



v. l.: Hilde Mattheis, Karl Lauterbach (beide MdB SPD), Hermann Gröhe (BMG), Georg Nüßlein (MdB CSU), Maria Michalk (MdB CDU) bei der Vorstellung der Eckpunkte am 18.2.2016 im BMG

Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

Hinreichend unklar

**Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter
Krankenhäuser GKV-Spitzenverband**

Meine berufliche Laufbahn begann ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, was mir das Privileg verschaffte, die Entstehung der ersten vier Jahresgutachten live mitverfolgen zu können. In den hochelaborierten Diskursen der sieben Professoren wurde um jede Formulierung gerungen, und einen Schluss der nicht enden wollenden Debatte gab es oft erst dann, wenn der Vorsitzende sagte: „So bleibt es jetzt, das ist hinreichend unklar.“ Das Eckpunkt Papier zur Psych-Entgeltreform, das



Gesundheitsminister Gröhe zusammen mit den Regierungsfractionen verkündet hat, muss einen ähnlichen Prozess durchlaufen haben.

Möglicherweise handelt es sich um ein politisch kluges Papier, das geeignet ist, einen unnötig zugespitzten Konflikt zu entschärfen und den PEPP-muss-weg-Protagonisten den Wind aus den Segeln zu nehmen. Deren frenetische Jubelorgien nach Veröffentlichung des Regierungskompromisses könnten sich allerdings als etwas voreilig erwiesen haben. Sie beruhen möglicherweise auf einem Lesefehler. Da steht zwar (zur Täuschung fett gedruckt), dass die Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt, da steht aber auch fünf Zeilen vorher, dass das Budget „auf der Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkataloges“ (zu Deutsch: auf der Grundlage von PEPP) vereinbart wird.

Wie das neue Budget nun bestimmt wird, bleibt völlig offen. Schon eine erste Sichtung des Textes führt zu sieben Verhandlungsdimensionen: Da ist erstens das historische Budget, zweitens das PEPP-Budget und drittens das Budget auf der Basis der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Des Weiteren werden regionale Besonderheit genannt (was auch immer das sei) sowie eine Budgetbemessung für leitliniengerechte Behandlung und Budgetanteile aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als letzter Joker im Budgetpoker nennt der Text das Hometreatment – worüber noch zu sprechen sein wird. Man hätte auch schreiben können: „Irgendwie ist ein Budget zu vereinbaren.“

Damit doch noch ein Hauch von Rationalität in den Verhandlungsprozess kommt, sieht das Eckpunktepapier einen Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument vor. Das verwundert, ist doch der Krankenhausvergleich der Inbegriff einer gescheiterten Finanzierungsregelung in der deutschen Krankenhauspolitik, von Kassen und Krankenhäusern gleichermaßen kritisiert. Das Scheitern des Krankenhaus(betriebs)vergleiches Anfang der neunziger Jahre führte letztendlich zur Einführung der DRG-Fallpauschalen.

Bemerkenswert ist im Eckpunktepapier das Ringen um die Verbindung von empirischen und normativen Ansätzen bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems. Die Kalkulation der Relativgewichte soll nicht auf Basis einer repräsentativen Stichprobe erfolgen (wie im Krankenhausstrukturgesetz), es sollen vielmehr nur jene Krankenhäuser herangezogen werden, die eine 100 %-Psych-PV aufweisen. Das verwundert angesichts der Tatsache, dass die Psych-PV allseits als nicht mehr auf dem Stand des wissenschaftlich-therapeutischen Fortschritts angesehen wird, und es verwundert auch, weil der Grund für die mangelnde Psych-PV-Umsetzung zunehmend weniger ihren Grund in mangelnder Finanzierung als vielmehr in mangelnder Stellenbesetzung hat. Wie normative Elemente in das Vergütungssystem integriert werden, bedarf wohl noch einmal gründlicher Überlegung.

Zuletzt der Budgetjoker „Hometreatment“, also die Behandlung im häuslichen Umfeld. Die Regelung steht zunächst erst einmal im Einklang mit dem bundesdeutschen Trend seit 1989, der da lautet: Lasse kein Jahr vergehen, ohne eine neue Rechtsform zur Öffnung von Krankenhäusern zu schaffen. Der neueste Krankenhaus-Report gibt einen kleinen Überblick über das dadurch entstandene Wirrwarr.

Hometreatment wird im Eckpunktepapier als „komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten durch spezielle Behandlungsteams für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ beschrieben. Es handelt sich also um eine Art spezialfachärztlicher Behandlung durch ein Team von Therapeuten. Zweifelsohne gibt es eine Patientengruppe, die davon profitieren könnte. Ob diese Versorgung allerdings als Substitut für die stationäre Behandlung und damit als Teil des stationären Budgets eingeordnet werden sollte, ist mehr als zweifelhaft. Letztlich ist es eine Art aufsuchende Behandlung im Rahmen der ambulanten Versorgung, die bislang in großem Umfang durch die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) organisiert wird. Das Eckpunktepapier sagt hierzu etwas irreführend: „Das System der PIA bleibt unberührt.“ Dabei muss diese ambulante psychiatrische Versorgung unbedingt berührt werden! Das jetzige landesspezifische PIA-Vergütungssystem, das zum Teil noch durch undifferenzierte Quartalspauschalen gekennzeichnet ist, bedarf dringend einer Neuregelung. Anders ist eine bundesweite sektorübergreifende Versorgung nicht denkbar. Teil dieser Neuregelung kann dann auch das Hometreatment sein.

Im Rahmen der PIA-Versorgung liegen aufgrund einer ersten, sehr rudimentären Leistungsdokumentation Daten über die aufsuchende Betreuung vor. Sie zeigen, dass in manchen Bundesländern fast ein Fünftel der Versorgung in Form von aufsuchender Betreuung stattfindet. Noch liegen keine validen Daten vor, aber es besteht die Vermutung, dass es sich dabei vorrangig um aufsuchende Betreuung in „institutioneller Umgebung“ handelt. Hometreatment (z. B. Pflegeheime im Bereich der Gerontopsychiatrie) ist zum großen Teil Heimtreatment. Hochsinnvoll, aber nicht das, was der Begriff Hometreatment verheißt.

Ein Aspekt fehlt im Eckpunktepapier gänzlich: die Weiterentwicklung des OPS zu einer medizinisch gehaltvollen Klassifikation. Die jetzige Prozedurenklassifikation bildet das therapeutische Geschehen nur unzureichend ab, weil selbst basale Therapieschritte, wie die Umstellung auf ein anderes Antidepressivum, der therapeutische Ansatz (z. B. Verhaltenstherapie) oder auch die Schweregrade der Erkrankung, nicht abgebildet werden können. Die mangelnde Bereitschaft der Psychiatrieszene, hier weiterzukommen, lässt nur den bitteren Schluss zu: Die Psychiatrie scheut das Licht. Das ist bedauerlich, denn ein leistungsorientiertes Vergütungssystem kann nie besser sein als das zugrunde liegende Kodiersystem.

Die Verwendung von PEPP schafft ein wenig mehr Transparenz in der Versorgung. Hierauf konnte man sich auf Basis des Koalitionsvertrages einigen. Die Budgetbestimmung in einem leistungsorientierten Rahmen (inklusive Leitlinienorientierung und Strukturanforderungen) wird wohl der nächsten Legislaturperiode vorbehalten bleiben. Der Beginn der Konvergenzphase ist nach gegenwärtiger Gesetzeslage eh erst im Jahr 2019. Derzeit werden immerhin fast zwei Drittel der Fälle über PEPP abgerechnet. Mit weiteren Umstiegen ist im Laufe des Jahres zu rechnen. Erst der vollständige Umstieg wird die Transparenz schaffen, die notwendig ist, um ein rationales Vergütungssystem zu konzipieren.

Das Eckpunktepapier ist ein Zwischenschritt, dessen politische Weisheit vor allem in einem besteht: Es ist hinreichend unklar.