



Stellungnahme zum InEK Positionspapier (ausführliche Darstellung)

Der vom InEK vorgelegte PEPP-Katalog wird dem gesetzlichen Auftrag eines „leistungsorientierten“ Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik nicht gerecht.

Die Erläuterungen des InEK zu den zum PEPP-System vorgebrachten Kritikpunkten räumen Entwicklungsdefizite des Systems grundsätzlich ein. Das InEK kommt in der Gesamtbeurteilung jedoch zur Empfehlung der Weiterentwicklung im Praxisbetrieb. Dass dies vom Bundesministerium für Gesundheit jetzt durch die Ersatzvornahme aufgegriffen wurde, ist sehr bedauerlich und gefährdet Erfolge der Psychiatrie-Enquete insbesondere im Bereich der Behandlung von psychiatrisch schwerstkranken Patientinnen und Patienten nachhaltig.

Zu den Kernpunkten:

1) Hauptdiagnose als primäres Merkmal der Klassifikationslogik

Das InEK räumt ein, dass die hohe Bedeutung der Hauptdiagnosen im PEPP-System „(...) auch der Tatsache geschuldet ist, dass noch nicht (...) andere, etwa prozedurale Leistungsbezeichner (OPS-Kodes) als belastbare Kostentrenner zur Verfügung stehen.“ (vgl. S. 2). Im Klartext bedeutet dies, dass man trotz der umfangreich und überzeugend formulierten Kritik der Fachgesellschaften in Ermangelung an Alternativen zur Einhaltung der Zeitschiene auf das Hilfskonstrukt der Diagnoseklassen ausweicht.

In den medizinischen Fachgebieten, die sich mit psychischen Erkrankungen und Störungsbildern beschäftigen, bildet die Diagnose vor allem eine interdisziplinäre Arbeitshypothese auch in der Diskussion mit dem Patienten. In der Diagnose werden in ihrer Wirkung komplexe Krankheitssymptome und funktionelle Störungsebenen zusammengeführt. Vor dem Hintergrund von schwer objektivierbaren Symptomen, sind vor allem Funktionseinbußen im persönlichen, arbeitsweltbezogenen und sozialen Kontext, deren Dauer und Ausprägungen für die weiteren diagnostischen und therapeutischen Versorgungsschritte relevant. Dabei ist es (wie verschiedene Studien belegen) weitaus mehr von dem jeweiligen Arzt, der Diagnosekultur eines Hauses und dem institutionellen Setting abhängig welche Differenzialdiagnose ein Patient erhält. Anders formuliert sind die Graubereiche in der Trennung zwischen den Diagnosehauptgruppen weitaus ausgeprägter als in den meisten anderen Fachdisziplinen der Medizin. Den psychiatrischen Diagnosen, die sich oft erst im Krankheitsverlauf über die Zeit als zutreffend oder weniger zutreffend herausstellen, werden nun ab der Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung erlössteuernde Funktionen zugewiesen. Diese Steuerungsfunktion müsste voraussetzen,

dass die Diagnosen psychischer Erkrankungen ausreichend valide und reliabel sind. Das ist nicht der Fall.

Beispielhaft sei beschrieben, dass im Jahr 2011 die Diagnose F20.0 Schizophrenie im BAG-Vergleich unterschiedlicher Bundesländer in einer Spanne zwischen 6,23% und 10,84% aller stationären Fälle im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie diagnostiziert wurde, obwohl die Häufigkeit dieser Diagnose weltweit stabil ist. Ähnliche und noch höhere Schwankungsbereiche zeigen sich auch in anderen Diagnosegruppen.

Tritt jetzt ein Entgeltsystem hinzu, welches einzelne Diagnosegruppen einer höheren Bewertungsrelation zuführt, so wirkt sich dies unmittelbar auf die Kultur der Diagnostik aus. Genau dies zeigt sich seit Jahren in den somatischen Fachgebieten, u. a. in der Entwicklung der Anzahl und Schwere von Haupt- und Nebendiagnosen. Die sich an das System adaptierende Diagnosepraxis suggeriert, dass die Bevölkerung immer häufiger und schwerer erkranken – was die Entwicklung der Lebenserwartung nicht bestätigen kann.

In der Psychiatrie wäre die Wirkung für die davon betroffenen Patientinnen und Patienten nachteilig. So treffen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alltag nach wie vor auf ausgeprägte Vorbehalte. Das Ausmaß der Stigmatisierung ist dabei nicht unabhängig von der Erkrankungsart, also der Hauptdiagnose zu sehen. So ist eine akute Belastungsreaktion (F43.0) aus Alltagsempfinden noch leicht nachvollziehbar. Die Depression (F32/F33) wird durch mediale Präsenz inzwischen besser erläutert. Aber gilt dies auch für die Schizophrenie? Welche zerstörende Wirkung entfaltet die Diagnose der Demenz für den Betroffenen, insbesondere im nicht selten bestehenden diagnostischen Graubereich?

Zum Schutze der Patientinnen und Patienten sollte eine psychiatrische Diagnostik umsichtig und maximal vorsichtig erfolgen. Dies wird durch die Systematik des PEPP-Entgeltsystems ausgehebelt. Die gravierenden individuellen Folgen für die betroffenen Patientinnen und Patienten nimmt der Gesetzgeber offenen Auges in Kauf. Auch die Argumentation, dass es sich beim PEPP-Katalog bzgl. der Dokumentation lediglich um ein Abrechnungssystem handle, läuft ins Leere. Denn es wird keine „Abrechnungsdiaagnosen“ geben, die nicht auch als klinisch relevante Diagnosen eines Patienten dokumentiert und bzgl. ihrer Aufwandsrelevanz nachgewiesen werden müssen z.B. für Überprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

2) Differenzierungsgrad des Entgeltkatalogs

Die Quantität der PEPP-Klassen erscheint zunächst sicher ausreichend für ein erstes Optionsjahr. Sie kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Systematik den Kern psychiatrischer Arbeit und den unterschiedlich hohen Aufwand nicht abbildet. Wer immer in den letzten Wochen das PEPP-System einer psychiatrischen Fachlichkeit präsentieren durfte, traf auf Unverständnis.

Die Kritik lässt sich wie folgt bündeln:

a) Die Prä-Strukturkategorien schaffen fatale Fehlanreize. Diese Kategorien sollten alternativ in (tagesbezogene) Zusatzentgelte umgewandelt werden, die in der Bewertung zwar einen hohen Anteil, aber den Aufwand nicht gänzlich decken sollten (kein Anreiz für freiheitsentziehende Maßnahmen)

b) Die formulierten Anteile an Tagen mit Intensivbehandlung über 3 Merkmale (50% / 75%) sind sehr schädlich für das Behandlungsmanagement. Es belohnt Behandlungset-

tings, die nach schwerstem Erkrankungsverlauf (> 3 Intensivmerkmale) in der Stabilisierungsphase abrechnen. Konkret bedeutet dies, dass insbesondere Schwerstkranke möglichst unmittelbar nach der Entaktualisierung entlassen werden sollten, da ansonsten der besondere Aufwand der Intensivphase nicht vergütet wird. Eine Umstellung auf eine reale Anzahl an Tagen (z.B. 5 und nicht 30) erscheint zwingend.

c) Es finden sich keine oder nur unzureichend weitere Kriterien, die auf einer Leistungsebene den erforderlichen intensiven Aufwand mit Patientinnen und Patienten abbilden. Stattdessen wird eine Vielzahl, manchmal nur mit spezifischer internistischer und/oder neurologischer Diagnostik abzusichernder spezifischer Nebendiagnosen benannt.

In der Unzulänglichkeit der Systematik verbleiben vor allem psychiatrisch schwerstkranke Patientinnen und Patienten häufig in den ressourcenarmen Basis PEPP (z.B. PA03B). Auch dann, wenn diese Menschen immer wieder stundenweise 1:1 begleitet wurden und umfangreiche kriseninterventionelle Maßnahmen erforderlich waren, führt dies nicht zu einer sachgerechten Bewertung der Fälle. Diese Patientinnen und Patienten unterscheiden sich im klinischen Verlauf im Aufwand erheblich von einem „normalen“ Behandlungsverlauf. Gelingt es nicht dies geeignet abzubilden, wird die Behandlung eher „leichter Erkrankungsverläufe“ immer attraktiver. Psychiatrisch Schwerstkranke hingegen würden zunehmend nach kurzer Krisenintervention am geeignetsten schnell entlassen. Die Folgen für Patientinnen und Patienten, und auch für das extramurale Versorgungssystem sind gravierend. Die Verschiebung der Leistungspflicht einer medizinisch geleiteten multidisziplinären Versorgung aus dem SGB V Sektor in die kommunalen Leistungspflichten anderer SGB-Sektoren ist mit diesem PEPP-Katalog vorgezeichnet und die Frage muss politisch beantwortet werden, ob dies für den Bereich psychischer Krankheiten nach den Errungenschaften der Psychiatrie Enquete von vor 30 Jahren und der Gleichstellung psychischer Erkrankungen zu anderen Erkrankungen heute wirklich gewollt sein kann.

3) Abbildung von Suchterkrankungen

Für die Behandlung von Opiatabhängigen wurden spezielle Behandlungssettings geschaffen, um den spezifischen mulitdimensionalen Problembereichen der Patienten gerecht zu werden. Die Behandlung findet häufig sehr personalintensiv in kleineren Gruppengrößen statt. Die Behandlungsdauer ist zudem im Schnitt deutlich länger als bei einer reinen Alkoholabhängigkeit. Die PsychPV kommt dieser Behandlungsnotwendigkeit durch die pauschale Zuordnung in die S2-Kategorie (Intensivbehandlung) für diese Patienten nach.

Das InEK räumt ein, dass „... eine aufwandsgerechte Eingruppierung für 2013 noch nicht vollständig gelungen ist.“ Im Folgenden wird dann die fehlende Tragfähigkeit der Diagnosesystematik besonders gut deutlich.

Da die klare Abgrenzung von i.v. Drogenabhängigkeit aufgrund mangelnder ICD- oder OPS-Kodierung nicht gelingt, baut man eine Brücke. Diese ist so ausgestaltet, i.v. Drogenabhängige in eine höher bewertete PEPP eingruppiert werden, da ca. 30% von ihnen von HIV und Hepatitis betroffen sind. Man meint also i.v. Drogenabhängige, trifft aber in der Bewertung Patienten mit HIV- und Hepatitiserkrankung, sozusagen stellvertretend für die Zielgruppe. So tragen diese Patienten dann kostenrechnerisch nicht nur den nachvollziehbaren spezifischen Aufwand der Infektionserkrankungen (Medikamente, internistische und sonst. Konsile etc.), sondern auch den des besonderen Settings (kleiner Stationsgrößen, intensiverer Personalaufwand). Wenn sich aber bei 70% der i.v. Drogenabhängigen

der Erlös zukünftig nicht von dem Patienten anderen Substanzkonsums unterscheidet, sind die heutigen Behandlungsstrukturen zukünftig nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Stellvertretend ist dies ein gutes Beispiel welche Fehlsteuerungen eintreten, wenn ein System dringend weitere Stellgrößen benötigt (z.B. OPS für i.v. Drogenkonsum, alternativ Abbildung im ICD), aber auf Hilfskonstrukte oder so genannte „Surrogatparameter“ ausweicht, um dem Erfüllungstermin des Gesetzgebers zu genügen. Dies ist leider auch an anderen Stellen des Entgeltkataloges der pathologische Befund zum PEPP-System.

4) Abbildung der Psychosomatik

Das InEK bestätigt, dass die von der DKG formulierte Kritik im Kern richtig ist. „Im Bereich der Psychosomatik ist die Kalkulationsstichprobe tatsächlich relativ klein und vermutlich nicht repräsentativ zusammengesetzt.“ (S. 5 InEK) Es erfolgt ein Appell zur Teilnahme weiterer Einrichtungen an der Kalkulation, „(...) um die Weiterentwicklung auf eine empirische Basis zu stellen“. Im Klartext bedeutet dies, dass mittels einer unzureichenden und nicht repräsentativen Stichprobe von psychosomatischen Kalkulationshäusern die Grundlage für die Zusammenführung bisher bundesweit getrennter Budgetbereiche erfolgt. Die Zusammenführung der beiden Budgetbereiche PSY und PSO hat regional unterschiedliche, in einigen Bundesländern sogar erhebliche Verteilungseffekte (siehe unten 2) letzter Satz).

Die Höhe der Bewertungsrelationen der Psychosomatik im Vergleich zu denen der Psychiatrie lässt nur den Schluss zu, dass sich überwiegend hochpreisige, z.B. universitäre psychosomatische Einrichtungen in der („nicht repräsentativen“) Kalkulationsstichprobe befinden. Dagegen arbeitet die Mehrzahl der psychosomatischen Kliniken in Deutschland aufgrund ihrer elektiven Versorgungsstrukturen mit einem derzeit um 30-50% geringeren Erlösniveau als es der derzeitige PEPP-Katalog für die PSO vorsieht – bereits gut auskömmlich.

Die Aussage des InEK, dass der PEPP-Entgeltkatalog keine Anreize zur Ressourcenverschiebung auslöst, verkennt die steuernde Wirkung der hierauf im PEPP-Katalog aufsetzenden Verschiebung. Zusammengefasst lässt sich sagen:

1) Die Psychosomatik wird aufgrund der nicht repräsentativen Auswahl der kalkulierenden Einrichtungen mit nach oben verschobenen Bewertungsrelationen im Entgeltkatalog abgebildet. Da die Teilnahme an der Kalkulation freiwillig ist, kann es nachvollziehbar nach diesem Aufschlag des InEK zur Ressourcenverschiebung aus der Psychiatrie in die Psychosomatik keinen Anreiz auf Seiten von kostengünstigeren psychosomatischen Kliniken geben, sich an der Kalkulation zu beteiligen.

2) Zugleich ist die unzureichende Stichprobengröße die Begründung für den geringeren Differenzierungsgrad in den Entgelten der Psychosomatik. Das InEK führt aus, dass in psychosomatischen Einrichtungen zukünftig 70% der Fälle in einer einzigen PEPP (PP04B) geführt werden. Zudem gibt es dort keine verweildauerabhängigen Vergütungsstufen.

Wäre es dann im Umkehrschluss aus der Psychiatrieperspektive nicht zielführender nur noch hochpreisige Einrichtungen in der Kalkulation zu belassen, um aufgrund einer deutlich verringerten Anzahl an Kalkulationshäusern eine Differenzierung der Entgelte zu verhindern?

Natürlich möchte man psychosomatischen Einrichtungen gerne auch langfristig ein höheres Entgeltniveau gönnen. Leider geht dies in dem zukünftig zusammengeführten Gesamtbudget aufgrund des Verteilungsmechanismus vollständig zu Lasten der psychiatrischen Einrichtungen. Psychiatrische Einrichtungen erbringen in der Versorgung psychischer Störungen bundesweit etwa 90% der Versorgung. Eine systematische Ressourcenverschiebung aus einem für die Versorgung der Bevölkerung versorgungswirksamen System in einen für die Bevölkerung kaum versorgungswirksamen Bereich muss auf seine versorgungspolitische und volkswirtschaftliche Rationale überprüft werden.

5) Verweildauerabhängige Vergütung

Das InEK beschreibt, dass die verweildauerabhängigen Vergütungsstufen der sachgerechten Vergütung von Kurzliegern dienen (S. 7). Dies erscheint zunächst auch aus einer Anbieterperspektive leistungsgerecht. So sind, wie Daten aus Kalkulationshäusern zeigen, die ersten 2-3 Tage eines Aufenthaltes besonders aufwendig, da vermehrt intensive Diagnostik und Begleitung des Patienten erforderlich ist. Zieht man Kostendaten verschiedener Kalkulationshäuser hinzu, lässt sich ein degressiver Kostenverlauf für den weiteren Verlauf der Behandlung nicht nachvollziehen.

Warum die Grenzen der ersten Vergütungsstufe nicht bei 2-3 Tagen, sondern z. B. bei 20 Tagen (Schizophrenie - PA03A) oder 19 Tagen (Affektive Strg. etc - PA04A) gesetzt werden, erklärt sich anhand des oben beschriebenen Zieles nicht.

Deutlicher wird dies jedoch im Folgenden:

„Der Anreiz der verkürzten Verweildauer ist integraler Bestandteil bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems in Psychiatrie und Psychosomatik zur Erreichung des Zieles der Verlagerung von Patienten in den tagesklinischen oder ambulanten Versorgungsbe- reich“ (InEK S. 7).

Das InEK tritt hier also in Offenheit aus der Rolle des Systementwicklers auf der Basis von empirischen Daten und bezieht Position als Vertreter einer normativen Steuerung in Hinblick auf dieses gewünschte Ergebnis. Dieses Selbstverständnis wurde in der Fachöffentlichkeit zwar schon zuvor vermutet, ist hier in der Deutlichkeit der Formulierung dennoch erstaunlich und bezüglich des Auftrages sicher an anderer Stelle zu reflektieren. Nur das zentrale Ziel der Verweildauerreduzierung eröffnet die Logik der verweildauergestafelten Vergütungsstufen.

Die dann folgenden Berechnungsmodelle auf der Basis der tagesdurchschnittlichen Bewertungsrelationen sind nachvollziehbar, entsprechen vom Grundansatz her jedoch nicht der ökonomischen Perspektive der Einrichtungen. Wo ein System Anreize schafft psychisch kranke Patienten deutlich kürzer zu behandeln, wird das System sich entsprechend entwickeln.

Die Auswirkung auf die langfristigen Behandlungsverläufe der davon betroffenen Patientinnen und Patienten sind im Einzelfall nicht sicher zu prognostizieren. In der Gesamtheit sind jedoch eine höhere Erkrankungshäufigkeit und ein längerer Krankheitsverlauf zu erwarten. Menschen werden in den Kliniken anbehandelt, jedoch nicht hinreichend stabilisiert verlassen. Der negative Effekt dieses Vorgehens tritt erfahrungsgemäß häufig nicht innerhalb des (künstlichen) 21-Tage-Zeitraumes der Fallzusammenfassung ein, sondern häufig auch erst später. Es ist davon auszugehen, dass die Wiederkehrerquote erkennbar ansteigt. Ebenso ist absehbar, dass sich in kürzester Zeit die aus der Somatik bekannte

Mengensteigerung auch in psychiatrischen Behandlungsbereichen einstellt. Dies betrifft dann sowohl die Fallzahl (Wiederkehrereffekt), als auch die durchschnittlichen Bewertungsrelationen (Verkürzung der Verweildauern). Der bekannte Hamsterradeffekt von weiterer Verkürzung und Nachjustierung der Bewertungsrelationen durch das InEK erscheint dann auch hier vorprogrammiert.

Ökonomisch gesehen werden die psychiatrischen Einrichtungen Überlebensstrategien entwickeln und auch an dieser Herausforderung wachsen.

Den Preis für diese Fehljustierung werden hingegen die Patientinnen und Patienten zahlen.

Bekanntlich steht für Sie kein funktionsfähiges aufnehmendes ambulantes System zur Weiterbehandlung zur Verfügung. Sie warten erfahrungsgemäß heute 3- 4 Monate auf einen Psychotherapietermin. Die niedergelassenen Nervenärzte können mit 60 Euro durchschnittlichen Quartalerlösen keine ambulante Regelversorgung leisten. Die Psychotherapie gilt daher als gescheitert. Psychiatrische Institutsambulanzen stoßen an ihre Leistungsgrenzen, da die Gewinnung von Fachärzten mit der Fallzahlsteigerung nicht Schritt halten kann.

In einer solchen Situation Anreize für kürzere Verweildauern zu setzen, lässt befürchten, dass chronisch psychisch kranke Menschen in andere Versorgungsbereiche „verschoben“ werden. Angehörige werden mit Problemen allein gelassen und zusätzlich belastet. Die Sozialhilfe und die Jugendhilfe und wohl auch der Maßregelvollzug werden steigende Klientenzahlen zu verzeichnen haben. Länder und Kommunen müssen hierfür finanziell aufkommen. Daher wird in der Gesamtbetrachtung auch die Gesellschaft, durch höhere Krankheitskosten und entsprechendem Erwerbsausfall, den Preis dafür zahlen müssen.

7) Konsolidierung von mindestens zwei Jahren dringend erforderlich

Man setzt offenbar darauf, dass die erkannten Mängel des PEPP-Kataloges im Rahmen der Systemweiterentwicklung, des sog. „lernenden Systems“, beseitigt werden.

Das Deutsche Institut für Dokumentation und Information (DIMDI) nimmt Änderungsvorschläge für die Prozedurenbeschreibung entgegen und hört die Fachverbände an, seine Entscheidungen blieben letztlich endlich aber intransparent. Das DIMDI-Verfahren ist zu unflexibel. So hat das InEK ermittelt, dass die Therapieeinheiten keine Kostentrennerfunktion besitzen, worauf die Fachwelt übrigens von Beginn an hingewiesen hat. Trotzdem müssen alle deutschen Kliniken auch im Jahre 2013 Therapieeinheiten kodieren. Hierdurch werden den Patienten wertvolle Therapiezeiten entzogen.

Fachgesellschaften der Psychiatrie und Psychosomatik haben kürzlich ein Gewichtungsmodell für die Behandlungsintensität der Patienten entwickelt, das vom InEK als „Quantensprung der Kalkulation“ bezeichnet worden ist. Diese Erfahrung zeigt, dass durchaus außerhalb der technokratischen Strukturen sinnvolle Vorschläge zur Systementwicklung erarbeitet werden können.

Außerdem stellt der Abschied vom krankenhaushausindividuellen Pflegesatz und die Hinwendung zur leistungsorientierten einheitlichen Tagespauschale einen der grundlegendsten Wandel in der psychiatrischen Versorgung der letzten Jahrzehnte dar. Zum Erfolg eines solchen Veränderungsprozesses – das vermittelt die klassische Lehre vom Change Management – ist es notwendig, alle Akteure einzubinden, Überzeugungsarbeit zu leisten, Vertrauen zu schaffen, Neugier zu wecken und vor allem Geduld zu haben.

Berlin, den 14.12.2012



Dr. Josef Düllings
Präsident



Holger Höhmann
Vorsitzender der VKD-Fachgruppe
Psychiatrische Einrichtungen