

## Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit zum PEPP-Entgeltsystem

Hofgarten 10  
34454 Bad Arolsen  
Tel: +49 (0) 5691 / 6238-2000  
Fax: +49 (0) 5691 / 6238-1200  
info@vpkd.de

## Stellungnahme des VPKD Zur Vorbereitung auf die Diskussion mit der DGPM

Vorstand:  
Dr. Michael Knapp  
Prof. Dr. Ulrich Cuntz  
Detlev Heins  
Dr. Claus Krüger, MBA  
Annette Nedderhoff  
Prof. Dr. Stephan Zipfel

### *Entwurf als Diskussionsgrundlage*

## Inhaltsverzeichnis

1. **Allgemeine Angaben**
  - 1.1. Der Mangel an Leitlinien gerechter Psychotherapie
  
2. **Weiterentwicklungsbedarf des PEPP-Systems**
  - 2.1. Die Systematik des PEPP
  - 2.2. Weiterentwicklung der Basis-PEPP
  - 2.3. Weiterentwicklung der Prozeduren
  - 2.4. Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien.
  - 2.5. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
  - 2.6. Sicherstellung der Finanzierung..
  
3. **Mögliche Alternativen zum PEPP-System**
  
4. **Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung**
  - 4.1. Sektorenübergreifende Versorgung
  - 4.2. Psychosomatische Institutsambulanzen
  - 4.3. Differenzierung nach Behandlungsort und Schweregrad der Erkrankung

## 1. Allgemeine Angaben

Das jetzige Entgeltsystem der tagesbezogenen Fallpauschalen ist historisch gewachsen. Es ist intransparent. Oft werden für die gleichen Erkrankungen unterschiedliche Behandlungen angeboten. Viele dieser Behandlungen sind nicht leitliniengerecht. (s.u.).

Evidenz basierte Medizin ist bei der Behandlung psychischer Erkrankungen sowohl in der ambulanten, wie auch in der stationären Therapie unterrepräsentiert (The Lancet Psychiatry Vol 1; 3, 174, August 2014).

Die therapieintensivsten Behandlungen sind oft am schlechtesten bezahlt.

Die psychosomatische Fachgesellschaft, DGPM, und der psychosomatische Trägerverband, VPKD, befürworten ausdrücklich die Entwicklung eines Entgeltsystems mit einer „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalisierten Vergütung auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ (§ 17 KHG).

Wir sehen darin eine Chance für mehr Transparenz und eine leistungsbezogene Vergütung.

Gerade für die intensive Psychotherapie und die interdisziplinären Behandlungen schwer kranker Patienten in unseren psychosomatischen Abteilungen brauchen wir eine zukunftssichere Finanzierung für eine wirtschaftliche Betriebsführung und die dafür notwendige Qualitätssicherung.

Wir befürchten jedoch, dass unsere hochspezialisierten Leistungen im neuen PEPP-Entgeltsystem nicht adäquat abgebildet werden, da das PEPP-Entgeltsystem komplexe Mehrfachdiagnosen und Leistungen bisher noch sehr unzureichend abbildet und bisher zu wenig Leistungsbezug existiert.

Der Katalog ist insgesamt noch zu undifferenziert ist und bezieht sich vor allem auf chronisch Kranke, „betreuungsintensive“ Patienten (Gemeinsames Gewichtungsmodell der Fachgesellschaften und Verbände).

Letzteres verwundert auch deshalb, weil die deutliche Zunahme von Krankenschreibungen wegen psychischer Erkrankungen, die von allen Krankenkassen festgestellt werden (Gesundheitsreport 2013 Barmer GEK, DAK Gesundheitsreport 2014, „Stress am Arbeitsplatz“ (TKK Gesundheitsreport 2013), ganz wesentlich

durch Erkrankungen verursacht sind, die mit intensiver, interdisziplinärer Psychotherapie über die Sektorengrenzen hinweg behandelt werden müssen.

Die Behandlung dieser Erkrankungen gehört zur Kernkompetenz der psychosomatischen Medizin in Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V. (stationär und tagesklinisch).

## 1.1. Der Mangel an Leitlinien gerechter Psychotherapie

Eine Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung mit mehr als 600 Millionen Versicherten wies nach, dass nur ein Viertel der Menschen mit einer schweren Depression eine leitliniengerechte Behandlung bekommt (Faktenscheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung, 19.03.2014).

Das heisst, dass 75 % der Patienten mit schweren Depressionen nur mit Medikamenten und nicht mit der notwendigen Kombination aus Medikamenten und Psychotherapie behandelt werden.

Die meisten von ihnen bekommen also nicht die notwendige Psychotherapie, die zur dauerhaften Besserung der Erkrankung notwendig ist.

Und selbst Patienten mit einer Schizophrenie brauchen gemäß den Leitlinien intensive Psychotherapien zusätzlich zur medikamentösen Behandlung ( Nationale Versorgungsleitlinie Schizophrenie DGPPN, 25.02.2014). Aber nur ein Teil von Ihnen bekommt diese auch.

## 2. Weiterentwicklungsbedarf des PEPP-Systems

### 2.1. Die Systematik des PEPP-Entgeltsystems

Inzwischen liegt der zweite Katalog des PEPP-Entgeltsystems vor. Dieser Katalog ist nach Strukturkategorien sortiert.

Es wird zwischen Prä-PEPP, teilstationären PEPPs, Kinder- und Jugendpsychiatrie (vollstationär), Psychiatrie (vollstationär) und Psychosomatik (vollstationär) differenziert.

Das ist auf den ersten Blick übersichtlich und bildet die einzelnen Fachgebiete ab. Außerdem ist die Unterteilung in Regelbehandlung, und Intensivbehandlung eine Systematik, die im Fachbereich der Psychiatrie durch die Psych-PV vertraut ist.

Die Vertreter einiger Fachrichtungen freuen sich ausserdem über ihre Eigenständigkeit im PEPP-Entgeltsystem.

:

In dieser Systematik liegt aber eine Problematik, die wir im folgenden darstellen wollen:

1. Die Ansteuerung der unterschiedlichen Strukturkategorien erfolgt nach dem Fachabteilungsschlüssel. Das ist für die Strukturkategorie Psychosomatik problematisch, da sich in dieser Kategorie sowohl psychiatrische als auch psychosomatische Abteilungen verbergen. Je nach Qualifikation der medizinischen Leitung wird entweder der Kode OPS 9-62 oder OPS 9-63 angesteuert.

Diese behandeln die gleichen Erkrankungen mit unterschiedlichen Anforderungen an die Strukturqualität und unterschiedlichen Therapie-Dosen.

Diese Problematik wird noch dadurch verschärft, dass im Bereich der Psychiatrie die Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen zusammen gefasst worden sind, im Bereich der Psychosomatik aber getrennt erfasst werden.

Damit ist es nicht mehr möglich, festzustellen, von welcher Berufsgruppe die Leistungen erbracht worden sind.

Das ist auch deshalb problematisch, weil in die Kalkulation der Strukturkategorie Psychosomatik für die PEPP-Version 2014 nur 5.615 Fälle eingeflossen sind, (gegenüber 125.270 Fällen in der Psychiatrie).

2. In den Strukturkategorien Psychiatrie, (vollstationär) und Psychosomatik, (vollstationär) sind ähnliche Diagnosegruppen, so genannte Basis-PEPP zusammengefasst.

Sie unterscheiden sich aber schon in der zweiten Version des PEPP durch unterschiedliche Differenzierung und Splitkriterien. (s.u.). Damit sind sie nicht mit einander vergleichbar.

Eine Qualitätssicherung und eine Differenzierung nach den Diagnosen im Sinne eines Benchmark ist damit schon jetzt schwierig, bis unmöglich.

## 2.2. Weiterentwicklung der Diagnosegruppen (Basis-PEPP)

Die Diagnosen im PEPP werden zu Diagnosegruppen, so genannten Basis-PEPP zusammengefasst.

Diese Diagnosegruppen sind z.T. medizinisch/therapeutisch unsinnig, z.T. werden hier Erkrankungen mit ganz unterschiedlichem Schweregrad und Behandlungsaufwand zusammengefasst.

Ausserdem sind die Diagnosegruppen in der Strukturkategorie Psychoiatrie anders definiert, als in der Strukturkategorie Psychosomatik (s.o.).

Diese Unterschiede werden an den Gruppen PA04/ PP04 und PA14 /PP14 deutlich:

- PA04A, PA 04B, PA04C: Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter, komplizierende Nebendiagnose, komplizierende Konstellation
- PP04A, PP04B: Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter, komplizierende Konstellation
- PA14A, PA 14B, PP14Z: Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität, Hyperkinetisches Syndrom, Störung der Impulskontrolle, Persönlichkeitsstörungen.

Diese Diagnosengruppen sind so weit gefasst, dass es nicht verwundert, dass sich mehr als 70% der psychosomatischen Fälle in der Basis-PEPP PP 04 befinden.

Etwas ähnliches gilt für die vergleichbare Basis-PEPP in der Strukturkategorie Psychiatrie (PA04).

Hier besteht in Zukunft Bedarf zu weiteren Differenzierung, um die vom Gesetzgeber geforderten Patientenmerkmale trennen zu können.

Wie oben erwähnt sollten die Diagnosegruppen zwischen den Strukturkategorien vergleichbar sein, um in Zukunft ein Benchmark zu ermöglichen.

## 2.3. Weiterentwicklung der Prozeduren

Der PEPP-Katalog ist auch im Jahre 2014 mehrheitlich (zu 85%) diagnosegesteuert. Eingruppierungen nach Prozeduren und Leistungen kommt bisher zu kurz.

Eine weitere Differenzierung nicht nur nach Schweregrad der Erkrankungen (s.o.), sondern v.a. nach den therapeutischen Leistungen (Therapiedichte) ist in den nächsten Jahren dringend notwendig.

Die Prozeduren, werden im OPS 2013 und 2014 als Komplexkodes dargestellt. An diese Codes gibt es hohe Hürden in Bezug auf die Strukturqualität. Der MDK prüft diese bereits in den Optionshäusern.

Wenn Prozeduren in die Berechnungen einfließen, dann beziehen sie sich v.a. auf die Betreuungsintensität (Nach dem Gemeinsamen Gewichtungsmo­dell, s.o.).

Die therapeutischen Leistungen werden bisher nur in der Summe aufaddiert. Die Inhalte dieser therapeutischen Leistungen werden bisher nicht erfasst. Deshalb wird von Seiten der Kostenträger auch kritisiert, dass Therapiestunden von der gleichen Dauer in den einzelnen Strukturkategorien unterschiedlich gewichtet werden.

Dabei macht es aus klinischer Sicht einen großen Unterschied, ob der Therapeut/in eine Psychotherapieausbildung hat und ein Richtlinienverfahren (siehe Psychotherapie-Richtlinien des GBA) anbieten kann oder nicht.

Uns ist zwar bewusst, dass es nicht die Aufgabe eines Entgeltsystems ist, die Qualifikation der ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten zu prüfen. Aber es sollte u.E. an einer anderen Stelle eine Differenzierung der Prozeduren geben. (z.B. durch neue OPS Codes)  
So wäre z.B. eine Kode für Richtlinienpsychotherapie denkbar.

Auch Spezialbehandlung in spezialisierten Therapie-Settings für bestimmte Patientengruppen, sollten von der „gemischten“ Behandlung differenziert werden können (Borderline-Setting, Schmerztherapie-Setting, Essstörungenbehandlung).

Es macht einen Unterschied ob eine Patientin mit einer Essstörung zwei Mal in der Woche gewogen wird (dann ist die Erkrankung als Nebendiagnose zu kodieren), oder ob sie in einer spezialisierten Einheit behandelt wird.

Um das zu differenzieren, sind u.E. neue OPS Prozeduren-Kodes notwendig. Diese sollten von den Fachgesellschaften beim DIMDI eingereicht werden.

Essgestörte Patienten, die Mehraufwand erfordert, oder die Behandlung von Borderline Patienten in einer Spezialabteilung sollten durch spezielle OPS Codes abzubilden sein.

## **2.4. Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien**

Für die Kodierrichtlinien für Psychosomatik und Psychiatrie wurden die Kodierrichtlinien des DRG-Systems übernommen.

Sie bilden den Bedarf zur Differenzierung bei psychischen Erkrankungen nur unzureichend ab und sollten u.E. angepasst werden:

Die Eingruppierung in die Basis-PEPP erfolgt auf Grund der Hauptdiagnose. Die ist wie bisher die Diagnose, die über die Dauer der Kostenzusage entscheidet. Nebendiagnosen entscheiden nach dieser Systematik ggf. über den Schweregrad.

Das ist angesichts der Tatsache, dass ein Großteil der Patienten mit Mehrfachdiagnosen zur stationären psychosomatischen Aufnahme kommt, nicht Ziel führend.

Oft sind es eher die Anzahl oder die Kombination der Diagnosen, die über den Schweregrad und den Behandlungsaufwand entscheiden.

(So sind z.B. eine bulimische Essstörung oder eine depressive Episode deutlich schwerer, wenn gleichzeitig eine schwere Persönlichkeitsstörung vorliegt).

Denkbar wäre auch hier eine Kombinationslogik, die bestimmte Diagnosen zusammenfasst, die dann gemeinsam in eine Basis-PEPP ansteuern.

Diese Veränderung ist Aufgabe für die Selbstverwaltungspartner, die dabei Experten rat brauchen.

## 2.5. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Schon jetzt gibt es zahlreiche Aktivitäten zu Qualitätssicherung bei psychischen Erkrankungen und bei der Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

Doch die Aktivitäten der Unterausschüsse des GBA, des AQUA Instituts und des neuen Instituts nach § 137a SGB V sind unkoordiniert und stehen ganz am Anfang. (siehe Eckpunktepapier zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Unterausschuss QS des GBA vom 4.9.2013).

Dabei werden wir bei der erwünschten Transparenz des neuen Entgeltsystems ganz neue Anforderungen an die sektorenübergreifende Qualitätssicherung und die Versorgungsforschung bekommen .

V.a. werden wir spätestens zu Beginn der Konvergenzphase Antworten auf die Fragen geben müssen, welche Leistungen bei welchem Patienten welche Ergebnisse bringt.

Das heisst: Wir werden zu den Fragen der Struktur- und Prozessqualität dringend auch Antworten auf Fragen der Ergebnis-Qualität benötigen.

Ohne Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, insbesondere der Ergebnis-Qualität, wird es im PEPP-Entgeltsystem eine Hinwendung zu möglichst kostensparenden Behandlungen für schwer kranke Patienten geben, Dies ist systemimmanent.

Ohne frühzeitige Qualitätssicherung müssen wir also Fehlanreize in Richtung auf Kostenoptimierung, niedrige Therapie-Intensität, Medikamenten orientierte Behandlungen, und Verkürzungen der Verweildauern befürchten.

Daher kommt auch auf eine früh begonnene Versorgungsforschung auf eine große Aufgabe im Bereich der Behandlung psychischen Erkrankungen zu.

Dabei sollten die psychosomatischen Hochschulabteilungen und der wissenschaftliche Beirat frühzeitig mit eingebunden werden..



## 2.6. Sicherstellung der Finanzierung

Die Psych-PV kann den Personalbedarf im Rahmen einer leitlinienorientierten intensiven psychotherapeutischen Versorgung des neuen Entgeltsystems nicht abbilden.

In der „leistungsorientierten“ Vergütung des PEPP- Entgeltsystems muss aber sicher gestellt werden, dass die notwendige Personalausstattung für die interdisziplinäre Behandlung mit Komplexpauschalen, mit den notwendigen Anforderungen an die Strukturqualität und eine Leitlinien gerechte Behandlung auch finanziert und vorgehalten werden kann.

Der finanzielle Mehrbedarf für Abteilungen mit besonderen Versorgungsangeboten oder einer „regionalen Pflichtversorgung“, die vom Gesetzgeber für die Institutsambulanzen verlangt wird, muss berücksichtigt werden.

Ausserdem werden in Zukunft Finanzierungsmodelle, die die Zunahme psychischer Erkrankungen berücksichtigen und die Abbildung im Entgeltsystem möglich machen, notwendig sein.

Tarifsteigerungen müssen ausgeglichen werden.

### **Fazit:**

Wir sehen bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystem einen dringenden Bedarf für:

- Eine Differenzierung zwischen betreuungsintensiven Leistungen und therapieintensiven Leistungen.
- Sowohl die Diagnosegruppen (Basis-PEPP) wie auch die Prozeduren müssen weiter nach Art der Behandlungen (Therapieverfahren, leitliniengerechte Behandlung, Spezialbehandlung für bestimmte Patientengruppen) differenziert werden.
- Die Qualitätssicherung unter Einbeziehung der Leistungserbringer sollte frühzeitig gestartet und koordiniert werden.

### **3. Mögliche Alternativen zum PEPP-System**

Auch unserer Meinung nach gibt es keine Alternative zu einer leistungsbezogenen, pauschalisierenden Vergütung auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten. Dieses System setzt eine umfassende Transparenz voraus, zu der unsere Kliniken bereit sind.

Wir befürchten jedoch Anreize in Richtung auf Erlösoptimierung und Wirtschaftlichkeit.

Unseres Erachtens kann die Einführung eines solchen Systems nur durch konsequente, frühzeitige und flächendeckende Qualitätssicherung begleitet werden.

Denn ein System, das sich nur der Wirtschaftlichkeit verschreibt, schafft gerade im Bereich der psychischen Erkrankung mit den oft wechselhaften Verläufen viele Fehlanreize.

### **4. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung**

#### **4.1. Sektorenübergreifende Versorgung**

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren zahlreiche Signale in Richtung auf eine sektorenübergreifende Versorgung gesetzt.

Dabei spielt die „ambulante Behandlung am Krankenhaus“ (Themenschwerpunkt des Gemeinsamen Bundesausschuss) eine zunehmend wichtige Rolle.

Institutsambulanzen nach § 118 Abs.3 sollen stationäre Behandlungen ersetzen oder verkürzen.

Die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ nach § 116b SGB V soll die Behandlungen von seltenen und „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie hochspezialisierte Leistungen koordinieren (Themenschwerpunkt des Gemeinsamen Bundesausschuss).

„Die Patienten brauchen häufig eine interdisziplinäre Betreuung und ihre Behandlung erfordert spezielle Qualifikationen und besondere Ausstattungen“ (ebenda).

Dadurch kommen unseres Erachtens neue, ganz zentrale Aufgaben auf Krankenhausabteilungen, Institutsambulanzen und Hochschulambulanzen zu.

Unseres Erachtens fehlt gerade für viele unserer Patienten, die mehr als eine Fachdisziplin für die Behandlung ihrer körperlichen und psychischen Erkrankungen brauchen, eine koordinierende Stelle.

Gerade Menschen mit schweren, chronischen Erkrankungen (chronische Schmerzstörungen, Essstörungen, Borderline-Störungen) wechseln häufig die Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken und Anlaufstellen.

Das können Fachärzte für Psychosomatische Medizin in der ambulanten Versorgung nicht leisten.

Der VPKD würde gerne mit der DGPM diskutieren, ob wir im Dialog mit dem Ministerium für Gesundheit nicht nur unsere Kompetenz, sondern auch unsere Bereitschaft signalisieren sollten, in dem Bereich die Versorgung zu verbessern.

Zusätzliche Diagnostik (Stichwort Zweitmeinung) und Kooperation der Kliniken, Tageskliniken und ambulanten Anbietern über Trägergrenzen und Finanzierungsgrenzen hinweg sind dringend notwendig.

Hier ist ein interdisziplinäres Fall-Management über die Sektorengrenzen gefragt. Diese Aufgabe könnten zukünftig Institutsambulanzen und Hochschulambulanzen übernehmen.

#### **4.2. Psychosomatische Institutsambulanzen**

Das ist u.E. ein weiteres Argument dafür, das Ministerium für Gesundheit auf den dringenden Bedarf nach psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 hinzuweisen.

Der Auffassung des BMG, dass Psychosomatische Institutsambulanzen „derzeit nicht umsetzbar sind,“ müssen wir entschieden widersprechen.

Die Einbeziehung in die Bedarfsplanung, wie sie bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen vorgenommen wurde, müssen wir versuchen, zu verhindern.

#### **4.3. Differenzierung nach Behandlungsort und Schweregrad der Erkrankung**

Des Weiteren würden wir gerne mit der DGPM diskutieren, ob unsere Kliniken nicht beginnen sollten, unser therapeutische Angebot weiter zu differenzieren und wissenschaftlich zu begleiten.

Im Fachbereich der psychosomatischen Medizin behandeln alle Abteilungen in ihren Einrichtungen alle Patienten unabhängig vom Schweregrad oder der Dauer der Erkrankung.

Aus der somatischen Medizin kennen wir den Unterschied zwischen Häusern der Grund- und Regelversorgung, Kliniken der Maximalversorgung und Hochschulabteilungen. Innerhalb jeder Disziplin gibt es Spezialisierungen.

Unseres Erachtens zwingt uns das neue PEPP-Entgeltsystem unsere Versorgung nach Patientenmerkmalen zu differenzieren. Das hat bisher jede Abteilung für sich mehr oder weniger getan.

Auch im Wettbewerb mit den Behandlungen in psychiatrischen Kliniken könnte uns eine Spezialisierung helfen, auch in Zukunft die Finanzierung unserer Leistungen zu sichern.

Auf den wichtigen Stellenwert der wissenschaftlichen Begleitung, der Versorgungsforschung und der Ergebnisqualität als Parameter haben wir bereits hingewiesen.

Dr. Claus Krüger, MBA, 13. August 2014

