

TOP 3

**Qualität der stationären Versorgung
psychisch kranker Menschen sichern
und weiterentwickeln**

Patienten, die wegen der Schwere ihrer psychischen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden, brauchen eine multiprofessionelle und an ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung, deren Dauer fachlich und nicht ökonomisch bestimmt ist. Wenn Patienten den geschützten Rahmen der stationären Versorgung wieder verlassen, müssen Brüche an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung vermieden werden, denn Auftrag und Ziel der stationären Behandlung ist – auch bei psychisch kranken Menschen – eine ausreichende Stabilität für eine ambulante Fortsetzung der Behandlung zu erreichen. Der therapeutische Erfolg kann erst durch eine möglichst nahtlose Weiterbehandlung ausreichend gesichert und ausgebaut werden.

Reform des Entgeltsystems notwendig

Das bisherige Finanzierungssystem in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik ist reformbedürftig. Das Vergütungssystem der tagesgleichen Pflegesätze berücksichtigt nicht, welche Behandlungsleistungen ein Patient tatsächlich erhält oder wie schwer er erkrankt ist. Jedes Krankenhaus verhandelt sein Budget individuell mit den Krankenkassen. Auf der Basis von Stichtagserhebungen anhand der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) werden dafür der Personalbedarf und das Budget für das Folgejahr abgeschätzt.

Die Psych-PV ist jedoch veraltet. Sie entspricht nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt – da sie vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes entwickelt wurde – nicht die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Psych-PV wurde 1990 als gesetzliches Instrument zur Verbesserung der personellen Ausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie erlassen. Sie war ein Meilenstein auf dem Weg von einer Verwahrpsychiatrie zu einer Behandlungspsychiatrie. In der Psych-PV wurde festgelegt, welche Behandlungsleistungen von welchen Berufsgruppen für verschiedene Patientengruppen beziehungsweise in verschiedenen Behandlungsbereichen zu erbringen sind. Hieraus wurde der Personalbedarf abgeleitet, der Basis der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist. Aus mehreren Gründen sichern die Vorgaben der Psych-PV eine stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft jedoch nicht mehr.

In der Psych-PV ist vor allem Psychotherapie 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. Darüber hinaus dient die Psych-PV in erster Linie der Budgetermittlung und ist kein Instrument zur verbindlichen Sicherung von Strukturqualität. Die Psych-PV konnte daher in den letzten Jahren ausgehöhlt werden, indem die Budgetentwicklung der Krankenhäuser unterhalb der tariflichen Lohnsteigerungen gedeckelt wurde. Gewinninteressen der Klinikbetreiber und Quersubventionierung anderer Krankenhausbereiche haben zur Verschlechterung der personellen Ausstattung beigetragen. Dies hat einer überwiegend psychopharmakologischen Behandlung in den psychiatrischen Krankenhäusern Vorschub geleistet. Personalintensive, (psycho-)therapeutische Angebote wurden nicht umgesetzt beziehungsweise abgebaut.

Es besteht also dringender Reformbedarf, um eine Verbesserung und Weiterentwicklung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen, bei der Psychotherapie ein integraler Bestandteil ist, zu ermöglichen.

Verbindliche Standards zur Strukturqualität

Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Für das neue Entgeltsystem erarbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Empfehlungen für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal. Damit lässt sich die Strukturqualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nicht ausreichend sichern. Notwendig ist eine gesetzliche Klarstellung in § 137 Absatz 1c SGB V, dass die Empfehlungen des G-BA zur Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal verbindliche Standards sind, deren Umsetzung die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten ausweisen müssen. Außerdem sollte im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung klargestellt werden, dass das geplante Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen verpflichtet ist, regelmäßig die Qualitätsberichte der Krankenhäuser hin-

sichtlich dieser Daten auszuwerten und die Ergebnisse einrichtungsbezogen, vergleichend und in verständlicher Form zu publizieren. Eckpunkte bei der Entwicklung der Standards sind aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):

- Bei der Entwicklung der Standards sollte sich der G-BA an den Erkenntnissen evidenzbasierter Medizin und Pflege sowie – wo dies nicht möglich ist – an ausgewiesener klinischer Erfahrung orientieren. Nach heutigem Wissensstand ist Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen indiziert. Bei der Festlegung der Standards müssen deshalb angemessene psychotherapeutische Behandlungskapazitäten vorgesehen werden.
- Die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen bei der Festlegung des Personalportfolios der Einrichtungen entsprechend ihrer Fachkompetenz berücksichtigt werden. Die Qualifikation von Psychotherapeuten entspricht dem Facharztstandard. Sie können auch im Interesse einer zukunftsfähigen Personalentwicklung – mit Ausnahme der medikamentösen Behandlung – Aufgaben und Funktionen übernehmen, die derzeit Fachärzten vorbehalten sind.
- Bei der Festlegung der Standards muss dafür Sorge getragen werden, dass ausreichend Personal für die Umsetzung eines am individuellen Bedarf des Patienten orientierten Behandlungsansatzes, in dem Zwangsbehandlungen möglichst vermieden werden, zur Verfügung steht. Eine entsprechende Ausstattung der Einrichtungen mit qualifiziertem psychiatrischem Krankenpflegepersonal und eine psychotherapeutische Grundhaltung des gesamten Behandlungsteams sind hierfür entscheidend.
- Besondere Anforderungen stellen sich zudem bei der Personalausstattung der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, in denen neben dem therapeutischen auch ausreichend pädagogisches Personal vorgehalten werden muss. Der G-BA sollte für die Empfehlungen zu den Personalstandards der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Unterarbeitsgruppe einrichten.

Weiterentwicklung des PEPP

Primäres Ziel des pauschalierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist es, eine leistungs- und aufwandsgerechte Verteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten.

Das PEPP 2014 unterscheidet innerhalb der einzelnen Basis-PEPP danach, ob eine hohe Therapieintensität vorliegt oder nicht. Auch in der Suchtbehandlung gibt es nun relevante Differenzierungen, zum Beispiel nach der Art des Drogengebrauchs. In Abhängigkeit davon, ob ein Patient eine intensive Psychotherapie erhält oder intravenös Drogen konsumiert, haben die Kalkulationsdaten gezeigt, ist der Behandlungsaufwand unterschiedlich und muss entsprechend vergütet werden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat weitere Korrekturen am PEPP vorgenommen. Danach werden zukünftig bei der Kalkulation stärker tagesbezogene Merkmale einbezogenen, um Schwankungen im Behandlungsverlauf besser abzubilden. Die entsprechende Vereinbarung zur Justierung des PEPP, die auch zu einer Abschwächung der Degression führt, haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband am 1. April 2014 geschlossen.

Zudem planen die Koalitionspartner, die Einführungsphase für das neue Entgeltsystem um zwei Jahre zu verlängern. Diese Zeit soll genutzt werden, um weitere Weichenstellungen und Systemanpassungen vorzunehmen. Für die Qualität der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen wird dabei die Festlegung verbindlicher Personalstandards für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik der entscheidende Punkt sein.

Außerdem muss sichergestellt werden, dass insgesamt ausreichende finanzielle Mittel zur Gewährleistung einer qualitätsorientierten und an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete stationäre Versorgung zur Verfügung stehen. Dazu ist es notwendig, die vom G-BA verabschiedeten Standards zur Personalausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auszufinanzieren. Das heißt, den Krankenhäusern müssen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die Standards erfüllen zu können. Die geforderte hundertprozentige Ausfinanzierung der

Psych-PV wird dafür aller Voraussicht nach nicht ausreichen. Von zentraler Bedeutung ist daher, dass der G-BA seine Empfehlungen termingerecht Ende 2016 verabschiedet. Kommt es bei der Einführung des PEPP zur geplanten Verlängerung der Optionsphase, beginnt 2017 die budgetneutrale Phase. Für diese Phase muss der Gesetzgeber Mechanismen vorsehen, die es den Krankenhäusern erlauben, ihr Personalportfolio den vom G-BA verabschiedeten Personalstandards anzupassen. Die Ausfinanzierung der Empfehlungen des G-BA zur Ausstattung der Kliniken mit therapeutischem Personal sollte Voraussetzung für den Beginn der Konvergenzphase sein.

Für Leistungen, die dem PEPP-Entgeltkatalog zwar zugeordnet, über diesen aber nicht sachgerecht vergütet werden, und für besondere Krankenhausmerkmale ist die Möglichkeit einer Refinanzierung, zum Beispiel über krankenhausesindividuelle Zuschläge, zu prüfen. Dabei muss den Besonderheiten der Behandlung psychisch kranker Menschen Rechnung getragen werden. Die Bedingungen für die Vereinbarung von Zuschlägen müssten sich deshalb an anderen Kriterien orientieren als im DRG-System für die somatischen Häuser:

- **Vorhaltekosten aufgrund einer regionalen Versorgungsverpflichtung**
Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, psychisch kranke Menschen 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 es einen Zuschlag verhandeln können.
- **Spezialisierte Behandlungsangebote für bestimmte Patientengruppen**
Krankenhäuser, die für bestimmte Patientengruppen spezifische, evidenzbasierte Behandlungsansätze realisieren und dafür über die Standards an therapeutischem Personal hinausgehen müssen, erhalten die Möglichkeit, hierfür krankenhausesindividuelle Zuschläge zu verhandeln.

Zum Beispiel benötigen psychiatrische oder psychosomatische Krankenhäuser für Erwachsene oder Kinder und Jugendliche, die für Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung etwa eine dialektisch-behaviorale (DBT), übertragungsfokussierte (TFP) oder mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) anbieten, mehr und spezifisch fortgebildete (psycho-)therapeutische Mitarbeiter als Krankenhäuser, die dieses Angebot nicht vorhalten.

Sektorenverbindende und ambulant orientierte Versorgung psychisch kranker Menschen

Das PEPP ist ein Finanzierungssystem und kann zu mehr Leistungstransparenz führen. Anreize für eine Weiterentwicklung der Versorgung, insbesondere schwer psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf, setzt es nicht. Deshalb ist eine Ergänzung des PEPP-Systems notwendig, um den Aufbau einer sektorenverbindenden, ambulant orientierten Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf zu fördern.

Psychisch kranke Menschen sollten auch bei schweren Beeinträchtigungen so selbstständig wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld leben und einen möglichst hohen Grad der gesellschaftlichen Teilhabe erreichen können. Dafür benötigen sie koordinierte und kurzfristig verfügbare ambulante Hilfen. Unkoordinierte Behandlungswege zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind besonders für psychisch kranke Menschen belastend bis schädlich. Seit der Psychiatrie-Enquête der 1970er Jahre ist keine Lösung für diese Friktionen an den Sektorengrenzen gefunden worden. Die bisherigen Ansätze in Modellvorhaben (§ 64b SGB V) und in Verträgen zur Integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) haben zu keinem nachhaltigen und flächendeckenden Aufbau entsprechender Versorgungsangebote geführt, da Modellvorhaben und IV-Verträge in der Regel begrenzte Vertragslaufzeiten haben, kassenspezifisch sind und nicht die gesamte Patientengruppe einschließen.

Notwendig sind flächendeckend verfügbare, multiprofessionell arbeitende Versorgungsnetze für schwer und chronisch psychisch Kranke. Die verschiedenen Leistungs-

erbringer sollten in diesen Netzen verbindlich zusammenarbeiten, die einzelnen Behandlungsbausteine aufeinander aufbauen und in Krisen auch zeitnah und kurzfristig die erforderlichen Behandlungs- und Betreuungsangebote zur Verfügung stellen. Die Netze sollten aus den bestehenden Versorgungsstrukturen gebildet werden. Die spezifischen Kompetenzen des ambulanten und des stationären Bereichs, inklusive der Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen, sollten angemessen berücksichtigt werden. Dabei ist zu verhindern, dass Doppelstrukturen entstehen. Für ein solches sektorenverbindendes Kooperationskonzept bietet die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V einen entwicklungsfähigen Ansatz.

Um eine sektorenverbindende Kooperation flächendeckend für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen verfügbar zu machen, bedarf es regionaler Spielräume, die auf der Basis der örtlich verfügbaren Ressourcen den Aufbau von Versorgungsnetzen zulassen. Zu diskutieren ist, wie diese Spielräume gestaltet werden können, wie der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden werden kann und welche Vergütungsanreize notwendig sind, damit flächendeckend die adäquaten Versorgungsangebote für Erwachsene, aber insbesondere auch für Kinder und Jugendliche entstehen.

Zu prüfen ist, ob für die Sicherung der Qualität bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die Versorgungsnetze durch den G-BA festgelegt werden sollten, die vorgeben

- für welche Patientengruppe
- welche Leistungserbringer
- welche qualitätsgesicherten Behandlungsleistungen

in verbindlich kooperierenden Versorgungsnetzen erbringen können.

Zur Vorbereitung entsprechender gesetzlicher Aufträge an die gemeinsame Selbstverwaltung schlägt die BPK vor, zeitnah eine Expertengruppe aus Vertretern der Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten und Angehörigen zu bilden, die die Eckpunkte eines solchen Versorgungsangebotes konsentiert. Die Initiative zu Einrichtung und Moderation einer solchen Arbeitsgruppe sollte das Bundesministerium für Gesundheit übernehmen.