

# **Zukunft der Krankenhausversorgung ab 2009**

---

## **Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen**

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
1. Weiterentwicklung des diagnostischen und therapeutischen Wissens .....	7
2. Integration von Behandlung und Betreuung.....	8
3. Integrierte Versorgungsplanung .....	11
• Bedarfsorientiert.....	11
• Sektorübergreifend.....	12
• Kostenträgerübergreifend .....	12
4. Differenzierung in Kollektiv- und Selektivvertragsbereich .....	13
5. Finanzierung .....	15
• Investitionen .....	15
• Leistungen.....	15
6. Qualitätssicherung.....	16
Literatur .....	19

### **Zusammenfassung**

Die Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen ist reformbedürftig.

Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) sollte dem aktuell verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Wissen über psychische Krankheiten angepasst werden. Dann könnte sie Basis einer stärker pauschalierten Finanzierung der Krankenhäuser und -abteilungen im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sein.

Ein neues Finanzierungssystem sollte gezielt Anreize für eine integrierte, kostenträger- und sektorübergreifende Versorgung psychisch Erkrankter setzen. Eine Differenzierung der Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in einem Kollektiv- und Selektivvertragsbereich setzt die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zu einer integrierten Versorgungsplanung für psychisch kranke Menschen voraus.

Fortschritte im Bereich der Qualitätssicherung können auch im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung erreicht werden, wenn die positiven Erfahrungen mit der Einführung der Qualitätssicherung für die stationäre Rehabilitation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen genutzt werden. Die hier entwickelten und erprobten Qualitätssicherungsprogramme lassen sich für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung weiterentwickeln.

### **Psychiatrie-Personalverordnung**

Planung und Finanzierung der Krankenhäuser richten sich heute an zwei entscheidenden Fragen aus: Welche Behandlung brauchen welche Patienten? Wie ist diese Behandlung durch multiprofessionelle Teams zu gewährleisten? Die Antworten auf diese Fragen haben sich durch den Fortschritt des diagnostischen und therapeutischen Wissens über psychische Krankheiten in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert. Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (2007) und der Bundesgesundheitssurvey (2001) des Robert Koch-Instituts erlauben eine differenzierte Analyse der Morbidität psychisch kranker Menschen. Die Informationen zu Patientenpräferenzen verbessern

sich stetig. Der wissenschaftliche Fortschritt hat das diagnostische und therapeutische Wissen um psychische Krankheiten erheblich erweitert.

Diese Entwicklungen bildet die Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1991 nicht ab. Ihr liegt noch ein therapeutisches Konzept zugrunde, das durch den wissenschaftlichen Erkenntnisstand der Jahre 1988 und 1989 geprägt ist. Die Stärke der PsychPV sind ihre definierten Qualitätsstandards für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Aber sie berücksichtigt z. B. das Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1999 nicht, das gesetzliche Qualitätsstandards für die Psychotherapeutenausbildung und eine Krankenbehandlung mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren sichert. Die PsychPV ist dringend überarbeitungsbedürftig.

### **Integrierte Versorgung**

Eine gesicherte Qualifikation und stärkere Differenzierung der Gesundheitsberufe führt zu einer größeren Arbeitsteilung. Aus dieser grundsätzlich positiven Entwicklung kann für schwer und chronisch kranke Menschen eine Zersplitterung der Behandlungsprozesse resultieren. Die Krankenhäuser/-abteilungen im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik stellen durch multiprofessionelle Behandlungsteams in der stationären, tagesklinischen und ambulanten Krankenhausbehandlung integrierte Versorgungsansätze sicher. Den Leistungserbringern im ambulanten Bereich fällt eine berufsgruppenübergreifende, integrierte Versorgung noch bedeutend schwerer. Verträge auf der Basis des § 140a ff. SGB V konzentrieren sich meist auf ein Schnittstellenmanagement mit dem Ziel einer verbesserten Kosteneffizienz.

Ein neues Finanzierungssystem sollte künftig Anreize für die Entwicklung integrierter Angebote setzen – gleichermaßen für Krankenhäuser und ambulante Versorgungsnetze. Dazu sollten auch Psychriebudgets oder Jahreskontingente gehören, die es ermöglichen, die Leistungen für psychisch kranke Menschen kostenträger- und sektorübergreifend zu koordinieren.

Angesichts des Stellenwertes der psychiatrischen Institutsambulanzen für die integrierte Versorgung psychisch kranker Menschen ist zu prüfen, inwieweit ihre Zulassung an Qualitätsstandards (Vorgaben zur Strukturqualität, zertifiziertes Qualitätsmanagement-

system, externe Qualitätssicherung) geknüpft werden sollte. Auch ein Vergütungs- und Vertragssystem, das es stationären wie ambulanten Leistungserbringern gleichermaßen ermöglicht, entsprechende Versorgungsangebote umzusetzen, sollte entwickelt werden.

### **Krankenhausplanung**

Die Krankenhausplanung für den stationären und tagesklinischen Bereich konzentriert sich auf die Sicherstellung der Versorgungsverpflichtung für schwer psychisch kranke Menschen. Der stetige Ausbau der ambulanten Krankenhausbehandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen und akut ausgerichtete Tageskliniken wird im Kontext der i. d. R. bettenzentrierten Krankenhausplanung und der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wenig bzw. nicht berücksichtigt. Ohne differenzierte Aussagen zur Morbiditätsentwicklung, ohne Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und vor allem ohne Einbeziehung sektor- und kostenträgerübergreifender Kooperations- und Substitutionsmöglichkeiten ist eine Versorgungsplanung für psychisch kranke Menschen nur begrenzt aussagekräftig. Eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist deshalb überfällig.

### **Investitionsförderung**

Die sich dynamisch verändernden Angebotsstrukturen erfordern es, die derzeitige Systematik der Investitionsförderung zu überprüfen. Wird das bisherige Antragsverfahren beibehalten, sollten zumindest die Plandaten, die der Verteilung der Investitionsmittel zugrunde liegen, im Sinne einer integrierten Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Zu prüfen ist auch, inwieweit eine fallbezogene Zuschlagsfinanzierung der Investitionskosten möglich und sinnvoll wäre. Für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gilt wie für den somatischen Bereich, dass der Abbau des Investitionsstaus und die Schaffung vergleichbarer investiver Ausgangsvoraussetzungen für alle Krankenhäuser Voraussetzung des Umstiegs auf eine monistische Finanzierung ist.

### **Finanzierung**

Diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) sind kein geeignetes Entgeltsystem für psychiatrische, psychotherapeutische sowie psychosomatische Krankenhausbehandlung. Ein Landesbasisfallwert für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, der entsprechend des durch die Psychiatrie-Personalverordnung für die einzelnen Behandlungsbereiche vorgegebenen Leistungsspektrums mit tagesbezogenen Relativgewichten bewertet würde, ist diskussionswürdig. Voraussetzung eines solchen Entgeltsystems ist allerdings die Weiterentwicklung der Psychiatrie-Personalverordnung im Lichte der seit 1989 gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Medizin und Psychotherapie und der damit einhergehenden Differenzierung der Gesundheitsberufe.

### **Qualitätssicherung**

Für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung sollten die positiven Erfahrungen mit der Einführung der Qualitätssicherung für die stationäre Rehabilitation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen genutzt werden. Die hier entwickelten und erprobten Qualitätssicherungsprogramme lassen sich für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung weiterentwickeln.

### **1. Weiterentwicklung des diagnostischen und therapeutischen Wissens**

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. In Deutschland leiden 32,1 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren, das sind 15,61 Millionen Menschen, an einer oder mehreren psychischen Störungen. Von besonderer Bedeutung sind Angststörungen mit 14,5 Prozent; affektive, überwiegend depressive Störungen mit 12,5 Prozent und somatoforme Störungen, das sind körperliche Beschwerden, für die keine organische Ursache feststellbar ist, mit 11 Prozent.

Es existiert ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, die nachweislich die Chance für eine Heilung erhöhen. Aber auch, wenn Krankheiten nicht oder nur bedingt heilbar sind, ist die Inanspruchnahme von adäquaten Hilfsangeboten eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass die Betroffenen ein selbstständiges Leben führen können und eine gesellschaftliche Teilhabe möglich bleibt.

In den zurückliegenden 30 Jahren hat sich das diagnostische und therapeutische Wissen um psychische Krankheiten erheblich erweitert. In der Konsequenz kam es zu neuen Berufsbildern bzw. zu Spezialisierungen in bereits bestehenden Gesundheitsberufen. Der Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahre 1991 liegt ein therapeutisches Konzept zugrunde, das den damaligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegelt. Die Expertengruppe zur Etablierung der Psychiatrie-Personalverordnung stellte sich 1988/89 die Fragen:

- Was ist aufgrund klinischer Erfahrungen therapeutisch erforderlich?
- Was tun welche Therapeuten mit welchen Patienten zu welchen Zeiten eines Tages einer Woche (Kunze, 2003)?

Die Antwort auf die erste Frage wird beim heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse differenzierter und anders ausfallen als zum damaligen Zeitpunkt. Die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zur Zusammensetzung der Behandlungsteams, zu den Minutenwerten und damit zur Personalbemessung entsprechen daher nicht der heute verfügbaren Evidenz.

Die Stärke der Psychiatrie-Personalverordnung war die definierte Strukturqualität. Gerade hier ergibt sich mit Blick auf die Differenzierung der Gesundheitsberufe der vorrangigste Anpassungsbedarf. Zum Beispiel berücksichtigt die PsychPV noch nicht die Regelungen des Psychotherapeutengesetzes aus dem Jahr 1999.

Unabhängig davon, ob die Psychiatrie-Personalverordnung Basis eines neuen Entgelt-systems für stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung wird, ist sie an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die bestehenden rechtlichen Gegebenheiten anzupassen.

## **2. Integration von Behandlung und Betreuung**

Eine Konsequenz des wissenschaftlichen Fortschritts ist die stärkere Ausdifferenzierung der Tätigkeitsprofile und damit eine stärkere Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Aus dieser grundsätzlich positiven Entwicklung kann jedoch insbesondere für schwer und chronisch kranke Menschen eine Zersplitterung der Behandlungsprozesse resultieren.

Die Behandlung psychisch schwer erkrankter Menschen durch multiprofessionelle Teams ist in der ambulanten, tagesklinischen und stationären Krankenhausbehandlung Standard. Ziele der multidisziplinären Behandlungsangebote der Krankenhäuser in Tageskliniken, Institutsambulanzen oder Home-Treatment sind: Vermeidung stationärer Einweisungen, Verkürzung stationärer Verweildauer bzw. eine Erleichterung der Enthospitalisierung nach langer stationärer Behandlung. Erste Indizien sprechen dafür, dass diese Ziele auch erreicht werden können (Brenner, 2000).

Durch die Vernetzung von Leistungserbringern (Ärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenpflege, Ergotherapeuten und Soziotherapeuten) könnten auch aus dem ambulanten Bereich heraus integrierte Versorgungsangebote entstehen. Es ist möglich, dass Patienten niedrigschwellige, präventiv orientierte ambulante Versorgungsnetze präferieren würden. Die nun schon jahrzehntelangen Bemühungen um eine „Ambulantisierung“ der stationären Psychiatrie wurden jedoch erst mit zeitlicher Verzögerung durch entsprechende Bemühungen aus dem ambulanten Bereich heraus ergänzt. Ein



Beispiel ist das Bremer Projekt der Rückzugsräume ([www.gapsy.de](http://www.gapsy.de)). Eine mögliche Ursache der Zeitverzögerung im ambulanten Bereich ist neben der von den Kassenärztlichen Vereinigungen thematisierten Ressourcenfrage, dass das ambulante Versorgungssystem erst mit der Aufnahme der Soziotherapie (G-BA, 2002) und der Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenpflege (G-BA, 2005) über ein differenziertes Leistungsspektrum verfügt, wie es im Krankenhaus selbstverständlich zur Versorgung psychisch kranker Menschen gehört (Faulbaum-Decke, 2005).

Eine Übersicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde ([www.dgppn.de](http://www.dgppn.de), Stand: 2007) listet insgesamt 30 Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V auf. Zum Vergleich: Im dritten Quartal 2006 waren bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) 3.045 Verträge zur integrierten Versorgung registriert. Dies ist kein überraschendes Ergebnis, da Krankenhausträger ihre integrierten Versorgungsangebote für den ambulanten Bereich i. d. R. über die Gründung von psychiatrischen Institutsambulanzen schaffen. Der Indikationsschwerpunkt der geschlossenen IV-Verträge liegt bei Depression und Schizophrenie. Die Verträge dienen in der Regel einem effizienten Schnittstellenmanagement zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Im Vordergrund steht der Gesichtspunkt verbesserter Kosteneffizienz. Vertragspartner sind auf der Leistungserbringerseite vor allem Krankenhäuser und niedergelassene Psychiater bzw. Nervenärzte.

Integration mit dem Ziel einer berufsgruppenübergreifenden integrierten Versorgung setzt eine leitliniengestützte Kooperation unterschiedlicher Gesundheitsberufe voraus. Für die operative Umsetzung im Versorgungsalltag erfordert dies erhebliche Ressourcen. Aktuell fehlen ausreichende ökonomische Anreize, die Krankenkassen und Leistungserbringer zu solchem Ressourceneinsatz bewegen könnten. Fest steht aber auch, dass Verträge, die der Unter- oder Fehlversorgung bei psychischen Krankheiten generell begegnen wollten, im hausärztlichen Bereich ansetzen sollten und eine Versorgung durch multidisziplinäre Teams zum Ziel haben müssten. Dies ist nur in einigen indikationsspezifischen Projekten gelungen. Ein Beispiel ist das Netz für seelische Gesundheit in Mainz ([www.nsg-mainz.de](http://www.nsg-mainz.de)).

Im Gesundheitssystem (SGB V), im Bereich der komplementären Dienste (SGB XII/SGB VIII) oder der Rehabilitation (SGB IX) werden i. d. R. sektorspezifische Konzepte für eine integrierte Behandlung oder Betreuung entwickelt. Verfahren der Hilfeplanung und Fallsteuerung, die lediglich auf den Bereich der Eingliederungshilfe fokussieren, greifen ebenso zu kurz wie integrierte Versorgungsangebote, die sich ausschließlich der Überwindung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung widmen. Separate Integrationsansätze der unterschiedlichen Kostenträger werden dem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf psychisch kranker Menschen nicht gerecht.

Kostenträgerübergreifende Integration stößt auf Probleme, da die unterschiedlichen Entgelt- und Vergütungssysteme Kooperationen behindern und zu wenig Flexibilität bei der Gestaltung der Versorgungsprozesse besteht. Der prägende Einfluss der sektor- und kostenträgerspezifischen Vorgaben auf die Gestaltung der Versorgung kann relativiert werden, wenn Gruppen von Leistungserbringern Budgetverantwortung für die Behandlung und Betreuung einer Patientengruppe übernehmen, also ihren Vertragspartnern garantieren, dass sie für ein bestimmtes Jahrsbudget die Behandlung und Betreuung eingeschriebener Patienten gewährleisten. Als Gegenleistung für die Übernahme der Budgetverantwortung erhalten die Leistungserbringer die Option, Versorgungsprozesse flexibler und damit eventuell effizienter zu gestalten. Entscheidend für psychisch Erkrankte dürfte es dabei sein, dass diese Budgets sowohl sektor- als auch kostenträgerübergreifend (nicht nur SGB V und SGB XI, sondern auch SGB IX und SGB XII) vereinbart werden können.

### 3. Integrierte Versorgungsplanung

- **Bedarfsorientiert**

Lediglich 36 Prozent der Erkrankten nehmen irgendwann im Verlauf ihres Lebens wegen einer psychischen Störung Versorgungsangebote im ambulanten oder stationären Bereich in Anspruch. Besonders hoch ist die Quote der Nicht-Inanspruchnahme bei Suchterkrankungen (71 Prozent), bei somatoformen Störungen (59 Prozent) und bei Angststörungen (56,4 Prozent).

Unter den Patienten, die wegen einer psychischen Störung behandelt wurden, haben 37 Prozent ihren Hausarzt aufgesucht; bei einem Drittel dieser Patienten blieb es bei einer ausschließlich hausärztlichen Behandlung. Die weiteren, am häufigsten genutzten Behandlungsangebote waren die ambulante Behandlung durch einen Nervenarzt (29 Prozent) bzw. einen Psychologischen Psychotherapeuten (24 Prozent) sowie die stationäre Behandlung (20 Prozent).

Die Daten zur Inanspruchnahme müssen vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren gesehen werden, die vor dem Antritt einer Psychotherapie überwunden werden müssen (Löcherbach & Weber, 2000). Zum einen werden psychische Störungen in der Primärversorgung bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht erkannt (Kruse, Heckrath, Schmitz, Alberti & Tress, 1999; Linden & Helmchen, 1995) sowie potenziell behandlungswillige Patientinnen und Patienten nicht ausreichend über adäquate Behandlungsmöglichkeiten informiert. Zum anderen müssen behandlungsbedürftige und -willige Patientinnen und Patienten vor dem Antritt einer Psychotherapie i. d. R. längere Wartezeiten und Beantragungsverfahren in Kauf nehmen (Zepf et al., 2003), was es ihnen erschwert, zeitnah einen geeigneten Behandlungsplatz zu finden. Die Wartezeiten schwanken dabei regional ganz erheblich.

Für den Kinder- und Jugendbereich ist davon auszugehen, dass nur ca. 15 bis 20 Prozent der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen (Lehmkuhl et al., 1998). Auch die aktuellen bundesweiten Daten für den Bereich der Kinder und Jugendlichen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts offenbaren eine dramatische Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland: Von den Kindern, bei

denen im Rahmen der Versorgung bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert worden war, wird nur die Hälfte psychologisch, psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt (Ravens-Sieberer et al., 2007). Mit anderen Worten: Zusätzlich zu den Kindern, deren psychische Erkrankung nicht erkannt wird, wird die Hälfte der diagnostizierten psychisch kranken Kinder in Deutschland mit den heutigen Versorgungsstrukturen und -kapazitäten nicht erreicht.

Die Zahlen zeigen, dass die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – sei es im ambulanten oder stationären Bereich, sei es im Gesundheitssystem oder im Jugendhilfesystem – offensichtlich nicht bedarfsorientiert ist. Sie stellen damit gleichermaßen die Bedarfsplanung der Bundesländer für die Krankenhausbehandlung und der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Versorgungsbereich in Frage.

- **Sektorübergreifend**

Patienten mit psychischen Krankheiten werden stationär, teilstationär oder ambulant durch Krankenhäuser behandelt, wenn ihre Erkrankung besonders schwer ist und zu akuten Krisen führt (Psychosen, schwere Depressionen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und andere psychische Erkrankungen mit komplexer komorbider Symptomatik). Jede Krankenhauseinweisung wirft dabei die Frage auf, ob sie bei frühzeitiger, kontinuierlich verfügbarer und präventiv ausgerichteter ambulanter Versorgung hätte verhindert werden können. Für psychisch kranke Menschen ist daher eine sektorübergreifende Versorgungsplanung, die den ambulanten Bereich mit einbezieht, von großer Bedeutung. Krankenhausplanung ist aber auch im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vor allem eine bettenzentrierte Planung, die i. d. R. indirekt (Hill-Burton-Formel) bzw. begrenzt (IGES/Dornier) die Morbiditätsentwicklung und Verlagerungen in den (teilstationären und) ambulanten Bereich berücksichtigen (DKG 2007).

- **Kostenträgerübergreifend**

Die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen ist häufig eine Komplexleistung, die eine qualifizierte Kooperation verschiedener Institutionen, Leistungserbringer und Kostenträger erfordert. Dies lässt sich am Beispiel der Beratung, Betreuung

und Behandlung psychisch kranker bzw. gefährdeter Kinder und Jugendlicher zeigen. In der Jugendhilfe bieten Erziehungsberatungsstellen Beratung und Therapie bei Fragen zur Entwicklung und Erziehung von Kindern an, z. B. bei Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen. An der Schnittstelle zwischen GKV und Jugendhilfe sind zudem die Frühförderstellen tätig, die schwerpunktmäßig familiennahe pädagogische und beratende Hilfen bis zur Einschulung anbieten. Komplementär zu den Frühförderstellen arbeiten die sozialpädiatrischen Zentren. Ihre zentrale Aufgabe besteht in der fachlich-medizinischen Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen. Aussagen zur Versorgung und Betreuung psychisch kranker bzw. gefährdeter Kinder und Jugendlicher setzen also nicht nur eine sektorübergreifende, sondern auch eine Kostenträgerübergreifende Bewertung des Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebotes voraus.

Für psychisch kranke Menschen ist die Sicherstellung und Gewährleistung einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung mit einer entsprechenden Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser bzw. -abteilungen unverzichtbar. Die mit der Krankenhausplanung als bedarfsnotwendig definierten Versorgungsangebote müssen über kollektive Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern sichergestellt werden. Die kollektivvertragliche Sicherstellung einer Versorgung wird den Bedarf nur abdecken, wenn es gelingt, die Krankenhausplanung in Richtung einer sektor- und Kostenträgerübergreifenden, integrierten Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.

#### **4. Differenzierung in Kollektiv- und Selektivvertragsbereich**

Für den somatischen Bereich wird eine Differenzierung zwischen Notfall- und Grundversorgung, die wie in der Vergangenheit über kollektivvertragliche Regelungen organisiert werden soll, und einem Versorgungsbereich, in dem Selektivverträge möglich sind, angedacht. Der Umfang der Selektivverträge soll sich an einer von den Bundesländern vorgegebenen Rahmenplanung orientieren. Das Leistungsspektrum soll durch einen auf Bundesebene vereinbarten DRG-Katalog definiert werden.

Grundsätzlich wäre auch für die Krankenhäuser/-abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik die kollektivvertragliche Regelung eines Notfall- und

Grundversorgungsbereiches, ergänzt um Versorgungsbereiche, die über kassenspezifische Selektivverträge geregelt sind, denkbar – vorausgesetzt, es gibt eine integrierte Versorgungsplanung. Anders als im somatischen Bereich, müsste zusätzlich das Leistungsspektrum aufgrund der fehlenden DRG's grundlegend anders definiert werden.

Krankenhäuser und -abteilungen haben durch den Aufbau psychiatrischer Institutsambulanzen ihr Leistungsspektrum deutlich über die Bedarfsplanungsvorgaben der Bundesländer und Kassenärztlichen Vereinigungen hinaus erweitert. Sie haben die 1989 mit den §§ 118 und 120 SGB V erweiterte und von Gesundheitsreform zu Gesundheitsreform ausgebaute Option einer ambulanten Ergänzung ihres stationären und tagesklinischen Behandlungsangebotes intensiv genutzt. Aktuell verfügen ausweislich einer Statistik der GMK von 434 Fachkrankenhäusern und -abteilungen 418 über Institutsambulanzen. Auf eine Institutsambulanz kommen damit ungefähr 180.000 Einwohner. Das Versorgungsangebot ist in Städten und auf dem Land sowie im Osten und Westen Deutschlands ungefähr gleich verteilt. Die Fallzahlen der Institutsambulanzen schwanken zwischen 884 und 3.335 Fällen pro Quartal (GMK 2007). Angaben zur Strukturqualität mit Blick auf die dort beschäftigten Gesundheitsberufe und zum Leistungsangebot sind aktuell über eine rudimentäre Basisdokumentation verfügbar. Es fehlen ausreichend differenzierte Angaben, um beurteilen zu können, für welches Indikationsspektrum es in welchem Umfang zu Leistungsverlagerungen bzw. -verschiebungen aus dem Krankenhaus bzw. dem KV-Bereich in die ambulante Versorgung der psychiatrischen Institutsambulanzen kommt. Damit fehlen Rahmendaten zur Mengensteuerung für Kollektiv- und Selektivverträge gleichermaßen.

Grundsätzlich schlägt die BPTK vor zu prüfen, ob mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreichbar ist, wenn die Zulassungskriterien für Anbieter, sei es aus dem stationären oder ambulanten Bereich, gleich gestaltet werden und an definierte Qualitätsstandards geknüpft sind (Strukturqualität der Mitarbeiter, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM), Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen). Auch eine Auswertung der derzeit sehr unterschiedlichen Honorierung der psychiatrischen Institutsambulanzen könnte Aufschlüsse darüber geben, wie adäquate Honorierungsmodelle aussehen könnten.

### 5. Finanzierung

#### • Investitionen

Für die Krankenhäuser/-abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gilt wie für die somatischen Fächer, dass das derzeit übliche Antragsverfahren für öffentliche Investitionsmittel auf der Basis der in der Regel bettenorientierten Planvorgaben nicht mehr angemessen ist. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund der sich dynamisch verändernden Angebotsstrukturen (Stichwort: „Ambulantisierung“). Eine fallbezogene Zuschlagsfinanzierung der Investitionskosten ist also auch für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu prüfen. Wie für den somatischen Bereich geht es aber zunächst um den Abbau des Investitionsstaus und die Schaffung vergleichbarer investiver Ausgangsvoraussetzungen für alle Krankenhäuser. Erst auf dieser Basis sollte aus Sicht der BPTK über den Umstieg auf eine monistische Krankenhausfinanzierung diskutiert werden, wobei es darauf ankommen wird, Beitragssatzsteigerungen in der GKV zu vermeiden.

#### • Leistungen

Im somatischen Bereich werden Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über diagnosebezogene Fallpauschalen finanziert. Die Einbeziehung der psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie der psychosomatischen Krankenhausbehandlung in das DRG-Finanzierungssystem hat der Gesetzgeber im Jahr 2000 aus Sicht der BPTK zu Recht abgelehnt. Für dieses Leistungsspektrum sind keine Patientenmerkmale, z. B. Diagnosen, bekannt, die einen hinreichend prädiktorschen Wert für den Bedarf an personellen Ressourcen, Zeit und damit Kosten hätten.

Die Vergütung psychiatrischer, psychotherapeutischer sowie psychosomatischer Krankenhausbehandlung erfolgt also weiterhin auf der Basis der Personalbemessung gemäß Psychiatrie-Personalverordnung und daraus abgeleiteter tagesgleicher Pflegesätze. In der Diskussion ist ein Landesbasisfallwert für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, der entsprechend des durch die PsychPV vorgegebenen Leistungsspektrums mit tagesbezogenen Relativgewichten bewertet würde. Voraussetzung eines solchen Vergütungssystems ist die Weiterentwicklung der Psychiat-

rie-Personalverordnung im Lichte der seit 1989 gewonnen wissenschaftlichen Erkenntnisse und der damit einhergehenden Differenzierung der Gesundheitsberufe.

### **6. Qualitätssicherung**

Die Qualitätssicherung im Versorgungsbereich der Krankenhäuser/-abteilungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie kann weiterentwickelt und durch das neue Entgeltsystem gefördert werden. Vorbild könnte der Bereich der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen (verkürzt auch als „psychosomatische Rehabilitation“ bezeichnet) sein. Hier wurde bereits 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm initiiert. Am Programm sind alle Rentenversicherungsträger und alle von ihnen im jeweiligen Indikationsbereich belegten Einrichtungen beteiligt. Die Verfahrens- und Methodenentwicklung erfolgte durch externe wissenschaftliche Institute und wurde wesentlich durch Expertinnen und Experten aus der Versorgungspraxis unterstützt. Die Eckpunkte des Programms sind Strukturerhebungen, Beurteilungen der Prozessqualität über Peer-Reviews und Befragungen von Patientinnen und Patienten. Im Rahmen von Klinik vergleichenden Berichten findet eine Rückmeldung an die Kliniken durch zentrale Auswertungsstellen statt (Kawski & Koch, 2004). Seit 2000 wird im Rahmen der Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen (ebenfalls unter Einschluss des Indikationsbereichs psychische/psychosomatische Störungen) dieses Qualitätssicherungsprogramm weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung besteht vor allem in einer stärkeren Fokussierung auf den Aspekt der Ergebnisqualität mit Befragungen der PatientInnen und der TherapeutInnen zu Beginn und Ende der Behandlung sowie einer katamnestischen Patientenbefragung mit Hilfe standardisierter Fragebögen.

Für den Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung fehlt es dagegen an einem mehrere Diagnosegruppen übergreifenden und die Gesamtversorgung betreffenden externen Qualitätssicherungsprogramm, welches routinemäßig eingesetzt wird. Hier wurden lediglich erste regionale Modellprojekte durchgeführt, wie z. B. das Projekt zur externen Qualitätssicherung der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen in Baden-Württemberg in den Jahren 1998 bis 2000 (Härter, M. et al., 2004). Jedoch wurde auch in diesem Modellprojekt der längerfristige Therapieerfolg der stati-



onären psychiatrischen Behandlung nicht erfasst. Auch Aspekte der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung wurden bislang kaum untersucht. So fehlen Untersuchungen zu Häufigkeit, Art und Umfang psychotherapeutischer Behandlungen im Rahmen einer stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung. Die Qualitätsberichte der psychiatrischen Krankenhäuser liefern zwar einige wichtige Informationen zur Strukturqualität, aber auch hier ist festzustellen, dass die Qualifikation der in den Krankenhäusern psychotherapeutisch Tätigen nur unzureichend abgebildet wird.

Im Bereich der Krankenhäuser und Fachabteilungen für psychotherapeutische Medizin nehmen inzwischen eine Reihe von Einrichtungen kontinuierlich an der multizentrischen Basisdokumentation Psy-BaDo-PTM teil (Heymann, Zaudig & Tritt, 2003), die neben einer detaillierten Erfassung von Parametern des Behandlungsprozesses auch die prospektive Erhebung von patientenrelevanten Endpunkten beinhaltet und so Aussagen über die Ergebnisqualität erlaubt.

Darüber hinaus gibt es für den Bereich der psychiatrischen Krankenhausversorgung auch Hinweise auf Defizite bei der Pharmakotherapie. Eine der wenigen vorliegenden Publikationen zum Behandlungsprozess der stationären psychiatrischen Behandlung depressiver Patienten weist auf erhebliche Varianzen in den Behandlungsstrategien zwischen den psychiatrischen Einrichtungen hin, die nicht in Einklang mit den bestehenden Leitlinien gebracht werden können. So schwankte der Anteil der depressiven Patienten, die trotz des Risikos einer Abhängigkeitsentwicklung bei Entlassung weiterhin mit Benzodiazepinen behandelt wurden, zwischen den Krankenhäusern zwischen 1,1 und 56,0 Prozent (Schneider et al., 2005). Nicht zuletzt auch diese Befunde haben in den letzten Jahren zu vermehrten Anstrengungen geführt, über multidisziplinär entwickelte evidenzbasierte Leitlinien, wie z. B. die Nationale Versorgungsleitlinie Depression und deren Implementierung, Standards für die psychopharmakologische, psychotherapeutische oder Kombinationsbehandlung dieser Patientengruppen zu definieren und in der Versorgung umzusetzen.

In Bezug auf die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems lassen sich ebenfalls Unterschiede zu Lasten der allgemeinspsychiatrischen Krankenhäuser feststellen. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für den Krankenhausesektor formulierten, grund-

sätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM haben im Vergleich zu den Rehabilitationseinrichtungen und den Einrichtungen der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung lediglich Empfehlungscharakter. So gibt es z. B. keine zeitliche Vorgabe, bis wann ein QM-System erfolgreich einzuführen ist, ebenso wenig werden konkrete Instrumente und Maßnahmen des Qualitätsmanagements als obligatorisch definiert. Auch wenn mittlerweile eine ganze Reihe von psychiatrischen Krankenhäusern – insbesondere nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) – zertifiziert sind oder eine solche Zertifizierung anstreben, ist eine Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems für Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag nach § 108 SGB V nicht verpflichtend. Zudem sind die im Zuge der KTQ-Zertifizierung veröffentlichten Qualitätsberichte selbst hinsichtlich der Strukturqualität nur von sehr beschränkter Aussagekraft. Darüber hinaus haben die Vereinbarungen zu Maßnahmen der externen Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser bislang keine psychotherapeutischen oder psychiatrischen Leistungen mit einbezogen.

Im Gegensatz dazu sind die Vorgaben zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären Rehabilitation umfassender. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) sind die stationären Rehabilitationseinrichtungen sogar gesetzlich verpflichtet worden, ihr Qualitätsmanagementsystem von unabhängiger Seite zertifizieren zu lassen, wenn Sie künftig Leistungen zu Lasten der GKV erbringen wollen.

## Literatur

- Brenner, H. D.; Junghan, U.; Pfammatter, M. (2000); „Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen“ in *Der Nervenarzt*, Ausgabe 9/2000, S. 691 – 699.
- DKG (2007), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.
- DKG (2007), Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2009.
- Faulbaum-Decke, W. (2005), „Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke“ in *Psychosoziale Umschau* 4/2005, S. 33 – 34.
- Faulbaum-Decke, W.; Thiede, H. (2005), „Rückzugsräume“ in *Psychosoziale Umschau* 2/2006, S. 20-21.
- Fydrich, T.; Nagel, A.; Lutz, W. & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse (TK). *Verhaltenstherapie*, 13, 291-295.
- G-BA (2005), Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V.
- G-BA (2002), Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien).
- G-BA (2005). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 18. Oktober 2005. *Bundesanzeiger*, 248, 17329.
- Härter, M.; Sitta, P.; Keller, F.; Metzger, R.; Wiegand, W.; Schell, G. et al. (2004). Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung: Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(27), A1970-A1974.
- Heymann, F. v.; Zaudig, M. & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 209-221.
- Kawski, S. & Koch, U. (2004). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland - Entwicklungsstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 111-117.
- Kunze, H.; Kaltenbach, L. (2003) (Hrsg.), *Psychiatrie-Personalverordnung*, Stuttgart 2003.
- Leber, W.-D.; Malzahn, J.; Wolff, J. (2007), *Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierter Ordnungsrahmen ab 2009*, Bonn 2007.
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S., Erhart, N. (2007), *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Rüger, U.; Dahm, A. & Kallinke, D. (2003). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (6. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Schleuning, G. (2001), „Der GPV München-Süd: Fakten und Fragen nach fünf Jahren GPV-Entwicklung“ in *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.), 25 Jahren Psychiatrie-Enquête Band 1, Bonn 2001.
- Schneider, F.; Harter, M.; Brand, S.; Sitta, P.; Menke, R.; Hammer-Filipiak, U. et al. (2005). Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *Br J Psychiatry*, 187, 462-469.
- Schröder, W.; Rehberg, W.; Zich, K. (2002), „*Psychiatrische Versorgung in Hessen – Entwicklung bis 2007*“, Berlin 2002.

- Schröder, W.; Zich, K. (2006), „Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung“ in Schwerpunkt: Wege zur Integration, Krankenhaus-Report 2005, Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schnellschmidt, Henner (Hrsg.), S. 55 – 65, Stuttgart 2006.
- Schulz, H.; Borghaun, D.; Harfst, T.; Koch, U. (2006); Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen in Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hrsg.) „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, S. 332 – 345, Heidelberg 2006.