

Prof. Dr. med. Robert Bering
Alexianer Krefeld GmbH
Dießemer Bruch 81
47805 Krefeld
Tel.: 02151 334-7200
Fax: 02151 334-7882

22.09.2020

Diskussionspapier des Ausschusses

Psychische Beeinträchtigungen der DVfR

3. Dialogforum Vergütungs- und Zeitzuschläge bei besonderem Behandlungsbedarf am 23.09.2020

Die jetzigen Vergütungsansätze in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie berücksichtigen zu wenig oder gar nicht die Schwere der Erkrankung und der Krankheitsfolgen. Dies hat zur Folge, dass die Zugänglichkeit zu Behandlungsressourcen oft umso mehr erschwert ist, je schwerer ausgeprägt die Erkrankung bzw. die Krankheitsfolgen sind. Aus Sicht der Leistungserbringer ist es im pauschalisierten Vergütungssystem weniger lukrativ, schwere und komplexe psychische Störungen zu behandeln oder sie medizinisch zu rehabilitieren. Das gilt ebenso, wenn neben dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf weitere Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe bestehen und bzw. oder sonstige Hilfen erforderlich sind, ohne die eine fachgerechte Behandlung oder Rehabilitation nicht möglich ist.

Ansatz der DVfR

Zum 3. Psychiatrie Dialogforum möchten wir aus Sicht der DVfR (Ausschuss psychische Beeinträchtigungen) einen Beitrag leisten, damit Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit besonderem Behandlungs- und Teilhabebedarf zukünftig angemessen vergütet werden.

Hierbei befinden wir uns in einem Dilemma: Das Dialogforum bietet lediglich die Möglichkeit, aus Sicht des SGB V Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen beizusteuern. Hierdurch rückt die Krankenbehandlung in den Mittelpunkt und die medizinische Rehabilitation

ist nur soweit eingeschlossen, wie die GKV Träger der medizinischen Rehabilitation ist. Das greift zu kurz, denn die GKV ist nur selten zuständiger Rehabilitationsträger und das auch nur für die medizinische Rehabilitation, nicht aber für andere Teilhabeleistungen.

Unser Anliegen ist es, die Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und Krankheitsfolgen sowie die Prinzipien der sektorenübergreifenden Versorgung für alle Leistungsträger und Leistungserbringer zu formulieren und konsequente Umsetzung im Sinne der Patienten resp. Rehabilitanden zu fordern.

Der gemeinsame rechtliche Bezugspunkt für die Bewältigung der Krankheitsfolgen liegt – auch für die GKV - im Rehabilitations- und Teilhaberecht (Teil 1 SGB IX) einschließlich aller Neuregelungen, die durch das BTHG angestoßen wurden (insbesondere die Eingliederungshilfe, jetzt Teil 2 im SGB IX). Wir verweisen auf den gesetzlichen Auftrag einer sektorenübergreifenden Versorgung für schwer psychisch Kranke.

Folgen wir dieser Logik, so kann eine umfassende Verbesserung der Versorgung nur in Verbindung von Krankenbehandlung mit der Rehabilitation der Krankheitsfolgen gedacht werden. Das SGB IX hat für alle Rehabilitationsträger Gültigkeit. Die Klassifikation psychischer Störungen muss bei dieser Patientengruppe immer in Verbindung mit der Klassifikation der Krankheitsfolgen erfolgen. Damit sind Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der bestehenden Kontextfaktoren gemeint. Das gültige Klassifikationsmodell ist hierfür die ICF.

Lösungswege

Wir folgen dem Auftrag des Dialogforums, die Perspektive des SGB V einzunehmen, weisen jedoch darauf hin, dass aus Sicht der DVfR Bedarfe nur in Verbindung mit der Bewertung von Krankheitsfolgen gesehen werden können. Wir beantworten die vom Dialogforum formulierten Fragen, indem wir systematisch darauf eingehen, welche Verbesserung in der stationären und ambulanten Krankenbehandlung sowie in der medizinischen Rehabilitation - soweit die GKV Leistungsträger ist - notwendig sind. Wir sprechen von Schnittstellen, wenn die Überleitung von stationärer und ambulanter Versorgung gemeint ist. Unter sektorenübergreifender Versorgung verstehen wir, wenn die Überleitung von kurativ zur rehabilitativ zum Ausdruck gebracht werden soll. Letztere ist in der Regel mit einem Trägerwechsel verbunden.

Wir achten in unserem Papier besonders auf die Teilpopulation, für die neben der Leistungsträgerschaft für die Behandlung der Erkrankung auch die medizinische Rehabilitation von der GKV getragen wird. Es handelt sich hierbei typischerweise um Versicherte, die entweder berentet sind oder noch nicht hinreichend am Arbeitsleben teilgenommen haben oder die nie zu dieser Gruppe der Gesellschaft gehören werden. Hierzu gehören junge Erwachsene, ältere Menschen und Menschen mit sehr schweren Behinderungen.

Ad Frage 1:

Gesetzliche Verankerung von personenzentrierten Vergütungs- und Zeitzuschlägen bei besonderem Behandlungsbedarf

Bevor wir uns mit der Frage auseinandersetzen, ob personenzentrierte Vergütungs- und Zeitzuschläge bei besonderem Behandlungsbedarf spezifischer Zielgruppen erforderlich sind, müssen wir konstatieren, dass die gültigen diagnostischen Manuale keine zufriedenstellende Reliabilität für psychiatrische Diagnosen und deren Schweregrad bieten. Neben dem Problem psychische Störungen reliabel zu klassifizieren, ist die ICD nicht darauf ausgerichtet, Krankheitsfolgen zu beschreiben. Die Beschreibung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe unter den Bedingungen verschiedener Kontextfaktoren ist für das Krankheitsfolgemodell der ICF zentral.

Der besondere Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf ist im Wesentlichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen Krankheit und Krankheitsfolgen zu beurteilen. Für diesen Ansatz sehen wir in der psychiatrischen Regelversorgung immer noch, trotz der wichtigen Fortschritte, die zum Beispiel sozialpsychiatrische Ansätze erzielt haben, weiteren Verbesserungsbedarf. Wir fordern, dass der Gesetzgeber die konsequente Umsetzung bereits bestehender gesetzlicher Bestimmungen, die auf die Bedarfsfeststellung von Krankheitsfolgen ausgerichtet ist, angemessen honoriert (z. B. Bedarfsfeststellung von Teilhabebedarf im Entlassmanagement der Krankenbehandlung).

Welche spezifischen Zielgruppen adressieren wir?

Als Beitrag für das 3. Dialogforum entscheiden wir uns, zwei Zielgruppen besonders hervorzuheben, für die wir einen besonderen Behandlungsbedarf sehen, der personenzentrierte Vergütungs- und Zeitzuschläge erfordert:

- 1. Menschen mit psychischen Störungen und zusätzlicher Behinderung.**
- 2. Menschen mit psychischen Störungen, die aufgrund eines zusätzlichen somatischen Behandlungsbedarfs in somatischen Abteilungen behandelt werden.**

Unter der ersten Personengruppe verstehen wir psychisch Kranke mit zusätzlichen Sinnes-, Körper-, und geistigen sowie komplexen Behinderungen. Der personenzierte Vergütungsbedarf in dieser Betroffenenengruppe ist von den Assistenzleistungen zu unterscheiden. Wir differenzieren den Mehraufwand der Behandlung (Untersuchungen, Gespräche usw.) von der Assistenzleistung, die für behinderte Menschen erforderlich sind. Diese Leistungen werden durch die Eingliederungshilfe finanziert. Wir verweisen auf den Konsultationsprozess des BMAS, der sich mit der Frage beschäftigt, wie Assistenz im Krankenhaus umgesetzt werden soll.

Aus Sicht der DVfR ist der erhöhte Behandlungs- und Rehabilitationsaufwand von Menschen mit komplexen Behinderungen im Vergütungssystem zu berücksichtigen. Hierbei denken wir an Behinderungen der Sinne (Hören, Sehen usw.), Behinderungen der Sensomotorik sowie der Intelligenz aber auch gleichzeitiges Vorliegen von geistiger und seelischer Behinderung.

Sinnes-, Körper- und geistige Behinderungen ziehen oft primär oder sekundär psychische Störungen nach sich. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir, personenzentrierte Vergütungs- und Zeitzuschläge im Rahmen der Krankenbehandlung (stationär, teilstationär, stationsäquivalente Behandlung) und Rehabilitation zu implementieren, die diese Zielgruppe betreffen. Es stellen sich hier z.B. besondere Bedarfe der Notwendigkeit von z.B. geistigen und komplexen Behinderungen, die derzeit nicht ausreichend im Vergütungssystem der stationären Krankenbehandlung abgebildet sind. Das gilt besonders für angepasste psychotherapeutische Leistungen.

Der Mehrbedarf bei komplexen Bewegungs- und geistigen Störungen hat zur Folge, dass diese Zielgruppe nach Möglichkeit oft zu früh und nicht ausreichend behandelt nach stationären Kriseninterventionen bei psychischen Dekompensationen in die zuständigen Heime und Versorgungsinstitutionen rückverlegt werden. Eine gezielte Behandlungs- und Teilhabeplanung scheitert oft daran, dass keine einzelfallbezogene Koordination möglich ist und Spezialwissen (vgl. Frage 3) entweder nicht verfügbar oder durch unzureichende Finanzierung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Umgang mit geistigen Behinderungen, Fachwissen bei Körperbehinderungen, gestützte Kommunikation) nicht gegeben ist.

Darüber hinaus sehen wir einen gezielten Verbesserungsbedarf für **Betroffene mit psychischen Störungen**, die aufgrund eines **somatischen Behandlungsbedarf in somatischen Abteilungen behandelt werden**. Hierzu zählen z.B. somatisch dekompenzierte Essstörungen (Anorexia nervosa), Zustände nach schweren Suizidversuchen mit somatischen Folgen oder Syndrome mit deliranten Zuständen. Wir plädieren für eine Stärkung der Komplexbehandlung über eine angemessene Vergütung der Behandlung durch mehrere Fachabteilungen - nämlich Somatik und Psychiatrie bzw. Psychosomatik.

Für die **ambulante Versorgung** können wir uns auf folgende Gesetzesinitiative berufen: Die Ermächtigung für Medizinische Versorgungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) war 2015 durch eine Regelung in § 119c des SGB V eingeführt worden. Die Behandlung sei auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können. Es bleibt abzuwarten, ob die Etablierung der Zentren die Versorgungslücke schließen kann. Darüber hinaus kann die Behandlung auch durch Psychiatrische Institutsambulanzen erfolgen, wobei auch hier die Vergütung einer bedarfsgerechten Behandlung derzeit teilweise Grenzen setzt.

Die Gruppe der behinderten Menschen hat wegen fehlender Erwerbsfähigkeit oft nur einen Leistungsanspruch über die Gesetzliche Krankenversicherung als zuständigem Rehabilitationsträger. In der **medizinischen Rehabilitation** ist diese Gruppe behinderter Menschen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation über die Rentenversicherung oft zurückgestellt, weil der Primärauftrag der beruflichen Teilhabe oft nicht erfüllt werden kann. Bedarfsgerechte Varianten der medizinischen Rehabilitation für diese Personengruppe vorzuhalten bzw. zu etablieren ist Aufgabe der Leistungsträger. Sie sind gefordert, mit dem Rehabilitationsträger, hier oft die GKV, Vergütungsvereinbarungen zu treffen, die den Mehraufwand für die Zielgruppe von Menschen mit schweren (kombinierten) Krankheitsbildern und Beeinträchtigungen abbilden.

Den erhöhten personenzentrierten Vergütungsbedarf sehen wir bei komplexen Behinderungen in der psychiatrischen stationären, teilstationären und ambulanten Krankenbehandlung (inkl. Psychosomatik). Gleichmaßen sehen wir personenzentrierten Vergütungsbedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Behinderungen, wenn sie primär somatisch behandelt werden müssen (Stichwort psychiatrische / psychosomatische Krankenbehandlung am somatischen Krankenbett). Die Anorexia nervosa, psychisch kranke Menschen mit somatischen Erkrankungen oder Menschen mit somatischen Schäden nach Suizidversuch in somatisch geprägten Abteilungen sind gute Beispiele.

Wie können Verbesserungen erzielt werden?

Die Berücksichtigung zusätzlicher Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe bei der Vergütung sollte im Gesetz aufgenommen werden. Hierbei sind die unterschiedlichen Vergütungssysteme in der Krankenbehandlung (DRG, PPP, GoÄ) sowie in der Rehabilitation zu berücksichtigen. Die gezielte Teilhabeplanung sollte sich in den Vergütungssystemen widerspiegeln. In der medizinischen Rehabilitation sollten die beschriebenen Zielgruppen gleichgestellt Zugang zu Rehabilitationsangeboten haben.

Ad Frage 2:

Notwendigkeit von einzelfallbezogener Koordination im Zugang bei spezifischen Zielgruppen (soziotherapeutische Leistungen bei besonderem Behandlungsbedarf und nicht nur bei komplexen Hilfebedarf)?

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben seit 1. Januar 2000 Anspruch auf **Ambulante Soziotherapie (AST)** nach § 37a SGB V. Ambulante Soziotherapie ist trotz des Namens keine eigentliche Therapie sondern Begleitung für schwer psychisch Kranke, die häufig nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen. Spezifische Zielgruppen mit besonderem Teilhabebedarf können schwer erfasst werden, weil sich die Indikation zur AST am bio-medizinischen Modell einiger ausgewählter psychiatrischer Diagnosen orientiert. Zum Beispiel sind eine Reihe von psychiatrischen Diagnosen, die einen erheblichen Teilhabebedarf begründen

können, ausgeschlossen [Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, (komplexe) Posttraumatische Belastungsstörungen usw.].

Der Ausschuss psychische Beeinträchtigungen der DVfR empfiehlt: Die Bedarfsfeststellung weniger an psychiatrischen Diagnosen, sondern wesentlich mehr an den Krankheitsfolgen auszurichten. Die Erfassung von "Fähigkeitsstörungen" durch die GAF erfüllt keineswegs die notwendige Anforderung, Beeinträchtigungen der Aktivität im Wechselwirkungsmodell der Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Werfen wir einen Blick in den Leistungskatalog der Soziotherapie so stellen wir fest, dass weder die Teilhabeplanung noch die Allokation von Leistungen der Rehabilitation zum Tätigkeitsfeld gehört. Somit stellen wir die These auf, dass für den Gesetzgeber Nachholbedarf besteht, die Soziotherapie an die bio-psycho-soziale Herangehensweise, unter Anwendung einer ICF orientierten Bedarfsfeststellung und Rehabilitationsplanung anzupassen. Nur so können insbesondere Schwerstbetroffene von der sektorenübergreifenden Fallsteuerung profitieren, die ihren Ausgangspunkt in der Krankenbehandlung der niedergelassen Haus- und Fachärzte hat. Mit diesem Ansatz wird man dem ursprünglichen Anliegen der Soziotherapie nach § 37a SGB V, stationäre Krankenbehandlung abzuwenden, expliziter gerecht.

Wie können Verbesserungen erzielt werden?

| |
|---|
| Soziotherapeutische Leistungen sollten auch darauf ausgerichtet sein, den Teilhabebedarf zu erkennen, um auf diesem Wege Leistungen der Rehabilitation zu bahnen. |
|---|

Ad Frage 3:

Sicherstellung von Spezialwissen in Bezug auf bestimmte Zielgruppen in der Region im Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf

Somatische Kliniken erhalten Zuschläge für besondere Behandlungsbedarfe (Hochaltrige, Zweitdiagnose aus Kap. F). Psychiatrische Kliniken erhalten umgekehrt keine wesentlichen Zuschläge bei somatischer Zweitdiagnose. Das wollen wir ändern.

Der Ausschuss möchte anregen, dass analog zu Sondervergütungsabsprachen in der somatischen Medizin Sondervereinbarungen getroffen werden, die sich auf den Einkauf von Spezialwissen von Dienstleistungen beziehen. Beispiele können Experten im Umgang mit geistigen Behinderungen, Gehörlosigkeit oder Mehrfachbehinderungen sein.

Analog ist es denkbar, dass insbesondere Krankenhäuser, die über **keine** komplexe Infrastruktur psychiatrisch geschulter Berufsgruppen verfügt (das ist die überwiegende Mehrzahl), einen Leistungseinkauf von spezialisiertem Personal durchführen kann, der im Vergütungssystem berücksichtigt wird. Während dieser Ansatz für die ärztliche Berufsgruppe auf eine etablierte Tradition blicken kann (z.B. Konsiliardienst), gibt es für andere Berufsgruppen des Gesundheitsmanagement (z.B. Teilhabemanager) keine Tradition.

Wie können Verbesserungen erzielt werden?

Spezialwissen z.B. im Umgang mit geistigen Behinderungen, Gehörlosigkeit, komplexe Mehrfachbehinderungen sollten während der Krankenbehandlung und Rehabilitation „eingekauft“ werden können. Das gilt insbesondere für Allgemeinkrankenhäuser, die keine Infrastruktur psychiatrischer Fachkräfte hat.

Prof. Dr. Robert Bering
Leiter des Arbeitsausschusses
Psychische Beeinträchtigungen der DVfR