

## **Gesundheits-Reform 2000 und die Psychiatrie**

### ***Kommen Fallpauschalen für die Klinikbehandlung? Soziotherapie als neue Leistung vorgesehen.***

Der am 23. Juni 1999 von SPD und Bündnis90/Die Grünen in den Bundestag eingebrachte Entwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (Bundestagsdrucksache 14/1245) enthält gegenüber dem Arbeitsentwurf des Gesundheitsministeriums (PSU 3/99, S. 4) auch Änderungen, die Strukturen der psychiatrischen Versorgung und Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen. Dies sind vor allem die geplante

- Neuregelung der Vergütung der Krankenhausbehandlung und
- Einführung von Soziotherapie als Leistung der Krankenversicherung.

Weitere Änderungsvorschläge – vor allem der zur Zulassung von Institutsambulanz an psychiatrischen Abteilungen – haben noch keinen Eingang in das Gesetzgebungsverfahren gefunden.

### **Vergütung der Krankenhausbehandlung**

Zur Neuregelung der Vergütung der Krankenhausbehandlung sah bereits der Referentenentwurf des Ministeriums eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor, wonach ein möglichst vollständiges Fallpauschalen-System eingeführt werden sollte. Dabei wurden allerdings die Versorgungsbereiche ausgenommen, bei denen durch eine Vergütung mit Fallpauschalen eine sachgerechte Versorgung der Patienten nicht gewährleistet werden kann, wobei als Beispiel ausdrücklich die Psychiatrie genannt wurde (§ 17 c KHG – AE). In dem in den Bundestag eingebrachten Gesetzentwurf ist diese Ausnahmeregelung nun nicht mehr enthalten. Vorgesehen ist jetzt die Einführung leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems, das die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (§ 17 c KHG RegE). An die Stelle der bisherigen Vergütung der Krankenhausbehandlung auf der Grundlage der Behandlungstage sieht das neue Vergütungssystem eine pauschale Vergütung des gesamten Behandlungszeitraums in der Klinik durch eine Pauschale vor.

Mit der Einführung dieses neuen Vergütungssystems würde die Bundespflegegesetzverordnung hinfällig, bei der auch im vorliegenden Entwurf in der Regelung zum Erlösbudget (§ 12) daran festgehalten wird, daß die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen anzuwenden sind.

### **Fallpauschalen in der Psychiatrie unsinnig**

Die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Psychiatrie ist aber fachlich unsinnig und hätte für die Betroffenen fatale Folgen.

Maßstab für die Dauer der Krankenhausbehandlung ist heute der im Einzelfall bestehende Behandlungsbedarf, wobei die Psychiatrie-Personalverordnung die Grundlage für eine differenzierte Personalbemessung für die verschiedenen Patientengruppen (Allgemeine Psychiatrie, Suchterkrankungen und Gerontopsychiatrie) und Behandlungsbereiche (u.a. Akutbehandlung, rehabilitati-

ve Behandlung) bildet. Hinter den Zahlen über die durchschnittliche Dauer der Krankenhausbehandlung verbirgt sich ein breites Spektrum von tatsächlichen Verweildauern (von wenigen Tagen bis zu etlichen Monaten). Nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnis ist es nicht möglich, z.B. auf der Grundlage von Diagnose und weiteren Sozialdaten (Alter, Geschlecht usw.) zuverlässige Kriterien für die Dauer einer im Einzelfall notwendigen psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu finden.

Die Einführung einer Fallpauschale würde dazu (ver-)führen, die Behandlungsdauer im Krankenhaus möglichst kurz zu halten: Finanziell belohnt würde eine Beschränkung der Akutbehandlung auf Symptomreduktion durch hochdosierte Medikation mit umgehender Entlassung.

In den USA wurden die 1984 eingeführten Fallpauschalen für die psychiatrische Krankenhausbehandlung 1988 wieder abgeschafft, weil sich dadurch nur die Drehtürpsychiatrie vermehrt hatte.

Eine Verminderung von Wiederaufnahmen und Überwindung der »Drehtürpsychiatrie« ist aber nur möglich, wenn die Patienten bei der Entlassung ausreichend stabilisiert und die Nachsorge – unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Angehörigen – sorgfältig angebahnt ist und

Es ist also dringend zu fordern, daß im weiteren Gesetzgebungsverfahren die psychiatrische Krankenhausbehandlung – wie im vorausgegangenen Referentenentwurf ursprünglich vorgesehen – von der Einführung von Fallpauschalen ausgenommen wird.

## **Soziotherapie**

Nachdem der Modellversuch der Krankenkassen zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker - bei dem es um die Erprobung von Soziotherapie ging (PSU 2/99, S. 14) – erfolgreich abgeschlossen wurde, war es schon fast verwunderlich, daß Soziotherapie noch nicht als »neue« Leistung im Entwurf des Gesundheitsministeriums enthalten war. Im Gesetzentwurf von SPD und Bündnis 90/Die Grünen wurde dies nachgeholt: Neu eingefügt wurden der

- § 37 a, der eine allgemeine Definition von Soziotherapie enthält und es dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zur Aufgabe macht, in Richtlinien die nähere Ausgestaltung dieser Leistung und der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme zu regeln;
- § 132 b mit Regelungen zur Zulassung von Leistungserbringern.

Diese vorgeschlagene Neuregelung einschließlich der Begründung ist nachstehend im Wortlaut dokumentiert:

### »§ 37 a Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, die ihnen auf Grund eines ärztlichen Behandlungsplans verordnet worden sind, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfaßt im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

*Begründung:*

*Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die an sich ein Anspruch besteht, selbständig in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu wiederkehrenden stationären Aufenthalten führen (sogenannter » f-fekt«). Um für die Patienten unnötige Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Kosten der stationären Aufenthalte zu vermeiden, wird für schwer psychisch Kranke die Leistung Soziotherapie als eine neue Betreuungsleistung zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung eingeführt. Der Anspruch auf Soziotherapie setzt einen vom Vertragsarzt unter Beteiligung des Leistungserbringers der Soziotherapie (vgl. § 132 b SGB V) und des Patienten erarbeiteten Behandlungsplan voraus, der verschiedene Behandlungselemente (z.B. Heilmittel, häusliche Krankenpflege etc.) zu einer Komplexleistung zusammenfaßt. Die einzelnen Behandlungselemente werden wie bisher nach den entsprechenden leistungsrechtlichen Vorschriften von den zuständigen Leistungsträgern erbracht. Der Anspruch auf Soziotherapie umfaßt die Koordination der im Rahmen des Behandlungsplans zur Verfügung gestellten Hilfsangebote sowie die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen mit dem Ziel der selbständigen Inanspruchnahme der Leistungen. Die Leistung ist zeitlich befristet auf maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren bei derselben Erkrankung.*

(2) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an den ärztlichen Behandlungsplan und an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.«

*Begründung:*

*Die Einzelheiten des Leistungsinhalts der Soziotherapie definiert der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien. Berechtigt zur Inanspruchnahme sind therapiefähige schwer psychisch Kranke. Die Indikationen, bei denen Soziotherapie zur Anwendung kommt, werden ebenfalls durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. Es handelt sich um keinen abschließenden Katalog, sondern um eine Aufzählung der Indikationen, bei denen Soziotherapie regelmäßig angewandt werden sollte. Die Richtlinien haben weiter Regelungen zu enthalten über die fachlichen Voraussetzungen an die zur Verordnung der Leistung berechtigten Ärzte, die notwendige fachliche Rückkoppelung zwischen Ärzten und den Leistungserbringern sowie die Anforderungen an den Behandlungsplan.*

§ 132 b Versorgung mit Soziotherapie

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 a Abs. 2 SGB V mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Ver-

*Die Vorschrift regelt die Leistungserbringung der neuen Leistung Soziotherapie. Die Krankenkassen oder die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene schließen Verträge mit geeigneten Leistungserbringern. Dabei sind die Vorgaben der Richtlinien des Bundesausschusses nach § 37 a SGB V zu berücksichtigen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind. Die Krankenkassen haben bei Vertragsschluß das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, d.h. regelmäßig ist mit dem preisgünstigsten Leistungsanbieter zu kontrahieren.*

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlung Leistungserbringer nach Absatz 1 ab.

*Begründung:*

*Das Verfahren gewährleistet bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer der Soziotherapie.«*

### **Soziotherapie – kostensenkend oder –treibend?**

Während die Begleitforschung zur Erprobung von Soziotherapie anhand von Fallbeispielen und Modellrechnungen zu dem Ergebnis gekommen ist, daß sich durch die ambulante Soziotherapie erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausbehandlungen ergeben, geht die AOK Baden-Württemberg nach einem Bericht im »Gelben Dienst« (Nr. Soziotherapie die Krankenkassen mehrere hundert Millionen Mark kosten wird. Allein für die AOK Baden-Württemberg müßte mit Ausgaben von 34 Millionen DM gerechnet werden. Mögliche Einsparungen im stationären Bereich bleiben dabei unerwähnt.

Es ist mithin davon auszugehen, daß es auch um diese Leistung noch ein heftiges Ringen geben wird. Anhaltspunkt für diese Einschätzung ist unter anderem, daß die AOK zwischenzeitlich in einem Schreiben an verschiedene Verbände – unter anderem an den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. – um Stellungnahme zur Soziotherapie gebeten hat, insbesondere zur Frage, ob diese Leistung wirklich notwendig ist und ob hiermit nicht »Doppelstrukturen« geschaffen und finanziert werden.

Diese Frage würde sich theoretisch erübrigen, denn in den im Abschlußbericht Soziotherapie« (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 115, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1999) formulierten »Kriterien und Leitlinien für eine sozialrechtliche Verankerung von ambulanter Soziotherapie« sowie den dargestellten Ergebnissen ist sie bereits hinreichend beantwortet worden.

Quelle: Psychosoziale Umschau 4/99

© Psychiatrie-Verlag