

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG): Regelungen betreffen auch Psychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

Für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Tätigkeit im Krankenhaus

Hans-Werner Stecker
April 2009

Die Bundesregierung hat am 24. September einen „Geszentwurf zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ beschlossen. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens gab es u. a. auch eine Stellungnahme der BPTK, die in die Beratung mit einging und zu dem Ergebnis führte, dass die BPTK künftig beratend an den Sitzungen zur Entwicklung eines neuen DRG-Systems teilnehmen kann, soweit Fragen der Psychotherapie oder Psychosomatik betroffen sind. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 24. 3. 2009 in Kraft getreten. Damit sind Neuregelungen verbunden, von denen auch die Tätigkeit der Psychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken betroffen sein wird. Bisher waren psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ausgenommen aus dem DRG-Fallpauschalensystem, zu dem die somatischen Krankenhäuser seit 2004 verpflichtet sind.

Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhäuser wird bisher auf der Grundlage der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) geregelt. Das Bundesgesundheitsministerium hatte im Juli 2005 die Aktion Psychisch Kranke beauftragt, eine Umfrage zum Stand der Realisierung der Psych-PV durchzuführen. Es wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die 2007 als Ergebnis einen Abschlussbericht vorlegte, in dem eine Novellierung der Psych-PV gefordert wurde. Darin wurden u. a. folgende Punkte hervorgehoben (die teilweise von Psychotherapeuten sehr kritisch zu sehen sind, hier aber nur zitiert und nicht kommentiert werden sollen):

- seit 1996 hat sich eine Steigerung der Personalkosten um 25 % ergeben. Dem steht eine Steigerung der Einnahmen von nur 12% gegenüber. Dies geht auf Kosten der Stellen und führt dazu, dass der in der Psych-PV vorgesehene Personalschlüssel nicht eingehalten werden kann.
- Es gibt neue rechtliche und fachliche Anforderungen, die in der PsychPV noch nicht berücksichtigt worden sind. Hier werden u. a. genannt:
 - Weiterbildung zum Facharzt: neue Weiterbildungsordnung seit 1995 mit gestiegenen Anforderungen, u. a. Psychotherapie-Weiterbildung innerhalb der Dienstzeit
 - Medizinischer Fortschritt: störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren, Psychoedukation, gestiegene diagnostische Standards auch für psychologische Diagnostik
 - Fachanleitung für Praktikanten aller Berufsgruppen u. a. durch Umsetzung des obligaten Psychiatriepraktikums nach PsychTh-APrV für Psychologische Psychotherapeuten und KJPsychTh-APrV für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- deutlich erhöhter Aufwand für administrative Aufgaben und Dokumentation, der bei gleich bleibender Personalbemessung zu einer Reduktion patientenbezogener Tätigkeiten führt
- Verkürzung der Verweildauern führt zu einer Reduktion der Arzt-Patienten-Kontakte und zu einer Zunahme von Wiederaufnahmen (Drehtür-Psychiatrie) und damit langfristig zu einer Kostensteigerung

Zusammenfassend kommt der Bericht zu dem Ergebnis, dass eine kritische Untergrenze der Psych-PV Auslastung existiert, ab der die Behandlungskosten durch Drehtüreffekte wieder steigen, Störungen chronifizieren und gesundheitsökonomisch höhere Folgekosten entstehen. Dies führte zur politischen Forderung, die Psych-PV auch weiterhin als Grundlage der Finanzierung psychiatrischer Krankenhäuser zu erhalten, sie jedoch an die genannten Erfordernisse anzupassen.

Dieser politischen Forderung hat die Bundesregierung nur teilweise entsprochen. Es soll zwar bei einer grundsätzlichen Trennung zwischen „DRG-Krankenhäusern“ (die somatischen Allgemein- und Akutkrankenhäuser) und den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Einrichtungen bleiben. Die bisherige Bundespflegesatzverordnung und die damit verbundene Budgetierung der psychiatrischen Krankenhäuser auf der Grundlage der Psych-PV sollen künftig aber entfallen. Nur die in § 4 bzw. 8 der Psych-PV definierten Behandlungsbereiche bleiben erhalten. Sie sollen zur Klassifizierung der Patienten herangezogen werden, um damit den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden. Für diese Behandlungsbereiche soll nach diesem Gesetzentwurf ab dem Jahr 2013 bundeseinheitlich ein pauschalierendes tagesbezogenes Entgeltsystem eingeführt werden, das an den Regelungen zum DRG-Entgeltsystem der Somatik mit seinem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) anlehnt. Mit der Entwicklung dieses Entgeltsystems soll das DRG-Institut (siehe <http://www.g-drg.de>) beauftragt werden, das auch für die Weiterentwicklung der OPS zuständig ist.

Bis zum Jahresende 2009 sollen Grundstrukturen des Vergütungssystems vereinbart werden. Bis zum 30. September 2012 sollen die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen festgelegt sein, damit das Vergütungssystem erstmals im Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt werden kann.

Hier sei kurz skizziert, was das KHRG für stationär tätige Psychotherapeuten und ihre Arbeit bedeuten könnte bzw. welche Chancen und Risiken sich zum jetzigen Zeitpunkt abzeichnen.

Psychotherapie als wesentliche Behandlung

Seit 2004 wird in der Somatik der OPS eingesetzt, um alle medizinischen Prozeduren im Krankenhaus zu verschlüsseln und entsprechend diesem Schlüssel zu vergüten (siehe <http://www.dimdi.de>). Darin gibt es im Kapitel 9 „ergänzende Maßnahmen“ zu der eigentlichen somatischen Behandlung, die in der Vergütung zu einem entsprechenden Aufschlag führen. Hier findet sich bereits eine umfangreiche Aufschlüsselung „Psycho-sozialer, psychosomatischer, neuropsychologischer und psychotherapeutischer Therapie“ in der detailliert aufgelistet ist, wer was machen darf, damit es finanziert wird. So wird z.B. eine „Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung“ definiert als „Behandlung

unter Leitung eines Facharztes, eines Psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten auf einer somatischen Station“. Dies ist ähnlich zu sehen wie die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL), in denen die Tätigkeitsmerkmale von Psychotherapeuten bereits detailliert beschrieben sind. Bei der Entwicklung eines Entgeltsystems für die Psychiatrie und die Psychosomatik sollten Psychotherapeuten ihrer Profession als Heilberuf entsprechend den Fachärzten gleich gestellt sein.

Von besonderer Bedeutung ist dabei die Notwendigkeit einer Umkehrung des OPS: In der Somatik mag es richtig sein, Psychotherapie als eine „ergänzende Maßnahme“ zu betrachten, in der Neurologie ist dies zumindest fragwürdig, in der Behandlung psychischer Störungen jedoch vielfach falsch. In der Psychiatrie und der Psychosomatik ist Psychotherapie keine „ergänzende Maßnahme“, sondern gehört die zu den hauptsächlich „Prozeduren“ im Sinne der DRG und kann alleine eine Krankenhausbehandlung rechtfertigen. Dies ist zu berücksichtigen, wenn bei der Ausarbeitung des neuen Entgeltsystems der Behandlungsaufwand für einzelne Patientengruppen erfasst werden soll.

Der VPP setzt sich dafür ein, dass die Leistungen für Psychotherapie in dem neuen Vergütungssystem angemessen berücksichtigt werden. Und genau dafür ist es wichtig, „stationäre Psychotherapie“ zu beschreiben und heraus zu stellen, welche Rahmenbedingungen und welcher Behandlungsaufwand dafür erforderlich sind.

Ein Beispiel für Fehlentwicklungen: Vereinzelt werden in DRG-Kliniken „Prozeduren“ wie „Gruppentherapie“ verordnet, weil sie zusätzliche Einnahmen versprechen. Dabei tritt eher in den Hintergrund, ob diese Maßnahme dem Patienten etwas bringt. Patienten werden eher zufällig zusammen gewürfelt, von blind bis schwerhörig oder kognitiv beeinträchtigt, von 18 bis 80 mit unterschiedlichen Diagnosen. So kann schwerlich ein Gruppenkonzept entwickelt werden, das für den einzelnen Patienten förderlich ist. Darüber hinaus nehmen viele Patienten wegen der Verkürzung der Verweildauern nur an zwei oder drei Gruppensitzungen teil. Das ist kaum noch Psychotherapie. Sie erfordert auf den einzelnen Patienten bezogen u.a. eine klare Zielsetzung und einen definierten zeitlichen Rahmen.

Psychotherapie als „Sonderdienst“?

Die Bewertung von Psychotherapie als einer „hauptsächlichen Prozedur“ im Krankenhaus hat auch strukturelle Konsequenzen für die Zuordnung der Psychotherapeuten in einen „ärztlichen und psychotherapeutischen Dienst“ und eine klare Unterscheidung zu den Therapeuten, die ergänzende Maßnahmen anbieten, die keine Approbation erfordern. In einigen neurologischen und psychiatrischen Kliniken werden Psychologische Psychotherapeuten wie Diplompsychologen und die weiteren therapeutischen Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Musiktherapeuten, usw.) als „psychosozialer Dienst“ zu den „Sonderdiensten“ gezählt und bilden eine gesonderte Abteilung, die z. B. auch unter der Leitung eines Ergotherapeuten stehen kann. Deshalb ist darauf zu achten, dass die Approbation ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal bleibt bzw. wird und eine Zuordnung zu einem ärztlichen und psychotherapeutischen

Dienst sowie eine Gleichstellung mit den Fachärzten der jeweiligen Abteilung erfolgt, wie es z.B. im Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) definiert ist.

VPP-Eckpunkte zur Psychotherapie im Krankenhaus

Vielmehr impliziert eine Definition von „Psychotherapie im Krankenhaus“ mindestens folgende Überlegungen:

1. Eine Diskussion der „Psychotherapie im Krankenhaus“ geht nicht ohne eine Positionierung zu der Frage der Ausrichtung oder Konzeption des Krankenhauses z.B. als „Sozialpsychiatrie“ mit ihren Implikationen. Die Versorgungssituation in der Psychiatrie ist deutlich eine andere als die in psychosomatischen Kliniken, denen ein eher psychotherapeutisches Verständnis zugrunde liegt und die keinen ordnungspolitischen Versorgungsauftrag erfüllen müssen, indem sie gerichtlich untergebrachte Patienten behandeln. Entscheidend sind dabei die Vorstellungen des jeweiligen Abteilungsarztes, wie er seine Patienten behandeln und die Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften umsetzen will. In den Versorgungsleitlinien Depression konnten sich die Psychotherapeuten relativ gut positionieren und Psychotherapie in der Behandlung der Depression einfordern. Dies sollte auch auf andere Störungsbilder übertragbar sein. Die Abteilungsärzte sind dafür verantwortlich, die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit diese Leitlinien umgesetzt werden und stationäre Psychotherapie stattfinden kann. Wir sollten dafür sorgen, dass sie dies tun (können).
2. „Psychotherapie im Krankenhaus“ wurde in der Rechtsprechung bis 2005 als Rehabilitation angesehen und nicht von den Kassen als Krankenhausleistung finanziert. Seit 2005 sind hier durch Urteile des Bundessozialgerichts Türen geöffnet. Psychotherapeuten sollten dies weiter nutzen, um das Konzept stationäre Psychotherapie als komplexes Behandlungsangebot zu verdeutlichen und ihre Rolle in dieser Behandlung herauszustellen.
3. „Psychotherapie im Krankenhaus“ lässt sich in unterschiedlichen Settings darstellen. So kann sie verstanden werden als „Stationäre Psychotherapie“: ein „komplexes Behandlungsangebot auf einer Station unter Einbeziehung des multiprofessionellen Teams“. Diese Definition lässt sich abgrenzen gegenüber einer quasi „ambulanten Psychotherapie im stationären Rahmen“, die in einem therapeutischen Zentrum oder im Zimmer des Therapeuten einer Klinik stattfindet als „ergänzende Behandlung“ zu dem, was auf der Station erfolgt.
Stationäre Psychotherapie ist ein sehr schwieriges Unterfangen, das an die Quadratur des Kreises erinnert. Dies betrifft insbesondere das Autonomiebestreben der unterschiedlichen Professionen in Zusammenhang mit den rechtlichen Grundlagen z.B. der Krankenhausstruktur. Psychotherapeuten (wie auch Ärzte) sind in ihrer Ausbildung in der Regel nicht darauf vorbereitet, die Behandlungsführung in einem multiprofessionellen Team zu übernehmen. Es ist zu fordern, dass die Psychotherapieausbildung sich auch an die Erfordernisse stationärer Psychotherapie anpasst und dass Leitlinien für die Tätigkeit von Psychotherapeuten in Krankenhäusern formuliert werden, ähnlich wie es die Krankenpflege für ihren Bereich bereits vorliegen hat. Es

wäre wünschenswert, die jetzigen rechtlichen Rahmenbedingungen voll auszuschöpfen und sie dort zu verändern, wo sie die Kompetenzen der Psychotherapeuten einschränken.

4. Und „Psychotherapie im Krankenhaus“ bedeutet gegenwärtig, dass Psychotherapeuten in Ausbildung ihr Praktisches Jahr in Kliniken überwiegend zum Nulltarif ableisten. Das gefährdet nicht nur die Psychotherapeuten in Ausbildung, sondern die gesamte Profession und ihre Bedeutung, ihren Stellenwert innerhalb der Psychiatrie. Dies ist nicht länger hinzunehmen.

Um das Anliegen der stationär tätigen Kollegen so gut wie möglich vertreten zu können, sei an dieser Stelle dazu aufgerufen, dem VPP im BDP über Berufserfahrungen von Psychologischen Psychotherapeuten / PiA in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu berichten bzw. Stellung zu nehmen zu o.g. Überlegungen. Die Redaktion freut sich auch über entsprechende Leserbriefe unter post@hwstecker.de

Hans-Werner Stecker
Mitglied im Bundesvorstand des VPP im BDP