

## Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

# Pauschalisiert oder pauschalisierend?

*Der Landschaftsverband Rheinland ist vom neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik und dessen Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung und die kommunalen Haushalte nicht gerade begeistert. Unsere Autorin erklärt das PEPP-System und zeigt die kritischen Punkte auf.*

**Martina Wenzel-Jankowski**

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) feiert in diesem Jahr sein 60. Jubiläum. Als kommunaler Regionalverband übernimmt er Aufgaben der rheinischen Städte und Kreise, die – vor allem im Sinne eines Finanzausgleiches und einer einheitlichen fachlichen Qualität und Steuerung – besser überregional bearbeitet werden. Die 13 kreisfreien Städte, zwölf Kreise und die Städteregion Aachen im Rheinland (das ist der Landesteil Nordrhein des Landes NRW mit den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf) sind seine Mitglieder.

Sie tragen den LVR und sind über die Landschaftsversammlung Rheinland und ihre Ausschüsse, die sich entsprechend der Ergebnisse der Kommunalwahlen in den Mitgliedskommunen zusammensetzen, maßgeblich beteiligt. Gegründet wurden der LVR und sein Schwesterverband LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) 1953 durch den nordrhein-westfälischen Landtag. Die Wurzeln der regionalen Selbstverwaltung im Rheinland reichen jedoch zurück bis zur preussischen Rheinprovinz von 1815.

Neben anderen Aufgaben<sup>1</sup> ist der Verband mit seinen 16.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seit seinem Bestehen auch Träger von psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Der LVR versorgt in seinen neun psychiatrischen Fachkliniken jährlich rund 50.000 psychisch erkrankte Menschen und ist für die Pflichtversorgung von bis zu 5,4 Millionen Menschen im Rheinland zuständig. Er versteht sich nicht nur als Krankenhaus-träger, sondern will als Lobby psychisch kranker Menschen deren Interessen in Politik und Öffentlichkeit vertreten.

Es kommt also nicht von ungefähr, dass sich der Verband kritisch mit dem neuen Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) beschäftigt. Und damit ist er nicht allein. Nahezu alle Fachverbände und Betroffenenorganisationen lehnen das PEPP – zumindest

katalog und gleichem Tagesentgeltwert für alle Kliniken eines Bundeslandes. Positiv gewendet hat es das PEPP zumindest geschafft, die Psychiatrieszene nachhaltig in Bewegung zu bringen: Die Kritik am System ist massiv. Und selten waren sich die Fach- und Berufsverbände

in seiner bisherigen Form – ab, wie auch ein Anfang September 2013 veröffentlichtes Verbändepapier zeigt.<sup>2</sup>

### Aufschrei der Fachwelt

Am 1. Januar dieses Jahres ist das neue Vergütungssystem in Kraft getreten. Das PEPP ist dabei das, was das DRG-System (Fallpauschalen) für die somatischen Fachbereiche ist: ein pauschales Entgeltsystem mit einem einheitlichen Leistungs-

de in der Psychiatrie so einig, wie in der Ablehnung dieses Systems.

Doch was sind die Kernpunkte des neuen Entgeltsystems und was sind die prognostizierten negativen Auswirkungen? Alles nur ein Sturm im Wasserglas? Angst vor Veränderung? Oder geht es am Ende lediglich um Besitzstandswahrung? Nein. Nach Ansicht fast aller Fachleute setzt das neue System Fehlanreize und benachteiligt vor allem Schwer- und

Langzeiterkrankte. Überdies wird der Realität der Pflichtversorgung keine Rechnung getragen. Doch der Reihe nach.

### Ulla Schmidt und das Krankenhausfinanzierungsgesetz

Die Euphorie war groß, als Ulla Schmidt 2009 ihr letztes großes Reformgesetz als Bundesgesundheitsministerin vorstellte: das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Tarifausgleich, Einführung eines Orientierungswertes und Pflege-Sonderprogramm sind einige Schlagworte aus diesem Gesetz. Für die Psychiatrie gab es zwei wesentliche Neuerungen:

1. Entwicklung eines leistungsorientierten, pauschalierten und tagesbezogenen Vergütungssystems, das spätestens im Jahr 2013 eingeführt wird und
2. die Nachverhandlungsmöglichkeit für die Psychiatrie-Personalverordnung<sup>3</sup> (PsychPV) bis zu 100 %.

Ulla Schmidt 2009: „Die Krankenhäuser in Deutschland erhalten mit dem Gesetz ein stabiles und finanzielles Fundament und eine klare Zukunftsperspektive.“ Und tatsächlich: gerade für die Psychiatrie erfüllten sich alte Wünsche – die Finanzierung von 100 % PsychPV und ein tagesbezogenes Vergütungssystem anstatt der von allen Seiten befürchteten Fallpauschalen in der Psychiatrie. Ebenfalls positiv aufgenommen wurde der Hinweis, dass die PsychPV zumindest als Vergütungssystem geprüft wird. Die Einführung erst vier Jahre später ließ genug Zeit, ein gutes System entwickeln zu können – meinte man.

### Spürbarer Dämpfer

Doch nur wenige Monate später bekam die Euphorie einen nachhaltigen Dämpfer: Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für die Psychiatrie wurde eingeführt. Stumpfes Therapieeinheiten-Zählen war angesagt und gezählt wurden auch nur die, die länger als 25 Minuten dauerten. Schon damals kam die Mahnung aus den Kliniken: Psychiatrie sieht doch ganz anders aus.

Heute ist in der Psychiatrie an die Stelle der Euphorie des Jahres 2009 allgemeine Ernüchterung getreten. Anfang September 2012 wurde durch das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) der erste Entgeltkatalog veröffentlicht – das PEPP-System war gebo-

ren. An die Stelle der patientenorientierten PsychPV tritt ein differenziertes und pauschales Vergütungssystem, das die Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer Diagnose eingruppiert und Behandlungen über mehrere Stufen mit zunehmender Verweildauer immer schlechter vergütet.

### Kernpunkte der Kritik

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gegen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Verbände durchgesetzte PEPP-Entgeltkatalog ist nicht an den Realitäten psychiatrischer Einrichtungen orientiert, deshalb lehnt der LVR den Katalog in seiner bisherigen Form ab. Dies machte nicht zuletzt eine Resolution der Landschaftsversammlung Rheinland im Dezember 2012 deutlich.<sup>4</sup>

Im Unterschied zur somatischen Medizin ist die psychiatrische Leistungserbringung weitgehend nicht von der Diagnose bestimmt, sondern auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge des jeweiligen Menschen ausgerichtet. Diagnosen stellen in der Psychiatrie also eben keine sicheren Vorhersagevariablen für Behandlungsbedarf, Intensität und Komplexität der Behandlung dar. Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem muss dies berücksichtigen und kann sich deshalb nicht vorwiegend an der Diagnose orientieren.

Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist auch für die Zukunft von einer Zunahme des psychiatrischen Behandlungsbedarfs auszugehen. Gerade in der Übergangszeit auf das neue Entgeltssystem in den Jahren 2017 bis 2021 (Konvergenzphase) werden Mengensteigerungen nur anteilig refinanziert. Gleichzeitig sinkt durch die vereinbarten Mengensteigerungen der für alle Kliniken eines Bundeslandes einheitliche Basisentgeltwert. Damit tragen zukünftig die Anbieter einseitig die Kosten des sich steigernden Behandlungsbedarfes und der schlechteren Vergütung (doppelte Degression) – zum Nachteil der Patientinnen und Patienten. Überdies werden auch die zu erwartenden Lohnsteigerungen nicht voll refinanziert.

Durch die mit Zunahme der Verweildauer immer schlechtere Vergütung werden unangemessene Fehlanreize zur Ver-

kürzung des Krankenhausaufenthaltes gesetzt. Dies bildet die individuellen Schwankungen von Krankheitsverläufen und damit des Behandlungsaufwandes nicht ab. Insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – und einem entsprechend lang andauerndem Behandlungsbedarf – sind hiervon betroffen. Was ist mit dem Patienten oder der Patientin, deren Genesung von einer schweren Depression eben länger dauert, als dies durchschnittlich der Fall ist? Entlassen?

Natürlich nicht. Aber auch die Weiterbehandlung bei ökonomischem Verlust stellt dauerhaft keine Perspektive dar. So könnten gerade diejenigen unter dem neuen Entgeltsystem leiden, die besonders auf die Hilfe psychiatrischer Fachkrankenhäuser angewiesen sind. Auch können durch eine verkürzte Dauer des Krankenhausaufenthaltes Drehtüreffekte entstehen: Würde eine Patientin oder ein Patient beispielsweise nicht ausreichend therapiert, weil die letzten Tage eben nicht mehr kostendeckend sind, ist ein neuerlicher Klinikaufenthalt – und damit das Entstehen neuer Kosten – nahezu vorprogrammiert. Ganz zu schweigen von dem verlängerten Krankheitsverlauf der betroffenen Menschen.

Ein weiterer kritischer Aspekt ist, dass die Kosten für die Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Pflichtversorgung der Bevölkerung im neuen Entgeltsystem bisher nicht ausreichend berücksichtigt werden. Gerade für den Landschaftsverband Rheinland – zuständig für die Pflichtversorgung von immerhin 5,4 Millionen Menschen – nicht leicht nachzuvollziehen. Das Ergebnis dieser im Gesetz enthaltenen Effekte ist eine Gefährdung der durch viel Engagement erreichten Versorgungsqualität.

Man könnte sich nun die Frage stellen, ob es sich bei der Nichtberücksichtigung dieser Aspekte lediglich um Kinderkrankheiten eines Systems handelt, welche im laufenden Prozess nachgesteuert werden können. Doch wird für Ende 2014, wenn das System für alle verbindlich eingeführt werden soll, von einer Systemreife ausgegangen, die – nach jetzigem Stand – nicht gegeben sein wird. Die zwingend notwendigen Anpassungen des Systems sind zu umfangreich und grundlegend.

## Gefahr für die Kommunalhaushalte?

Das neue PEPP-System hat noch eine weitere, bisher nicht ausreichend diskutierte Komponente: die mögliche Belastung der kommunalen Haushalte. Die ausbleibende Finanzierung von Langzeitbehandlungen birgt die Gefahr einer Belastung für andere Versorgungssysteme, wie die überörtliche Sozialhilfe und das Hilfesystem der Gemeindepsychiatrie, die die Nachsorge oder die begleitende Betreuung von erkrankten Menschen gewährleisten sollen.

Wenn davon ausgegangen wird, dass gerade psychiatrisch schwer erkrankte Menschen die Verlierer des Systems sind, weil deren Behandlung nicht ausreichend finanziert ist, müssen zunehmend Komplementärangebote wie Einrichtungen der Jugend- und Eingliederungshilfe diese Aufgaben übernehmen. Diese sind kommunal finanziert. Eine zusätzliche finanzielle Belastung der krisengeschüttelten kommunalen Familie könnte damit ein Ergebnis sein.

Dass diese Befürchtung nicht unbegründet ist, zeigt die Einführung der Fallpauschalen in den somatischen Fachabteilungen. Aufgrund des Verweildrucks entlassen die Krankenhäuser Patientinnen und Patienten immer früher. Die Behandlung ist abgeschlossen, aber trotzdem besteht meist noch ein erheblicher Pflegeaufwand. Die Fallpauschale ist eben aufgebraucht. Dies geschieht meist zu Lasten der pflegeversicherungsfinanzierten stationären oder ambulanten Einrichtungen.

Auch deswegen hat der LVR in seiner Doppelfunktion als Träger von Einrichtungen auf der einen Seite und Träger der Eingliederungshilfe auf der anderen Seite ein großes Interesse daran, dass das neue Entgeltsystem nicht zu Verschiebungen zu Lasten der Jugend- und Eingliederungshilfe führt.

## Wenn nicht PEPP, was dann?

Es gilt ein System zu entwickeln, das den Anforderungen an Standardisierbarkeit und Transparenz und damit letztlich der postulierte Vergütungsgerechtigkeit Rechnung trägt, gleichzeitig jedoch die am jeweiligen Menschen und dessen Verfassung orientierte Behandlung auch ökonomisch weiterhin ermöglicht. Die Kalkulation sollte unabhängig von Diagnosen

erfolgen und sich an den tatsächlichen Leistungen orientieren. Den Realitäten des demografischen Wandels und der steigenden Häufigkeit psychischer Erkrankungen muss durch den Wegfall der sogenannten Mengemengenregelungen Rechnung getragen werden.

Wenn es mehr kranke Menschen gibt, müssen diese auch behandelt werden, was – eigentlich selbstverständlich – auch vergütet werden muss. Gleiches gilt für

kungen diejenigen sein, die das Nachsehen haben. Ansätze hierfür ergeben sich aus der im Gesetz ausdrücklich ermöglichten Entwicklung von Alternativsystemen im Rahmen von Modellvorhaben.

So könnten insbesondere die in der psychiatrischen Versorgung vorhandenen vernetzten Strukturen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung auf eine bessere finanzielle Basis gestellt werden. Gute Gesprächspartner haben der LVR und sein Klinikverbund hier in der AOK Rheinland/Hamburg und der Techniker Krankenkasse.

Ziel muss es sein, das Entgeltsystem so zu entwickeln, dass alle Menschen jederzeit umfassend stationär, ambulant oder gemeindeintegriert versorgt werden können. Patientinnen und Patienten dürfen nicht die Leidtragenden eines falsch konstruierten Vergütungssystems sein. Oder, um mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, zu sprechen: „Ein Vergütungssystem muss sich an der Versorgung orientieren, nicht umgekehrt.“ Der Landschaftsverband wird sich – bei aller Kritik – konstruktiv an einem solchen Prozess beteiligen, wenn tatsächlich die Bereitschaft besteht, ein stärker an den Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Erkrankungen orientiertes Vergütungssystem zu entwickeln.

## Anmerkungen

1) Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 16.000 Beschäftigten für die etwa 9,6 Millionen Menschen im Rheinland. Der LVR erfüllt Aufgaben in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und der Kultur. Er ist der größte Leistungsträger für Menschen mit Behinderungen in Deutschland, betreibt 41 Förderschulen, zehn Kliniken und drei Netze Heilpädagogischer Hilfen sowie elf Museen und vielfältige Kultureinrichtungen. Er engagiert sich für eine inklusive Gesellschaft in allen Lebensbereichen. Der LVR lässt sich dabei von seinem Motto „Qualität für Menschen“ leiten. Die 13 kreisfreien Städte, zwölf Kreise und die StädteRegion Aachen im Rheinland sind die Mitglieds-körperschaften. Sie tragen und finanzieren den LVR, dessen Arbeit von der Landschaftsversammlung Rheinland mit 128 Mitgliedern aus den rheinischen Kommunen gestaltet wird.

2) Siehe z.B. [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de).

3) Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) regelt die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser. Ein wichtiger Bestandteil der Verordnung ist die Eingruppierung der stationär behandelten Patienten in Behandlungsbereiche und Behandlungsarten.

4) Siehe [www.lvr.de/app/presse/archiv](http://www.lvr.de/app/presse/archiv).

☉ Martina Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen. Für Nachfragen: Christophe Göller (LVR-Fachbereich Kommunikation), Ruf: 0221/8092543.

die Aufrechterhaltung der Pflichtversorgung. Wie soll eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden, ohne dass sie vergütet würde? Ebenso selbstverständlich ist es letztlich auch, dass Qualitätsstandards, wie sie bisher durch die PsychPV gewährleistet werden, nicht einfach ersatzlos gestrichen werden können.

## Fazit

Das PEPP-System ist also weit von einer „Marktreife“ entfernt. Trotz des angespannten Verhältnisses der verschiedenen Handelnden (Bundesgesundheitsministerium, Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Fachverbände) gilt es, schnellstmöglich und gleichzeitig mit der gebotenen Sorgfalt praktikable Lösungen zu finden – andernfalls werden die Menschen mit psychischen Erkran-