

## **Die Sonderrolle der universitären Psychiatrie und die Notwendigkeit einer Berücksichtigung bei der Finanzierung**

Der Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) umfasst grundsätzlich eine Abkehr vom bisher vorgesehenen Preissystem hin zu einem Budgetsystem, das eine Stärkung der Krankenhausleistungen vor Ort vorsieht. Diese grundsätzliche Richtungsänderung begrüßen die Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs e.V.) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) sehr.

Der Gesetzentwurf sieht für strukturelle Besonderheiten leistungsbezogene Entgelte vor, die krankenhausesindividuell vereinbart werden sollen. Die Vereinbarung dieser Entgelte ist an ein Anfrageverfahren ähnlich dem NUB-Verfahren aus dem DRG-Bereich geknüpft. Diese Umsetzung erscheint uns nicht zielführend. Strukturelle und regionale Besonderheiten in der Patientenversorgung sind durch besondere Vorhaltungen gekennzeichnet, die sich meist nicht eindeutig auf konkrete Leistungen herunter brechen bzw. diesen zuordnen lassen. Auf Grund der bekannten Schwierigkeiten bei der formalen Beschreibung der individuellen Strukturen und Konzepte ist es zweifelhaft, ob dem InEK auf Basis der vorzulegenden Informationen die geforderte Beurteilung möglich ist. Darüber hinaus ist das Anfrageverfahren kein Beitrag zur Reduktion des administrativen Aufwands.

Die Universitätsklinika und damit die entsprechenden Universitätspsychiatrien (sowie in Einzelfällen die kommunalen Träger der Universitätspsychiatrien), die oft auch die Abteilungen für universitäre Psychosomatik und Psychotherapie vorhalten, haben eine Sondersituation, die sie von anderen psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern unterscheidet.

Diese Sonderrolle der Universitätspsychiatrien für das Versorgungssystem bleiben bei der bisherigen Finanzierung und entsprechend dem Referentenentwurf weitgehend unberücksichtigt, obwohl sie in sehr breitem Konsens von den Fachgesellschaften und Verbänden der Plattform Entgelt in dem Schreiben an Herrn Bundesminister Gröhe vom 16. März 2016 ausdrücklich als Sonderrolle aufgegriffen wurde. Die entsprechenden Besonderheiten werden im Folgenden dargestellt.

### **Von der Forschung zur klinischen Umsetzung: Innovative Angebote und überregionale Versorgung**

Durch die enge Verknüpfung von Forschung und Patientenversorgung, dem Alleinstellungsmerkmal der Universitätsmedizin, werden Wissenschaftserkenntnisse aus spezifischen biologischen und psychotherapeutischen Verfahren in neue Therapieformen integriert. Diese

Translation ist gerade für die Versorgung von Patienten mit schweren und sog. therapieresistenten Erkrankungen unverzichtbar, wenn gängige Therapien in der nicht universitären Regelversorgung erfolglos bleiben. Universitätspsychiatrien verfügen damit vielfach über eine Patienten Klientel, die gemäß vorgegebenen Definitionen in der Regelversorgung als therapieresistent eingestuft werden und häufig von peripheren Versorgungseinrichtungen zuverlegt werden. Das Merkmal der Therapieresistenz in der Regelversorgung ist jedoch im Entgeltsystem kein Differenzierungsmerkmal und dort auch praktisch als Kostentrenner bzw. Entgeltkriterium überhaupt nicht operationalisierbar.

Die Verzahnung von Forschung und Krankenversorgung führt somit immer dann unmittelbar zu einem Mehrwert für die Krankenversorgung, wenn sich Erkenntnisse aus der Forschung in Behandlungsangeboten manifestieren, die an anderer Stelle gar nicht entwickelt und angeboten werden könnten. Der universitäre Kontext und die dort unausweichlich stattfindende Kuppelproduktion implizieren bei solchen neuen Therapieformen teils höhere Behandlungskosten, oft in Verbindung mit einem deutlich erhöhten patientenspezifischen Betreuungsaufwand, ohne dass diese Mehrkosten immer leistungsbezogen kalkulierbar wären. Gleichwohl dürfen diese Mehrkosten nicht alleine dem Forschungsbudget belastet werden, denn hier profitieren GKV-Versicherte unmittelbar von neuen Versorgungsangeboten.

### **Innovative Diagnostik und Therapie bei schwerst psychisch kranken Menschen**

Über die besonderen Angebote für Patienten mit therapieresistenten Erkrankungen hinaus sind Universitätspsychiatrien Vorreiter bei der Anwendung innovativer Behandlungsangebote psychopharmakologischer und nicht-pharmakologischer Therapien für schwerst psychisch kranke Menschen. Die in den universitären Kliniken vorgehaltenen innovativen hochfrequenten Psychotherapieverfahren, insbesondere auch bei der Behandlung schwerer chronischer depressiver Störungen (CBASP, IPT), schwerer Persönlichkeitsstörungen (Schematherapie) oder psychotischer Erkrankungen (Metakognitive Therapie, Kognitive Remediation), können bislang ihre Kosten nicht entsprechend abbilden (siehe die Artikelreihe in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“, z.B. Heft 5/2015 und 3/2016). Weder Therapiekonzepte noch Therapieeinheiten werden im PEPP-System bisheriger Prägung kostenseitig korrekt abgebildet. Für derartige Leistungen wären separate Entgelte über die bisherigen PEPP hinaus erforderlich, deren Kalkulation und Abrechnung jedoch auf zahlreiche methodische, anreiztechnische und abrechnungspraktische Probleme stößt.

Gleiches gilt für biologische Behandlungsangebote für die genannte große Gruppe sog. therapieresistenter Patienten wie die Elektrokonvulsionstherapie, i.v.-Ketamin-Therapie, tiefe Hirnstimulation, transkranielle Magnetstimulationstherapie oder transkranielle Gleichstromtherapie (tDCS). Diese finden ganz überwiegend im universitären Umfeld statt und sind be-

sonders kostenintensiv. Um diese Themen leistungsbezogen abzubilden, müsste das Dokumentations-, Kalkulations- und Abrechnungssystem weitaus kleinteiliger ausdifferenziert werden, als dies praktikabel und sinnvoll ist. Es spricht daher viel für eine leistungsunabhängige Berücksichtigung dieser besonderen Angebote über strukturelle Entgeltkomponenten.

### **Vorhaltekosten 24/7/365**

Die meisten Universitätsklinika übernehmen ebenfalls alle anfallenden Aufgaben in der regionalen Akutversorgung, was die gleichzeitige Vorhaltung von störungsspezifischer Hochleistungsmedizin wie auch aller personeller Notwendigkeiten für eine 24 Stunden präsente breite Versorgung voraussetzt. Dies beginnt bei einer regelhaft multidisziplinären Notaufnahme, die Vorhaltung aller (!) medizinischen Fachdisziplinen bis hin zu den Kosten in den psychiatrischen Fächern. Reine Versorgungspsychiatrien haben diese Vorhaltekosten in geringerem Maße. Der Gesetzgeber hat dies für die Somatik bereits erkannt und eine Reform der Finanzierung der Notfallvorhaltung grundsätzlich im KHSG angelegt. Zwar haben viele Versorgungskliniken dasselbe Problem, allerdings sind sektorenübergreifend notfallmässige Aufnahmen und Zuverlegungen bei Hochleistungsmedizin verlangenden Indikationen in die Universitätspsychiatrien sehr üblich.

### **Komorbidität führt zu Kosten für Interdisziplinarität**

Gerade auch in Fällen organischer psychischer Störungen wie beim Auftreten psychischer Syndrome als Folge organischer psychischer Störungen oder im Umfeld schwerer und schwerster somatischer Erkrankungen (delirante Syndrome, onkologische Erkrankungen, Langzeit-Intensivbehandlungen) ist die Verknüpfung von kostenintensiver bildgebender Diagnostik, genetischen Untersuchungen und insbesondere die wiederholte konsiliarische Einbeziehung von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen von großer Bedeutung. Nur die interdisziplinäre Vernetzung von Universitätspsychiatrien und eine hierdurch sichergestellte breite multidisziplinäre Expertise machen die Diagnostik und Behandlung besonders schwer erkrankter Patienten möglich. Beispielsweise häufen sich an Uniklinika Patienten mit „Doppeldiagnosen“, z.B. Patienten mit kardialen oder diabetischen Erkrankungen: Sie werden immer wieder auch in den Universitätspsychiatrien wegen führender psychiatrischer Probleme versorgt. Dabei ist die Behandlung der somatischen Erkrankungen mit ihren hohen Anforderungen und Aufwendungen sicherzustellen.

Neue Technologien wie strukturelle und funktionelle bildgebende Verfahren und neue genetische Erkenntnisse eröffnen bisher nicht vorhandene Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen. Aufgrund des hochleistungsmedizinischen Umfelds fallen besonders komplexe Liaison- und Konsiliarleistungen somatischer Disziplinen an, die

durch universitäre psychiatrische Einrichtungen sichergestellt werden. Eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit in einem universitären Umfeld ist dafür unerlässlich.

Zudem gewinnt aufgrund aktueller Forschungsergebnisse in Teilgebieten eine interdisziplinäre Versorgung durch Psychiater, Internisten und Neurologen an Bedeutung. Dies kann naturgemäß nur an interdisziplinären Einrichtungen geschehen. Dies sind überwiegend die Universitätsklinika.

Dieses interdisziplinäre Zusammenspiel ist über Dokumentations- und Entgeltschlüssel faktisch nicht einmal näherungsweise leistungsbezogen abbildbar, hier handelt es sich um eine klassische Vorhalte-Thematik, die nur strukturbezogen greifbar ist.

### **Arzneimitteltherapiesicherheit**

Universitätspsychiatrien sind Taktgeber in Bezug auf eine patientenzentrierte Arzneimitteltherapiesicherheit. Damit wird eine optimale Organisation des Medikationsprozesses mit dem Ziel angestrebt, unerwünschte Arzneimittelereignisse insbesondere durch Medikationsfehler zu vermeiden und damit das Risiko für den Patienten bei einer Arzneimitteltherapie zu minimieren. Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM), d.h. eine Behandlungsoptimierung durch Quantifizierung von Medikamentenkonzentrationen im Blutserum und -plasma als Werkzeug einer individualisierten Psychopharmakotherapie, Auswertung und klinische Beurteilung erhobener Befunde, Auswirkungen auf individuelle Therapiestrategien, Einflussnahme auf problematische Arzneimittelinteraktionen, Sicherstellung von Arzneimittelsicherheit bei der Behandlung mit Psychopharmaka im Sinne eines hohen Qualitätsdenkens, findet derzeit umfassend nur im Umfeld universitärer psychiatrischer Einrichtungen mit den entsprechend schwer kranken Menschen und oftmals multimorbiden Patienten statt. Hier handelt es sich nicht um Forschung, sondern um unmittelbar versorgungsrelevante Qualitätssicherung, die über das gesamte Leistungsspektrum vorgehalten wird.

### **Ärztliche Fort- und Weiterbildung**

Universitätspsychiatrien bilden einen überproportionalen Anteil der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aus. Sie bilden Assistenten zu Fachärzten aus und Fachärzte wiederum werden spezialisiert und übernehmen dank ihrer universitären Ausbildung oftmals Leitungsfunktionen sowohl in universitären als auch in nicht universitären Einrichtungen. Durch den Charakter einer Ausbildungsstätte haben Universitätspsychiatrien typischerweise erhebliche Fluktuationen auf allen unterschiedlichen hierarchischen Ebenen, angefangen von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten über Fachärztinnen und Fachärzte ebenso wie auf der Ebene der Oberärztinnen und Oberärzte.

Die besondere Ausbildungsverpflichtung der Universitätsklinik erfordert einen besonders hohen personellen Aufwand in der Weiterbildung auf allen Ebenen. Psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Universitätskliniken verfügen meist über eigene Weiterbildungsprogramme und sind oftmals nicht in einem Weiterbildungsverbund tätig, weil es zahlreiche eigene Assistenten in der Weiterbildung gibt (zweifache Kostenbelastung: Arbeitszeitumwidmung durch Weiterbildung und Arbeitszeitverlust als Ausbildender).

**Empfehlung: Bei der Budgetfindung die universitäre Ortsebene konsequent stärken.**

**Die Verbände der universitären psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung empfehlen daher, in den Gesetzentwurf die besondere Rolle der universitären Psychiatrie bei multimorbiden, in der nicht universitären Regelversorgung sog. therapieresistenten, schwer erkrankten Menschen mit psychischen Störungen als strukturelle und regionale Krankenhausbesonderheiten schon im Gesetzestext zu berücksichtigen.**

Statt „Entgelte für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ müssen regionale und strukturelle Besonderheiten ein eigenständiger Tatbestand bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags sein. Als Orientierungspunkt für die Ortsebene sollten in den gesetzlichen Vorgaben dabei exemplarisch Kriterien wie

- überregionale thematische Spezialisierung mit als „therapieresistent“ von der nicht universitären Regelversorgung zugewiesenen Patienten,
- Versorgung von somatisch mit erkrankten Patienten (Komorbidität) und Anbindung an somatische Einrichtungen (Interdisziplinarität),
- innovative Diagnose- und Behandlungskonzepte,
- besondere Aufgaben in der Fort- und Weiterbildung genannt werden.

Bei der Ermittlung des Budgetanteils für strukturelle und regionale Besonderheiten orientieren sich die Vertragsparteien an Informationen aus dem Krankenhausvergleich, hier sollten die universitären Einrichtungen unmittelbar miteinander verglichen werden.

29. Juni 2016

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Aachen, 1. Vorsitzender LIPPs) und Ralf Heyder (Berlin, Generalsekretär VUD)