaftigkeit dieser Reform. Das Verfahren beginnt mit zwei Optionsjahren (2013/2014), in denen die Krankenhäuser wählen können, ob sie nach dem neuen System abrechnen wollen. Danach folgen zwei weitere budgetneutrale Jahre (2015/2016) – also zwei Jahre, in denen das Budget des Hauses klassisch berechnet wird, die Abrechnung aber bereits nach dem neuen System erfolgt. Erst danach beginnen die ersten ökonomischen Wirkungen, nämlich dann, wenn das bis dato hausspezifische Vergütungsniveau an ein einheitliches Landesniveau in mehreren Konvergenzstufen angeglichen wird. Erst für das Jahr 2022 ist eine landeseinheitliche Vergütung für die aufwandshomogenen Patientengruppen vorgesehen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Einführungsphasen des PsychEntgG



Quelle: Eigene Darstellung

Ob der Gesetzgeber bei diesem Fahrplan bereits eine gewisse Reformresistenz des psychiatrischen Sektors antizipiert hat oder ob es gute Gründe für den langen Transformationsprozess gibt, mag dahingestellt sein. Fakt bleibt, dass die Einführung des neuen Entgeltsystems sehr langsam vonstatten geht.

Déjà vu – Systemstart per Ersatzvornahme

Die Spitzenverbandspartner hatten nach § 17 d Absatz 3 KHG bis zum 30. September 2012 ein erstes Entgeltsystem zu vereinbaren, damit Optionshäuser zum 1. Januar 2013 mit der Abrechnung nach dem neuen System starten können. Am 4. September 2012 hat das DRG-Institut den Entwurf für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorgelegt (Kapitel „Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“). Der GKV-Spitzenverband hat am 14. September 2012 seine Zustimmung zum Katalogentwurf erklärt, die Abrechnungsbestimmungen konnten ebenfalls konsentiert werden. Mit Schreiben vom 5. Oktober 2012 erklärte jedoch die DKG gegenüber dem BMG, dass sie weder dem Entwurf zum PEPP-Entgeltkatalog zustimmen noch ihre Zustimmung zu den Abrechnungsregeln aufrechterhalten könne. Vielmehr plädierte die DKG dafür, den Beginn der Optionsphase um zwei Jahre zu verschieben und keine Ersatzvornahme durch das BMG vorzunehmen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes würde die von der DKG geforderte zweijährige Verschiebung der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems den gesamten Entwicklungsprozess stoppen, ohne zwei Jahre später eine verbesserte Ausgangslage herbeizuführen. Der GKV-Spitzenverband hält das vorgelegte Psych-Entgeltsystem und die mit der DKG bereits konsentierten Abrechnungsregeln für grundsätzlich geeignet für den Einstieg in die Optionsphase ab dem 1. Januar 2013 und befürwortet eine Ersatzvornahme. Am 19. November 2012 unterzeichnete der Bundesgesundheitsminister die „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (PEPPV 2013)“ und setzte somit den PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen per Ersatzvornahme in Kraft.

Die Ablehnung des neuen Vergütungssystems durch die DKG kam für alle, die die DRG-Einführung erlebt hatten, nicht überraschend. Auch die ersten zwei Jahrgänge der DRG-Fallpauschalen sind gegen den Willen der Krankenhausgesellschaft per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt worden. Hinterher – man erinnere sich an die Äußerungen zum zehnjährigen Jubiläum – war die Krankenhausgesellschaft stolz auf die Entwicklung des DRG-Systems in gemeinsamer Selbstverwaltung. Durch die Ersatzvornahme des Gesundheitsministeriums gab es zumindest einen pünktlichen Startschuss für das neue System – auch wenn dann keiner loslief.

2. Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

2.1 Erster Wurf: die PEPP-Version 2013

Wie das DRG-System sieht die PEPP-Version eine Eingruppierung aller Patienten vor. Das Ergebnis dieses Gruppierungsvorgangs sind allerdings Tagessätze und keine Fallpauschalen. Die Eingruppierung von Patienten und die Ableitung von Tagesvergütungen entsprechen der Vorgehensweise der Psych-PV. Ebenfalls übernommen wurde die Differenzierung in vollstationäre Tagessätze einerseits und teilstationäre Tagessätze andererseits. Das System enthält – auch dies ist konform zur Psych-PV – keine Vergütungen für die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (Tabelle 1).

Die Gruppenstruktur teilt die Fälle in drei Strukturkategorien:

- Psychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatik

Die Strukturgruppen haben Vorbilder in der Psych-PV und im DRG-System, wo sie als sogenannte Major Disease Categories (MDC) firmieren. Ähnlich wie beim DRG-System werden besonders teure Fälle (beispielsweise mit 1:1-Betreuung) vorab in einer Prästrukturgruppe (im DRG-System: Prä-MDC) und unplausible Kodierungen in Fehler-PEPPs zusammengefasst.

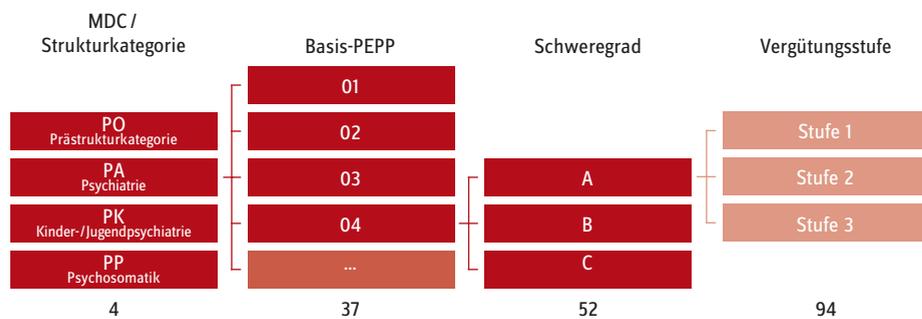
Tabelle 1: PEPP-Strukturgruppen

	Prästrukturgruppe (Prä-MDC)	Psychiatrie (PA)	Psychosomatik (PP)	Kinder- und Jugendpsychiatrie (PK)	Fehler-PEPP	Gesamt
Vollstationär	8	19	12	13	3	55
Teilstationär		9	8	3		20
Gesamt	8	28	20	16	3	75

Quelle: PEPPV 2013, eigene Darstellung

Unterhalb der Strukturgruppen erfolgt die Eingruppierung in die eigentlichen Fallgruppen, die Basis-PEPPs (Abbildung 2, zweite Spalte). Hier handelt es sich um Krankheitsgruppen wie psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (PA02) oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (PA14). Diese wiederum sind unterteilt in Schweregradstufen, wobei die Stufe A jeweils die aufwendigste Gruppe darstellt. Dies alles entspricht in Nomenklatur und Gruppierungssystematik dem DRG-System. Ergänzend findet sich eine Unterteilung nach Vergütungsstufen: hohe Tagessätze am Anfang eines stationären Aufenthaltes und stufenweise sinkende Tagessätze bei längerer Verweildauer. Der Entgeltkatalog sieht maximal fünf Stufen vor; in der ersten PEPP-Version wurden zunächst nur vier Stufen realisiert.

Abbildung 2: Systematik des PEPP-Entgeltkatalogs

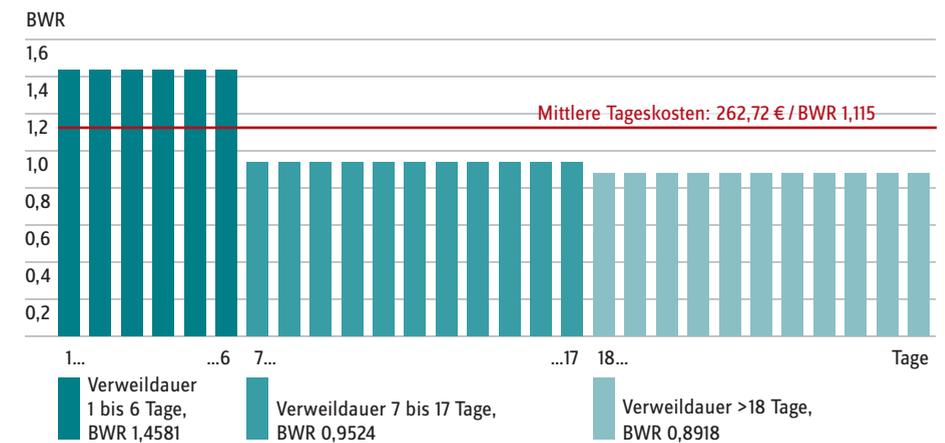


Beispiel: PA04A – Affektive, neurotische Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender ND oder mit komplizierender Konstellation

Quelle: PEPPV 2013, eigene Darstellung

Die Vergütung wird – auch dies ist eine Analogie zum DRG-System – als Relativgewicht ausgedrückt. Ein Fall der Gruppe PA02A „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit komplizierender Konstellation“ wird zunächst mit einem relativen Tagesgewicht von 1,4581 vergütet, nach dem siebten Tag gilt ein relativer Tagessatz von 0,9524 und ab dem 18. Tag ein Tagessatz von 0,8918 (Abbildung 3).

Abbildung 3: Degressive PEPP-Vergütungsstufen



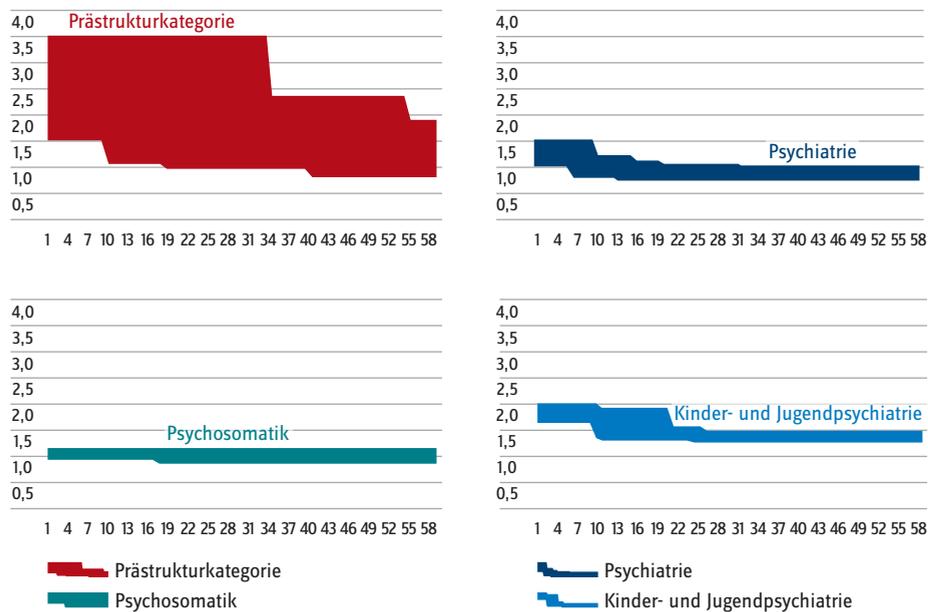
BWR = Bewertungsrelation pro Tag

Beispiel: PA02A – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation

Quelle: PEPPV 2013, eigene Darstellung

Die Stufen sind in den einzelnen Strukturkategorien sehr unterschiedlich. Das Vergütungsspektrum und auch die Degression sind am höchsten in der teuren Prästrukturgruppe (Abbildung 4). Vergleichsweise unspektakulär ist das Spektrum in der quantitativ bedeutsamsten Strukturgruppe, der Psychiatrie. Wenig Varianz zeigt die Psychosomatik, weil hier wegen des eher gleichförmigen Behandlungsverlaufs die hohen Eingangsstufen fehlen. Deutlich erkennbar sind die höheren Vergütungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Abbildung 4: Bandbreite depressiver PEPP-Tagessätze



Quelle: PEPPV 2013, eigene Darstellung

2.2 Diskussion einiger Einwände

Gegen das vom InEK entwickelte Vergütungssystem wurde eine Reihe von Vorwürfen erhoben, die im Folgenden kurz diskutiert werden sollen.³

Vorwurf 1: PEPP sind Fallpauschalen.

Dem ist entgegenzuhalten: De facto basiert das gesamte PEPP-System auf Tagessätzen. Für jeden zusätzlichen Tag gibt es zusätzliches Geld. Das ist bei Fallpauschalen genau nicht der Fall. Für bestimmte Diagnosen- und Prozedurenkombinationen gibt es im Fallpauschalensystem eine fallbezogene Vergütung – unabhängig von der Verweildauer. Lediglich jenseits der unteren und oberen Grenzverweildauer wird das Fallpauschalensystem tagesbezogen. Das PEPP-System hingegen ist durchgängig tagesbezogen – auch wenn die gesamten Diagnosen und Prozeduren fallbezogen gruppiert werden. Das Ergebnis der PEPP-Gruppierung ist immer ein Tagessatz und keine Fallpauschale.

Vorwurf 2: Degressive Tagessätze setzen den falschen Anreiz, Patienten zu früh zu entlassen.

Dem ist entgegenzuhalten: Es gibt kein Vergütungssystem ohne falschen Anreiz. Fallpauschalen bergen die Gefahr, zu viele Fälle zu produzieren. Zeitpauschalen (etwa Jahrespauschalen) können

Chronifizierung nach sich ziehen, weil ein Anreiz entsteht, auch im nächsten Jahr eine Jahrespauschale abrechnen zu können. Und Tagespauschalen haben die hinlänglich bekannte Wirkung, Patienten zu lange im Krankenhaus zu binden. Degressive Tagessätze reduzieren leicht den Fehlanreiz von Tagespauschalen. Es wird also kein falscher Anreiz gesetzt, sondern der falsche Anreiz von Tagespauschalen abgemildert.

Vorwurf 3: Diagnosen sind in der Psychiatrie untauglich, um aufwandshomogene Gruppen zu bilden. Dem ist entgegenzuhalten: PEPP verwendet nicht nur die Diagnose als Trenner, sondern beispielsweise auch Prozeduren. Auch das DRG-System ist übrigens in wesentlichen Teilen ein „PRG“ – ein System von Procedure Related Groups. Natürlich muss man im weiteren Entwicklungsprozess zusätzliche Kostentrenner finden. Das können Schweregradskalen und andere Differenzierungen sein, so etwa eine Trennung von Fällen mit gesetzlicher Unterbringung. Es bleibt eine Aufgabe im Rahmen des lernenden Systems, medizinisch gehaltvolle Prozeduren zu definieren (Kapitel „Probleme der Abbildung psychiatrischer Krankheiten und Leistungen“).

Vorwurf 4: Therapieeinheiten sind als Prozedurenklassifikation untauglich.

Dem ist entgegenzuhalten: Die Leistungseinheiten im OPS (OPS 9-60 bis 9-68) waren zugegebenermaßen keine gute Idee; sie sind medizinisch inhaltsleer (siehe dazu auch das Kapitel „Probleme der Abbildung psychiatrischer Krankheiten und Leistungen“). Da die PEPP-Version 2013 die Therapieeinheit nicht als Trenner verwendet, ist ihre „Untauglichkeit“ allerdings kein Argument gegen PEPP.

Vorwurf 5: PEPP sind nicht sektorenübergreifend.

Dem ist entgegenzuhalten: Um übergreifende Vergütung zu schaffen, muss man Leistungen übergreifend erfassen. Dafür wurde in der Vereinbarung zur PIA-Dokumentation eine Grundlage geschaffen (Kapitel „PIA-Dokumentation“), aber es liegen noch keine verwertbaren Ergebnisse vor. Insbesondere der Zusammenhang zu stationären Aufenthalten bedarf noch der Analyse.

Vorwurf 6: Fallgruppierung ist der falsche Ansatz, weil dies angeblich zu Fallpauschalen führt und die Aufwandsschwankungen während des Aufenthaltes nicht abgebildet werden.

Dem ist entgegenzuhalten: Die Fallgruppierung ist in erster Linie eine Folge mangelnder Validität der tagesbezogenen Kalkulation. Den Kalkulationskrankenhäusern ist es gelungen, die Kosten im Rahmen einer Kostenträgerrechnung dem einzelnen Fall zuzurechnen, aber der Mehrheit der Häuser ist die Zurechnung auf den einzelnen Tag nicht gelungen. Dies ist kompliziert und geht auch über die Kalkulationsanforderungen im DRG-System hinaus. Ein Vergütungssystem, das Aufwandsschwankungen abbilden soll, verlangt eine tagesgenaue Kalkulation durch die Kalkulationshäuser und eine tagesgenaue Kodierung für alle abrechnenden Häuser. Als Lösung für die Abbildung regelhaft sinkender Aufwände

wurde deshalb ein System mit degressiven Tagessätzen konstruiert. Dies ist seither Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen und sei kurz erläutert.

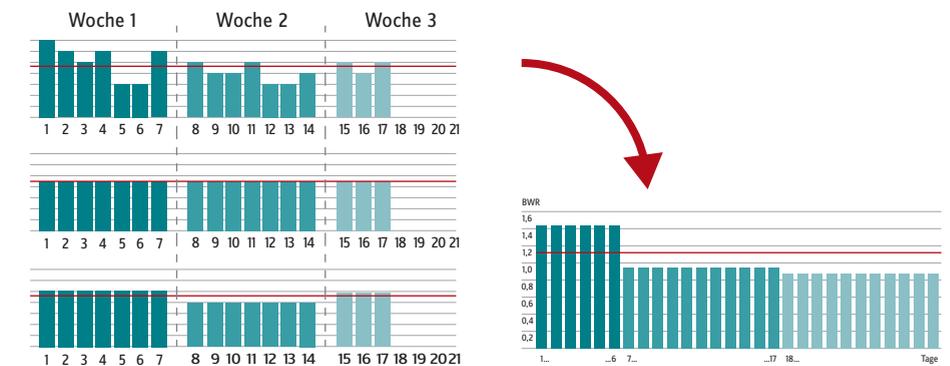
2.3 Aufreger: degressive Tagessätze

Anders als beim DRG-System hat der Gesetzgeber für das Psych-Entgeltsystem kein fallbezogenes, sondern ein tagesbezogenes Vergütungssystem vorgesehen. Die Frage, wie ein leistungsbezogenes und zugleich tagesbezogenes System aussieht, hat er aber nicht beantwortet, sondern der Selbstverwaltung zur freien Gestaltung überlassen. Drei mögliche Varianten wurden von Anfang an diskutiert.

1. Für jeden Tag kommt in Abhängigkeit von den Leistungen beziehungsweise den Kosten ein anderer Tagessatz zur Abrechnung. Das schafft ein extrem volatiles System, bei dem therapeutische Leistungen und andere Kosten tagesgenau erfasst werden müssen. Es wird quasi jeder Tag gruppiert.
2. Für den gesamten Fall wird in Abhängigkeit von den Leistungen während der gesamten Falldauer ein einheitlicher Tagessatz, quasi falldurchschnittlicher Tagessatz, ermittelt. Bei dieser Lösung gehen alle Leistungen eines Falles im Rahmen einer Fallgruppierung ein. Dies erübrigt eine tagesgenaue Erfassung, erfordert aber wie bei jedem Fallpauschalensystem eine patientenbezogene Erfassung der Leistungen. Es kann nicht oft genug betont werden, dass dies kein Fallpauschalensystem bedeutet, da nach wie vor jeder zusätzliche Tag vergütet wird. In einem Fallpauschalensystem geschieht dies nicht beziehungsweise nur dann, wenn die Grenzverweildauer überschritten wird.
3. Als weitere Variante sind sequenzbezogene, beispielsweise wochenbezogene, Tagessätze denkbar. Dann würden innerhalb eines längeren Krankenhausfalles die Intensivphasen mit einem höheren Tagessatz vergütet als die restlichen normalen Tage. Auch diese Lösung verlangt eine tagesgenaue Erfassung von Leistungen beziehungsweise Kosten.

Nach Sichtung der Kalkulationsdaten hat das InEK eine weitere Variante vorgeschlagen: Fallgruppierung mit degressiven Tagessätzen (Abbildung 5). Bei der Bestimmung des Tagessatzes gehen also alle Leistungen eines Falles ein, aber es wird daraus ein in Stufen abgesenkter Vergütungsverlauf ermittelt: hohe Tagessätze am Anfang, sukzessive niedrigere Tagessätze bei langer Verweildauer.

Abbildung 5: Varianten tagesgenauer Pauschalen



Beispiel: PA02A – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation, Patient verbleibt 17 Tage

Quelle: Eigene Darstellung

Der wesentliche Grund für die Wahl dieses Modells war, wie bereits erwähnt, die Unzulänglichkeit der Kalkulationsgrundlagen. Die Mehrzahl der Kalkulationshäuser war nicht in der Lage, die Kosten tagesgenau zuzuordnen. Die Kalkulation erlaubte also keine täglich variierenden Tagessätze, wie sie für die dargestellten Varianten 1 und 3 notwendig gewesen wären.⁴

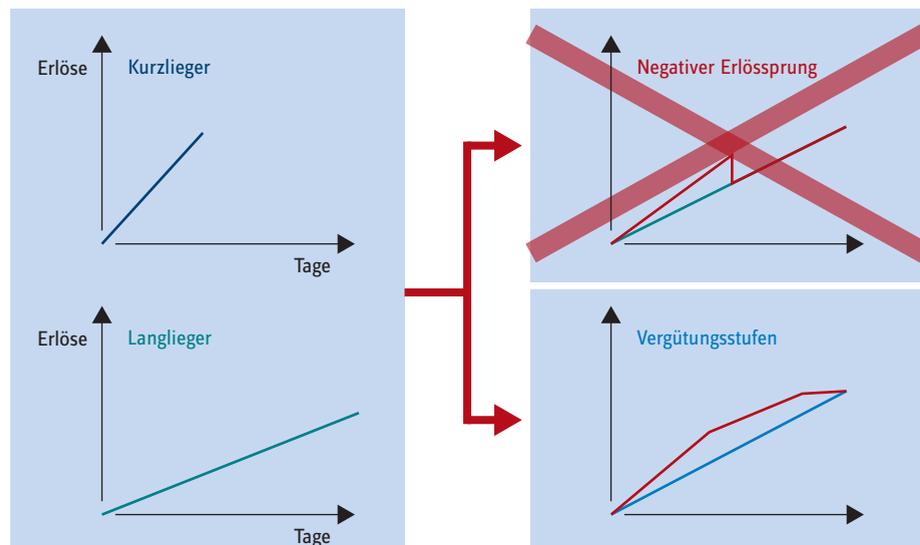
Für den degressiven Verlauf gibt es zwei streng zu unterscheidende Begründungen. Der erste Grund ist der typischerweise sinkende Aufwand innerhalb eines Falles. In den wenigen Krankenhäusern, die tagesgenau kalkulieren konnten, zeigte sich oft eine intensive Anfangsphase, häufig mit Kriseninterventionen und mit umfangreicher Diagnostik, der eine längere, vergleichsweise kostenextensive therapeutische Phase folgte. Ein standardisierter degressiver Verlauf von Tagessätzen bildet die Kosten also besser ab als ein völlig gleichförmiger Tagessatz. Allerdings sind die Kostenunterschiede zwischen den Tagessätzen eher gering verglichen mit den Degressionsstufen, die letztlich in der PEPP-Version 2013 zum Tragen kamen.

Die wesentliche Begründung für den degressiven Kostenverlauf basiert auf einem anderen Kalkulationsergebnis, nämlich auf den unterschiedlichen Tageskosten von Kurz- und Langliegern. Durchgängig zeigen sich – bei gleicher Diagnose – höhere Tageskosten bei Kurzliegern als bei Langliegern. Dieser Unterschied ist nicht das Ergebnis von tagesgenauer Kostenerfassung, sondern das Ergebnis der durchschnittlichen Kosten bei Lang- und Kurzliegern. Es entspricht übrigens den Erwartungen: Kaum ein psychisch Kranker wird über Monate in einer kosten- und behandlungsintensiven 1:1-Betreuung therapiert.

Der Nachteil unterschiedlicher Tagessätze für Kurz- und Langlieger sind negative Erlössprünge: Für Patienten erhält ein Krankenhaus zunächst in der Annahme, es handele sich um einen Kurzlieger, hohe Tagessätze, muss dann aber, wenn es doch ein Langlieger ist, die überhöhten Kurzliegertagessätze zurückzahlen. Ein Beispiel: Bei einem Kurzliegertagessatz von 400 Euro und einem Langliegertagessatz von 200 Euro erhält das Krankenhaus, wenn die Grenze zwischen kurz und lang bei einer Woche liegt, für die ersten sieben Tage 2.800 Euro. Liegt der Patient aber einen Tag länger und wird somit zum Langlieger, muss das Krankenhaus quasi siebenmal 200 Euro zurückzahlen und erhält für einen Achttagesfall insgesamt 1.200 Euro weniger als für einen Siebentagesfall. Dies könnte das Krankenhaus dazu verleiten, den Patienten so lange im Krankenhaus zu behalten, bis die Rückzahlungssumme wieder „herausgewirtschaftet“ ist – was in diesem Beispiel erst nach zwei Wochen der Fall ist. Die bedenkliche Anreizwirkung hat die Selbstverwaltung bewogen, nach einer anderen Lösung zu suchen.

Statt negativer Erlössprünge soll die Vergütungskurve „langsam nach unten gebogen werden“. Es gibt also keine „Rückzahlung“, sondern einen schrittweise abgesenkten Tagessatz, so beispielsweise einen niedrigeren Tagessatz nach vier und zehn Tagen (Abbildung 6). Schrittweise nähert sich der Durchschnittserlös dem adäquaten Langliegererlös an.

Abbildung 6: Degression statt des negativen Erlössprungs



Quelle: Eigene Darstellung

Die vom InEK vorgeschlagene und per Ersatzvornahme in Kraft gesetzte Lösung vermeidet also negative Erlössprünge, hat aber gleichwohl zu erheblichen Abwehrreaktionen der Krankenhäuser geführt. Dies war einer der Gründe dafür, dass die DKG sich letztlich nicht in der Lage sah, dem PEPP-Vergütungssystem zuzustimmen, obwohl sie im Frühjahr 2012 der Kalkulations- und Gruppierungssystematik zugestimmt hatte.

Ein „psychologisches“ Problem war und ist offenbar die Höhe der Degressionsstufen. So sinkt die Vergütung beispielsweise bei Suchterkrankungen mit komplizierender Konstellation (PA02A) von 344 Euro nach sieben Tagen auf 224 Euro. Eine Verminderung der Stufen ließe sich erreichen, wenn die Anfangshöhe reduziert würde. Dies aber würde dazu führen, dass die Kurzlieger nicht voll ausfinanziert werden. Das ist zwar gegenwärtig bei einheitlichem Krankenhaustagessatz in noch viel stärkerem Maße der Fall, aber es wird jetzt, wo der Anspruch einer leistungsgerechten Vergütung erhoben wird, zum Anlass genommen, das System als grundsätzlich ungeeignet abzuqualifizieren.

2.4 PEPP = Psych-PV 2.0

Die Aversionen gegen die neue Gruppierungssystematik sind in der Psychiatrieszene groß. Letztlich stellt die Vergütungssystematik aber nicht viel anderes dar als eine „Psych-PV im digitalen Zeitalter“. Auch die Väter der Psych-PV hatten den richtigen Gedanken, dass die Vergütung und die Personal Ausstattung in Abhängigkeit vom Krankheitsspektrum bemessen werden müssen. Sie führten eine Gruppierung in 25 Gruppen ein und versahen diese mit Personalanzahlzahlen, was nicht viel anderes bedeutete als die Festlegung von Tagessätzen (Tabelle 2). Die Eingruppierung erfolgte in einem verwaltungsarmen Verfahren an vier Stichtagen im Jahr. Im Unterschied zum elektronischen Grupper auf der Basis von Diagnosen und Prozeduren wurde die Eingruppierung jedoch nach Augenmaß vorgenommen – quasi als „Kopfgrouper“.

Tabelle 2: Krankheitsgruppen nach Psych-PV

Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrie			Psychosomatik
	Allgemeine Psychiatrie	Sucht	Gerontopsychiatrie	
KJ 1	A 1	S 1	G 1	
KJ 2	A 2	S 2	G 2	
KJ 3	A 3	S 3	G 3	
KJ 4	A 4	S 4	G 4	
KJ 5	A 5	S 5	G 5	
KJ 6				
KJ 7	A 6	S 6	G 6	

Quelle: Psych-PV, eigene Darstellung

Die PEPP-Systematik lässt sich vergleichsweise einfach aus der Psych-PV ableiten (Tabelle 3). Wie oben beschrieben wurden die Gruppen „Allgemeine Psychiatrie“, „Sucht“ und „Gerontopsychiatrie“ zur „Psychiatrie“ zusammengefasst und eine Prästrukturgruppe hinzugefügt. Man fragt sich: Warum all die Aufregung?

Tabelle 3: PEPP – quasi Psych-PV 2.0

	Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychiatrie							Psychosomatik	
Prästrukturgruppe (Prä-MDC)	P002A		P003A								
	P002B		P003B								
			P003C								
			P003D								
			P004Z								
PEPP	PK01Z	PK04B	PA01A	PA02A	PA03A	PA04A	PA14A	PA15A	PP00Z	PP10A	
	PK02Z	PK10Z	PA01B	PA02B	PA03B	PA04B	PA14B	PA15B	PP04A	PP10B	
	PK03Z	PK14Z					PA04C	PA15C	PP04B	PP14Z	
Teilstationär	TK04Z	TK14Z	TA02Z	TA15Z	TA19Z	TA20Z			TP20Z		

Quelle: PEPPV 2013, eigene Darstellung

Die Begeisterung der psychiatrischen Szene für die Psych-PV ist vor allem darauf zurückzuführen, dass deren Einführung mit einer bis dato nicht gekannten Mehrung an Personal und Budget verbunden war. Historisch war dies eine Umsetzung der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete, die Jahre vorher das Ende der Verwahrspsychiatrie anmahnte. Dass mit der jetzigen Reform kein erneuter Geldregen über die Psychiatrie einhergeht, mag einer der Gründe für die Ablehnung sein.

Aber ein Zurück zur Psych-PV ergibt keinen Sinn. So ist die Psych-PV beispielsweise kein lernendes System. Weder die Minutenwerte noch die Gruppierung wurden aktualisiert, sodass ihre Anwendung im künftigen System auf einen medizinischen Stand von vor fast 30 Jahren rekurrieren würde. Beispielsweise ist heute die Psychotherapie als Methode psychiatrischer Behandlung Bestandteil in den verschiedenen Gruppen und wäre dementsprechend anders zu gewichten. Darüber hinaus ist die Krankenhausverweildauer in den letzten Jahren deutlich gesunken.

Gleichwohl bleibt die Informationsfunktion der Psych-PV: Seit dem 1. Januar 2010 übermitteln alle Einrichtungen für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung des Patienten in einen der 25 Psych-PV-Behandlungsbereiche jeweils zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs. Die Übermittlung der Daten erfolgt als OPS-Kode mittels Datensatz nach § 301 SGB V. Jetzt – quasi posthum – ist damit erstmals eine offizielle Statistik über die Psych-PV-Eingruppierung möglich (Tabelle 4).

Tabelle 4: Psych-PV-Einstufung 2012 (Behandlungstage in Prozent im Jahr 2012)

	Allgemeine Psychiatrie	Abhängigkeitskranke	Gerontopsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Regelbehandlung	74,7 %	52,1 %	60,5 %	45,1 %	Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
Intensivbehandlung	16,1 %	43,1 %	36,9 %	40,2 %	Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
Rehabilitative Behandlung	0,1 %	0,0 %	0,1 %	13,6 %	Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	1,6 %	4,3 %	2,3 %	0,0 %	Rehabilitative Behandlung
Psychotherapie	7,6 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
Tagesklinische Behandlung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	Eltern-Kind-Behandlung
				0,1 %	Tagesklinische Behandlung
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	Gesamt

Quelle: Auswertung GKV-Spitzenverband, vollstationäre Krankenhausfälle 2012 und OPS 9-98*

Noch ein Wort zum Zeitplan: Die Idee der Psych-PV war die leistungsgerechte Bestimmung eines Budgets für psychiatrische Einrichtungen. Ein solches Instrument gab es im somatischen Bereich nicht. Wenn die Psych-PV überall in ähnlicher Weise umgesetzt worden ist (egal bis zu welchem Grad), dann ist der Konvergenzbedarf im psychiatrischen Bereich wahrscheinlich sehr viel geringer als im somatischen Bereich. Hinzu kommt, dass sich – anders als bei Fallpauschalen – die durchaus erhebliche Verweildauervarianz nicht in den Pflegesätzen niederschlägt.

2.5 PEPP 2014

Am 6. September 2013 hat das InEK die zweite Version des Katalogs vorgestellt. Grundlage der Kalkulation sind Kostendaten von 70 Krankenhäusern. Der Entgeltkatalog stellt eine vorsichtige Weiterentwicklung dar und enthält insgesamt 77 PEPPs (57 vollstationäre und 20 teilstationäre PEPPs). Es bleibt bei der bisherigen Grundstruktur mit vier Strukturgruppen und degressiven Tagessätzen, aber es wurden einige Änderungen vorgenommen:

1. Bei Sucht wurde eine Differenzierung für Opiatabhängigkeit, Konsumart und qualifizierten Entzug umgesetzt.
2. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen nun eine Berücksichtigung der Einzel- und Kleingruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand sowie eine Differenzierung bei Verhaltensstörungen.
3. Erstmals ist eine erhöhte Therapieintensität (Therapieeinheiten von Ärzten und Psychologen) schweregraderhöhend berücksichtigt.
4. Auch in der Psychosomatik wird nun bei den meisten PEPPs nach Vergütungsstufen differenziert.

Nach umfangreichen Verhandlungen der Spitzenverbandspartner konnte die PEPP-Vereinbarung Anfang November 2013 vereinbart werden. Die Zustimmung der DKG war an folgenden InEK-Prüfauftrag gekoppelt:

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG beauftragen das InEK, in Ergänzung zum derzeitigen Verfahren der Katalogentwicklung weitere tagesbezogene Analysen durchzuführen und nach Lösungen zu suchen, damit Erlös- und Aufwandsverlauf für die Patientengruppen nicht extrem auseinanderfallen. In die Prüfung sollten auch tagesbezogene Vergütungskomponenten einbezogen werden. Damit die Ergebnisse bei der weiteren Grupperentwicklung im Sommer 2014 und gegebenenfalls von den Softwareherstellern für 2015 berücksichtigt werden können, sollte die Prüfung bis Mitte Februar 2014 abgeschlossen sein. Anfang Januar ist auf der Basis einer Präsentation von Zwischenergebnissen eine gemeinsame Diskussion von InEK und Selbstverwaltungspartnern vorzusehen.“

Die DKG setzt sich außerdem für eine Verlängerung der bislang zweijährigen Optionsphase ein. Die GKV sieht dies nicht als geeigneten Weg zur aktiven Systemgestaltung an. Die Länge der Optionsphase ist jedoch durch den Gesetzgeber und nicht durch die Selbstverwaltungspartner zu regeln.

3. Abrechnungsregeln, Zu- und Abschläge

3.1 Konsequenzen degressiver Tagessätze

In einem System mit degressiven Tagessätzen sind Kurzlieger lohnenswerter als Langlieger. Es liegt also nahe, Langzeitfälle aus Gründen der Erlösoptimierung kurzzeitig zu entlassen, um so durch Fallsplitting jeweils in den Genuss der höheren Kurzliegervergütung zu kommen. Aus ähnlichen Gründen gibt es im DRG-System Regeln zur Fallzusammenführung. Krankenhausfälle, zwischen

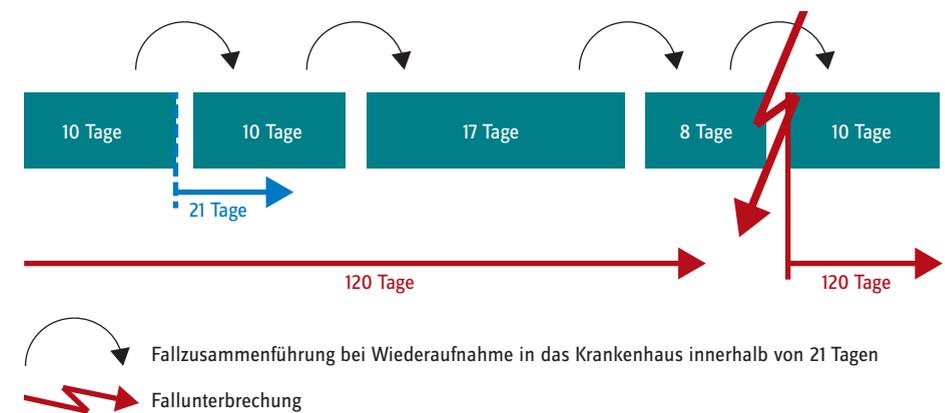
denen der Patient nur kurz zu Hause war, werden wie ein Krankenhausfall behandelt, führen also zu keiner erneuten Fallpauschale. Die Einigung auf Regeln zur Fallzusammenführung ist vielleicht die wichtigste qualitätssichernde Maßnahme im DRG-System, denn sie verhindert, dass sich zu frühe Entlassungen lohnen – zu groß ist die Gefahr von Wiederaufnahmen bei Komplikationen.

Die Einigung auf Regeln zur Fallzusammenführung im Psych-Entgeltsystem hat in den Verhandlungen zwischen DKG und GKV breiten Raum eingenommen. Beiderseits bestand Einvernehmen darüber, dass degressive Tagessätze durch Regeln zur Fallzusammenführung flankiert werden müssen. Auf der anderen Seite sollte es nicht zu „unendlichen Fallketten“ kommen. Das Ergebnis der Verhandlungen ist die sogenannte „21/120-Regelung“⁵ (Abbildung 7):

- Wird ein Patient innerhalb von 21 Tagen wieder aufgenommen, so werden die Fälle zusammengeführt.
- Wird ein Patient wieder aufgenommen und liegt der Aufnahmetag des vorherigen (gegebenenfalls zusammengeführten) Krankenhauses mehr als 120 Tage zurück, so erfolgt keine Fallzusammenführung.

Der Zeitraum von 21 Tagen mag lang erscheinen, da man einem Krankenhaus nicht zutrauen würde, behandlungsbedürftige Patienten mehr als 21 Tage nach Hause zu schicken. Der Hintergrund ist ein anderer: In der Psychiatrie bilden voll- und teilstationäre (tagesklinische) Behandlungsformen jeweils einen eigenen Fall, sodass eine einwöchige Übergangsbildung zwischen zwei vollstationären Fällen zu insgesamt drei abrechenbaren Fällen führen würde – es sei denn, man formuliert Regeln zur Fallzusammenführung. Derartige Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Versorgung sind häufig, sie sind auch medizinisch sinnvoll, sollen aber nicht zur Erlösoptimierung missbraucht werden.

Abbildung 7: Fallzusammenführung (21/120)



Quelle: Eigene Darstellung

In puncto Abrechnungsregeln gab es zwischen DKG und GKV keine Differenzen. Dies vereinfachte dem BMG die Ersatzvornahme.

3.2 Überlieger und andere ungelöste Probleme

Die Psychiatrie ist durch vergleichsweise lange Verweildauern gekennzeichnet. Während im DRG-Bereich inzwischen eine durchschnittliche Verweildauer von 7,2 Tagen erreicht wird, liegt diese in der Psychiatrie bei 24,8 Tagen. Dadurch gewinnt die Überliegerproblematik an Bedeutung, also die vergütungstechnischen Probleme, die entstehen, wenn ein Patient im alten Jahr aufgenommen und erst im neuen Jahr entlassen wird. Der Anteil solcher Fälle beträgt rund zwölf Prozent. Da sich bei Überliegern die maßgebliche Diagnosen- und Prozedurensystematik (ICD und OPS) ändert, das PEPP-System wechselt, muss für diese Fälle eine Reihe von Fragen entschieden werden:

- Welches ist das maßgebliche Kodiersystem? Das alte, das neue oder beide?
- Welches ist das maßgebliche PEPP-System; das alte, das neue oder verweildauerabhängig das alte und das neue?
- Welchem Budgetzeitraum sind die (anteiligen) Fälle zuzurechnen?

In der Selbstverwaltung wurde zunächst beschlossen, dass der Aufnahmetag maßgeblich für die Kodiersysteme und die PEPP-Gruppierung ist. Das entspricht der Regelung im DRG-System. Diese Regelung hat den Vorteil, dass für alle Fälle, die in einem Jahr aufgenommen werden, ein Grouper existiert. Eine Regelung, die auf den Entlassungstag abstellt, hätte den Nachteil, dass unterjährig der Grouper ausgetauscht werden müsste. Ein Nachteil dieser Regelung ist, dass am Jahresanfang zwei Kodiersysteme bedient werden müssen: das alte System für die Überlieger und das neue für die nach Jahreswechsel aufgenommenen Patienten. Am 1. März eines Jahres sind noch rund zehn Prozent der Fälle nach der Vorjahresversion von ICD und OPS zu kodieren. Ein kleiner Teil dieser „nachhängenden“ Kodierung ist auf die Fallzusammenführung zurückzuführen.

In der Selbstverwaltung wurde intensiv diskutiert, ob man die Patienten nicht „virtuell“ zum Jahreswechsel entlassen und wieder aufnehmen sollte. Die datentechnischen Folgeprobleme einer solchen „halben Entlassung“ sind jedoch gewaltig, da für alle Fragen wie Fallzählung, Zuzahlung und zeitbezogene Prozeduren eine Lösung gefunden werden muss, bei der fraglich ist, ob die programmier-technischen Folgekosten in den Abrechnungssystemen von Krankenhäusern und Krankenkassen diesen Aufwand für rund ein Prozent aller 18,3 Millionen Krankenhaufälle rechtfertigen. Da für Programmieränderungen eine Vorlaufzeit von neun Monaten gerechnet wird, wurde zumindest für den Jahreswechsel 2013/2014 auf eine solche Änderung verzichtet. Ähnlich komplex ist die Budgetzurechnung.

4. Modellprojekte als Teil des lernenden Systems

Wenn ein Vergütungssystem wie das der tagesgleichen, einrichtungsbezogenen Tagessätze über Jahrzehnte nicht weiterentwickelt wird, dann steigt die Bedeutung von Modellprojekten. Einen Überblick gibt eine Feldstudie, die das IGES-Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes im März des Jahres 2012 abgeschlossen hat: „Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und über-regionalen sektorenübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Nolting und Hackmann 2012). Die Ergebnisdatenbank zeigt rund siebenzig Modellprojekte mit unterschiedlicher Zielsetzung, die aber zum großen Teil auf die Verkürzung und Vermeidung von stationären Aufenthalten ausgerichtet sind. Drei Modellkategorien lassen sich identifizieren:

- Case-Management, das bedeutet Modelle, bei denen ein Fallmanager zum Einsatz kommt, der Aufgaben der Behandlungskoordination wahrnimmt
- teambasierte Interventionskonzepte, das bedeutet Modelle, bei denen in der Regel multiprofessionell zusammengesetzte Teams Versorgungsaufgaben wahrnehmen (Assertive Community Treatment, Home Treatment, Community Mental Health Teams)
- sektorenübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung, bei denen ein Akteur für eine definierte Patientenpopulation eine übergreifende Versorgungsverantwortung übernimmt

Inwieweit diese Modelle helfen, den Weg in eine bessere Versorgung zu weisen, ist zweifelhaft. Das Resümee von IGES ist zumindest skeptisch: „Im Hinblick auf die Häufigkeit und Qualität von Evaluationen ist festzuhalten, dass bislang nur sehr wenige Projekte Evaluationsergebnisse publiziert haben“ (Nolting und Hackmann 2012: 51). Die meisten Projekte werden auf der Basis eines Vertrags zur integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V) durchgeführt. Die beteiligten Krankenkassen dürften somit auch wettbewerbliche Ziele verfolgt haben – nicht unbedingt eine Weiterentwicklung der Vergütungssystematik.

Datenübermittlung von Modellprojekten

Gemäß gesetzlichem Auftrag (§ 64 b Absatz 3 SGB V) haben die Spitzenverbandspartner eine Vereinbarung über die Datenmeldung der Modellvorhaben an das DRG-Institut geschlossen.⁶ Die Vereinbarung sieht zwei unterschiedliche Datenübermittlungspflichten vor. Zum einen werden patientenbezogene Informationen übermittelt, insbesondere die Behandlungsleistungen inklusive jener Leistungen, die nicht über das bestehende Klassifikationssystem abgebildet werden (beispielsweise Home Treatment). Zum anderen werden sogenannte Vertragsdaten an das InEK übermittelt. Die Vertragspartner (Krankenhaus, Krankenkassen) können sich vor Ort einigen, wer die Daten übermittelt. Eventuelle Nichtlieferungen dieser Vertragsdaten werden sanktioniert. Eine Zahlung von 6.000 Euro für jeden nicht gelieferten Vertragsdatensatz wurde vereinbart. Inzwischen funktionieren die

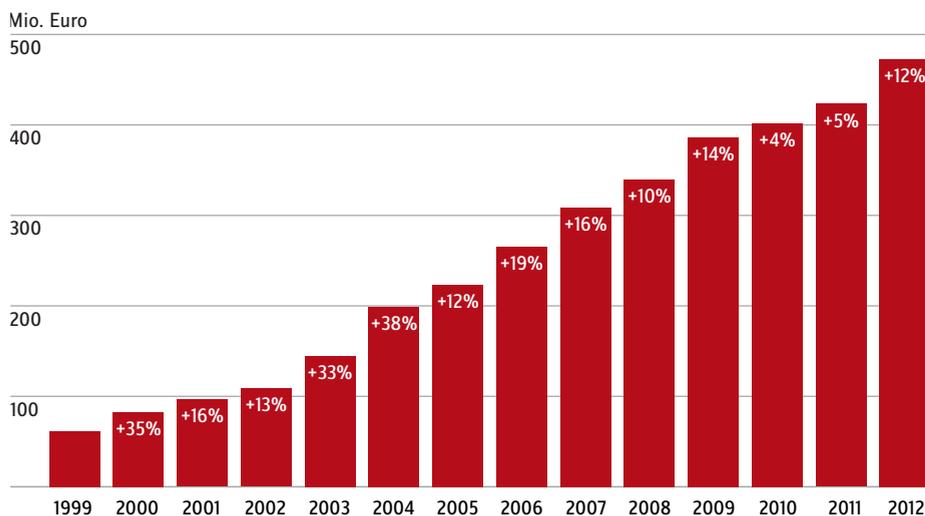
Internetportale zur Übermittlung der Daten. Erste Entgeltziffern zur Abrechnung der Modellvorhaben wurden beantragt.

Die große versorgungspolitische Frage ist die des PEPP-Umstiegs: Initiiert man ein Modellvorhaben, um sich dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem zu entziehen, oder steigt man um, um danach einen eigenständigen Weg auf der Basis der PEPP-Vergütung zu erproben – sei es durch neue Leistungen, sei es durch eine Kombination mit ambulanten Vergütungen oder sei es als Budgetvariante, die sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen enthält? Aus Sicht der Systementwicklung kann es nur eine Antwort auf diese Frage geben: erst Umstieg, dann Modellvorhaben. Ohne den Umstieg sind die Wirkungen des Modellprojekts mangels Kontrollgruppe quasi nicht vergleichbar. Wie wäre beispielsweise eine Verweildauerverkürzung zu beurteilen, wenn schon der PEPP-Umstieg für sich genommen massiv die Verweildauer ändert? Man braucht den PEPP-Umstieg, um das eigene Modellvorhaben evaluieren zu können.

5. PIA-Dokumentation

Neben dem gesetzlichen Auftrag, auch andere Entgeltformen zu prüfen, soll auch die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in das Psych-Entgeltsystem überprüft werden. Psychiatrische Institutsambulanzen sind Klinikambulanzen psychiatrischer Einrichtungen, deren Bedeutung für die ambulante Versorgung der Versicherten in den letzten zehn Jahren exorbitant zugenommen hat. Das finanzielle Volumen hat sich im Zeitraum der Jahre 1999 bis 2012 verzehnfacht (Abbildung 8).

Abbildung 8: GKV-Ausgaben für psychiatrische Institutsambulanzen (1999 bis 2012)



Quelle: KJ1-Statistik (Gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse, Konto 5440), eigene Darstellung

Amtliche Statistiken zur Zahl der Einrichtungen und deren Versorgungsleistung stehen nicht zur Verfügung. Einer Übersicht der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2007 ist zu entnehmen⁷, dass insgesamt 418 PIAs in 434 Fachkliniken und Abteilungen ambulante psychiatrische Versorgung erbringen. Damit verfügen nahezu alle Fachkliniken beziehungsweise Fachabteilungen über eine Institutsambulanz.⁸

In der Grundlagenvereinbarung zwischen GKV und DKG vom 30. November 2009 wurde in § 8 vereinbart, den PIA-Prüfauftrag anzugehen und eine PIA-Dokumentation auf den Weg zu bringen. Dieser Konsens wurde kurze Zeit später wegen wachsender interner Vorbehalte gegen den Reformprozess insgesamt von der DKG aufgekündigt. Eine bundesweite Dokumentation über das Leistungsgeschehen ist jedoch für den Prüfauftrag unabdingbar. Es ergibt schließlich einen Unterschied, ob in der PIA ein Zehn-Minuten-Kontakt zur Prolongation einer Arzneimittelverschreibung erfolgt oder ob eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung stattfindet. Auch ist es von großer Bedeutung, ob in den PIAs eine Art poststationäre Behandlung erfolgt oder ob es sich um einen eigenständigen ambulanten Versorgungsbereich mit wenigen Berührungspunkten zum stationären Geschehen handelt.

Die Transparenz zum Leistungsgeschehen ist aufgrund unterschiedlicher Landesvereinbarungen sehr heterogen. In Ländern, in denen ausschließlich Quartalspauschalen abgerechnet werden, gibt es keinerlei Transparenz im Leistungsbereich. Die beste Abbildung des Versorgungsgeschehens gibt es im bayerischen System der Einzelleistungserfassung und in jenen Ländern, die das bayerische System analog anwenden (beispielsweise Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt). Allerdings lässt auch das bayerische System keinen Zusammenhang zwischen ambulanten und stationären Fällen erkennen. Misslich ist auch, dass über die PIA-Versorgung in Bayern keine Frequenzstatistiken und detaillierten Analysen öffentlich verfügbar sind.

Der GKV-Spitzenverband hielt immer eine zügige bundesweite PIA-Dokumentation für unabdingbar, um den gesetzlichen Prüfauftrag zu erfüllen.⁹ Die gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Katalogs zur Dokumentation der PIA-Leistungen wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in § 295 Absatz 1 b SGB V geschaffen. Am 16. März 2012 einigten sich DKG und GKV auf eine Vereinbarung zur PIA-Dokumentation.¹⁰ Es wurde nicht der Weg einer Stichprobe bestritten, sondern stattdessen eine extrem unaufwendige Dokumentation gewählt, die noch hinter dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes („Bayern light“) zurückblieb und als „Bayern very light“ bezeichnet werden könnte. Gemäß dieser Vereinbarung haben alle PIAs in einer Art „Vierfelderdokumentation“ lediglich zu erfassen, ob der Patient einen Arztkontakt hatte und ob er zu Hause aufgesucht wurde.

Um eine Doppelerfassung zu vermeiden, sind alle Bundesländer (und einige Krankenhäuser) von der Dokumentation befreit, bei denen sich die Abrechnung nach bayerischem Muster auf diese vier Felder zurückführen lässt. Der entscheidende Fortschritt zur bayerischen Variante besteht darin, dass über die Krankenversicherungsnummer eine Verbindung zu etwaigen stationären Aufenthalten hergestellt werden kann. Es lässt sich also aus den Daten ersehen, ob die PIA-Behandlung in direktem Zusammenhang zu einer stationären Behandlung steht, beispielsweise als poststationäre Behandlung. Da die Krankenversicherungsnummer seit dem 1. Januar 2013 Teil der PIA-Abrechnung ist, erlaubt sie den Krankenkassen, künftig integrierte Versorgungsmodelle auf einer empirischen Datenbasis aufzubauen.

Weil die Dokumentation erst seit Jahresanfang 2013 verpflichtend ist, liegen derzeit noch keine validen Aussagen vor. Erste Auswertungen zeigen, dass eine direkte Verbindung der PIA-Behandlung zu einem Krankenhausaufenthalt offensichtlich nicht die Regel ist. Vielmehr hat sich ein eigenständiger ambulanter Versorgungsbereich entwickelt. Auffällig ist auch, dass der Anteil aufsuchender Behandlung im zweistelligen Prozentbereich liegt. Die Betreuung psychiatrischer Patienten in häuslicher Umgebung findet möglicherweise eher durch stationäre Einrichtungen als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung statt.

Es bleibt zu hoffen, dass von den inhaltlich engagierten Psychiatern der Ruf nach einer stärker differenzierten Dokumentation laut wird. Sektorenübergreifende Vergütungen, von denen sich viele eine Verbesserung der Versorgung erhoffen, sind schließlich nur auf Basis differenzierter Leistungsdokumentationen entwickelbar. Da sich verständlicherweise die Begeisterung für Dokumentation ohne Vergütungsrelevanz in Grenzen hält, stellt sich die Frage, ob der Weg zu einer sektorenübergreifenden Vergütung nicht zunächst über eine bundesweite PIA-Vergütungssystematik gehen muss. Erst diese würde ermöglichen, dass systematisch bestimmte ambulante Behandlungsanteile vergütungstechnisch zu einem Teil des Psych-Entgeltsystems werden.

6. Kodierung, Klassifikationssysteme und Qualitätssicherung

6.1 Probleme der Abbildung psychiatrischer Krankheiten und Leistungen

Ein Vergütungssystem ist nur so gut wie die zugrunde liegende Kodiersystematik für Diagnosen und Prozeduren. Hier besteht in der Psychiatrie erheblicher Handlungsbedarf. Da die Diagnose in der Psychiatrie in der Regel nicht viel über den Schweregrad der Krankheit aussagt, ist sie auch wenig geeignet, den Aufwand für die Behandlung zu prognostizieren. Damit ein sinnvolles Gruppierungssystem geschaffen werden kann, bedarf es ergänzender Schweregradskalen, und man braucht ein Prozedurensystem, welches das Behandlungsgeschehen abbildet. Die mangelnde Erweiterung der Prozedurenklassifikation OPS ist möglicherweise eine der wesentlichen Schwachstellen des Reformprozesses. Bei Einführung des DRG-Systems wurden weit über 10.000 neue Prozeduren geschaffen,

bei der Psych-Entgeltreform waren es gerade mal ein paar Dutzend Ergänzungen. Die grundsätzliche Erweiterung war die Erfassung von Therapieeinheiten, die im Wesentlichen Auskunft darüber geben, wie viele 25-Minuten-Einheiten an Therapeut-Patienten-Zeit innerhalb eines Wochenzeitraums angefallen sind. Aber diese Prozedur sagt nichts über den Inhalt der Behandlung aus. Es ist so, als ob erfasst würde, wie viele Ärzte wie lange im OP stehen, nicht aber, ob es sich um eine Gallen- oder eine Knieoperation handelt. Die psychiatrischen Diagnosen müssen medizinisch gehaltvoller werden, um das Behandlungsgeschehen adäquat abzubilden. Außerdem ist der erhebliche Aufwand bei Patienten in Krisensituationen, wo keine 25-Minuten-Einheiten durchführbar sind, nicht adäquat abbildbar.

Die Weiterentwicklung der Prozeduren sollte in zwei Richtungen gehen. Zum einen braucht man differenzierte Behandlungskodes, wie beispielsweise medikamentöse antedementive Therapie, medikamentöse Neueinstellung auf ein Neuroleptikum, tiefenpsychologisches Setting, verhaltenstherapeutisches Setting und anderes mehr. Zum anderen sollten psychometrische Kodes geschaffen werden, so etwa die Erfassung der Symptombelastung mit diversen Skalen.

Bleibe es bei den Therapieeinheiten, dann wäre auch die Qualitätssicherung ohne echte Perspektive. Prozeduren sind in der Regel Auslöser für die Qualitätssicherungsverfahren (beispielsweise die Prozedur für eine Herztransplantation). Welches Qualitätssicherungsverfahren aber soll Anwendung finden, wenn lediglich eine Therapeut-Patienten-Zeit registriert wird? Der Bezug zu den Diagnosen hilft bisweilen, versagt aber bei Multimorbidität. Es gibt also gute Gründe, in eine intensive Fachdiskussion über die Abbildung des psychiatrischen Behandlungsgeschehens einzusteigen.

6.2 Qualitätssicherung

In Deutschland folgt die Qualitätssicherung der Vergütung. Differenzierte Vergütungsformen bilden gewissermaßen die Grundlage für differenzierte Qualitätssicherungsverfahren. So war die Einführung der Fallpauschalen durch die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) 1995 die Geburtsstunde der externen Qualitätssicherung. Offenbar gab es Befürchtungen, dass Fallpauschalen die Qualität mindern könnten (zu frühe Entlassungen?), sodass Widerstände gegen den bürokratischen Aufwand verstummen. Als im Jahr 2003 die DRG-Fallpauschalen für alle Krankenhausleistungen eingeführt wurden, wurde die externe Qualitätssicherung auf zahlreiche Bereiche ausgeweitet, sodass es inzwischen über 300 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in der stationären Versorgung gibt. Der Psychiatrie fehlt bislang eine differenzierte Vergütung, und so gibt es für diesen quantitativ durchaus bedeutsamen Bereich kein einziges externes Qualitätssicherungsverfahren.

Mit dem PsychEntgG wird eine differenzierte Vergütung eingeführt. Folglich enthält das Gesetz auch den expliziten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bis zum Jahr 2017 Qualitätssicherungsverfahren für die Psychiatrie einzuführen (§ 137 Absatz 1 c SGB V). Dies hat zu einem ersten Konzeptvorschlag durch das Qualitätssicherungsinstitut AQUA geführt, der aber nach Auffassung des G-BA kein umsetzbares Konzept darstellt. Bis heute ist unklar, ob eher mit krankheitsgruppenbezogenen Verfahren begonnen (beispielsweise Schizophrenie) oder ob ein quasi flächendeckender Ansatz unter Einbeziehung der ambulanten Versorgung gewählt werden soll. Angesichts der Tatsache, dass es trotz des parlamentarischen Auftrags aus dem Jahr 2007 noch kein einziges sektorenübergreifendes Verfahren in der nicht psychiatrischen Versorgung gibt, dürfte der auf stationäre Aufenthalte und ein eng umrissenes Krankheitsbild beschränkte Ansatz die einzig realistische Chance für ein Qualitätssicherungsverfahren im Jahr 2017 sein.

Eine Besonderheit stellt der Gesetzauftrag dar, für die Psychiatrie Personalanzahlzahlen durch den G-BA formulieren zu lassen (§ 137 Absatz 1 c SGB V) – die Psych-PV-Tradition lässt grüßen. Die Haltung der G-BA-Partner ist durchaus ambivalent, geht doch mit diesen Anhaltzahlen keine Finanzierungsgarantie einher. Sie können die Qualität verbessern, aber sie können auch zur Marktberreinigung genutzt werden.

7. Umsteigen statt Abwarten

Die Psych-Entgeltreform ist ein vergleichsweise ambitionsloser Vorgang: Einrichtungsbezogene Tagessätze, die via Psych-PV schon ansatzweise das Krankheitsspektrum widerspiegeln, sollen durch krankheitsgruppenbezogene Tagessätze ersetzt werden. Alle Erweiterungen wie alternative und sektorenübergreifende Vergütungsformen sind lediglich als Prüfauftrag formuliert. Umso mehr verwundert der breite Protest gegen diese Reform. Die positiven Effekte, wie der Transparenzgewinn und die modernere Erfassung des Krankheitsspektrums, scheinen keine Rolle zu spielen. So ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes abschließend ein Plädoyer für diesen Reformprozess fällig.

PEPP ist eine gute Nachricht für Patienten. Bislang wurde in der Psychiatrie alles mit einem einheitlichen Tagessatz vergütet – egal, ob es sich um schwere oder leichte Fälle handelt. Künftig wird es differenzierte Tagessätze geben: hohe Vergütungen für aufwendige Behandlung und weniger hohe Tagessätze für den Normalfall. Durch PEPP wird die Vergütung gerechter.

PEPP ist aber auch deshalb eine gute Nachricht für Patienten, weil die Leistungen transparenter werden und weil Qualität zukünftig besser gesichert wird. Bis heute existieren für die Psychiatrie keine aussagefähigen Qualitätsberichte und keine externen Qualitätssicherungsverfahren. Qualitätssicherung hat sich immer erst im Gefolge von differenzierten Vergütungssystemen entwickelt.

Zur Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems gibt es keine vernünftige gesundheitspolitische Alternative. Natürlich war die PEPP-Version 2013 nur ein Anfang. Die Kalkulationen müssen tagesgenauer werden, die Klassifikationen medizinisch gehaltvoller. Ähnlich wie die DRGs soll auch PEPP ein lernendes System sein. Dazu gehört ebenfalls, dass erstmals Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen erfasst werden – wenn auch vorerst nur in rudimentärer Form. Auf dieser Basis werden künftig auch sektorenübergreifende Vergütungen möglich.

Außerdem ist vorgesehen, dass alternative Modellprojekte Teil des lernenden Systems werden. Leistungs- und Kostendaten solcher Modelle werden an das DRG-Institut geliefert, sodass neue Versorgungsmodelle, beispielsweise mit aufsuchender Behandlung, evaluiert werden können. Evaluation war bisher – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht gerade eine Stärke von Psychiatrie-Modellprojekten.

Die DKG sah sich nicht in der Lage, der ersten PEPP-Version zuzustimmen. Das sollte nicht allzu sehr beunruhigen. Auch die ersten DRG-Versionen wurden als Ersatzvornahme gegen das Votum der Krankenhausgesellschaft in Kraft gesetzt. Später waren die Krankenhäuser mächtig stolz auf die DRG-Einführung. Inzwischen zeichnet sich für die Psychiatrie-Entgeltreform eine Selbstverwaltungslösung ab: Nach erheblichen internen Diskussionen liegt jetzt eine Zustimmung der DKG zur PEPP-Version 2014 vor.

Die Krankenhäuser stehen derzeit vor der Frage, ob sie im Rahmen des Optionsmodells frühzeitig auf das neue System umschalten. Ihnen sei zugerufen: Werden Sie frühzeitig Teil des lernenden Systems!

8. Anmerkungen

1. Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) vom 21. Juli 2012, Bundesgesetzblatt, S. 1613 (Geltung ab dem 1. Januar 2013).
2. Dies sind die Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
3. Dazu beispielsweise die Stellungnahmen des Aktionsbündnisses „Zeit für psychische Gesundheit“, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DPGGN), Aktion Psychisch Kranke (APK) und Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) zum Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) und zur Verordnung zum pauschalierenden Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (PEPPV 2013).
4. InEK-Abschlussbericht (InEK 2013). S. 15.

5. Hierzu § 3 „Wiederaufnahme“ der Ergänzungsvereinbarung vom 16. März 2012 zur Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30. November 2009. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_2012_03_16_Ergaenzungsvereinbarung_Psych-Entgeltsystem.pdf
6. Vereinbarung nach § 64 b Absatz 3 SGB V über Art und Umfang der zu meldenden Daten von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen sowie zur Meldung von Modellvorhaben an das DRG-Institut zwischen GKV-Spitzenverband und PKV sowie DKG vom 27. Februar 2013. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2013_04_15_KH_Psychiatrie_Vereinbarung_64b_SGB-V.pdf
7. Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2007. www.gmkonline.de/_beschuesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage2_Psychiatrie-Tabellenanhang.pdf
8. Die Übersicht unterscheidet nicht PIAs nach § 118 Absatz 1 oder 2 (PIA an Fachkliniken beziehungsweise an psychiatrischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses). Dies ist wegen unterschiedlicher Zugangsregelungen von Belang (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V vom 30. April 2010. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_Psych_20100430_PIA-Vereinbarung.pdf
9. „Das PIA-Problem“ (Leber 2011)
10. Vereinbarung des bundeseinheitlichen Katalogs für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Absatz 1 b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) zwischen GKV-Spitzenverband, PKV und DKG vom 16. März 2012. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_2012_03_16_PIA-Doku_Vereinbarung_final.pdf

9. Literatur

- Haas, A. und W. D. Leber (2011): Konturen künftiger Psych-Entgelte. In: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart. S. 209-238.
- InEK (2013): Abschlussbericht – Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013. Siegburg, 10. Januar 2013. www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2013/Abschlussbericht_zur_Entwicklung_des_PEPP-Systems

- Leber, W. D. (2011): Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem. In: Weiß, P., H. Kunze und N. Roeder (Hrsg.): Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG. Dokumentation des Expertenworkshops am 4. Juli 2011 in Berlin. Bonn. S. 16-35.
- Leber, W. D. (2010): § 115 x: Spezialärztliche Versorgung – ein Reformprojekt ab 2011. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 6 2010. S. 572-575.
- Nolting, H. D. und T. Hackmann (2012): Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Abschlussbericht. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modellprojekte_nach_64_b_2012_03.pdf