

**Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur  
Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für  
psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach  
§ 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
18. März 2011**

## Vorbemerkung

Die BPTK begrüßt grundsätzlich die Entwicklung und schrittweise Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Es kann die Möglichkeit eröffnen, die Versorgung psychisch kranker Menschen besser als bisher dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse anzupassen. Versorgungsansätze in Australien und in den skandinavischen Ländern zeigen, dass sich eine präventiv orientierte, stärker sektorenübergreifend ausgerichtete, multiprofessionelle Behandlung für schwer psychisch kranke Menschen unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten bewährt. Diese Ansätze sind in Deutschland bisher nur in einzelnen Modellprojekten realisiert. Ein neues Vergütungssystem kann die Entwicklungsdynamik verstärken, wenn es für Krankenhäuser wirtschaftlich attraktiv wird, sich in den teilstationären und ambulanten Bereich hinein zu entwickeln. Das neue Entgeltsystem sollte zudem die vor allem für chronisch psychisch kranke Menschen notwendige präventive Orientierung der Versorgung fördern und daher Anreize für die dringend notwendige Kooperation zwischen Krankenhaus und Niedergelassenen setzen. Der Ausbau integrierter Versorgungskonzepte, die eine solche Kooperation begünstigen, ist anzustreben.

### **Frage 1: Dauer und Ausgestaltung einer budgetneutralen Einführung**

Die budgetneutrale Systemumstellung ist derzeit für das Jahr 2013 geplant. Das den Krankenhäusern zur Verfügung stehende Finanzierungsvolumen wird damit dasjenige des Jahres 2012 sein. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die BPTK, den Beginn der budgetneutralen Phase davon abhängig zu machen, ob die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vollständig und in allen Einrichtungen umgesetzt sind und über die Budgets der Krankenhäuser finanziert werden. Dies vorausgesetzt, sollte aus Sicht der BPTK die budgetneutrale Einführung des neuen Entgeltsystems, wie geplant, zum 01.01.2013 erfolgen. Dabei sollte die budgetneutrale Phase zunächst auf drei Jahre befristet werden.

Auf der Basis der Daten aus dem Jahr 2011 wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Zusammenhänge zwischen den Behandlungskosten und den vorhandenen Patienten- und Leistungsmerkmalen ermitteln und hieraus erste leis-

tungsorientierte Tagespauschalen ableiten. Es ist möglich, dass diese Pauschalen die Behandlung in der Psychiatrie/Psychosomatik noch nicht ausreichend differenziert abbilden – wie dies auch zu Beginn der budgetneutralen Phase bei den Diagnosis Related Groups (DRGs) der Fall war. Nutzen die Akteure die budgetneutrale Phase als lernendes System, besteht aus Sicht der BPTK kein Grund, den Beginn dieser Phase zu verzögern.

Die budgetneutrale Phase sollte zum einen dazu genutzt werden, die Leistungsdokumentation mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) so weiterzuentwickeln, dass die erfassten Leistungen oder Merkmale geeignet sind, kostenhomogene Patientengruppen zu bilden. Zum anderen sollten die Anreiz- und Steuerungswirkungen der Pauschalen beachtet werden, um hier bei unerwünschten Effekten entsprechend gegensteuern zu können. Erste Ergebnisse aus dem Prä-Test weisen darauf hin, dass der Behandlungsaufwand für Patienten einzelner Diagnosegruppen nicht, wie erwartet, mit dem Schweregrad der Symptomausprägung ansteigt. Eventuell erreicht er bei mittlerer Befundschwere den höchsten Wert. Es ist zu überprüfen, inwieweit die Behandlungen, die diesen Ergebnissen zugrundeliegen, den Empfehlungen evidenzbasierter und diagnosebezogener Leitlinien folgen. Auf jeden Fall wird sich daraus ein erheblicher Klärungsbedarf ergeben, der in Verbindung mit qualitätssichernden Maßnahmen abzarbeiten ist. Darüber hinaus ist auch zu klären, ob mögliche Probleme bei der Bildung kostenhomogener Patientengruppen aus fachlich-klinischen Schwierigkeiten oder aus Schwierigkeiten mit der Dokumentation in den Krankenhäusern resultieren. Sollte sich die Dauer der budgetneutralen Phase trotz aller Bemühungen als zu kurz erweisen, bliebe dem Gesetzgeber immer noch als Ausweg, diese zu verlängern. Eine Verlängerung sollte aber nicht von vornherein in Aussicht gestellt werden sein.

## **Frage 2: Dauer und Ausgestaltung einer Konvergenzphase**

Die Dauer der Konvergenzphase sollte aus Sicht der BPTK davon abhängen, mit welcher Spreizung der krankenhausindividuellen Tagespauschalen der Einstieg beginnt, wie sie sich erklären lässt und ob im Verlauf der Konvergenz Lösungen gefunden werden, mit dem neuen Entgeltsystem eine flächendeckende Wahrnehmung der Versorgungsaufträge sicherzustellen. Daher sollte der Zeitpunkt des Beginns jetzt,

die Dauer aber erst im Laufe der budgetneutralen Phase abschließend festgelegt werden. Sollte sich während der Konvergenzphase eine Verlängerung als zwingend notwendig erweisen, so kann dies ggf. – wie bei der Einführung des DRG-Systems – später erfolgen. Aber auch hier sollte diese Option nicht von vornherein angelegt sein, da sonst auch hier die Gefahr einer vermeidbaren Verzögerung besteht.

Ein leistungsgerechtes Entgeltsystem für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik setzt neben den Relativgewichten der Tagespauschalen ein angemessenes Preisniveau (als Ergebnis der zu verhandelnden Landestagewerte) voraus. Dafür ist sicherzustellen, dass sich gewünschte krankenhauplanerische Maßnahmen, insbesondere solche zur Beseitigung von Unterversorgung oder einer stärkeren ambulanten Ausrichtung der Krankenhäuser, nicht mindernd auf das Preisniveau auswirken. Gleichzeitig sollte die Eigenständigkeit der Versorgungsbereiche „Psychiatrie und Psychosomatik“ gegenüber der Somatik gewährleistet bleiben.

### **Frage 3: Nutzung des Entgeltsystems als Preissystem oder als Instrument zur rationaleren Budgetbemessung**

Das zukünftige Preissystem setzt die Bildung kostenhomogener Gruppen voraus. Bei der prospektiven Abbildung des Ressourcenverbrauchs in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ist in Rechnung zu stellen, dass Behandlungen trotz gleicher Diagnosen sehr unterschiedlich verlaufen können und zahlreichen weiteren Einflussfaktoren, wie z. B. der Krankheitsschwere, dem Auftreten von Krisen oder der (schwer erfassbaren) Präferenz und Akzeptanz der Therapie durch den Patienten unterliegen. Neben diesen individuellen, patientenbezogenen Variablen sind vor allem auch die zwischen Krankenhäusern unterschiedlichen Therapieprogramme einschließlich der „Therapiedosis“ relevante Einflussfaktoren auf den Ressourcenverbrauch.

Gelingt keine in sich konsistente Bildung kostenhomogener Gruppen, sollte die gewonnene Transparenz genutzt werden, über andere Lösungen nachzudenken, z. B. die Verhandlung medizinisch leistungsgerechter Budgets auf der Basis verbesserter Leistungstransparenz. Auf jeden Fall sollte das Entgeltsystem den Krankenhäusern bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, leitliniengerechte Therapieangebote weiterhin vorzuhalten bzw. auszubauen.

#### **Frage 4: Veränderungen für die Budgetverhandlungen (relevante Verhandlungsgegenstände, Erlösausgleiche etc.)**

Aufgrund der Vielzahl der noch offenen Fragen ist es zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, all diese Fragen angemessen zu beantworten. Gegenstand von Budgetverhandlungen vor Ort werden die mit dem Preissystem nicht erfassten krankenhausespezifischen Vergütungselemente oder strukturellen Besonderheiten, wie z. B. ein spezifisches, besonders aufwändiges Behandlungskonzept, das Angebot von Home Treatment oder eine regionale Versorgungsverpflichtung sein müssen.

#### **Frage 5: Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragsstabilität**

Die Grundlohnsummenanbindung nach § 71 SGB V soll zukünftig durch einen statistischen Index, der die Kostenentwicklung im Krankenhaus abbildet, ersetzt werden. Ein solcher Kostenindex ist grundsätzlich geeignet, die Berücksichtigung der tatsächlichen Kostenentwicklung sicherzustellen.

Ein mithilfe eines solchen Index ermittelter Orientierungswert könnte die Berücksichtigung der gesamten Kostenentwicklung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik langfristig besser gewährleisten als die anteilige Berücksichtigung von Tariflohnerhöhungen. Gerade weil die pauschale Anbindung an die Grundlohnsumme die Finanzierung nicht ausreichend sicherstellen kann, hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zusätzlich vorgesehen, dass die Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Veränderungsrate – bezogen auf die Personalkosten – zu 50 Prozent finanziert wird. Allerdings kann im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik nicht derselbe Kostenindex maßgeblich sein wie bei somatischen Häusern und Abteilungen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die besondere Personalintensität dieses Bereiches.

#### **Frage 6: Erforderliche begleitende Regelungen (z. B. qualitätssichernde Maßnahmen, Abrechnungsprüfung)**

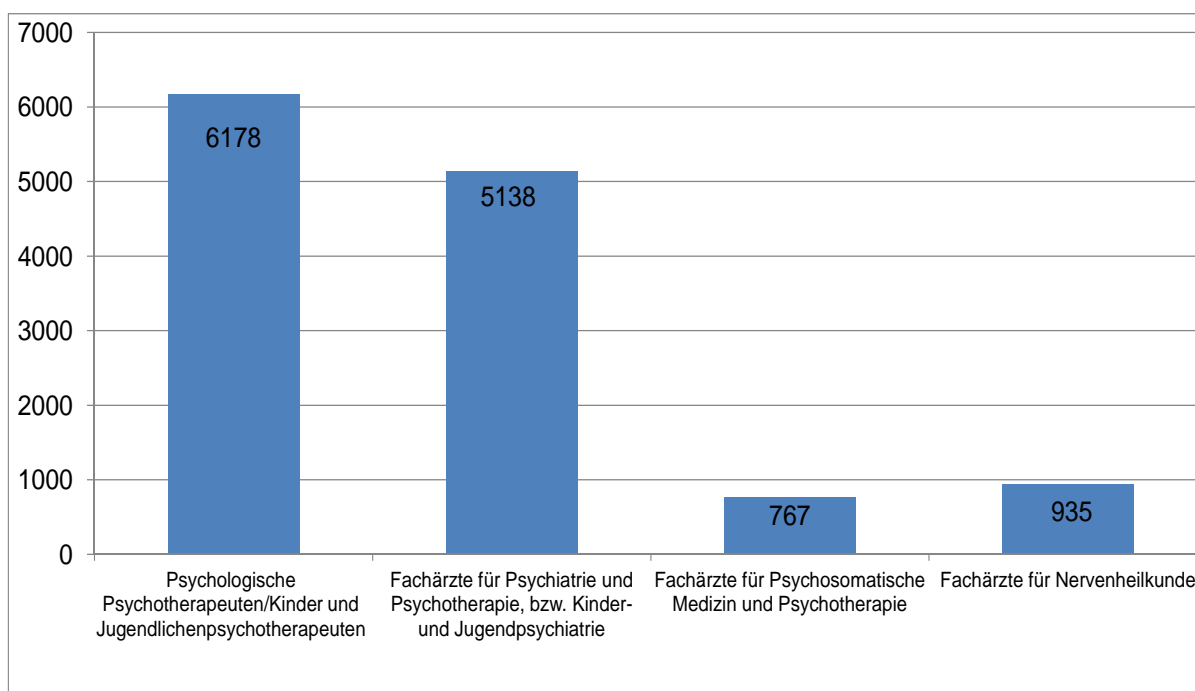
Mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist die Einführung zusätzlicher qualitätssichernder Maßnahmen in diesem Bereich notwendig.

- **Entwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diskutiert aufgrund der steigenden Relevanz psychischer Erkrankungen für die Gesundheitsversorgung, psychische Erkrankungen bei der Themenauswahl für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung hoch zu priorisieren. Dies ist aus Sicht der BPtK zu begrüßen.

§ 137 Absatz 3 Satz 5 SGB V sieht im Bereich der Richtlinien und Beschlüsse zur stationären Qualitätssicherung bisher nur eine Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Pflegeberufe vor. Auch § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V beschränkt die bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V zu beteiligenden Organisationen auf die oben genannten. Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung und Notwendigkeit von sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Maßnahmen der Qualitätssicherung für die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist eine fachliche Beteiligung der BPtK dringend geboten. Das wird zusätzlich durch die Personalzusammensetzung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik belegt.

Abbildung: Personalportfolio in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik



Quelle:

Eigene Berechnungen auf der Basis der Bundespsychotherapeutenstatistik und Ärztestatistik, Stand: 31.12.2009

Die Beteiligung der BPTK sollte sich nicht auf Beschlüsse und Richtlinien zur Qualitätssicherung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beschränken, da auch in somatischen Krankenhäusern psychische Komorbidität bzw. spezielle psychosoziale Belastungen den Versorgungsalltag mitprägen.

- **Qualitätsberichte nach §137a Absatz 1 SGB V**

Zusätzlich zur Entwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren sollten auch die Qualitätsberichte nach § 137a Absatz 1 SGB V weiterentwickelt werden und die in Zukunft verfügbaren Daten zu den Haupt- und Nebendiagnosen und den am häufigsten kodierten OPS-Ziffern patientengerecht aufbereitet werden. Eine Darstellung, wie häufig beispielsweise psychotherapeutische oder soziotherapeutische Leistungen bei Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ in einem Krankenhaus erbracht werden, kann und sollte – wenn eine Risikoadjustierung und eine entsprechende Aufbereitung der Daten erfolgen – wichtige Anregungen für das Qualitätsmanagement der Einrichtungen liefern. Vor allem lassen sich darauf aufbauend Patienteninformationen entwickeln, die sowohl für Patienten als auch für Einweiser eine wichtige Hilfestellung bei der Wahl eines Krankenhauses liefern.

- **Förderung der Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik**

Grundsätzlich und parallel zur Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren sollte die Qualitätssicherung im Versorgungsbereich der Krankenhäuser und Abteilungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vorangetrieben werden.

Dass Handlungsbedarf für den Bereich der psychiatrischen Krankenhausversorgung besteht, zeigen Hinweise auf Defizite bei der Pharmakotherapie. Eine der wenigen vorliegenden Publikationen zum Behandlungsprozess der stationären psychiatrischen Behandlung depressiver Patienten weist auf erhebliche Unterschiede in den Behandlungsstrategien zwischen den psychiatrischen Einrichtungen hin, die nicht in Einklang mit den bestehenden Leitlinien gebracht werden können. So schwankte der Anteil der depressiven Patienten, die trotz des Risikos einer Abhängigkeitsentwicklung bei Entlassung weiterhin mit Benzodiazepinen behandelt wurden, zwischen den

Krankenhäusern zwischen 1,1 und 56,0 Prozent (Schneider et al. 2005). Nicht zuletzt diese Befunde haben in den letzten Jahren zu vermehrten Anstrengungen geführt, über multidisziplinär entwickelte evidenzbasierte Leitlinien, wie z. B. die Nationale Versorgungsleitlinie „Depression“ und deren Implementierung, Standards für die Behandlung dieser Patientengruppen zu definieren und in der Versorgung umzusetzen.

Für den Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung fehlt es an einem diagnoseübergreifenden und die Gesamtversorgung betreffenden Qualitätssicherungsprogramm, welches routinemäßig eingesetzt wird. Grundlage hierfür ist die Entwicklung eines ausreichend differenzierten und gleichzeitig mit vertretbarem Aufwand umsetzbaren Dokumentationssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Das System sollte Daten zur Struktur- und Prozessqualität und – wenn möglich – auch zur Ergebnisqualität generieren können. Aus Sicht der BPTK ist es sinnvoll, wenn es eine große Schnittmenge der für das Entgeltsystem notwendigen Dokumentation und der für die interne und externe Qualitätssicherung geeigneten Daten gibt. Eine Prüfung, inwieweit auf Routinedaten zurückgegriffen werden könnte oder wie Routinedaten wie der OPS weiterentwickelt werden müssten, um diesen Anforderungen zu genügen, ist deshalb wünschenswert. Erfahrungen aus Projekten, wie z. B. dem „Projekt zur externen Qualitätssicherung der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen in Baden-Württemberg in den Jahren 1998 bis 2000“ (Härter, M. et al. 2004), den „Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ im Auftrag des AOK-Bundesverbandes oder aus anderen Versorgungsbereichen wie der Rehabilitation, sollten ebenfalls genutzt werden. Zudem nehmen inzwischen eine Reihe von Einrichtungen kontinuierlich an der multizentrischen Basisdokumentation Psy-BaDo-PTM teil (Heymann, Zaudig & Tritt, 2003), die neben einer detaillierten Erfassung von Parametern des Behandlungsprozesses auch die prospektive Erhebung von patientenrelevanten Endpunkten beinhaltet und so Aussagen über die Ergebnisqualität erlaubt.

- **Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern**

Für die wünschenswerte Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hin zu einer generell stärker sektorenübergreifend ausgerichteten multiprofessionellen Behandlung, insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen,



sind Psychiatrische Institutsambulanzen ein bereits genutzter und weiterzuentwickelnder Ausgangspunkt.

Laut Gesetz sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen für die Versorgung einer Gruppe psychisch Kranker zugelassen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bedürfen. Eine Erhebung der Arbeitsgruppe „Psychiatrie“ der Obersten Landesgesundheitsbehörden aus dem Jahr 2006 und eine Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser zeigen erhebliche Unterschiede bzgl. Diagnosespektrum, Behandlungsschwerpunkten, Personalbesetzung, Einzugsbereich, Fallzahlen und in der Konsequenz der Vergütung.

Die hohe Variabilität ist verbunden mit einer eingeschränkten Transparenz des Leistungsgeschehens in den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen der Psychiatrischen Institutsambulanzen stellt derzeit ausschließlich auf die Versichererstammdaten und die für die Abrechnung notwendigen Informationen ab. Die in diesem Kontext auch genannte Übermittlung der Prozeduren gemäß § 295 Absatz 1b SGB V erfolgt noch nicht, da der dafür abzuschließende Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft noch aussteht. Ein erster notwendiger Schritt zu mehr Transparenz ist deshalb die Vereinbarung eines verbindlichen Prozedurenschlüssels oder Dokumentationssystems für die Psychiatrischen Institutsambulanzen. Dabei sollte auch geprüft werden, inwieweit der Operationen- und Prozedurenschlüssel für den stationären Bereich – bei entsprechenden Modifikationen – für die Leistungsdokumentation geeignet sein könnte. Gerade bei der Entwicklung eines Dokumentationssystems für die Psychiatrischen Institutsambulanzen sollte die Kompatibilität mit sektorenübergreifenden Dokumentationsanforderungen von Beginn an mit bedacht werden.

Erst wenn im Rahmen der verbesserten Leistungsdokumentation deutlicher wird, welchen Versorgungsauftrag die Psychiatrischen Institutsambulanzen tatsächlich wahrnehmen, und in der Folge ein entsprechender Diskurs dazu stattgefunden hat, was zu einem leitlinienorientierten Angebot einer Psychiatrischen Institutsambulanz gehören sollte, lässt sich näher definieren, wie eine Integration der Psychiatrischen

Institutsambulanzen in ein Vergütungssystem aussehen könnte. Dabei ist zu beachten, dass die Vergütung der Psychiatrischen Institutsambulanzen ausreicht, das unter Qualitätsgesichtspunkten notwendige Versorgungsangebot bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erbringen.

## Literatur

- 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.
- Heymann, F. v.; Zaudig, M. & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62, 209-221.
- Schneider, F.; Härter, M.; Brand, S.; Sitta, P.; Menke, R.; Hammer-Filipiak, U. et al. (2005). Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. Br J Psychiatry, 187, 462-469.