

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(1)neu
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
03.04.2012



**Entwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)
BT-Drs. 17/8986**

**Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – BT-Drs. 17/9169**

**Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern
Antrag der Fraktion DIE LINKE – BT-Drs. 17/5119**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
02.04.2012**

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Psychotherapie sichert eine leitliniengerechte Versorgung	5
Begriffsbestimmung im KHG	5
Empfehlungen zur Strukturqualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik	6
Sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung	9
3. Sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen	11
Modellvorhaben nach § 64b SGB V	11
4. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen	13
5. Einrichtung von Institutsambulanzen nach § 118 SGB V an psychosomatischen Einrichtungen	14
6. Aufhebung der Befugniseinschränkung für Psychotherapeuten	15
Änderungsantrag zu § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V	15
7. Leitungsfunktionen in Einrichtungen, die im Schwerpunkt psychisch kranke Menschen versorgen	16
Änderungsantrag zu § 107 SGB V	17
Änderungsantrag zu § 118 Absatz 2 Satz 1 SGB V	19
8. Literatur	20

1. Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Pläne der Bundesregierung, mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Versorgung psychisch kranker Menschen durch die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen patientenorientiert weiterzuentwickeln.

Das diagnostische und therapeutische Wissen über die Behandlung psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten 20 Jahren seit Verabschiedung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) stetig weiterentwickelt. Es existieren mittlerweile S3-Leitlinien oder vergleichbare internationale Leitlinien für die häufigsten psychischen Erkrankungen, wie Unipolare Depression, Schizophrenie, Demenz, Zwangs- oder Essstörungen. Für weitere Erkrankungen, wie z. B. Alkoholerkrankungen oder Angststörungen, werden derzeit S3-Leitlinien entwickelt. Zudem wird demnächst die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für schwer psychisch kranke Menschen“ veröffentlicht, die evidenzbasierte Empfehlungen zu Systeminterventionen, wie z. B. Home-Treatment, gibt. Die Versorgung psychisch kranker Menschen sollte und kann stärker leitlinien- und patientenorientiert ausgerichtet werden.

Die geplante Weiterentwicklung bzw. der Aufbau einer Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik fördert aus Sicht der BPTK die Erreichung dieses Ziels, vorausgesetzt, die Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) werden hinsichtlich der Orientierung an Leitlinien und evidenzbasierter Medizin präzisiert und das Angebot der Psychotherapie wird als Mindeststandard für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in § 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert.

Neben den im Gesetz vorgenommenen Weichenstellungen, die unmittelbar und mittelbar Einfluss auf die Versorgung psychisch kranker Menschen haben, gibt es aus Sicht der BPTK weiteren Änderungsbedarf im SGB V, der im vorliegenden Gesetzesentwurf aufgegriffen werden sollte.

Die demografische Entwicklung und damit verbunden die Zunahme chronischer Krankheiten erfordert multiprofessionell abgestimmte Versorgungsangebote. Dies gilt auch für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Diese benötigen – vor allem bei chronischen Verläufen – wohnortnahe und flexible Versorgungsangebote, die auf multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsstrategien ausgerichtet sind. Eine effektive Behandlung erfordert ein gut koordiniertes Vorgehen über die Sektorengrenzen hinweg, auch um unnötige stationäre (Wieder-)Aufnahmen zu vermeiden.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber daher die Weichen für den Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gestellt. Dies ist auch deshalb erforderlich, weil die Krankenhäuser mit dem Versorgungsstrukturgesetz verpflichtet werden, ein strukturiertes Entlassmanagement vorzuhalten. Ein strukturiertes Entlassmanagement setzt jedoch ausreichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten und im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen auch ausreichende psychotherapeutische Behandlungskapazitäten voraus. Bisher fehlen noch gesetzliche Vorgaben dazu, wie die zusätzlichen Leistungen im ambulanten Bereich vergütet werden sollen. Die BPTK schlägt vor, durch eine entsprechende Änderung in § 87a Absatz 3 SGB V eine extrabudgetäre Vergütung der neu zugelassenen Psychotherapeuten nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vorzusehen.

Sektorenübergreifende, multiprofessionell ausgerichtete Versorgungsangebote setzen auch eine neue Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen voraus. Um im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung die Kompetenzen der Psychotherapeuten angemessen nutzen zu können, bedarf es gesetzlicher Klarstellungen:

- die Aufhebung der Befugniseinschränkung der Psychotherapeuten zur Verordnung von Heilmitteln, zur Einweisung ins Krankenhaus, zur Überweisung an den Facharzt und zum Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
- eine Übernahme von Leitungsfunktionen durch Psychotherapeuten in Medizinischen Versorgungszentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik unter Beachtung der durch die Berufsordnungen vorgegebenen fachlich-medizinischen Verantwortung.

2. Psychotherapie sichert eine leitliniengerechte Versorgung

Begriffsbestimmung im KHG

Zur Begriffsbestimmung von Krankenhäusern formuliert § 2 Nummer 1 KHG: Krankenhäuser sind Einrichtungen „in denen durch **ärztliche und pflegerische** Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt oder gelindert werden“. Diese Definition eines personalen Mindeststandards, den Krankenhäuser zu erfüllen haben, greift in Bezug auf die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen zu kurz.

Zu den häufigsten Diagnosen, die in Einrichtungen der Psychiatrie behandelt werden, zählen Alkoholstörungen (25,2 Prozent), schizophrene Erkrankungen (17,1 Prozent) und depressive Episoden (21,6 Prozent). Die mit Abstand häufigsten Diagnosen in der Psychosomatik sind mit über 50 Prozent depressive Episoden. Am zweithäufigsten sind mit 13,8 Prozent Angststörungen (eigene Auswertungen von Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2009).

Für die am häufigsten in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik behandelten psychischen Krankheiten und die meisten anderen psychischen Erkrankungen gibt es mittlerweile methodisch hochwertige Behandlungsleitlinien. Diese belegen mit hoher Evidenz den Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen. Bei praktisch allen psychischen Erkrankungen zählt das Angebot einer psychotherapeutischen Behandlung oder Mitbehandlung deshalb zu den Kernempfehlungen der Leitlinien. Für bestimmte Erkrankungen (z. B. Angststörungen) ist die alleinige Psychotherapie die Behandlungsmethode der Wahl.

Die evidenzbasierten Leitlinien (z. B. von NICE) für schizophrene Erkrankungen empfehlen mit der höchsten Empfehlungsstärke A, dass den betroffenen Patienten frühestmöglich eine Psychotherapie in Ergänzung zur Pharmakotherapie angeboten werden soll. Zur Behandlung der Unipolaren Depression wird Psychotherapie bei allen Schweregraden ebenfalls mit dem höchsten Empfehlungsgrad A empfohlen. Bei schweren depressiven Störungen wird die Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie als Methode der ersten Wahl empfohlen. Auch in der Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind Psychotherapie und

sozialtherapeutische Maßnahmen die Behandlungsmethoden, die am stärksten empfohlen werden. Darüber hinaus sind psychotherapeutische Interventionen bei der Motivation für einen Entzug und eine anschließende Entwöhnungsbehandlung unverzichtbar.

Eine leitliniengerechte stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen schließt deshalb immer auch Psychotherapie mit ein. Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK vor, § 2 Nummer 1 KHG folgendermaßen zu ergänzen:

„Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

*Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische **bzw., sofern es sich um Einrichtungen zur Versorgung psychisch kranker Menschen handelt, in denen durch ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische** Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können,“*

Empfehlungen zur Strukturqualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Die Verpflichtung des G-BA, Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen, findet die ausdrückliche Zustimmung der BPTK. Die Qualität der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen hängt entscheidend von der Qualifikation der an der Behandlung beteiligten Professionen und der jeweiligen Stellenanzahl ab. Eine leitliniengerechte Behandlung schließt bei fast allen psychischen Erkrankungen Psychotherapie als ein bzw. das Mittel der Wahl ein (siehe oben). Eine Realisierung der Leitlinienempfehlungen setzt deshalb eine entsprechende Anzahl an Psychotherapeuten voraus. Wenn in einer Klinik kaum Psychotherapeuten arbeiten, ist fraglich, ob in dieser Klinik leitlinienorientiert gearbeitet werden kann. Dies ist auch eine wichtige Information für Patienten.

In der Begründung zu Artikel 4 Absatz 2 Nummer 5 § 137d SGB V des Gesetzentwurfs heißt es, der G-BA habe bei den Empfehlungen zur Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal die Anforderungen der Psych-PV, insbesondere in Bezug auf die genannten Berufsgruppen, zur Orientierung heranzuziehen und an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anzupassen.

Die Psych-PV legte im Jahre 1990 für insgesamt 18 Behandlungsbereiche der Erwachsenentherapie sowie sieben Behandlungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Basis von Tätigkeitsprofilen der verschiedenen Berufsgruppen, die mit Zeitwerten (Minutenwerten) versehen wurden, die notwendige Personalbemessung fest. Die einzelnen Behandlungsbereiche werden über die Zuordnung von „Kranken“ (Zielgruppe), Behandlungszielen und die darauf typischerweise ausgerichteten Behandlungsmittel definiert. Die Zuordnung der „Kranken“ zu den einzelnen Behandlungsbereichen erfolgt in Abhängigkeit von Schweregrad, einzelnen Symptomen oder Diagnosegruppen bzw. dem Alter (Gerontopsychiatrie).

In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts standen die Entwicklung der evidenzbasierten Medizin und die Orientierung an Leitlinien und Behandlungspfaden noch ganz am Anfang. Aus heutiger Sicht würde man versuchen, Behandlungsziele, aber insbesondere auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen anhand der Erkenntnisse evidenzbasierter Medizin oder evidenzbasierter Leitlinien zu beschreiben. So wird beispielsweise die Zuordnung von Patienten zum Behandlungsbereich Psychotherapie nach der Psych-PV an das Vorliegen einer schweren Neurose oder Persönlichkeitsstörung gebunden. Nach heutigem Wissenstand ist Psychotherapie jedoch bei allen psychischen Erkrankungen ein bzw. das Behandlungsmittel der Wahl.

Die S3-Leitlinie zur Psychosozialen Therapie empfiehlt unter anderem eine ambulant-orientierte Versorgung mit Home-Treatment und ambulanten gemeindepsychiatrischen Teams. Solche Behandlungsverfahren passen nicht in die Systematik der Psych-PV, die mit Ausnahme der tagesklinischen Behandlung als verbindliches Strukturmerkmal auf Behandlungsbereiche mit einer eindeutig stationären Orientierung aufbaut. Sich hiervon zu lösen, ist für die Kliniken ausgesprochen schwierig, denn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft die Zuordnung der Pa-

tienten zu den Behandlungsbereichen und auf dieser Basis die adäquate Umsetzung der Psych-PV und ihre Berücksichtigung bei den Budgetverhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen.

Zusammenfassend kann man festhalten: Die Psych-PV legt den Personalschlüssel anhand klinisch abgeleiteter Tätigkeitsprofile jedoch ohne Berücksichtigung der Evidenzlage bzw. der Leitlinien fest, sie erschwert eine ambulante Orientierung der Krankenhäuser und behindert damit zusätzlich die Umsetzung von Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Vorgabe des Gesetzentwurfs in der Begründung zum neuen Psych-Entgeltgesetz überarbeitungsbedürftig. Die Psych-PV sollte nur begrenzt Ausgangspunkt für die Festlegung der Personalausstattung der Kliniken sein. Festlegungen zur Strukturqualität sollten nicht nur von klinischen Erfahrungswerten, sondern auch von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin bzw. evidenzbasierter S3-Leitlinien ausgehen. Sofern deutsche Leitlinien nicht zur Verfügung stehen, können internationale Leitlinien auf einem vergleichbaren Evidenzniveau herangezogen werden. Ausgangspunkt könnten statt der Behandlungsbereiche z. B. Diagnosen und die mit den einzelnen Krankheitsbildern verbundenen Empfehlungen für Versorgungs- bzw. Behandlungsprozesse oder Pfade sein. Mit einer solchen Herangehensweise könnte der G-BA die notwendige personelle Ausstattung qualitativ und quantitativ definieren, ohne gleichzeitig festzulegen, ob die Behandlung stationär, teilstationär oder ambulant zu erfolgen hat.

Die Psych-PV berücksichtigt außerdem das Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1999 und die damit neu geschaffenen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht. Im Jahr 2010 arbeiteten insgesamt 6.247 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Krankenhaus (Quelle: Psychotherapeutenstatistik, Stand: 31.12.2010). Damit tragen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen mit den 7.041 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Nervenheilkunde (Quelle: Statistik der Bundesärztekammer, Stand: 31.12.2010) in vergleichbarem Umfang, aber mit einem anderen Tätigkeitsschwer-

punkt zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen bei. Anstelle der körperlichen Untersuchung und Behandlung sowie der Psychopharmakotherapie liegt ihr Tätigkeitsschwerpunkt in der psychotherapeutischen Versorgung. Darüber hinaus übernehmen sie die gleichen Aufgaben, wie sie für die „Ärzte im Stationsdienst“ oder die „Oberärzte“ in der Psych-PV beschrieben werden. Bei der Anpassung der Anforderungen der Psych-PV an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen sind die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten deshalb zwingend entsprechend zu berücksichtigen.

Die BPtK schlägt deshalb vor, die Begründung zu Absatz 4 Nummer 5 § 137 Satz 6 folgendermaßen zu ergänzen:

*„Bei der Festlegung der Empfehlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss **den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen** und die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung insbesondere in Bezug auf die genannten Berufsgruppen zur Orientierung heranzuziehen und **unter Berücksichtigung der Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** weiterzuentwickeln.“*

Sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Die Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren für die sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung sollte sich insbesondere an den existierenden S3-Leitlinien für die Behandlung psychischer Erkrankungen orientieren. Die Verpflichtung, die Qualitätsindikatoren in geeigneter Weise in den Qualitätsberichten nach § 137a Absatz 1 SGB V zu veröffentlichen, findet die ausdrückliche Zustimmung der BPtK.

Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist aus Sicht der BPtK notwendig, um beurteilen zu können, inwieweit eine verstärkt ambulante und integrative Versorgung psychisch kranker Menschen im Versorgungsalltag nachvollziehbar zu Qualitätsverbesserungen führt.

Um die Entwicklung der Versorgungsqualität im Einzelnen und übergreifend in den regionalen Versorgungssystemen insgesamt beurteilen zu können, bedarf es einer größeren Transparenz des Leistungsgeschehens und der Versorgungsqualität in allen relevanten Sektoren. Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sollten dafür die bestehenden und in Entwicklung befindlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Blick auf eine aussagekräftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung weiterentwickelt werden. Nur wenn die festzulegenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auch die Einführung eines Indikatorensets sektorenübergreifend einheitlicher Qualitätsindikatoren beinhaltet, wird künftig eine belastbare Analyse der Entwicklung der Versorgungsqualität im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie möglich sein, die Vergleiche zwischen den Einrichtungen, aber auch zwischen regionalen Versorgungssystemen erlaubt und so Motor einer Qualitätsentwicklung werden kann. In diesem Sinne begrüßt die BPtK die Klarstellung im Gesetzentwurf, dass die vom G-BA festzulegenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nicht auf die stationäre Versorgung begrenzt sind, sondern sektorenübergreifend ausgestaltet werden und den gesamten ambulanten Bereich der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung mit einschließen.

Notwendig sind Qualitätsindikatoren zum einen, um die regionale Varianz in der Versorgung definierter Patientengruppen sichtbar zu machen und damit der gemeinsamen Selbstverwaltung Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Vertragsstrukturen und Leistungsangeboten in regionalen Versorgungssystemen zu geben. Außerdem sollten es die Qualitätsindikatoren den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen selber erlauben zu beurteilen, inwieweit sie selbst gesteckte Ziele im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität realisieren und ob sie als ein Leistungserbringer in einer für ihre Patienten relevanten Versorgungskette einen adäquaten Beitrag zur Qualität der gesamten Versorgung leisten. Neben diesen wichtigen systemrelevanten Informationen ist es aus Sicht der BPtK von zentraler Bedeutung, dass die Patientenperspektive bei der Auswahl und der Entwicklung der Qualitätsindikatoren ausreichend Berücksichtigung findet. Patienten brauchen Informationen, die bei der Entscheidung für ein Krankenhaus auch im Vergleich zum Angebot anderer Anbieter hilfreich sind. Zu diesen Informationen (Qualitätsindikatoren) zählt aus Sicht der BPtK auch eine ausreichend differenzierte und damit ereignisbe-

zogene Erhebung der Patientenzufriedenheit und eine ausreichend differenzierte Darstellung der Prozessqualität, die es den Patienten ermöglicht, sich ein Bild über das Versorgungsangebot der einzelnen Klinik im Vergleich z. B. zu Empfehlungen von S3-Leitlinien zu machen.

Die BPTK schlägt daher vor, in der Begründung zu § 137 SGB V hinter dem Satz „Es ist damit Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, geeignete Anforderungen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen sowie Indikatoren für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen“ zu ergänzen:

„Bei Auswahl und Entwicklung der Qualitätsindikatoren ist deren Relevanz und Aussagekraft für Entscheidungen der Patienten zu berücksichtigen.“

3. Sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen

Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Durch die Einfügung von § 64b SGB V sollen die Vorgaben für Modellvorhaben nach § 63 Absätze 1 und 2 SGB V weiterentwickelt und um Vorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen ergänzt werden.

Die BPTK begrüßt, dass hierdurch unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ermöglicht und gefördert werden sollen. Vor allem die dringend notwendige Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich kann durch Modellvorhaben gestärkt werden.

Nach den Ergebnissen des PSYCHIatrie Barometers 2011 des Deutschen Krankenhausinstitutes realisieren Krankenhäuser derzeit relativ selten integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge). Lediglich 19 Prozent (N = 17) der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und sieben Prozent (N = 5) der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen hatten zum Befragungszeitpunkt IV-Verträge ausgehandelt. Vor diesem Hintergrund sollte auch darüber nachgedacht werden, welche finanziellen Anreize für Krankenhäuser geschaffen werden können, sich stärker in diesem Bereich zu engagieren. Dabei ist festzuhalten, dass Tagespauschalen hierfür

vermutlich nicht die richtigen Anreize setzen. Neben Tagespauschalen sollten deshalb im Rahmen von Modellvorhaben auch andere Vergütungseinheiten, die Anreize für eine stärker integrierte und ambulant orientierte Versorgung setzen, erprobt werden.

Nicht nur für chronisch psychisch kranke Menschen, die mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen, ist die Sicherstellung einer ambulanten Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung sinnvoll. Auswertungen im Rahmen des BARMER GEK Report Krankenhaus 2011 belegen, dass in den ersten Monaten nach der Entlassung für viele Patientengruppen ein hohes Risiko für Wiedereinweisungen besteht. Ziel der Modellvorhaben sollte daher ein verbessertes Entlassmanagement und eine strukturierte Zusammenarbeit der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und insbesondere gemeindepsychiatrischen Anbietern sein. Ebenso sollten Modellvorhaben jedoch zum Ziel haben, im ambulanten Bereich Versorgungsangebote vorzuhalten, die es erlauben, auch in akuten Krisensituationen Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Grundsätzlich schlägt die BPTK daher vor, dass sich Modellvorhaben nicht nur auf die Patientengruppen konzentrieren für die eine besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte und die Notwendigkeit einer Versorgung durch eine Vielzahl von Akteuren prägend sind. Von Modellvorhaben nach § 64b SGB V sollten vielmehr auch Patientengruppen profitieren können, für die bei einer angemessenen ambulanten Versorgung stationäre Einweisungen vermeidbar sind bzw. für die mit einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ambulant tätigen Leistungserbringern (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflege, Soziotherapie usw.) eine erhebliche Verbesserung der Versorgungsqualität möglich ist.

Für die Umsetzung des § 64b SGB V sieht der Gesetzgeber vor, dass die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG eine zusätzliche Vereinbarung zu Art und Umfang der zu meldenden Daten treffen. Die BPTK schlägt vor, den Selbstverwaltungspartnern hierfür eine Frist zu setzen, bis zu welchem Zeitpunkt sie eine solche Vereinbarung zu treffen haben. Angemessen ist aus Sicht der BPTK eine Frist bis zum 31.12.2012.

Dazu schlägt die BPTK vor, in § 64b Absatz 3 im Satz 2 Folgendes zu ergänzen:

*„Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des KHG **bis zum 31.12.2012** eine Vereinbarung.“*

Zudem schlägt die BPTK vor, § 64b SGB V „Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ umzubenennen in „Modellvorhaben **zur Versorgung psychisch kranker Menschen**“.

Durch die Verwendung des Begriffs „psychiatrische und psychosomatische Versorgung“ wird insbesondere die Versorgung von psychisch kranken Menschen durch die ärztlichen Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychosomatik angesprochen. Neben diesen Fachrichtungen sind jedoch weitere Leistungserbringer, wie z. B. Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Soziotherapeuten, Krankenpflegekräfte, an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt. Um alle Fachdisziplinen und Leistungserbringer, die an der Versorgung beteiligt sind, erkennbar einzubeziehen, schlagen wir vor, die Formulierung „psychiatrische und psychosomatische Versorgung“ im vorliegenden Gesetzentwurf durchgängig durch den Begriff „Versorgung psychisch kranker Menschen“ zu ersetzen.

4. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Aktuell arbeitet der G-BA daran, mit einer Reform der Bedarfsplanung die psychotherapeutische Unterversorgung im ambulanten Bereich abzubauen. Konsequenz der Unterversorgung sind derzeit monatelange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und Brüche im Behandlungsablauf beim Übergang zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Die Unterversorgung limitiert zudem die Möglichkeit von Krankenhäusern, ein erfolgreiches Entlassmanagement und eine strukturierte Zusammenarbeit mit Vertragspsychotherapeuten aufzubauen.

Dass der Aufbau einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung zusätzliche finanzielle Mittel erfordert, hat z. B. der National Health Service (NHS) in Großbritannien erkannt. Um psychotherapeutische Versorgungsangebote auszuweiten,

wurden von 2008 bis 2011 im NHS jährlich zusätzlich 173 Millionen britische Pfund bereitgestellt. Im Rahmen des Programms „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) soll bis 2015 der Rollout für ganz Großbritannien abgeschlossen werden. Bis dahin sollen bei einer kalkulierten Prävalenz von sechs Millionen Menschen, die in Großbritannien im Laufe eines Jahres an einer psychischen Erkrankung leiden, die Behandlungskapazitäten weiter ausgebaut werden. Hierfür werden bis 2015 jährlich 400 Millionen Pfund zusätzliche Mittel bereitgestellt.

Derzeit fehlt noch eine gesetzliche Vorgabe im SGB V zur Finanzierung des Ausbaus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. Die BPTK schlägt vor, für die politisch gewollte und notwendige Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen die Vergütungsregelungen für psychotherapeutische Leistungen anzupassen. Die Vergütung der ab dem Jahr 2013 neu zugelassenen Psychotherapeuten sollte im Rahmen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der Gesamtvergütung – also extrabudgetär – erfolgen.

5. Einrichtung von Institutsambulanzen nach § 118 SGB V an psychosomatischen Einrichtungen

Für die wünschenswerte Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hin zu einer generell stärker sektorenübergreifend ausgerichteten multiprofessionellen Behandlung, insbesondere für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen, sind Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ein bereits genutzter und weiterzuentwickelnder Ausgangspunkt. Institutsambulanzen sollen deshalb auch im Rahmen der Modellvorhaben besondere Berücksichtigung finden. Vor diesem Hintergrund begrüßt die BPTK, dass zukünftig auch Einrichtungen und Fachabteilungen der Psychosomatik die Möglichkeit zur Einrichtung von Institutsambulanzen eröffnet wird.

Nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2011) zählen Alkoholstörungen (25,2 Prozent), schizophrene Erkrankungen (17,1 Prozent) und depressive Episoden (21,6 Prozent) zu den häufigsten Erkrankungen, die in Einrichtungen der Psychiatrie behandelt werden. Die mit Abstand häufigste Diagnose in der Psychosomatik sind mit

über 50 Prozent depressive Episoden. Am zweithäufigsten sind Angststörungen (13,8 Prozent). Suchterkrankungen und schizophrene Erkrankungen spielen eine untergeordnete Rolle.

Laut Gesetz sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen für die Versorgung einer Gruppe psychisch kranker Menschen zugelassen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung einer Psychiatrischen Institutsambulanz bedürfen. Genauerer hierzu regelt die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die BPtK hält es für notwendig, dass es zu einer vergleichbaren Regelung für die Psychosomatischen Institutsambulanzen kommt, in der ebenfalls anhand der Kombination der Kriterien Diagnose und Schweregrad die Patientengruppen spezifiziert werden, für deren Behandlung diese Ambulanzen zugelassen werden. Die zum 30.04.2012 geplante Einführung einer einheitlichen Leistungsdokumentation in den Institutsambulanzen wird zudem eine längst überfällige datenbasierte Diskussion über sinnvolle Versorgungsangebote und Leistungen der Institutsambulanzen sowie der erforderlichen Strukturqualität hierfür – unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten – ermöglichen.

6. Aufhebung der Befugniseinschränkung für Psychotherapeuten

Um die Kompetenzen der Psychotherapeuten im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen angemessen nutzen zu können, schlägt die BPtK folgende weitere Änderungen im SGB V vor:

Änderungsantrag zu § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V

§ 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird gestrichen:

~~Die Nummern 2 bis 8, 10 bis 12 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.~~

Begründung:

Mit der Schaffung des neuen Berufsbilds des Psychotherapeuten und der Integration der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung wollte der Gesetzgeber 1999 für einen begrenzten Übergangszeitraum den Prozess der Integration der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung beobachten. Einen anderen sachlichen Grund für die Befugniseinschränkungen gab es bereits bei der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und der damit verbundenen Änderung des Sozialgesetzbuches nicht, denn Psychotherapeuten verfügen über die erforderlichen Kompetenzen zur Verordnung von Heilmitteln und Krankenhausbehandlung sowie zur Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit.

Die vorgeschlagene Änderung beseitigt die in der Systematik von § 73 Absatz 2 SGB V an sich nicht vorgesehene Sonderstellung der Psychotherapeuten. Die Vorschrift unterscheidet auch ansonsten nicht zwischen den Leistungen, die nur Ärzte erbringen dürfen, und den Leistungen, die nur oder auch Zahnärzte erbringen können. Soweit bestimmte im Katalog aufgeführte Leistungen ohnehin aus anderen Rechtsgründen nicht von einem Psychotherapeuten erbracht werden dürfen, beseitigt die Änderung die Ungleichbehandlung von Ärzten und Psychotherapeuten.

Eine Verordnung von Arzneimitteln durch Psychotherapeuten scheidet nach heutigem Stand schon aufgrund des Berufs- und Arzneimittelrechts aus, sodass eine explizite Ausnahmereglung im Bereich des SGB V zu diesem Punkt überflüssig ist.

Im Übrigen sind die Voraussetzungen für die jeweiligen Verordnungen weitestgehend in den Richtlinien des G-BA geregelt. Dies macht einen pauschalen gesetzlichen Ausschluss für die Verordnung der entsprechenden Leistungen durch Psychotherapeuten generell überflüssig. Auch die Aufzählung dessen, was im Rahmen der Versorgung durch Ärzte und Zahnärzte erbracht wird, ohne zwischen diesen Berufsgruppen zu unterscheiden, hat bisher nicht zu Unklarheiten geführt.

7. Leitungsfunktionen in Einrichtungen, die im Schwerpunkt psychisch kranke Menschen versorgen

In Einrichtungen, die im Schwerpunkt psychisch kranke Menschen versorgen – einschließlich Psychiatrischen Institutsambulanzen – sollten künftig Psychotherapeuten

aufgrund ihres Kompetenzprofils Leistungsfunktionen übernehmen können. Die BPTK schlägt folgende Änderungen vor:

Änderungsantrag zu § 107 SGB V

§ 107 SGB V wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 2 wird das Wort „ärztlicher“ durch das Wort „fachkundiger“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Nummer 2 wird das Wort „ärztlicher“ durch das Wort „fachkundiger“ ersetzt und nach dem Wort „ärztlichen“ werden die Wörter „oder psychotherapeutischen“ eingefügt.

Begründung:

Die generelle Definition der Einrichtung „Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ anhand einer ärztlichen Leitung ist historisch zu erklären und sachlich nicht mehr zu begründen. Erforderlich ist, dass die fachlich-medizinische Leitung durch eine entsprechend qualifizierte und fachkundige Person wahrgenommen wird. Dazu ist eine Leitung durch einen Arzt weder hinreichend noch notwendig. Einrichtungen, die überwiegend der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen, können auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen, da Psychotherapeuten gemäß §§ 95 und 95c SGB V über einen dem Facharztstandard entsprechenden Fachkundenachweis verfügen. Die neue Vorschrift, wonach Krankenhäuser fachlich-medizinisch unter fachkundiger Leitung stehen müssen, stellt genau dies sicher. Sie garantiert, dass nicht ein Arzt die Leitung übernimmt, der fachlich nicht für die Leitung dieses Bereichs qualifiziert ist, da er nicht über eine entsprechende Facharztqualifikation verfügt. Die sachliche Rechtfertigung für eine Einschränkung des leitungsberechtigten Personenkreises kann nicht in der Berufsgruppenzugehörigkeit liegen, sondern allein in der fachlich-medizinischen Kompetenz. So wäre es nach dem Wortlaut derzeit zulässig, dass ein gerade approbierter Arzt, der noch keine Facharztweiterbildung durchlaufen hat und auf dem entsprechenden Gebiet über keinerlei Erfahrung verfügt, Leitungsfunktionen wahrnimmt. Eine Vorschrift, die die Entgegennahme von Weisungen nicht von der fachlich-medizinischen Kompetenz des Anweisenden abhängig macht, sondern unabhängig davon allein von der Be-

rufszugehörigkeit, ist verfassungsrechtlich nicht haltbar. Auch können sozialrechtlich zulässige Tätigkeiten nicht berufsrechtswidrig sein, da insoweit Bundesrecht Landesrecht derogiert (Artikel 31 GG)¹.

§ 107 SGB V lautet auf der Basis der Änderung:

- „(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die*
- 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,*
 - 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher **fachkundiger** Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,*
 - 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,*
und in denen
 - 4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.*
- (2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die*
- 1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um*
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder*
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen*

¹ Zum Verhältnis zwischen Vertragsarztrecht (als Teil des Sozialrechts) und Berufsrecht vergleiche: Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, München, 2008, Seite 222: „Was das Vertragsarztrecht gestattet, kann nicht berufsrechtswidrig sein“.

- zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher **fachkundiger** Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen **oder psychotherapeutischen** Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen und in denen
3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

Änderungsantrag zu § 118 Absatz 2 Satz 1 SGB V

In § 118 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird das Wort „fachärztlich“ durch das Wort „fachkundig“ ersetzt.

Begründung:

Auch die Definition einer „psychiatrischen“ Abteilung anhand einer ärztlichen Leitung ist historisch zu erklären und sachlich nicht zu begründen. Es kommt allein auf die fachlich-medizinische Befähigung an.

§ 118 Absatz 2 Satz 1 SGB V lautet nun:

*„(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, ~~fachärztlich~~ **fachkundig** geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt.“*

8. Literatur

BARMER GEK Report Krankenhaus 2011, Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychisch kranken Menschen. Asgard Verlag.

Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. Psychiatrie Barometer 2011. Herausgeber: Deutsches Krankenhausinstitut.

Haas A, (2011). Black box Psychiatrie – Was wissen wir über die Versorgungsqualität in psychiatrischen Einrichtungen? Vortrag auf dem Symposium „Welches Krankenhaus? – Mehr Transparenz für psychisch kranke Menschen“ der BPTK, Berlin, 21.11.2011.

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.

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (geplante Fertigstellung: 31.12.2011).

Statistisches Bundesamt (2011). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2009, eigene Auswertungen.