

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
14.06.2016**

Inhaltsverzeichnis

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	4
Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5	4
Artikel 2 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung.....	6
Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5	6
Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 9	7
Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 14	8
Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	10
Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 1	10
Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 2	11
Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 4	12
Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 12	16
Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 13	17

Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die im Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgeschlagenen Regelungen, hält jedoch folgende Änderungen und Ergänzungen für erforderlich, um das Ziel von mehr Leistungsgerechtigkeit und Transparenz in Psychiatrie und Psychosomatik zu erreichen:

- Der Auftrag an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), kostenhomogene Patientengruppen zu kalkulieren, sollte für Krankenhäuser und Fachabteilungen nach § 17d KHG um die Bildung „leistungshomogener“, das heißt, in Bezug auf die Leistungen vergleichbarer Patientengruppen ergänzt werden. So lässt sich ausreichende Transparenz über das Leistungsspektrum der Krankenhäuser herstellen.
- Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sollte systematisch überprüft und neu konzipiert werden, sodass er es dem InEK ermöglicht, kosten- und leistungshomogene Patientengruppen zu bilden. Außerdem sollte er besser als bisher im Rahmen der Qualitätssicherung genutzt werden können, z. B. zur Beurteilung der Leitlinienorientierung der Versorgung durch die Umsetzung der verbindlichen Personalanforderungen. Eine systematische Neukonzeption des OPS sollte durch entsprechende gesetzliche Vorgaben sowie die Einrichtung eines zeitlich befristeten unabhängigen wissenschaftlichen Beirats beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ermöglicht werden.
- Die Einführung einer „stationsäquivalenten Behandlung“ ist nicht geeignet, um die Versorgungslücke für schwer psychisch kranke Menschen mit komplexem Leistungsbedarf zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu schließen. Die BPTK schlägt daher stattdessen die Einführung einer „ambulanten Komplexbehandlung“ durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie Netze ambulanter Leistungserbringer für diese Patientengruppe vor.
- Eine Anrechnung der in Psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auf den ambulanten Versorgungsgrad ist aufgrund des unterschiedlichen Leistungsprofils von Psychiatrischen Institutsambulanzen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeuten nicht sachgerecht. Die vorgesehene Regelung sollte deshalb gestrichen werden.

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5

5. § 17 d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Patientengruppen“ die Wörter **„sowie die entsprechenden Leistungen, die für die Behandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen erforderlich sind,“** eingefügt.

bb) In Satz 7 werden nach dem Wort „kalkuliert“ (...)

(...)

Begründung:

Die Kalkulation der PEPP-Entgelte erfolgte bislang mit dem Ziel, kostenhomogene Patientengruppen zusammenzufassen. In den einzelnen PEPPs finden sich daher zum Teil klinisch unterschiedliche Patientengruppen, die hinsichtlich ihrer Kosten vergleichbar sind, aber nicht zwingend hinsichtlich des dahinterliegenden Leistungsgeschehens. So umfasst die Behandlung eines Patienten mit einer Psychose, der zusätzlich eine komplizierende Nebendiagnose, wie einen akut entgleisten Diabetes, hat, andere Leistungen von unterschiedlichen Berufsgruppen als die Behandlung eines Patienten mit einer Psychose, der in einem Vater-/Mutter-Kind-Setting behandelt wird. Im jetzigen PEPP-Entgeltkatalog werden aber beide Patientengruppen in die gleiche PEPP (PA 03 A) eingestuft, da für die Eingruppierung allein die Kosten maßgeblich sind. Ein empirischer Entgeltkatalog, der sich als Grundlage für die Leistungsvereinbarung und einen Leistungsvergleich eignen soll, muss künftig auch den qualitativ unterschiedlichen Behandlungsaufwand für verschiedene Patientengruppen adäquat abbilden.

Der Entgeltkatalog sollte deshalb so weiterentwickelt werden, dass er nicht nur Relativgewichte für kosten- und aufwandshomogene Patientengruppen abbildet, sondern auch das dahinterliegende Leistungsgeschehen. So lässt sich ausreichende Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser herstellen und ein Vergleich der Leistungen in Verbindung mit der realisierten Personalausstattung verschiedener Krankenhäuser untereinander wird möglich. Die hierfür erforderlichen Daten des OPS liegen

dem InEK bereits jetzt weitgehend vor. Der OPS müsste aber in Bezug auf die Leistungen, die bspw. über die Therapieeinheiten erfasst werden, systematisch überprüft und neu konzipiert werden. Insbesondere auch zur Erfassung der relevanten Leistungen der Pflege müssten bessere Leistungsbeschreibungen entwickelt werden, da nur ein Teil der Leistungen dieser Berufsgruppe über die Therapieeinheiten abgebildet werden kann.

Eine Weiterentwicklung des Entgeltkatalogs unter dem Gesichtspunkt der Bildung leistungshomogener, d. h. in Bezug auf die wesentlichen Leistungen vergleichbarer Patientengruppen ist auch notwendig, um zukünftig einen Bezug zu den Mindestvorgaben für die Personalausstattung herstellen zu können. Aus „leistungshomogenen“ Patientengruppen lässt sich ableiten, welche Personalausstattung eine Klinik benötigt, um diese Leistungen zu erbringen, und ein Vergleich zu den Mindestvorgaben für die Personalausstattung herstellen.

Ein Entgeltkatalog, der die Leistungen bei verschiedenen Patientengruppen adäquat abbildet, setzt einen OPS voraus, der das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen hinreichend aussagekräftig beschreibt. Ein neu konzipierter OPS ist die Voraussetzung dafür, dass auf der Basis von Routinedaten im Rahmen der Qualitätssicherung beurteilt werden kann, inwieweit das Ziel der Beförderung einer leitlinienorientierten Versorgung in den Einrichtungen durch die Mindestvorgaben für die Personalausstattung erreicht wird. Die BPTK hält es deshalb für notwendig, eine systematische Überprüfung und Neukonzeption des OPS gesetzlich zu verankern (siehe Vorschlag zu § 301 SGB V) und den Auftrag des InEK um die Bildung „leistungshomogener“, d. h. bezüglich der Leistungen vergleichbarer Patientengruppen zu erweitern.

Artikel 2 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5

5. § 4 wird wie folgt gefasst:

§ 4 Leistungsbezogener Vergleich

(1) Der leistungsbezogene Vergleich bildet die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. In den leistungsbezogenen Vergleich sind insbesondere die der letzten Budgetvereinbarung jeweils zugrunde gelegten Leistungen, leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die vereinbarten Entgelte, die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen sowie die Leistungen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden, einzubeziehen. **Ein Bezug zwischen der personellen Ausstattung und den erbrachten Leistungen ist dabei herzustellen.** Die Krankenhausleistungen und deren Vergütungen sind dabei grundsätzlich bundes- und landesweit zu vergleichen.

Begründung:

Durch den Krankenhausvergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Ein Krankenhausvergleich kann den vorgesehenen Zweck nur erfüllen, wenn ein Bezug zwischen Personalausstattung und realisierten Leistungen hergestellt wird. Es reicht deshalb nicht aus, in den Krankenhausvergleich lediglich das Ergebnis des Stellennachweises gemäß § 18 Absatz 2 einzubeziehen, sondern es muss transparent werden, mit welcher Personalausstattung ein Krankenhaus welche Leistungen realisiert.

Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 9

9. § 9 wird wie folgt geändert

aa)

(...)

cc) Folgende Nummern werden angefügt

~~„7. bis jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März 2017, Benennung von Diagnose- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als nicht erforderlich erwiesen haben,~~

„7. bis zum 31. März 2017 insbesondere die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Übermittlung der Daten;

8. (...)

Begründung:

Die BPTK hält eine systemische Überprüfung und Neukonzeption des OPS für die Leistungsdokumentation in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für erforderlich. Allerdings mit einer grundsätzlich anderen Zielrichtung.

Der OPS wurde für die Rahmenbedingungen eines Preissystems mit dem Ziel entwickelt, insbesondere die Leistungen abzubilden, die besonders aufwendig und damit als „Markerkodes“ zur Bildung aufwands- und kostenhomogener Patientengruppen geeignet sind. Unter den neuen Rahmenbedingungen eines Budgetsystems und der Einführung von verbindlichen und überprüfbaren Mindestvorgaben für die Personalausstattung muss der OPS einen anderen Zweck erfüllen. Zum einen muss er geeignet sein, in Bezug auf die Leistungen vergleichbare Patientengruppen zu beschreiben, die im Entgeltkatalog abgebildet werden. Zum anderen muss er im Rahmen der Qualitätssicherung eine Beurteilung ermöglichen, inwieweit mit der Umsetzung der Personalvorgaben in den Einrichtungen eine leitlinienorientierte Versorgung befördert wird. Anstatt jährlich einzelne Schlüssel zu streichen, ist der OPS deshalb gemäß dem Grund-

satz „so dokumentationsarm wie möglich, aber so aussagekräftig wie nötig“ systematisch zu überprüfen und neu zu konzipieren. Ein entsprechender gesetzlicher Auftrag sollte deshalb in § 301 SGB V aufgenommen werden. Der OPS muss so konzipiert werden, dass er geeignet ist, kosten- und leistungshomogene Patientengruppen zu beschreiben sowie im Rahmen der Qualitätssicherung genutzt zu werden.

Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 14

14. § 18 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) In Absatz 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „**2019**“ ersetzt, werden die Wörter „zum 31. Dezember“ durch die Wörter „**in Vollkräften**“ ersetzt und werden folgende Sätze angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für die Maßnahmen nach Satz 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach Satz 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen **und Behandlungsbereichen**, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3 zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes; erstmals zum 1. August 2017 sind die Angaben für das Jahr 2016 zu übermitteln.“

Begründung:

Die Einführung einer Nachweispflicht des Krankenhauses gegenüber den Vertragsparteien, inwieweit die Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-

PV) und ab dem Jahr 2020 die Mindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Personalausstattung eingehalten werden, findet die ausdrückliche Zustimmung der BPTK.

Aus der Gesetzesformulierung und der Begründung geht aus Sicht der BPTK jedoch nicht eindeutig hervor, wie differenziert dieser Nachweis ausgestaltet werden muss, bzw. inwieweit die Krankenhäuser verpflichtet sind, auch nachzuweisen, in welchen Behandlungsbereichen das Personal eingesetzt wird. Ein differenzierter Nachweis hierüber ist jedoch notwendig, um die Strukturqualität in den Einrichtungen und die Umsetzung in ein entsprechendes Behandlungsangebot wirklich beurteilen zu können. Nur so können Verschiebungen des Personals innerhalb des Regelungsbereichs der Personalvorgaben, z. B. von der Akutstation in die Tagesklinik als auch in Bereiche, die nicht dem Regelungsbereich unterliegen, wie z. B. in die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), sichtbar werden. Dass Personalverschiebungen innerhalb der Einrichtung ein durchaus relevantes Problem darstellen, zeigen die Ergebnisse der jährlichen Überprüfung der Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen. Insbesondere in den Behandlungsbereichen, in denen die am wenigsten beschwerdefähigen Patienten behandelt wurden, wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie und den Akutstationen, wurden die Personalvorgaben zugunsten anderer Behandlungsbereiche am deutlichsten unterschritten.

Ein ausreichend differenzierter Nachweis der Umsetzung der Personalvorgaben ist auch notwendig, um zukünftig möglichst auf der Basis von Routinedaten mehr Transparenz über die Einhaltung der Personalvorgaben für Patienten und Einweiser, z. B. im Rahmen der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser, herstellen zu können. Die Krankenhäuser sind bereits jetzt verpflichtet, in den Qualitätsberichten Angaben zur Anzahl der Vollkräfte in den verschiedenen Berufsgruppen zu machen. Wie eine Auswertung der Angaben zur Personalausstattung in den Qualitätsberichten von psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen durch die BPTK zeigt, ist die Aussagekraft dieser Angaben eher gering, da sich die Angaben auf das gesamte Krankenhaus beziehen und keine Rückschlüsse darauf zulassen, wieviel Personal de facto für die Versorgung auf den einzelnen Stationen zur Verfügung steht. Die für die Aus-

gestaltung der Qualitätsberichte zuständige Arbeitsgruppe beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat bereits beschlossen, die Vorgaben zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu überarbeiten und aussagekräftiger zu gestalten. Um den Aufwand für die Krankenhäuser zur Erstellung der Qualitätsberichte möglichst gering zu halten und um Doppelerhebungen zu vermeiden, wäre es sinnvoll, wenn die Krankenhäuser hier auf Routinedaten zurückgreifen könnten. Auch aus diesem Grund wäre eine differenzierte Ausgestaltung der Nachweisregelung zur Personalausstattung sinnvoll.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 1

Artikel 1 Ziffer 1c wird gestrichen

~~e) Die folgenden Sätze werden angefügt:~~

~~„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphase im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Dauer, Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“~~

Begründung:

Die BPTK hält die Einführung einer „stationsäquivalenten Behandlung“ in dieser Form für keine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots für schwer psychisch kranke Menschen bzw. für nicht geeignet, die für schwer psychisch kranke Menschen mit komplexem Leistungsbedarf bestehende Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schließen. Außerdem wäre eine Behandlung im häuslichen Umfeld, die hinsichtlich Dauer, Intensität, Dichte und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht, aus Sicht der BPTK zu vertretbaren Kosten im Vergleich zu ihrem Nutzen nicht umsetzbar. Vor allem sollte sich das Versorgungsangebot nicht auf eine aufsuchende Behandlung beschränken. Die BPTK schlägt stattdessen die Einführung einer ambulanten Komplexbehandlung bei drohender stationärer Behandlungsbedürftigkeit durch Psychiatrische Institutsambulanzen und Netze ambulanter Leistungserbringer vor (siehe Änderungsvorschlag der BPTK zu Artikel 4 Nummer 4 § 115 d).

Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 2

Artikel 4 Nummer 2 wird gestrichen, Artikel 4 Nummer 3 wird zu Artikel 4 Nummer 2.
~~In § 101 Absatz 1 Satz 10 wird vor dem Punkt ein Semikolon und werden die Wörter „für die Berücksichtigung der in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4 an den Landesausschuss“ eingefügt.~~

Begründung

Aus Sicht der BPtK ist es nicht sachgerecht, die in Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zukünftig in die Berechnung der Versorgungsgrade in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung einzubeziehen.

In den PIA werden Patienten behandelt, die per gesetzlicher Definition wegen Art und Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung ein solches krankenhauses Versorgungsangebot benötigen. Es richtet sich insbesondere an Patienten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. Die PIA sollen also Patienten versorgen, die nicht in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung behandelt werden können. Dementsprechend ist das Leistungsangebot der PIA auch als multiprofessionelle Komplexversorgung konzipiert, zu der insbesondere die Diagnostik, Psychopharmakologie, Psychoedukation sowie sozialtherapeutische und nachgehende Behandlungsangebote gehören. Richtlinienpsychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA soll gemäß § 5 der dreiseitigen Vereinbarung von GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu PIA nur ggf. zum Einsatz kommen und stellt demnach gerade keinen Leistungsschwerpunkt in PIA dar. Eine Anrechnung der in den PIA tätigen Psychotherapeuten und Ärzte auf den Versorgungsgrad ist nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 4

4. Nach § 115c wird folgender § 115d eingefügt:

„§ 115d

~~Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung~~ **Ambulante Komplexbehandlung psychisch kranker Menschen**

- (1) ~~Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung, sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung,~~ **Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 sowie Netzwerke ambulanter Leistungserbringer** können in medizinisch geeigneten Fällen in akuten Krankheitsphasen **bei drohender stationärer Behandlungsbedürftigkeit** bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung ~~anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung~~ **eine ambulante Komplexbehandlung, bei Bedarf auch im häuslichen Umfeld der Patienten, erbringen. Die Behandlung ist auf die Patienten auszurichten, die wegen Art und Schwere ihrer Erkrankung diese Art von Behandlung benötigen.** Der Krankenhausträger **bzw. das Netzwerk ambulanter Leistungserbringer** stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine **ambulante Komplexbehandlung** ~~stationsäquivalente Behandlung~~ bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere, wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann die PIA an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der **ambulanten Komplexbehandlung** ~~stationsäquivalenten Behandlung~~ ~~berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung~~ beauftragen. **Satz 3 gilt entsprechend für Netzwerke ambulanter Leistungserbringer.**
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft **und die vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren** bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zu

1. **der Definition der Gruppe von Patienten, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung eine ambulante Komplexbehandlung benötigen,**
2. den Anforderungen an die Dokumentation, ~~dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,~~
3. den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung,
4. den Anforderungen an die Beauftragung von an der Komplexbehandlung teilnehmenden Leistungserbringern, ~~oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,~~
5. Grundsätzen für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der ~~stationsäquivalenten~~ **ambulanten Komplexbehandlung** (§ 109 Absatz 1 Satz 6).

Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den **Vertretern der maßgeblichen Leistungserbringer, d. h. Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer und Verbänden der psychiatrischen Krankenpflege** ~~medizinischen Fachgesellschaften~~ die erforderlichen Leistungen für die **ambulante Komplexbehandlung** ~~stationsäquivalenten Behandlung~~ zu vereinbaren.

- (3) **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankengesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren eine bundesweit einheitliche Pauschale für die ambulante Komplexbehandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 und Netzwerke ambulanter Leistungserbringer.**

Begründung:

Die BPTK hält die Einführung eines Versorgungsangebots für sinnvoll, das die bestehende Lücke zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung schließt und es ermöglicht, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Leistungsbedarf in akuten Krankheitsphasen und Krisen bei drohender stationärer Behandlungsbedürftigkeit ambulant ausreichend intensiv zu behandeln und damit

eine stationäre Aufnahme zu vermeiden. Derzeit fehlen in der Regelversorgung Angebote, die den Behandlungsbedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen im Rahmen der ambulanten Versorgung abdecken können. Es handelt sich dabei gemäß der Definition einer „severe mental illness“ der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“¹ vornehmlich um Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, schweren affektiven Störungen sowie schweren Persönlichkeits-, Angst- oder Zwangsstörungen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen.

Für diese Patientengruppe bleibt aufgrund des komplexen Leistungsbedarfs in akuten Krankheitsphasen oder Krisen als einzige Alternative häufig nur eine stationäre Einweisung, obwohl diese aus medizinischer Sicht (noch) nicht erforderlich wäre, da bspw. keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Benötigt werden deshalb komplexe ambulante Versorgungsangebote, bei denen die verschiedenen Leistungserbringer – Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und psychiatrische Krankenpflege – im Team eine miteinander abgestimmte Behandlung übernehmen. Die einzelnen Leistungen gehören zwar bereits zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es fehlen jedoch ambulante Versorgungsstrukturen, in denen diese Leistungen als koordinierte Behandlung „aus einer Hand“ angeboten und vergütet werden. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen schließen zwar teilweise diese Lücke und bieten Komplexleistungen mit einem multiprofessionellen Team an, zu dem Fachärzte, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und (psychiatrische) Pflegekräfte gehören. Aufgrund der zum Teil geringen Vergütungspauschalen ist es jedoch vielen PIA nicht möglich, ein ausreichend komplexes ambulantes Versorgungsangebot vorzuhalten.

Die Einführung einer sogenannten „stationsäquivalenten“ Behandlung durch das Krankenhaus ist aus Sicht der BPTK in sich widersprüchlich und in dieser Form nicht geeignet, das bestehende Versorgungsproblem zu lösen bzw. das existierende Versorgungsangebot sinnvoll zu ergänzen. Nach dem Gesetzestext und der Begründung soll

¹ S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2013, Springer Verlag.

die stationsäquivalente Behandlung dann erfolgen, wenn die Indikation für eine stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung vorliegt, und so heißt es in der Begründung: „wenn die Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht, eine stationäre Aufnahme aber nicht erforderlich ist“. Es erscheint in sich widersprüchlich, dass einerseits eine akute Erkrankung vorliegen muss, die stationär behandelt werden muss, und gleichzeitig eine stationäre Aufnahme nicht notwendig ist. Zudem heißt es in § 39 Absatz 1d, dass die Behandlung hinsichtlich ihrer Dauer, Intensität und Dichte sowie ihrer Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen soll. Auch diese Vorgabe ist aus Sicht der BPTK in sich nicht schlüssig. Es ist nicht vorstellbar, dass ein Krankenhaus – zu vertretbaren Kosten im Vergleich zum erwartbaren Nutzen – Visiten mit dem gesamten Behandlungsteam im häuslichen Umfeld des Patienten durchführen kann, tägliche Kontakte mit dem behandelnden Arzt zu Hause beim Patienten erfolgen sowie Psychotherapie oder bspw. Ergotherapie zu Hause beim Patienten durchgeführt werden. Weder die Konzentration des Versorgungsangebots auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit noch auf eine Behandlung im häuslichen Umfeld bzw. auf aufsuchende Hilfen scheint sinnvoll. Zwar kann eine aufsuchende Behandlung einzelner Leistungserbringer aus dem Behandlungsteam in bestimmten Fällen temporär sinnvoll sein, sie sollte jedoch nicht die Kernleistung eines komplexen ambulanten Versorgungsangebots darstellen, sondern dieses nur ergänzen, ggf. auch, um den Patienten zu unterstützen, das komplexe ambulante Versorgungsangebot selbstständig aufsuchen zu können. Auch unter dem Gesichtspunkt der Versorgungskontinuität erscheint eine Verortung der Behandlung in erster Linie beim Krankenhaus nicht sinnvoll. Versorgungskontinuität setzt in diesem Fall immer voraus, dass der Patient bereits im Krankenhaus behandelt wurde; nur so kann von Versorgungskontinuität durch das Krankenhaus in den ambulanten Bereich hinein gesprochen werden. Ziel sollte jedoch sein, stationäre Behandlungen – wenn möglich – zu vermeiden. Versorgungskontinuität sollte deshalb maßgeblich aus der Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. dem ambulanten Versorgungsbereich hergestellt werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK vor, mit § 115d statt einer „stationsäquivalenten Behandlung“ eine „ambulante Komplexbehandlung“ schwer psychisch kranker Menschen gemäß der Definition der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ einzuführen, welche bei dieser Patientengruppe, die in akuten Krankheitsphasen und Krisen

eine koordinierte und vernetzte Behandlung verschiedener Leistungserbringer erfordert, erbracht werden kann. Die Leistungserbringung soll bei Erfüllung der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Anforderungen an das erforderliche Personal, die notwendigen Einrichtungen und die Qualität der Leistungserbringung sowohl durch Psychiatrische Institutsambulanzen sowie durch Netze ambulanter Leistungserbringer erfolgen können. Damit bei Bedarf auch Versorgungskontinuität aus dem stationären Bereich gewahrt werden kann, bspw. bei der Überleitung eines stationär behandelten Patienten in die ambulante Komplexversorgung durch die PIA, sollte grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, dass die PIA Mitarbeiter aus der stationären Versorgung in die ambulante Komplexbehandlung einbeziehen können. Da es sich bei der ambulanten Komplexbehandlung um ein spezifisches Versorgungsangebot für eine bestimmte Patientengruppe handelt, sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene im Benehmen mit den relevanten Leistungserbringern die Indikationen für die ambulante Komplexbehandlung sowie die Leistungsinhalte definieren. Die Vergütung für die ambulante Komplexbehandlung soll bundesweit einheitlich zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden. Aufgrund der bundesweit uneinheitlichen Regelungen in Bezug auf Art und Höhe der Vergütung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen soll die Vergütung der ambulanten Komplexbehandlung unabhängig von den übrigen Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 12

§ 295 Absatz 1b Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen **inklusive der ambulanten Komplexbehandlung sowie der Psychosomatischen** Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der Bestimmungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b bis spätestens zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)] einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; für die

Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen Psychiatrischer **und Psychosomatischer** Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“

Begründung:

Die BPTK begrüßt die Einführung einer einheitlichen Leistungsdokumentation in den Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V und die damit einhergehende Herstellung von Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Ambulanzen. Dies sollte jedoch nicht nur für die Psychiatrischen Institutsambulanzen, sondern auch für die Psychosomatischen Institutsambulanzen gelten. Die BPTK geht davon aus, dass dies auch vom Gesetzgeber so intendiert ist und schlägt deshalb vor, die Psychosomatischen Institutsambulanzen redaktionell zu ergänzen. Bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen soll die Dokumentation zudem die neu einzuführende „ambulante Komplexbehandlung“ erfassen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 13

13. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 (...)

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

(...)

cc) In Nummer 6 werden nach dem Wort „im“ die Wörter „**oder vom**“ eingefügt.

b) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 und 5 angefügt

2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 7 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der

Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b und § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. **Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in einer Rechtsverordnung das Nähere zur Weiterentwicklung der Prozedureschlüssel nach Satz 1 für Krankenhäuser, die nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz abrechnen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Beurteilung der Leitlinienorientierung der Versorgung in den Einrichtungen.**

Begründung:

Eine systematische Überprüfung und Neukonzeption des OPS durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sollte durch gesetzliche Vorgaben sowie die Berufung eines zeitlich befristeten unabhängigen wissenschaftlichen Beirats – ähnlich dem wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – befördert werden. Das Nähere hierzu sollte das Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung festlegen. Eine systematische Überprüfung und Neukonzeption des OPS ist notwendig, um beurteilen zu können, inwieweit künftig die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung in den Einrichtungen zu einer leitlinienorientierten Versorgung beiträgt.

Die BPTK begrüßt ausdrücklich, dass der G-BA in § 136a Satz 1 (neu) mit der Festlegung von verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die eine leitlinienorientierte Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik ermöglichen, beauftragt wird. Entscheidend für die Versorgungsqualität in den Einrichtungen ist jedoch nicht nur, ob und inwieweit die Vorgaben zur Personalausstattung umgesetzt werden, sondern welche Leistungen mit dem vorhandenen Personal realisiert werden. Im Gesetzestext selbst und in der Begründung heißt es ausdrücklich, die Personalvorhaben sollen eine in den Leitlinien vorgesehene Behandlung fördern. Um beurteilen zu können, ob und wie häufig in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

mit den neuen Personalvorgaben eine leitlinienorientierte Behandlung realisiert werden kann bzw. realisiert wird, benötigt man Leistungsbeschreibungen, die geeignet sind, eine leitlinienorientierte Behandlung abzubilden, und im Rahmen der Qualitätssicherung genutzt werden können. Auch für diesen Zweck muss der Operationen- und Prozedurenschlüssel systematisch überprüft und neu konzipiert werden. Der OPS muss Leistungsbeschreibungen enthalten, mit denen inhaltlich aussagekräftig und trennscharf kodiert werden kann, welche Leistungen ein Patient mit einer bestimmten Diagnose während seines stationären Aufenthaltes erhält.

Die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ empfiehlt bspw. zur Behandlung von schweren depressiven Episoden eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie. Eine leitlinienorientierte Therapie von schweren Zwangsstörungen besteht aus störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich Exposition. Zudem gibt die S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ differenzierte Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie. Zur medikamentösen Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung einer Zwangsstörung wird dabei bei Bedarf eine Behandlung mit Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) empfohlen. Von einer medikamentösen Behandlung mit Benzodiazepinen wird jedoch ausdrücklich abgeraten.

Mit dem jetzigen OPS lassen sich diese Leistungen nicht bzw. nicht ausreichend trennscharf und differenziert abbilden. So beinhalten die von den ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen im OPS kodierbaren Therapieeinheiten sowohl psychotherapeutische Leistungen als auch Gespräche mit Richtern und Behördenvertretern. OPS-Schlüssel zur Kodierung der Psychopharmakotherapie existieren gar nicht. Zu prüfen wäre deshalb auch, ob der OPS um Codes für die Abbildung der Psychopharmakotherapie ergänzt werden sollte.