

Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (KHRG)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
03.09.2008**

Inhaltsverzeichnis

§ 17d KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.....	3
§ 17d Absatz 3 i. V. m. § 17b Abs. 2 KHG: Einbeziehung der BPTK.....	6
§ 17d Absatz 2 Satz 4 i. V. m. § 17b Satz 16 KHG: Zu- und Abschläge für die psychotherapeutische Ausbildung.....	8
Artikel 4: Änderung der Bundespflegesatzverordnung	10
Literatur	11

§ 17d KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Die BPTK begrüßt, dass für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen kein fallbezogenes Entgeltsystem angestrebt wird.

Bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems soll die gemeinsame Selbstverwaltung von den Behandlungs- und Leistungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ausgehen. Die Psych-PV definiert für Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf Behandlungsziele und die zur Erreichung dieser Ziele typischerweise notwendigen Behandlungsleistungen. Die Behandlungsleistungen werden wiederum für jede Berufsgruppe in Regelaufgaben aufgegliedert, woraus sich dann der Personalbedarf ableiten lässt. Die Psych-PV war als Kalkulationsgrundlage für die Ermittlung sachgerechter Pflegesätze gedacht, ihre Bereiche repräsentieren nicht die tatsächlich beim Patienten ankommenden Leistungen, zudem ist die Aufrechnung der Leistungen unterschiedlicher Berufsgruppen untereinander ausdrücklich erlaubt.

Die Psych-PV ist ein statisches System und bildet den therapeutischen und wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu Beginn der 1990er Jahre ab. Als Klassifikationssystem für das neue Entgeltsystem käme sie nur nach einer vorherigen grundlegenden Überarbeitung in Frage. Insbesondere bei der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen konnte in den letzten Jahren z. B. die Wirksamkeit störungsspezifischer Behandlungsansätze, etwa zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (z. B. Bohus et al., 2004; Clarkin et al., 2007; Binks et al., 2006), empirisch gut belegt werden. Auch für die Behandlung schizophrener erkrankter Menschen werden zu psychosozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen, wie der Psychoedukation, familienbezogener Interventionen, sozialer Kompetenztrainings und kognitiv-behavioraler Therapie bei persistierender Positivsymptomatik, immer differenziertere Empfehlungen ausgesprochen (S3 Leitlinie Schizophrenie der AWMF).

Der statische Charakter der Psych-PV erschwert jedoch nicht nur die Integration neuer Behandlungsansätze in die Krankenhausversorgung. Die Einführung der Heilberufe der „Psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeuten“ mit dem Psychotherapeutengesetz 1999 wurde in der Psych-PV noch nicht nachvollzogen. Sie bildet also auch unter diesem Aspekt den sich stetig verändernden Professionenmix und die damit verbundene Veränderung der Arbeitsteilung bzw. die Gewichtung unterschiedlicher Behandlungsansätze nicht ab.

Mit dem Referentenentwurf erhält die gemeinsame Selbstverwaltung keinen expliziten Auftrag, die Psych-PV an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand anzupassen. Dies ist aus Sicht der BPTK jedoch unverzichtbar, wenn die Psych-PV als kalkulatorische Basis für die Ermittlung der Relativgewichte herangezogen wird.

Der Referentenentwurf eröffnet die Möglichkeit, die Ermittlung der Relativgewichte u. a. auch auf der Basis der Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) vorzunehmen, indem er die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h KHentgG zur Aufgabe der Krankenhäuser bzw. der Krankenhausabteilungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik macht und formuliert, dass diese Daten bei der Ermittlung der tagesbezogenen Entgelte zu verwenden sind.

Dies ist jedoch ohne Vorarbeiten nicht umsetzbar. In Kapitel 9 des OPS sind ergänzende Maßnahmen – psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Prozeduren – verschlüsselt, die die in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen angewandten Prozeduren für das neue Entgeltsystem nicht ausreichend differenziert beschreiben. Es wäre Aufgabe des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz, den OPS zu erweitern und auch für den Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie fortlaufend zu überarbeiten. Der OPS ist ein dynamisches Klassifikationssystem, das es zudem erlaubt, das Entgeltsystem fortlaufend an eine zunehmend sektorenübergreifende Versorgung anzupassen und zu beobachten, inwieweit die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV zur Bildung kostenhomogener Gruppen führt.

Zu prüfen ist allerdings, inwieweit die Weiterentwicklung des OPS (vermutlicher Zeitbedarf ca. ein bis zwei Jahre) machbar und der mit seiner Umsetzung verbundene Dokumentationsaufwand für die Kalkulationskrankenhäuser praktikabel ist und aus-

reichende Akzeptanz findet. Vor diesem Hintergrund sollten auch unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen Alternativen zur Weiterentwicklung des OPS und der Psych-PV geprüft werden.

Für welches Klassifikationssystem als Basis des neuen Entgeltsystems man sich auch entscheidet, auf jeden Fall sollte der gemeinsamen Selbstverwaltung ein angemessener Zeitraum für Auswahl und Adaptionen zugestanden werden.

Die BPTK schlägt vor, die Anforderung einer dynamischen Anpassung des Entgeltsystems an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen gesetzlich zu verankern und es im Übrigen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu überlassen, für welches Klassifikationssystem sie sich entscheidet. Dazu bietet sich folgende Formulierung für § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG an:

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Krankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern (psychiatrische Einrichtungen) und für selbständige, gebietsärztlich geleitete Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen, **das eine kontinuierliche Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und von Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen gewährleistet.**

§ 17d Absatz 3 i. V. m. § 17b Abs. 2 KHG: Einbeziehung der BPTK

Der Entwurf sieht vor, die Berufsgruppen an der Entwicklung des Entgeltsystems zu beteiligen. Er verweist in § 17d Abs. 3 KHG auf § 17b KHG, woraus sich die Beteiligung der Bundesärztekammer und der Vertreter der Pflegeberufe ergibt. Der neue § 17d KHG sieht vor, in Bezug auf die Vereinbarung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Bundespsychotherapeutenkammer, „soweit psychotherapeutischen Fragen betroffen sind“, zu beteiligen. Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt dies grundsätzlich.

Für ein neues Entgeltsystem bedarf es der adäquaten Abbildung des Leistungsgeschehens in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Dies schließt stets psychotherapeutische Fragen mit ein. Alle Behandlungsbereiche der Psych-PV beinhalten die Behandlung mit Psychotherapie oder zumindest mit psychotherapeutischen Mitteln.

Zudem fällt auf, dass die Formulierung in § 17d Absatz 3 KHG von der Formulierung des § 17b KHG abweicht. In Bezug auf die Bundesärztekammer regelt dieser die Beteiligung, „soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind“. Es ist unklar, ob die Abweichung beim Wortlaut in Bezug auf „Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung“ eine Einschränkung der Beteiligung oder eine Erweiterung meint oder ohne Bedeutung sein soll.

Grundsätzlich ist die Verfügbarkeit psychotherapeutischen Sachverstands auch für die Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems dringend erforderlich. Im somatischen Bereich sieht der Gesetzgeber bisher explizit keine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer vor. Ein substanzieller Anteil chronisch körperlich erkrankter Patienten leidet jedoch unter komorbiden psychischen Störungen. Studienergebnisse (Härter et al., 2006) belegen, dass zehn bis 20 Prozent der Patienten in der Kardiologie und Onkologie unter einer klinisch bedeutsamen Depressivität und Ängstlichkeit leiden. Die Prävalenzraten für aktuelle psychische Störungen betragen zwischen 16 Prozent in der Kardiologie und 25 Prozent in der Endokrinologie. Am häufigsten sind affektive, Angst- und somatoforme Störungen. Diese Befunde un-

terstreichen die Notwendigkeit, Fragen zur Integration diagnostischer Strategien zur Entdeckung psychischer Störungen und darauf aufbauender psychosozialer Maßnahmen bei der Weiterentwicklung der DRG's für somatische Krankenhäuser ausreichend zu diskutieren und zu berücksichtigen.

Die BPTK schlägt daher vor, im Entwurf zur Änderung von § 17b Absatz 2 KHG folgenden neuen Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe c einzufügen:

- c) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ die Wörter „und der Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.

Die bisherigen Buchstaben c bis e würden dann die Buchstaben d bis f.

Dadurch wird eine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer auch bei der Vereinbarung der DRG's gewährleistet. Nach Sinn und Zweck der Vorschrift sind die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer dann zu beteiligen, wenn sie von den Fragen betroffen sind. Eine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer würde sich daher auf Sitzungen beschränken, in denen solche Fragen Gegenstand sind. Durch den Verweis im neuen § 17d Absatz 3 Satz 4 KHG auf § 17b Absatz 2 KHG würde dann § 17d Absatz 3 Satz 5 KHG überflüssig und könnte im Entwurf gestrichen werden.

§ 17d Absatz 2 Satz 4 i. V. m. § 17b Satz 16 KHG: Zu- und Abschläge für die psychotherapeutische Ausbildung

Der Entwurf sieht in Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb die Einführung eines gesetzlichen Prüfauftrages im Hinblick auf Zu- oder Abschläge für die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung vor. Diese Regelung ist zu begrüßen, insbesondere die Regelung zur Bemessung der Zu- oder Abschläge anhand von Qualitätsindikatoren.

Die Regelung gilt gemäß des neuen § 17d Absatz 2 Satz 4 KHG auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Die Regelung bezieht sich allerdings nur auf den Beruf des Arztes, nicht auf den des Psychotherapeuten. In Krankenhäusern arbeiten jedoch nicht nur Personen, die sich für den Beruf des Facharztes, sondern auch Personen, die sich für den Beruf des Psychotherapeuten qualifizieren. Es ist kein sachlicher Grund vorhanden, den Prüfauftrag für Zu- und Abschläge auf eine Berufsgruppe zu beschränken. Der Gebietsweiterbildung von Ärzten zum Facharzt, die im Anschluss an das abgeschlossene Medizinstudium erfolgt, entspricht die Ausbildung zum Psychotherapeuten, die ebenfalls im Anschluss an ein abgeschlossenes Studium erfolgt. Die sozialrechtliche Entsprechung ergibt sich auch aus den Vorschriften zur ambulanten Versorgung. Für den Arztregistereintrag ist beispielsweise für einen Arzt die Weiterbildung zum Facharzt, für einen Psychotherapeuten die Ausbildung zum Psychotherapeuten erforderlich (vgl. § 1 Abs. 2 i. V. m. § 3 Ärzte-ZV). Im Rahmen der Psychotherapieausbildung ist eine praktische Tätigkeit vorgeschrieben, die mindestens 1.200 Stunden in einer psychiatrischen und mindestens 600 Stunden in einer Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung umfassen muss (vgl. die Approbations- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, jeweils § 2 Abs. 2). Neben der psychotherapeutischen Ausbildung ist die Regelung auch auf die psychotherapeutische Weiterbildung zu erstrecken. Die psychotherapeutische Weiterbildung in Bereichen entspricht dabei der Zusatzweiterbildung von Ärzten, die nach dem Wortlaut der Vorschrift vom Prüfauftrag erfasst ist. Für die psychotherapeutische Weiterbildung im Bereich Neuropsychologie ist beispielsweise eine zweijährige klinische Tätigkeit erforderlich (vgl. Nummer 4 i. V. m.

Nummer 5.2 Abschnitt B Musterweiterbildungsordnung). Dem Krankenhaus entstehen durch die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung Mehrkosten (insbesondere Vergütung der Tätigkeit), für die Zu- und Abschläge ebenso zu prüfen sind wie auch für die ärztliche Weiterbildung.

In der Regel erhalten derzeit die Ausbildungsteilnehmer keine angemessene Vergütung für Ihre Tätigkeit, obwohl sie in erheblichem Umfang Leistungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen erbringen. Eine angemessene Vergütung wird häufig mit dem Argument abgelehnt, die Kosten seien nicht pflegesatzfähig und eine anderweitige Finanzierung sei ebenso wenig vorgesehen. Die Ausbildungsvergütungen für Gesundheitsfachberufe sind ebenfalls nur eingeschränkt pflegesatzfähig. Die Finanzierbarkeit der Ausbildungsmehrkosten ist in diesem Fall jedoch über Zuschläge gesichert. Nun soll für Ärzte geprüft werden, ob die durch die ärztliche Weiterbildung entstehenden Mehrkosten über Zu- oder Abschläge finanziert werden. Dies würde dazu führen, dass die Teilnehmer einer Psychotherapieausbildung die einzig verbleibende Gruppe wären, deren Qualifizierungskosten nicht einmal im Ansatz berücksichtigt würden. Im Anschluss an die Ausbildung sind sie zudem zu einem großen Teil – wie Ärzte auch – in Krankenhäusern, insbesondere in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, tätig. Auch dies spricht für die Einbeziehung der mit der psychotherapeutischen Ausbildung verbundenen Mehrkosten, wozu auch Ausbildungsvergütungen zählen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb des Entwurfs wie folgt zu fassen:

„Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung **und der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung** verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; die Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die **Aus- und Weiterbildung** abgerechnet werden.“

Artikel 4: Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die vorgeschlagenen Regelungen zur Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV und zur Finanzierung der Tariflohnerhöhungen sind zu begrüßen. Voraussetzung für ein pauschaliertes Entgeltsystem, das unter qualitativen Gesichtspunkten keine negativen Anreize setzen soll, ist die Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV, wie die Begründung zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 6 BPfIV) richtigerweise feststellt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die derzeitige Unterversorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zum Soll definiert wird und daraus von Beginn an eine Unterfinanzierung des neuen Entgeltsystems resultiert. Eine Finanzierung der Stellenbesetzung bis zur Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV zu 100 Prozent ist unerlässlich.

Der Entwurf bezieht sich nach seiner Begründung und der Fußnote nur auf die Neubesetzung von Stellen. Es besteht damit die Gefahr, dass Stellen, die zwar besetzt sind, aber nicht unmittelbar über die Psych-PV, sondern „quer“ finanziert werden, unberücksichtigt bleiben. Damit würden die Krankenhäuser bestraft, die die Finanzierung dieser Stellen auf anderem Wege sicherstellen. Die BPTK schlägt daher vor, die Finanzierung aller Stellen mit in die Nachverhandlung einzubeziehen. Dies sollte in der Begründung zu Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe a etwa durch folgenden Satz klar gestellt werden:

Die Vorgaben der Psych-PV werden im Sinne der Vorschrift nicht dadurch umgesetzt, dass Personal zur Verfügung steht, das über andere Bereiche finanziert wird und daher diesen auch zuzuordnen ist. Die Nachverhandlung umfasst damit alle Fälle, in denen die Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV nicht unmittelbar auf diese zurückzuführen ist.

Auch die Finanzierung der Tariflohnerhöhungen ist weitestgehend sicherzustellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Tariflohnerhöhungen über Personalabbau refinanziert werden. Dies hätte nicht nur kurzfristige Auswirkungen, sondern eine von Beginn an angelegte Unterfinanzierung im neuen Entgeltsystem zur Folge.

Literatur

Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.

Bohus M, Haaf B, Simms B et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. Behaviour research and therapy. Vol. 42(5) May 2004, 487-499.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., and Kenberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. The American Journal of Psychiatry. Vol. 164, 6.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, November 2005.

Härter M, Hahn D, Baumeister H, Reuter K, Bengel, J. (2006) Psychische Komorbidität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen – eine epidemiologische Studie in der stationären medizinischen Rehabilitation. In: Pawils S. und Koch U. Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Schattauer.