

Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 7. Mai 2014

Anträge

Das psychiatrische Entgeltsystem überarbeiten und das Versorgungssystem qualitativ weiterentwickeln

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 18/849)

Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie stoppen

Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/557)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
28.04.2014**

Inhaltsverzeichnis

1. Reform des Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik notwendig	3
1.1 Strukturqualität in Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik.	4
1.2 Finanzierung von Psychiatrie und Psychosomatik.....	6
2. Verlängerung der Einführungsphase unter bestimmten Bedingungen	8
3. Weiterentwicklung der Versorgung für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen	9
4. Literatur.....	12

1. Reform des Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik notwendig

Das bisherige Finanzierungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik ist überholt. Es besteht dringender Reformbedarf. Je länger das alte Vergütungssystem weitergeführt wird, umso mehr verzögert sich die Einführung aktueller und verbindlicher Standards zur Personalausstattung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik.

Das bisherige Finanzierungssystem in Psychiatrie und Psychosomatik auf der Basis tagesgleicher Pflegesätze berücksichtigt bei der Vergütung nicht, welche Behandlungsleistungen Patienten tatsächlich erhalten und wie schwer die Erkrankung ist. Jedes Krankenhaus verhandelt ein Gesamtbudget auf Basis der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) individuell mit den Krankenkassen. Je nach Verhandlungsergebnis stehen den Krankenhäusern für Patienten mit vergleichbarem Leistungsbedarf deshalb teilweise sehr unterschiedliche Pflegesätze zur Verfügung.

Die Psych-PV, die vor über 30 Jahren entwickelt wurde, hat einen wichtigen Beitrag zum Ende der „Verwahrpsychiatrie“ und der Etablierung einer „Behandlungspsychiatrie“ geleistet. Sie ist aber kein „lernendes“ System. Sie bildet den wissenschaftlichen Behandlungsstand von vor 30 Jahren ab, eine Anpassung an relevante Weiterentwicklungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen ist nicht erfolgt. Damals war noch nicht bekannt, dass Psychotherapie ein wirksames Behandlungsmittel bei fast allen psychischen Erkrankungen ist, zum Beispiel auch bei akuten Episoden einer Schizophrenie. Psychotherapie ist in der Psych-PV daher nicht in der erforderlichen Intensität vorgesehen. Die Psych-PV lässt zudem keinen Spielraum für Innovationen. Neue Behandlungsformen wie das Home-Treatment oder die Eltern-Kind-Behandlung sind in ihr nicht berücksichtigt, aber im pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) bereits heute abgebildet.

Zudem schwankt der Psych-PV-Erfüllungsgrad zwischen den Krankenhäusern erheblich. Die Evaluation der Psych-PV durch die Aktion Psychisch Kranke 2005 ergab für die Hälfte der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie einen Psych-PV-Erfüllungsgrad von unter 91 Prozent, bei einem Viertel der Einrichtungen lag er sogar unter 85 Prozent. Die Situation in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist noch

schlechter, bei der Hälfte der Kliniken lag der Erfüllungsgrad der Psych-PV unter 88 Prozent und bei einem Viertel sogar unter 81 Prozent.

Ein Festhalten am alten Finanzierungssystem und die Weiterführung der Psych-PV hält die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vor diesem Hintergrund nicht für sinnvoll. Eine Reform des Entgeltsystems ist dringend erforderlich. Das PEPP kann unter bestimmten Voraussetzungen ein geeigneter Ansatz sein.

1.1 Strukturqualität in Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Eine wirksame Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgt im Rahmen stabiler, professionell gestalteter Beziehungen und einer möglichst individualisierten, an Leitlinien orientierten Behandlung mit (psycho)therapeutischen Gesprächen. Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt deshalb maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Der Wegfall der Psych-PV ab dem Jahr 2017 darf nicht zu Personalabbau – zum Beispiel bei den Pflegeberufen wie seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) – führen. Die psychiatrische Krankenpflege leistet einen essenziellen Beitrag für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie ist maßgeblich mitentscheidend für den Aufbau einer stabilen Beziehung und die Gestaltung des therapeutischen Milieus. Ökonomische Anreize, Gewinne durch Personalabbau zu erzielen, gefährden deshalb die Versorgungsqualität und sind zu vermeiden. Die Psych-PV muss durch verbindliche, transparente und aktuelle Standards zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ersetzt werden. Eine Gegenfinanzierung zur Erfüllung der Standards muss sichergestellt sein.

➤ Standards zur Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal

Für das neue Entgeltsystem beginnt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aktuell mit der Erarbeitung von Empfehlungen für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal. Diskutiert wird derzeit, ob das SGB V mit der aktuellen Formulierung von § 137a SGB V eine Empfehlung oder eine Richtlinie fordert. Sollte man bei der laufenden rechtlichen Prüfung zu dem Ergebnis kommen, dass der G-BA lediglich Empfehlungen entwickeln soll, sollte dringend eine Klarstellung vom Gesetzgeber erfolgen, dass die vom G-BA zu entwickelnden Empfehlungen

zur Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit therapeutischem Personal den Charakter einer Richtlinie haben.

Mindestanforderungen an die Standards sind aus Sicht der BPTK:

- Der G-BA muss sich bei der Entwicklung der Standards – soweit möglich – an den Erkenntnissen evidenzbasierter Medizin und Pflege und – wo nicht möglich – an ausgewiesener klinischer Erfahrung orientieren.
- Bei der Festlegung der Standards muss dafür Sorge getragen werden, dass ausreichend Personal für die Umsetzung eines am individuellen Bedarf und an den Bedürfnissen des Patienten orientierten Behandlungsansatzes, in dem Zwangsbehandlungen möglichst vermieden werden, zur Verfügung steht. Eine ausreichende Ausstattung der Einrichtungen mit qualifiziertem psychiatrischem Krankenpflegepersonal ist hierfür entscheidend.
- Besondere Anforderungen stellen sich zudem für die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, in denen neben ausgewiesenem kinder- und jugendpsychotherapeutischem auch pädagogisches Personal vorgehalten werden muss. Zudem stellt die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen besondere Anforderungen hinsichtlich des Einbezugs der Eltern beziehungsweise Bezugspersonen, Lehrern und Erziehern im Rahmen einer möglichst wohnortnahen Behandlung.
- Die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen in den Standards ausdrücklich verankert und nicht – wie bisher in der Psych-PV – unter der Berufsgruppe der Diplom-Psychologen subsummiert werden. Der Gesetzgeber muss hierfür entsprechende Vorgaben machen.
- Die Erfüllung der Standards muss von den Krankenhäusern – zum Beispiel in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser – dargelegt werden. Das nach dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, GKV-FQGW) neu einzurichtende Institut nach § 137a SGB V sollte die Patienten in geeigneter und allgemeinverständlicher Weise darüber informieren.

Die Erarbeitung der Standards muss zügig erfolgen und möglichst noch vor Ende der budgetneutralen Phase (2017) beendet sein. Innovationen im Sinne von Verbesserungen der Personalstruktur können sonst erst ab 2017 von den Kliniken eingeführt werden. Der Prozess der Ablösung von der veralteten Psych-PV sollte so schnell wie möglich beginnen.

1.2 Finanzierung von Psychiatrie und Psychosomatik

Mit der Einführung des PEPP kann es zu einer gerechteren Verteilung der vorhandenen finanziellen Mittel zwischen den Einrichtungen kommen. Inwieweit diese Mittel insgesamt ausreichen werden, die Standards, besondere Strukturmerkmale, besonders aufwendige Patientenbehandlungen oder besondere Leistungen kostendeckend zu vergüten, ist aus den folgenden Gründen nicht gesichert.

- Nachdem die Einführung der Psych-PV zunächst zu einer besseren Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit therapeutischem Personal geführt hat, hat die Deckelung der Budgets bei gleichzeitig steigenden Personalkosten dazu geführt, dass die Psych-PV in den letzten Jahren immer weniger erfüllt wurde.
- Hinzu kommt, dass sich die Psych-PV nicht an inzwischen existierenden S3-Leitlinien orientiert. So empfiehlt die S3- und Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression zur Behandlung schwerer Depressionen eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Medikamenten. Evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung von Schizophrenie (zum Beispiel die NICE-Guideline) empfehlen Psychotherapie in allen Phasen der Behandlung, auch in der Akutphase, mit starken Empfehlungsgraden. Eine entsprechende Berücksichtigung psychotherapeutischer Leistungen und des hierfür erforderlichen Personals, zum Beispiel im Regelbehandlungsbereich, hat bisher nicht stattgefunden und bildet sich entsprechend auf der Budgetebene nicht ab.
- Es sollte daher als Weiterentwicklung des pauschalierenden Systems die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausesindividueller Zuschläge geprüft werden. Dabei muss den Besonderheiten der Behandlung psychisch kranker Menschen Rechnung getragen werden. Die Bedingungen für die Vereinbarung von Zuschlägen

sollten sich deshalb an anderen Kriterien orientieren als an jenen im DRG-System für die somatischen Häuser:

➤ **Erfüllung der Standards zur Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit therapeutischem Personal**

Standards für die Ausstattung der Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichem therapeutischem Personal sind ein notwendiges Instrument der Qualitätssicherung in Psychiatrie und Psychosomatik. Standards können nur dann durch die Einrichtungen eingehalten werden, wenn die erforderlichen Mittel hierfür zur Verfügung stehen. Es sollte geprüft werden, ob Krankenhäuser, die diese Standards erfüllen und nachweisen, dass sich diese nicht über die Entgelte im PEPP-System refinanzieren lassen, Zuschläge verhandeln können.

➤ **Vorhaltekosten aufgrund einer regionalen Versorgungsverpflichtung**

Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, psychisch kranke Patienten aus einer bestimmten Region stationär aufzunehmen. Damit wird gewährleistet, dass besonders schwer kranke Patienten mit starken psychosozialen Beeinträchtigungen kurzfristig einen stationären Behandlungsplatz erhalten und nicht abgewiesen werden können. Einrichtungen, die diese Versorgungsverpflichtung übernehmen, haben entsprechende Vorhaltekosten. Kann ein Haus nachweisen, dass diese nicht mit den PEPP-Entgelten refinanziert werden können, sollte die Option zur Verhandlung eines Zuschlags geprüft werden.

➤ **Spezialisierte Behandlungsangebote für bestimmte Patientengruppen**

Zudem sollte geprüft werden, ob Krankenhäuser, die für bestimmte Patientengruppen spezifische Behandlungsansätze realisieren und dafür über den Standard an therapeutischem Personal hinausgehen müssen, die Möglichkeit erhalten, hierfür krankenhausindividuelle Zuschläge verhandeln zu können.

2. Verlängerung der Einführungsphase unter bestimmten Bedingungen

Das PEPP wurde als lernendes System konzipiert. Ein lernendes System setzt voraus, dass in ausreichendem Maß Erfahrungen und empirische Daten vorhanden sind, an denen sich die Auswirkungen evaluieren und die notwendigen Veränderungen beziehungsweise Weiterentwicklungen des Entgeltsystems valide ableiten lassen. Bis zum Ende des Jahres 2013 haben geschätzt nur zehn Prozent der Krankenhäuser optiert (Leber, 2014). Eine Verlängerung der Optionsphase, in der es den Krankenhäusern freigestellt ist, ob sie nach dem neuen System abrechnen oder nicht, verzögert aus Sicht der BPTK die Entwicklung in einem lernenden System ohne Garantie, dass in der gewonnenen Zeit notwendige Weiterentwicklungen stattfinden.

Die Einführung aktueller Standards zur Ausstattung der Krankenhäuser mit therapeutischem Personal duldet eigentlich keinen Aufschub. Demgegenüber steht aber die Frage, ob angesichts der bisher nur geringen Zahl an Krankenhäusern, die an der Optionsphase teilnehmen, eine Verlängerung dieser Phase insgesamt zu mehr Akzeptanz eines neuen Entgeltsystems führen und den Krankenhäusern Gelegenheit geben könnte, sich besser auf die Umstellung vorzubereiten. Zu prüfen ist darüber hinaus, ob nicht eine Verlängerung der budgetneutralen Phase eine sachgerechte Alternative wäre.

Um die durch eine Verlängerung der Optionsphase bzw. budgetneutralen Phase zusätzlich gewonnene Zeit für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu nutzen, müsste neben der Entwicklung der Standards im G-BA der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) so weiterentwickelt werden, dass das Behandlungsgeschehen inhaltlich besser abgebildet sowie die Aufwandsschwere der Patienten mit erfasst wird.

Die BPTK sieht weiterhin die Notwendigkeit, möglichen Fehlanreizen und Fehlentwicklungen des PEPP vor Beendigung der budgetneutralen Phase systematisch entgegenzusteuern. Voraussetzungen für den Beginn der Konvergenzphase sollten deshalb sein:

- der Beschluss über eine Richtlinie zu Standards für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal,
- die gesetzliche Verankerung von finanziellen Rahmenbedingungen, die es den Krankenhäusern ermöglichen, die Standards zu erfüllen, sowie
- die Prüfung krankenhausespezifischer Zuschläge bei Pflichtversorgung oder anderen spezifischen besonders personalintensiven Behandlungsangeboten.

Die Einrichtung einer unabhängigen Expertenkommission zur Prozessbegleitung und zur Bewertung der Erfüllung der Voraussetzungen für den Umstieg – wie von den Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gefordert – ist sinnvoll. Dabei sollte den Spezifika im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch den Einbezug ausgewiesener Experten in diesem Bereich gesondert Rechnung getragen werden.

3. Weiterentwicklung der Versorgung für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen

Bisher haben nur wenige Krankenhäuser von der Möglichkeit zu Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V Gebrauch gemacht. Die durch die Modellvorhaben angestrebte ambulante Orientierung ist deshalb nicht flächendeckend verfügbar. Vor allem jedoch besteht wenig Transparenz über Leistungen und Ergebnisse und eine Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung ist oft nicht gegeben.

Internationale evidenzbasierte Erfahrungen zeigen jedoch, dass es gelingen kann, die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen sektorenübergreifend und ambulant zu orientieren. Psychisch kranke Menschen – auch wenn sie mit schweren Beeinträchtigungen leben müssen – sollten so selbstständig wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld leben können und hierfür alle erforderlichen Hilfen koordiniert und zeitnah erhalten. Stationäre Aufenthalte sollten – wenn möglich – vermieden und – wenn doch erforderlich – so kurz wie möglich und so lange wie nötig sein.

Für psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf sollte deshalb die gesetzliche Grundlage für ein vernetztes, ambulant orientiertes, multiprofessionelles

Versorgungsangebot geschaffen werden. In diesem neuen Versorgungsangebot sollten die bisherigen Modellprojekte, Verträge zur Integrierten Versorgung, aber auch Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen integriert werden. Die Regelungen könnten weitgehend in Analogie zu § 116b SGB V gestaltet werden. Abweichungen ergeben sich durch den Stellenwert der ambulanten pflegerischen und soziotherapeutischen Leistungen und der Notwendigkeit, Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen in das Versorgungsangebot angemessen zu integrieren.

- **Eingeschlossene Patientengruppen**

Das multiprofessionelle Versorgungsangebot soll sich an Patienten richten mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und gleichzeitig bestehenden schweren Beeinträchtigungen, aus denen ein komplexer, multiprofessioneller Leistungsbedarf resultiert. Der G-BA definiert die Kriterien, anhand derer diese Patientengruppe bestimmt wird.

- **Qualitätsgesicherte bundesweite Rahmenvorgaben**

Der G-BA wird beauftragt, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben den Behandlungsumfang und die Standards für die personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen zu definieren sowie Vorgaben zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarlegung zu machen. Damit soll unter anderem verhindert werden, dass Patienten entgegen der Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien in erster Linie pharmakotherapeutisch behandelt werden. Für die Versorgungsnetze wird es zur Zulassungsvoraussetzung, dass sie nicht nur gegenüber den Vertragspartnern, sondern auch gegenüber ihren Patienten nachweisen können, dass sie die geforderte Struktur- und Prozessqualität wirklich umsetzen.

- **Regionale Gestaltung**

Das multiprofessionelle Versorgungsangebot bildet sich aus bereits bestehenden regionalen Versorgungsangeboten für die definierte Patientengruppe, zum Beispiel niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, ambulanten Pflegediensten, Medizinischen Versorgungszentren sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Zusammensetzung der Versorgungsangebote ist durch die regionalen Gegebenheiten geprägt. Es ist zu prüfen, inwieweit eine verbindliche Einbeziehung der Psychiatrischen

Institutsambulanzen notwendig ist, um den Ansatz der sektorenverbindenden Kooperation zu gewährleisten. Auch die Einführung belegpsychotherapeutischer Leistungen ist zu prüfen.

- **Zulassung zur Versorgung**

Für Versorgungsnetze, die die vom G-BA vorgegebenen fachlichen Standards erfüllen, sollte von einer Bedarfsprüfung abgesehen werden. Landesausschüsse überprüfen in diesem Fall die Erfüllung der fachlichen Vorgaben des G-BA und erteilen bedarfsunabhängig eine Zulassung in Analogie zum § 116b SGB V.

- **Verträge und Vergütung**

Die angemessene Vergütung der Leistungen dieser Versorgungsnetze ist Voraussetzung für die Entstehung eines entsprechenden Versorgungsangebots. Die Vergütung muss den Netzen über die leitlinienorientierten patientenbezogenen Primärprozesse hinaus erlauben, die notwendigen Management- beziehungsweise Abstimmungsaufgaben wahrzunehmen und die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern zum Beispiel auch bei lebensweltbezogenen Hilfen im Rahmen der Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Dies betrifft insbesondere auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die Verträge zur Vergütung könnten zum Beispiel als dreiseitige Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft geschlossen werden. Aufbauend auf bundesweite Vorgaben, sollten die Versorgungsnetze regional die Option haben, mit den Krankenkassen ergänzend über die Berücksichtigung regionaler Spezifika oder additiver Angebote zu verhandeln.

4. Literatur

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.) 2007. Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Leber W., Neubert O., 2014. Vergütung für die Psychiatrie – PEPP als leistungsorientierte Entgeltsystematik. In: GKV-Lesezeichen 2014, Beiträge zur Gesundheits- und Pflegepolitik, Hrsg.: GKV-Spitzenverband.