

**Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit
zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems
vom 18.02.2016**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
01.04.2016**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die in den Eckpunkten des Bundesministeriums für Gesundheit skizzierte Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems. Hiernach erhält die Qualität der Behandlung auf der Basis einer für eine leitlinienorientierte Versorgung erforderlichen Personalausstattung einen zentralen Stellenwert erhält. Die vorgesehene Kombination von normativen und empirischen Elementen in einem Entgeltsystem, ist aus Sicht der BPTK geeignet, einerseits die notwendigen Strukturen für eine gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sicherzustellen und andererseits eine höhere Transparenz über das Leistungsgeschehen und mehr Leistungsgerechtigkeit in Bezug auf die Vergütung herzustellen.

Wie gut diese Ziele erreicht werden, wird jedoch entscheidend von der Ausgestaltung und Verknüpfung der Elemente verbindliche Personalanforderungen, empirisch ermittelter Entgeltkatalog und Krankenhausvergleich abhängen. Damit ist die konkrete gesetzliche Umsetzung erfolgsentscheidend. Insbesondere bedarf es einer gesetzlichen Festlegung, die die Finanzierung einer ausreichenden Personalausstattung für eine leitlinienorientierte Versorgung in den Einrichtungen sicherstellt. Im Weiteren wird die BPTK auf die aus ihrer Sicht besonders zu beachtenden Punkte für das Gesetzgebungsverfahren eingehen.

- **Verbindliche Personalanforderungen**

Die BPTK begrüßt ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erhält, verbindliche Mindestanforderungen für die Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik festzulegen und sich dabei an evidenzbasierten Leitlinien zu orientieren. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die Versorgung psychisch kranker Menschen in den stationären Einrichtungen zu verbessern und dem aktuellen wissenschaftlichen Behandlungsstandard anzupassen. Hierzu gehört insbesondere auch eine stärker psychotherapeutisch orientierte Behandlung. Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist bei nahezu allen psychischen Erkrankungen sehr gut belegt und wird entsprechend in den evidenzbasierten Leitlinien bei den meisten Indikationen als Behandlungsmethode der ersten Wahl allein oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie empfohlen.

Unter Hinzuziehung klinischer Expertise lassen sich aus den Leitlinien Empfehlungen zum notwendigen Umfang und zur Frequenz der Behandlungsmethoden ableiten, aus denen sich dann konkrete Mindestanforderungen an das therapeutische Personal ergeben. Die aus den Leitlinien abgeleiteten Behandlungsumfänge und die hierfür erforderliche Mindestausstattung mit therapeutischem Personal können dann im Weiteren mit empirischen Daten zum aktuellen Versorgungsgeschehen in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik abgeglichen werden. Ein Vergabeverfahren für eine entsprechende Studie wird derzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorbereitet.

In den Eckpunkten wird unter II.2 ausgeführt, dass die Mindestanforderungen zunächst bei den Indikationen definiert werden sollen, für die es bereits S3-Leitlinien gibt. Diese Formulierung könnte dahingehend verstanden werden, dass die Mindestanforderungen an die Ausstattung mit therapeutischem Personal indikations- bzw. diagnosebezogen und nur für einen Teil der Indikationen bzw. Diagnosegruppen definiert werden sollen.

Zwar sind, mit Ausnahme der S3- Leitlinie für Psychosoziale Therapien, die S3-Leitlinien für psychische Erkrankungen im Wesentlichen diagnosebezogen, aus Sicht der BPTK ist es jedoch nicht sinnvoll, die Mindestanforderungen an die Personalausstattung diagnosebezogen zu formulieren. Denn weitere Patientenmerkmale, wie z. B. der Schweregrad einer Erkrankung, komorbide psychische und körperliche Erkrankungen oder aus der Erkrankung resultierende Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen, haben einen wesentlichen Einfluss auf den konkreten Behandlungsbedarf und den daraus resultierenden qualitativen und quantitativen Personalbedarf. Darüber hinaus müssen die Mindestanforderungen Relevanz für alle Patientengruppen haben, die in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen versorgt werden, damit es nicht zu unerwünschten Verschiebungen des Personals zu Lasten der Patientengruppen kommt, die von den Anforderungen an die Strukturqualität in der Richtlinie des G-BA nicht erfasst werden. Zudem sind die Behandlungsbereiche in den Einrichtungen vielfach nicht diagnosebezogen organisiert.

Der gesetzliche Auftrag an den G-BA sollte deshalb eindeutig formulieren, dass die Mindestanforderungen an die Ausstattung mit therapeutischem Personal unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien **für alle Patientengruppen der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik** festzulegen sind.

Um Fehlentwicklungen, wie sie unter den Rahmenbedingungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) stattgefunden haben, zu vermeiden, sollte die Umsetzung der Personalvorgaben zukünftig zudem transparent und überprüfbar gemacht werden. Entsprechende Regelungen zur Dokumentation der vorhandenen Personalausstattung und zur Überprüfung der Einhaltung der in der Richtlinie definierten Mindestanforderungen sollte der G-BA in seiner Richtlinie festlegen. Um dies sicherzustellen, wäre es aus Sicht der BPTK hilfreich, wenn bereits im gesetzlichen Auftrag an den G-BA festgelegt wird, dass entsprechenden Regelungen zur Dokumentation der vorhandenen Personalausstattung sowie zur Überprüfung der Mindestanforderungen in der Richtlinie vorzusehen sind.

- **Finanzierung verbindlicher Mindestanforderungen an die Personalausstattung**

In den Eckpunkten finden sich keine Aussagen dazu, wie eine flächendeckende Umsetzung verbindlicher Personalanforderungen in den Einrichtungen zukünftig finanziert werden soll. Damit verbindliche Personalvorgaben als Maßnahme der Qualitätssicherung ihr Ziel erreichen können, müssen jedoch grundsätzlich ausreichende finanzielle Mittel für ihre Umsetzung zur Verfügung stehen. Die Kalkulation eines empirischen Entgeltkatalogs auf der Basis einer für die Umsetzung einer leitlinienorientierten Versorgung erforderlichen Personalausstattung in den Kalkulationshäusern, führt zunächst nur zu „personalbedarfskonformen“ Bewertungsrelationen, ohne damit die Finanzierung dieses Personalbedarfs in den einzelnen Einrichtungen sicherzustellen. Da nach den Eckpunkten die krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen auf den bisherigen Budgets der Krankenhäuser aufsetzen sollen, wird es unter Umständen insbesondere für Krankenhäuser mit historisch eher niedrigen Budgets schwierig, die Mittel für eine ausreichende Personalausstattung zu verhandeln.

Die BPTK hält es daher für zwingend erforderlich, dass bei der gesetzlichen Umsetzung der Eckpunkte auch gesetzliche Regelungen zur Finanzierung einer verbindlichen Personalausstattung vorgesehen werden. Es bedarf gesetzlicher Regelungen, die sicherstellen, dass die Umsetzung der verbindlichen Mindestanforderungen des G-BA auch bei den krankenhaushausindividuellen Budgetverhandlungen Berücksichtigung findet. Nur so kann sichergestellt werden, dass insbesondere auch jene Krankenhäuser, die in der Vergangenheit unterdurchschnittliche Pflegesätze verhandelt haben, in die Lage versetzt werden, die verbindlichen Mindestanforderungen zu erfüllen. Dies ist erforderlich, um eine flächendeckende Umsetzung der Anforderungen an die Strukturqualität in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu erreichen. Nur dann kann für die Patienten gewährleistet werden, dass die Einrichtungen das Personal vorhalten, das für eine leitlinienorientierte Versorgung notwendig ist. Dies ist umso wichtiger, da aufgrund des Prinzips der regionalen Versorgungsverpflichtung die Wahlfreiheit hinsichtlich der psychiatrischen Einrichtungen für die Mehrzahl der Patienten eingeschränkt ist. Patienten mit psychischen Erkrankungen müssen im Fall einer stationären Behandlungsnotwendigkeit in der Regel das Krankenhaus aufsuchen, das für das Versorgungsgebiet zuständig ist, in dem sie leben, und können insbesondere bei nichtgeplanten Behandlungen meistens nicht auf andere Krankenhäuser ausweichen.

- **Empirische Kalkulation eines bundesweit geltenden Entgeltkatalogs**

Die BPTK begrüßt, dass die krankenhaushausindividuellen Budgets zukünftig auf der Grundlage von Leistungen, die mittels eines bundesweit einheitlichen und empirisch ermittelten Entgeltkatalogs abgebildet werden, vereinbart werden sollen. Damit wird mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und mehr Leistungsgerechtigkeit hinsichtlich der Vergütung hergestellt. Der PEPP-Entgeltkatalog eignet sich in seiner jetzigen Ausgestaltung jedoch nur eingeschränkt als Grundlage für die Leistungsvereinbarung. Die Kalkulation der PEPPs erfolgte bislang mit dem Ziel, kostenhomogene Patientengruppen in den einzelnen Entgeltgruppen zusammenzufassen. In den einzelnen PEPPs finden sich daher zum Teil klinisch unterschiedliche Patientengruppen, die zwar hinsichtlich ihrer Kosten vergleichbar sind, aber nicht zwingend hinsichtlich des dahinterliegenden Leistungsgeschehens. Ein empirischer Entgeltkatalog, der sich als Grundlage für die Leistungsvereinbarung und -abrechnung eignen soll, muss dagegen auch den qualitativ unterschiedlichen Behandlungsaufwand für verschiedene Patientengruppen adäquat abbilden. Dies kann nur gelingen, wenn aussagekräftige

Leistungsbeschreibungen vorliegen. Hier gibt es aus Sicht der BPTK dringenden Bedarf, den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) systematisch weiterzuentwickeln. Es muss eine Leistungsdokumentation entwickelt werden, die geeignet ist, das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen sowohl inhaltlich als auch in Bezug auf die dahinterliegenden Prozess- und Strukturmerkmale differenziert zu beschreiben. Benötigt werden Codes, mit denen sich zum einen die unmittelbaren Behandlungsleistungen am Patienten, wie z. B. ärztliche Aufklärung des Patienten in Bezug auf die Pharmakotherapie, Leistungen der Pflege zur Aktivierung der Patienten oder Psychotherapie und zum anderen nur mittelbar patientenbezogene Behandlungsleistungen, wie Abstimmungen mit Behördenvertretern oder Vorbehandlern trennscharf verschlüsseln lassen.

Die Weiterentwicklung des OPS durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner sowie der relevanten Leistungserbringer war in den letzten Jahren unzureichend. Aus Sicht der BPTK sollte deshalb geprüft werden, eine sachgerechte Weiterentwicklung des OPS aufgrund der Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems durch konkrete gesetzlichen Vorgaben für die Weiterentwicklung der Dokumentation durch das DIMDI zu befördern. Hierfür bietet das Verfahren zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aus Sicht der BPTK ein geeignetes Modell. Zur Unterstützung des DIMDI könnte ein unabhängiger Wissenschaftlicher Beirat beim DIMDI eingerichtet werden, der den Auftrag erhält, das DIMDI in einem transparenten Verfahren mit Gutachten, Stellungnahmen und Empfehlungen bei der systematischen Weiterentwicklung des OPS zu unterstützen.

- **„Home Treatment“ und sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgung**

Die Eckpunkte sehen vor, dass Krankenhäuser zukünftig regelhaft „Home Treatment“ als komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten können. Mit dieser Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wird zwar ein möglicher Baustein einer sektorenübergreifenden Versorgung eingeführt, die Schnittstellenprobleme in der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen und daraus resultierendem komplexen Leistungsbedarf werden damit jedoch nicht gelöst. Hierfür wären

gesetzliche und untergesetzliche Regelungen notwendig, die bessere Übergänge und eine bessere Koordination zwischen der stationären und ambulanten Versorgung ermöglichen, sowie eine strukturierte Einbindung des komplementären Versorgungsbereichs sicherstellen.

Um mit dem „Home Treatment“ nicht eine weitere Versorgungsform zu schaffen, die hinsichtlich Indikation und Leistungsinhalt unzureichend definiert ist und unverknüpft neben den anderen Leistungen des Krankenhauses – insbesondere denen der Psychiatrischen Institutsambulanzen – steht, sollte zudem geprüft werden, ob ein gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung zu erteilen ist, konkrete Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für das „Home-Treatment“ zu entwickeln. Damit „Home-Treatment“ durch das Krankenhaus eine spezifische Leistung in Ergänzung zu den bestehenden Versorgungsangeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich ist, muss klar definiert sein, welche Patienten – z.B. in Bezug auf den Grad der Beeinträchtigung – mit welchen Leistungen, durch welche Berufsgruppen und mit welchem Behandlungsziel durch „Home-Treatment“ versorgt werden sollen.

- **Einführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems**

Das Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung der Eckpunkte soll noch in diesem Jahr abgeschlossen werden und der verbindliche Umstieg auf das neue Entgeltsystem zum 1. Januar 2017 erfolgen.

Aus Sicht der BPTK sollte an diesem Zeitplan festgehalten werden. Der Systementwicklungsstand ist hierfür ausreichend. Der bereits vorliegende, empirisch entwickelte Entgeltkatalog kann als erste Grundlage für eine krankenhausesindividuelle Budgetermittlung und als Abrechnungssystem eingesetzt werden, muss aber parallel im Sinne einer Abbildung leistungsbedarfshomogener Gruppen weiterentwickelt werden. Da die Krankenhäuser ihre individuellen Budgets behalten und die Konvergenz auf landeseinheitliche Preise entfällt, ist der verbindliche Umstieg für alle Einrichtungen „budgetneutral“ und nicht mit finanziellen Risiken verbunden.