

Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
02.12.2011**

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
1. Anreize zur frühzeitigen Umstellung auf das neue Entgeltsystem	3
2. Tagesbezogene Entgelte	4
3. Qualitätssicherung in der Versorgung psychisch kranker Menschen	5
4. Sektorenübergreifende Versorgung	7
Modellvorhaben nach § 16 Bundespflegesatzverordnung.....	7
Modellvorhaben nach § 64b SGB V	8
5. Einrichtung von Institutsambulanzen nach § 118 SGB V an psychosomatischen Einrichtungen.....	9
6. Sektorenübergreifende Behandlungssteuerung durch die Krankenkasse ...	10
Literatur	12

Vorbemerkung

Das diagnostische und therapeutische Wissen über die Behandlung psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten 20 Jahren seit Verabschiedung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) stetig weiterentwickelt. Es existieren mittlerweile S3-Leitlinien für die häufigsten psychischen Erkrankungen, die auch stationär behandelt werden, wie Unipolare Depression, Schizophrenie, Demenz, Zwangs- oder Essstörungen. Für weitere Erkrankungen, wie z. B. Alkoholerkrankungen oder Angststörungen, werden derzeit S3-Leitlinien entwickelt. Zudem wird demnächst die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für schwer psychisch kranke Menschen“ veröffentlicht, die evidenzbasierte Empfehlungen zu Systeminterventionen, wie z. B. Home-Treatment, gibt.

Die Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen sollte grundsätzlich leitlinien- und patientenorientiert ausgerichtet sein. Die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen ist dabei nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten unabdingbar, sondern hat auch positive Effekte auf den Behandlungsverlauf, wie z. B. eine Zunahme des Wissens und eine aktivere Beteiligung am medizinischen Behandlungsprozess (Loh et al., 2007). Das neue Entgeltsystem und die begleitende Qualitätssicherung sollten Anreize für eine an diesen Kriterien orientierte Krankenhausversorgung setzen.

1. Anreize zur frühzeitigen Umstellung auf das neue Entgeltsystem

Als Anreiz zur frühzeitigen Anwendung des neuen Entgeltsystems sollen Optionshäuser die Möglichkeit erhalten, bis zum Jahr 2016 für das jeweilige Anwendungsjahr von der Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV weiterhin Gebrauch zu machen. Für Einrichtungen, die das Entgeltsystem erst im Jahr 2015, also mit der für alle Krankenhäuser verbindlichen Anwendung einführen, soll die Nachverhandlungsmöglichkeit bereits für das Budgetjahr 2012 enden.

Voraussetzung für ein pauschaliertes Entgeltsystem, das unter qualitativen Gesichtspunkten keine negativen Anreize setzt, ist eine hundertprozentige Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die derzeitige Unter-

versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zum Soll definiert wird und daraus von Beginn an eine Unterfinanzierung des neuen Entgeltsystems resultiert. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ist deshalb allen Krankenhäusern bis zur verbindlichen Einführung des Entgeltsystems im Jahr 2015 die Möglichkeit zu geben, von der Nachverhandlung von Psych-PV Stellen Gebrauch machen zu können.

Die BPTK schlägt deshalb vor, in Artikel 2 Nummer 5 § 3 Absatz 1 Satz 4 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) wie folgt zu formulieren:

„Krankenhäuser können bis 2016 für das jeweilige Anwendungsjahr von einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegegesetzverordnung in der am 31.12. 2012 geltenden Fassung Gebrauch machen.“

2. Tagesbezogene Entgelte

In § 9 Bundespflegegesetzverordnung regelt der Gesetzgeber, dass es bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems insbesondere um die Entwicklung von tagesbezogenen Entgelten geht. Der Auftrag zur Entwicklung von Tagespauschalen wurde auch in Hinblick auf eine qualitätsorientierte stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen formuliert, da diagnosebezogene Fallpauschalen, wie sie es in der Somatik gibt, kein geeignetes Entgeltsystem für die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhausversorgung sind. Davon abweichend heißt es nun auf Seite eins in A. Problem und Ziel, dass nach §17 d KHG die Selbstverwaltungspartner beauftragt worden seien, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem zu entwickeln. Der Bezug zu Tagesentgelten fehlt hier. Um den Eindruck zu verhindern, dass es doch um die Entwicklung von Fallpauschalen gehen könnte, schlagen wir vor, die Formulierung entsprechend zu ändern und durchgängig von der Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu sprechen.

3. Qualitätssicherung in der Versorgung psychisch kranker Menschen

Die BPtK begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt werden soll, geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu vereinbaren und geeignete Qualitätsindikatoren insbesondere für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen. Auch die Verpflichtung, diese Indikatoren in geeigneter Weise in den Qualitätsberichten nach § 137a Absatz 1 SGB V zu veröffentlichen, findet die ausdrückliche Zustimmung der BPtK. Dabei sollte sich die Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren insbesondere an den existierenden S3-Leitlinien für die Behandlung psychischer Erkrankungen orientieren. Für die häufigsten psychischen Erkrankungen, die auch stationär behandelt werden, wie Unipolare Depressionen, Schizophrenie, Demenz, Zwangs- oder Essstörungen, gibt es bereits S3-Leitlinien. Für weitere Erkrankungen, wie z. B. Alkoholerkrankungen oder Angststörungen, werden derzeit S3-Leitlinien entwickelt. Zudem wird demnächst die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für schwer psychisch kranke Menschen“ veröffentlicht, die u. a. evidenzbasierte Empfehlungen zu Systeminterventionen, wie z. B. Home-Treatment, gibt.

Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist aus Sicht der BPtK notwendig, um beurteilen zu können, inwieweit eine verstärkt ambulante und integrative Versorgung psychisch kranker Menschen im Versorgungsalltag nachvollziehbar zu Qualitätsverbesserungen führt. Im vorliegenden Referentenentwurf werden mit den geänderten Vorgaben für Modellvorhaben nach § 16 Bundespflegegesetzverordnung und § 64b SGB V entsprechende Weichen gestellt. Auch das neue Psych-Entgeltsystem wird Anreize für die Qualitätsorientierung der Krankenhäuser und das Ausmaß ihrer ambulanten Ausrichtung setzen. Auf der Basis der Verträge nach § 140b SGB V, also der integrierten Versorgung, werden bereits unterschiedliche Modelle einer ambulant orientierten und sektorenübergreifenden Versorgung umgesetzt.

Um die Entwicklung der Versorgungsqualität in den relevanten Sektoren und übergreifend in den regionalen Versorgungssystemen insgesamt beurteilen zu können, bedarf es auch einer größeren Transparenz des Leistungsgeschehens und der Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen, ein-

schließlich der Versorgung durch Psychiatrische und künftig auch Psychosomatischen Institutsambulanzen. Dafür sollten im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung die bestehenden und in Entwicklung befindlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Blick auf eine aussagekräftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung weiterentwickelt werden. Nur wenn die festzulegenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auch die Einführung eines Indikatorensets sektorenübergreifend einheitlicher Qualitätsindikatoren beinhaltet, wird künftig eine belastbare Analyse der Entwicklung der Versorgungsqualität im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie möglich sein, die Vergleiche zwischen den Einrichtungen, aber auch zwischen regionalen Versorgungssystemen erlaubt und so Motor einer Qualitätsentwicklung werden kann. In diesem Sinne begrüßt die BPtK die Klarstellung im Referentenentwurf, dass die vom G-BA festzulegenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nicht auf die stationäre Versorgung begrenzt sind, sondern sektorenübergreifend ausgestaltet werden und den gesamten ambulanten Bereich der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung mit einschließen.

Notwendig sind Qualitätsindikatoren zum einen, um die regionale Varianz in der Versorgung definierter Patientengruppen sichtbar zu machen und damit der gemeinsamen Selbstverwaltung Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Vertragsstrukturen und Leistungsangeboten in regionalen Versorgungssystemen zu geben. Außerdem sollen es die Qualitätsindikatoren den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erlauben, selber zu beurteilen, inwieweit sie selbst gesteckte Ziele im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität realisieren und ob sie als ein Leistungserbringer in einer für ihre Patienten relevanten Versorgungskette einen adäquaten Beitrag zur Qualität der gesamten Versorgungskette leisten. Neben diesen wichtigen systemrelevanten Informationen ist es aus Sicht der BPtK von zentraler Bedeutung, dass die Patientenperspektive bei der Auswahl und der Entwicklung der Qualitätsindikatoren ausreichend Berücksichtigung findet. Patienten brauchen Informationen, die hilfreich sind bei der Entscheidung für ein Krankenhaus auch im Vergleich zum Angebot anderer Anbieter. Zu diesen Informationen (Qualitätsindikatoren) zählt aus Sicht der BPtK auch eine ausreichend differenzierte und damit ereignisbezogene Erhebung der Patientenzufriedenheit und eine ausreichend differenzierte Darstellung der Prozessqualität, die es den Patienten ermöglicht, sich ein Bild über

das Versorgungsangebot der einzelnen Klinik im Vergleich z. B. zu Empfehlungen von S3-Leitlinien zu machen. Die BPTK schlägt daher vor, in der Begründung zu § 137 SGB V hinter dem Satz „Es ist damit Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, geeignete Anforderungen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen sowie Indikatoren für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen“, zu ergänzen:

„Bei Auswahl und Entwicklung der Qualitätsindikatoren ist deren Relevanz und Aussagekraft für Entscheidungen der Patienten zu berücksichtigen.“

4. Sektorenübergreifende Versorgung

Modellvorhaben nach § 16 Bundespflegesatzverordnung

Die BPTK begrüßt grundsätzlich, dass mit dem neuen § 16 Bundespflegesatzverordnung nicht nur Modellvorhaben zur Vergütung, sondern in Verbindung damit auch zur Weiterentwicklung der Versorgung vereinbart werden können. Ziel der Modellvorhaben sollte eine Weiterentwicklung der Versorgung durch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in Richtung einer an Leitlinien und Patientenpräferenzen orientierten Versorgung sein.

Viele psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen haben in den letzten Jahren stärker ambulant orientierte spezifische Versorgungsangebote für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen entwickelt und umgesetzt. Anhand wissenschaftlicher Untersuchungen kann beispielsweise belegt werden, dass die Behandlung von psychisch kranken Menschen in akuten Krankheitsphasen durch ein mobiles Behandlungsteam (Home-Treatment) die stationäre Aufnahme sowie die stationären Behandlungszeiten insgesamt reduziert. Zudem senkt die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld das Risiko eines Behandlungsabbruchs. Hinsichtlich der Kosteneffektivität gibt es Evidenz, dass eine Akutbehandlung kosteneffektiver als eine herkömmliche stationäre Behandlung ist. Ähnliche Befunde gibt es zu aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Teams. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ empfiehlt daher beide Behandlungsformen mit Empfehlungsgrad A. Relevant für diese Empfehlung ist jedoch in erster Linie die positive Beeinflussung der klinischen Symp-

tomatik, die Verbesserung bzw. Stabilisierung der Wohn- und Beschäftigungssituation und vor allem die Patientenzufriedenheit.

Um eine stärkere Ausrichtung der Modellvorhaben an Leitlinien und Patientenpräferenzen zu fördern, schlagen wir daher vor, § 16 Absatz 1 Satz 2 BpflV wie folgt zu ändern:

„Modellvorhaben dienen der Förderung einer leitlinienorientierten Versorgung und der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen. Für eine in diesem Sinne bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Patienten zielen Modellvorhaben u. a. darauf, stationäre Aufnahmen zu vermindern oder zu verkürzen, die Kooperation mit weiteren Versorgungsangeboten zu verbessern und eine effektive Verwendung der Ressourcen zu fördern.“

Darüber hinaus sollten die Modellvorhaben genutzt werden, um im Sinne eines lernenden Systems ausreichend Erfahrungen zu sammeln, für welche Patientengruppen welche Versorgungsansätze und damit welche Vergütungspauschalen sinnvoll sind. Die Diskussion und Entscheidung hierüber sollte auf einer möglichst aussagekräftigen Datenbasis erfolgen. Es ist daher dafür Sorge zu tragen, dass die vorgeschriebenen Daten auch im Rahmen der Modellvorhaben erhoben und an das InEK übermittelt werden, und zu prüfen, ob diese ggf. noch um andere Daten ergänzt werden müssen. Regionalbudgets oder Jahrespauschalen beispielsweise eignen sich vermutlich nur für einen kleinen Anteil der Patienten, die stationär in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden. Nach Krankenkassendaten wird die Mehrzahl der Patienten innerhalb eines Jahres nur einmal stationär aufgenommen (Haas, 2011). Nur ein geringer Prozentsatz von Patienten hat innerhalb eines Jahres mehrere stationäre Behandlungsepisoden. Die Merkmale dieser Patientengruppe müssten deshalb zunächst datenbasiert ermittelt werden, bevor entsprechende Pauschalen flächendeckend eingeführt werden könnten.

Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Durch die Einfügung von § 64b SGB V sollen die Vorgaben für Modellvorhaben nach § 63 Absätze 1 und 2 SGB V weiterentwickelt und um Vorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen ergänzt werden.

Die BPtK begrüßt, dass hierdurch insbesondere unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ermöglicht und gefördert werden sollen. Vor allem die dringend notwendige Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich kann durch Modellvorhaben gestärkt werden. Nicht nur für chronisch psychisch kranke Menschen, die mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen, ist die Sicherstellung einer ambulanten Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung sinnvoll. Auswertungen im Rahmen des BARMER GEK Report Krankenhaus 2011 belegen, dass in den ersten Monaten nach Entlassung für viele Patientengruppen ein hohes Risiko für Wiedereinweisungen besteht. Ziel der Modellvorhaben sollte daher einerseits ein verbessertes Entlassmanagement und eine strukturierte Zusammenarbeit der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und insbesondere gemeindepsychiatrischen Anbietern sein. Ebenso sollten Modellvorhaben jedoch zum Ziel haben, im ambulanten Bereich Versorgungsangebote vorzuhalten, die es erlauben, auch in akuten Krisensituationen Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Grundsätzlich schlägt die BPtK daher vor, dass sich Modellvorhaben nicht nur auf die Patientengruppen konzentrieren, für die eine besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte und die Notwendigkeit einer Versorgung durch eine Vielzahl von Akteure prägend ist. Von Modellvorhaben nach § 64b SGB V sollten vielmehr auch Patientengruppen profitieren können, für die bei einer angemessenen ambulanten Versorgung stationäre Einweisungen nicht zwingend sind bzw. für die mit einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ambulant tätigen Leistungserbringern (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflege, Soziotherapie usw.) eine erhebliche Verbesserung der Versorgungsqualität möglich ist, bei gegebenem eventuell sogar verringertem Ressourceneinsatz.

5. Einrichtung von Institutsambulanzen nach § 118 SGB V an psychosomatischen Einrichtungen

Für die wünschenswerte Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hin zu einer generell stärker sektorenübergreifend ausgerichteten, multiprofessionellen Behandlung, insbesondere für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen, sind Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ein bereits genutzter und weiterzuentwickelnder Ausgangspunkt. Institutsambulanzen

sollen deshalb auch im Rahmen der Modellvorhaben besondere Berücksichtigung finden. Vor diesem Hintergrund begrüßt die BPTK, dass zukünftig auch Einrichtungen und Fachabteilungen der Psychosomatik die Möglichkeit zur Einrichtung von Institutsambulanzen eröffnet wird.

Nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2011) zählen Alkoholstörungen (25,2 Prozent), schizophrene Erkrankungen (17,1 Prozent) und depressive Episoden (21,6 Prozent) zu den häufigsten Erkrankungen, die in Einrichtungen der Psychiatrie behandelt werden. Die mit Abstand häufigste Diagnose in der Psychosomatik sind mit über 50 Prozent depressive Episoden. Am zweithäufigsten sind Angststörungen (13,8 Prozent). Suchterkrankungen und schizophrene Erkrankungen spielen eine untergeordnete Rolle.

Laut Gesetz sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen für die Versorgung einer Gruppe psychisch kranker Menschen zugelassen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung einer Psychiatrischen Institutsambulanz bedürfen. Genauerer hierzu regelt die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die BPTK hält es für notwendig, die hier vorgenommene Spezifizierung der Patientengruppe, für die die Behandlung in Institutsambulanzen zugelassen wird, anhand der Kombination der Kriterien Diagnose und Schweregrad auch auf Institutsambulanzen an Krankenhäusern und Fachabteilungen der Psychosomatik zu übertragen. Die zum 30.04.2012 geplante Einführung einer einheitlichen Leistungsdokumentation in den Institutsambulanzen wird zudem eine längst überfällige datenbasierte Diskussion über sinnvolle Versorgungsangebote und Leistungen der Institutsambulanzen sowie der erforderlichen Strukturqualität hierfür unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ermöglichen.

6. Sektorenübergreifende Behandlungssteuerung durch die Krankenkasse

Für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsabläufen soll nach § 9 Absatz 1 BPfIV zukünftig noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den

weiteren Versorgungsablauf zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erfolgen. Hierzu sollen die Vertragspartner auf Bundesebene – GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft – entsprechende Empfehlungen zu Krankheitsbildern und Interventionszeitpunkten vereinbaren. Nach § 11 Absatz 6 BPfIV soll die Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf dabei unabhängig von den Vereinbarungen über die finanziellen Rahmenbedingungen, wie z. B. das Erlösbudget, erfolgen.

Eine bessere sektorenübergreifende Leistungskoordination, die – wenn dies erforderlich ist – hilft, eine durchgängige Behandlung sicherzustellen, Schnittstellenprobleme zu überwinden sowie unnötige stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden, wird von der BPTK grundsätzlich für sinnvoll gehalten und begrüßt. Der rechtliche Rahmen dafür ist bereits geschaffen.

Im soeben verabschiedeten GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wird in § 39 Absatz 1 ergänzt, dass die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung umfasst. Ziel des Entlassmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen. Damit wird der Anspruch der Versicherten auf Versorgungsmanagement nach §11 Absatz 4 SGB V für den Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung ausreichend konkretisiert. Ergänzende Regelungen zur sektorenübergreifenden Behandlungssteuerung durch die Krankenkassen im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung sind damit aus Sicht der BPTK überflüssig. § 9 Absatz 1 BPfIV sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Literatur

- BARMER GEK Report Krankenhaus 2011, Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychisch kranken Menschen. Asgard Verlag.
- Haas A (2011). Black box Psychiatrie – Was wissen wir über die Versorgungsqualität in psychiatrischen Einrichtungen? Vortrag auf dem Symposium „Welches Krankenhaus? – Mehr Transparenz für psychisch kranke Menschen“ der BPTK, Berlin, 21. November 2011.
- 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.
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Deutsches Ärzteblatt, 2007; 104: A-1483-88.
- S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (geplante Fertigstellung 31.12.2011).
- Statistisches Bundesamt (2011). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2009, eigene Auswertungen.