



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

G-BA: Verantwortung der Selbstverwaltung

Jahrestagung der APK: „Verantwortung
übernehmen – verlässliche Hilfen bei
psychischen Erkrankungen“

Kassel | 7. November 2016

Dr. Regina Klakow-Franck, M. A.

Unparteiisches Mitglied

Gliederung

I. Einleitung

II. Unterausschuss Qualitätssicherung

- QS-Verfahren
- Personalbemessung

III. Unterausschuss Psychotherapie

- Psychotherapie-RL

IV. Unterausschuss DMP

- DMP Depression

V. Unterausschuss ASV

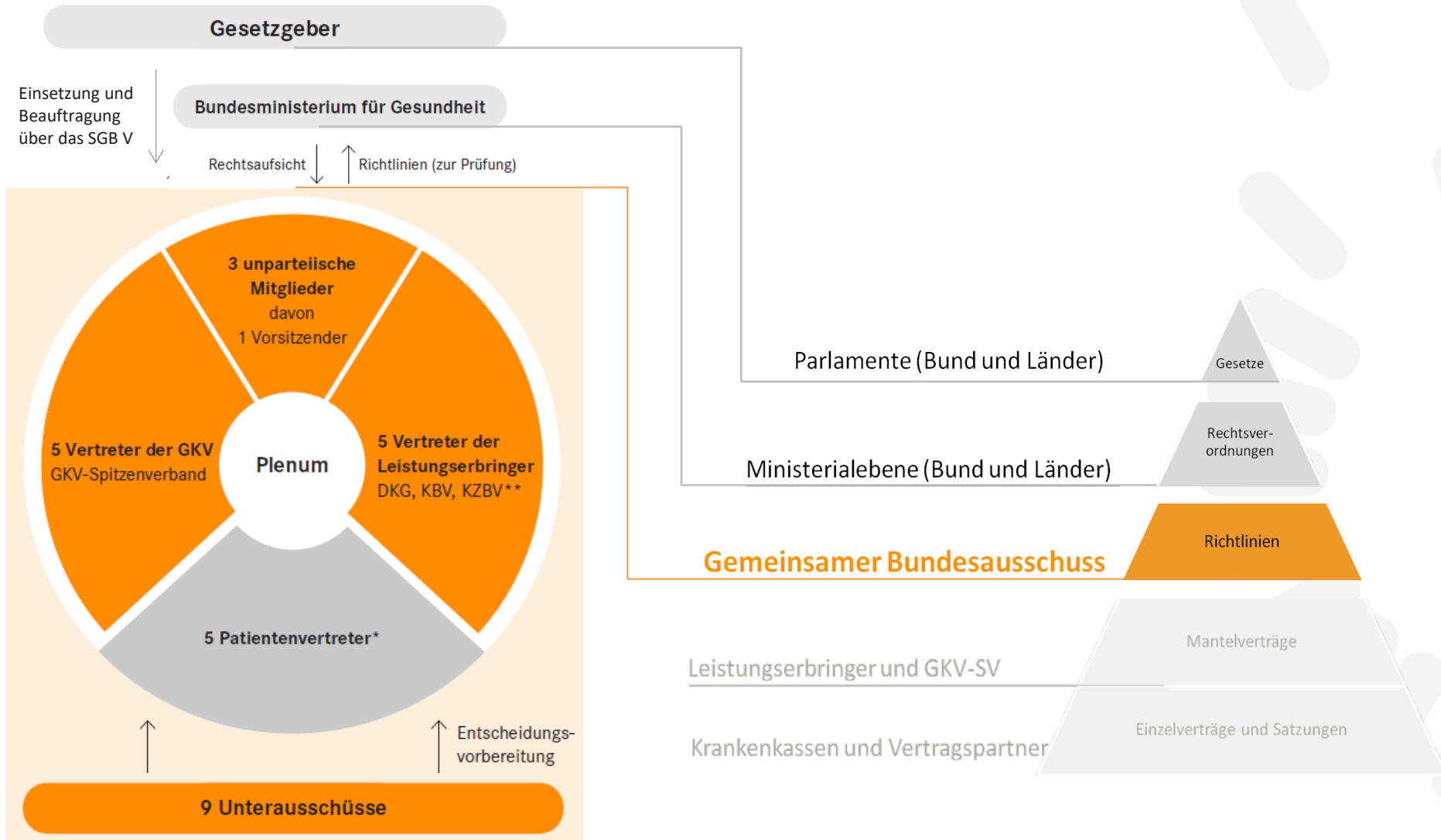
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

VI. Fazit



I. Einleitung

G-BA als untergesetzlicher Normgeber



I. Einleitung

Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 2 Leistungen

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. [...]

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

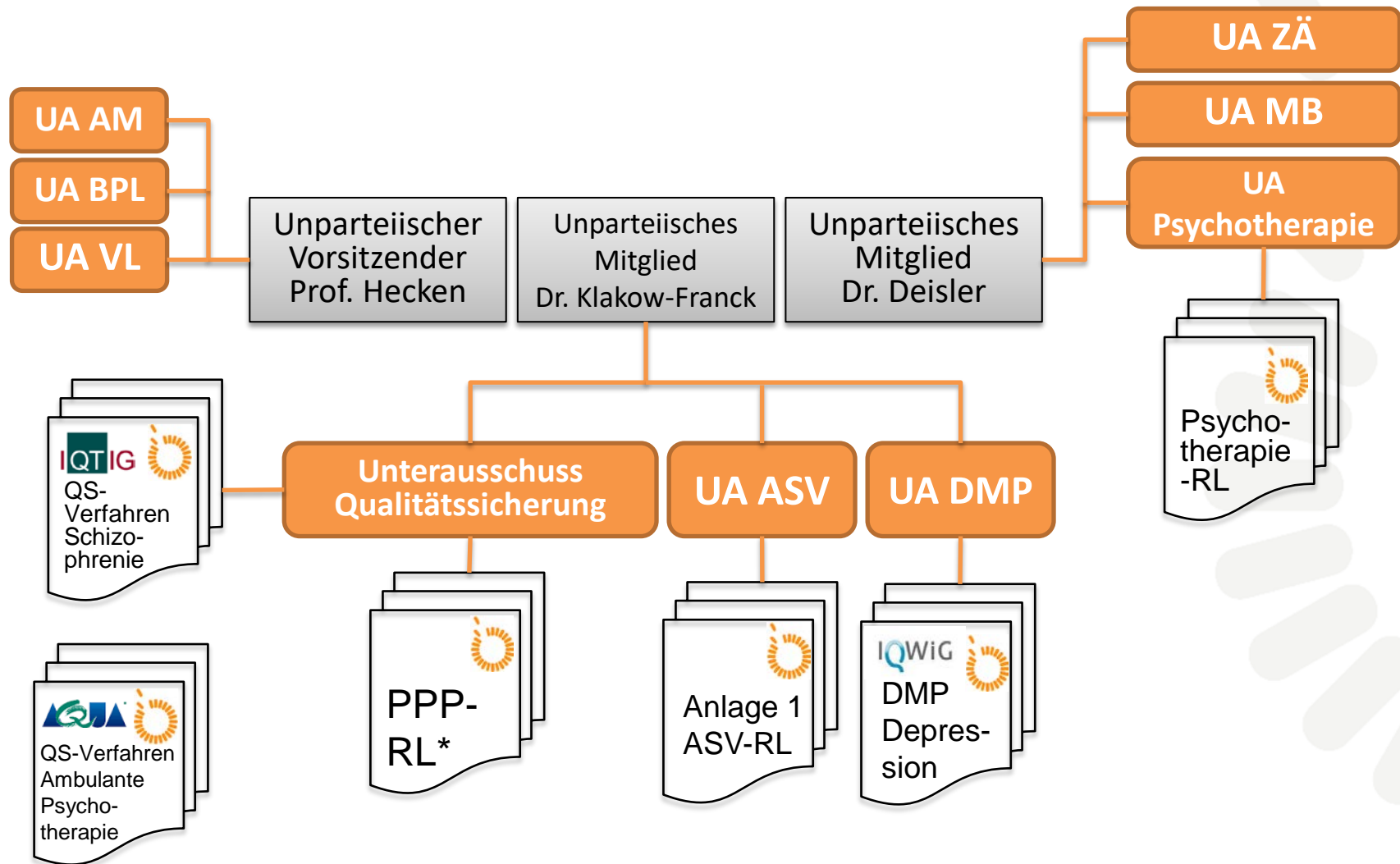
§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist **den besonderen Erfordernissen der Versorgung** behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und **psychisch Kranker Rechnung zu tragen**, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie [...]



I. Einleitung

G-BA: Psychotherapie in den Unterausschüssen (Beispiele)



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

Herausforderungen

- Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch bei psychischen Erkrankungen
- Aufrechterhaltung eines möglichst hohen psychosozialen Funktionsniveaus der psychisch Kranken und der individuellen Möglichkeiten, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen
- Zunehmende Anzahl und Diversität der an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Leistungserbringer und Sektoren
- Oftmals eingeschränkter Zugang zu ambulanter Psychotherapie



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

PsychEntgG 2012

Gesetzlicher Auftrag (§ 137 Abs. 1c SGB V)	Umsetzung durch G-BA	Sachstand
G-BA soll Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beschließen	QS-Verfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung	<ul style="list-style-type: none">• Abschlussbericht (Konzeptskizze) des AQUA-Instituts abgenommen (12/2015)• Nächster Schritt: Beauftragung des IQTIG mit weiterer Bearbeitung (?/2017)
	QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“	<ul style="list-style-type: none">• Abschlussbericht des AQUA-Instituts abgenommen (01/2016)• Beauftragung IQTIG mit Aktualisierung und Erweiterung (06/2016)• Zwischenbericht (05/2017), Abschlussbericht (12/2018)
G-BA soll insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal beschließen	Richtlinien zur Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (PPP-RL)	<ul style="list-style-type: none">• Beratungen in AG (seit 03/2014)• Konkretisierung des Auftrags (Mindestvorgaben) durch PsychVVG 2016



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

QS-Verfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung

Potenziale für Qualitätssicherung und –verbesserung (Beispiele)	Beispielhafte Qualitätsindikatoren (Leitlinien)
<p><u>Eingangsdiagnostik:</u> Validierte psychometrische Messinstrumente werden hier nicht ausreichend eingesetzt. Von vermehrtem Einsatz wäre präzisere Diagnose und infolgedessen ein präziseres Ausrichten der Therapie zu erwarten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● SCHIZOPHRENIE, QI 12: Diagnostik/standardisierte Erfassung der Psychopathologie (DGPPN-Qualitätsindikatoren) ● Z: % der Patienten, bei denen eine sorgfältige Untersuchung möglicher komorbider psychischer Störungen dokumentiert ist; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen)
<p><u>Erarbeitung individueller Therapieziele:</u> Therapieziele bilden Basis für Inhalte der Psychotherapie und sind Referenz zum Überprüfen des Therapieerfolgs. Dokumentieren von Therapiezielen im Rahmen eines QS-Verfahrens würde zumindest Grundstein für Bewertung der Therapie als Ganzes im Rahmen der Ergebnisqualität legen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● The Medicare Health Outcomes Survey: percentage of members whose health status was "better than expected," "the same as expected" or "worse than expected" at the end of a two-year period (NQMC) ● The number of people who are moving to recovery as a proportion of those who have completed a course of psychological treatment; Library Reference Number/Identifier: MH12 (NHS – The Information Centre)
<p><u>Kooperation:</u> Austausch von Psychotherapeuten mit mitbehandelnden Ärzten wie Nervenärzten und Hausärzten erfolgt zu wenig. Bessere Kooperation könnte zu einer effizienteren Gestaltung des Versorgungsablaufs beitragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Adult depression in primary care: percentage of patients with major depression or persistent depressive disorder whose primary care records show documentation of any communication between the primary care clinician and the mental health care clinician (NQMC) ● Patients' experiences: percentage of adult patients who reported how often their provider paid attention to care from other providers (NQMC)

Quelle: AQUA (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (Konzeptskizze). Göttingen.

II. Unterausschuss Qualitätssicherung

QS-Verfahren für die Versorgung von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Potenziale für Qualitätssicherung und –verbesserung (Beispiele)	Beispielhafte Qualitätsindikatoren (AQUA-Indikatorenset 1.1)
<u>Pharmakotherapie:</u> Ein Fünftel der Patienten mit F2-Diagnose in ambulanter Behandlung erhalten mehr als ein Antipsychotikum (einschließlich Clozapin) gleichzeitig. Bei einem Viertel der Patienten mit F2-Diagnose wird die maximal vierwöchige Behandlungsdauer mit Benzodiazepin überschritten	<ul style="list-style-type: none"> ● Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (Indikator-ID 19) ● Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Indikator-ID 20b) ● Vermeiden von Benzodiazepinübersversorgung (Indikator-ID 21a)
<u>Psychotherapie:</u> Eingeschränkter Zugang zu ambulanter Psychotherapie für Patienten mit einer F2-Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> ● Anbieten von Psychotherapie – ambulant (Indikator-ID 67b)
<u>Somatische Versorgung:</u> Menschen mit Schizophrenie erkranken häufiger an Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen, Hypertonie, Adipositas, HIV-Infektionen, Hepatitis, Dyslipidämie, Nieren- und Lebererkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Dokumentation des Körpergewichts (Indikator-ID 22a) ● Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Indikator-ID 31a)
<u>Koordination, Kooperation und Kontinuität:</u> Ambulante psychiatrische Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose wird zwar von verschiedenen Leistungserbringern erbracht, aber oftmals nicht (wie empfohlen) von einem multiprofessionellen Team.	<ul style="list-style-type: none"> ● Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Indikator-ID 01e) ● Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (Indikator-ID 08c)
<u>Restriktive Maßnahmen:</u> Zwischen 5 und 20% der stationären Patienten mit F2-Diagnose sind von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen	<ul style="list-style-type: none"> ● Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall (Indikator-ID 39a) ● Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID 41a)

Quelle: AQUA (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Abschlussbericht). Göttingen.



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

Personalbemessung

Potenziale für Qualitätsverbesserungen im Hinblick auf:

- Leitlinien-gerechte Diagnostik und Therapie
- Durchführen von personalintensiven Maßnahmen (Zeit und Zuwendung für Patientengespräche)
- Überwachung von fremd- oder eigengefährdenden Patienten
- Vermeidung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen

Quelle: AQUA (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Abschlussbericht). Berlin .



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

Personalbemessung - PsychPV 1991 (1)

Zuordnung der Patienten zu verschiedenen Behandlungsbereichen (§ 4 PPV):

- nach Art und Schwere der Krankheit
- nach den Behandlungszielen und -mitteln

A	Allgemeine Psychiatrie	S	Abhängigkeitskranke	G	Gerontopsychiatrie
A1	Regelbehandlung	S1	Regelbehandlung	G1	Regelbehandlung
A2	Intensivbehandlung	S2	Intensivbehandlung	G2	Intensivbehandlung
A3	Rehabilitative Behandlung	S3	Rehabilitative Behandlung einschl. sog. Entwöhnung	G3	Rehabilitative Behandlung
A4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	S4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	G4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
A5	Psychotherapie	S5	Psychotherapie	G5	Psychotherapie
A6	Tagesklinische Behandlung	S6	Tagesklinische Behandlung	G6	Tagesklinische Behandlung



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

Personalbemessung - PsychPV 1991 (2)

- berufsgruppenspezifische Festlegung von Minutenwerten je Patient und Woche (§ 5 PPV)
- Festlegung durch Expertenkommission

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1.118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	198	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67
S1	226	557	43	72	35	109
S2	256	1.142	55	51	34	153
S3	82	242	110	156	46	175
S4	106	683	80	112	38	77
S5	131	199	100	101	31	48
S6	115	40	81	154	16	101
G1	183	992	26	102	35	75
G2	211	1.221	0	78	40	51
G3	84	518	66	85	42	79
G4	100	909	43	72	44	42
G5	119	241	81	76	31	13
G6	115	94	83	167	26	68



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

Personalbemessung - PPP-RL (1)

G-BA 2015:

- unzureichende Datenlage über IST-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
- sehr wenige Studien, die den Zusammenhang zwischen Qualität und Personalausstattung aufzeigen



PsychVVG 2016:

- Klarstellung, dass G-BA verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung mit Personal festlegen soll, anstelle der bisher vorgesehenen Empfehlungen
- Anspruch an die Evidenzbasierung bzw. Leitlinienorientierung bei der Festlegung von Qualitätsstandards bleibt bestehen
- bei Erarbeitung der Mindestvorgaben kann auch sonstige externe Expertise einbezogen werden



Leitlinien

- Anspruch an die Evidenzbasierung bzw. Leitlinienorientierung bei der Festlegung von Qualitätsstandards bleibt bestehen
- Mindestvorgaben haben die in den Leitlinien vorgesehene Behandlung zu fördern

Expertenworkshops

- Einbeziehung der besten verfügbaren anderweitigen Evidenz, „sonstiger externer Expertise“ bei Erarbeitung der Mindestvorgaben

PPP-RL

Empirische Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

- erstmalige, bundesweite Ermittlung bestehender Personalausstattungszahlen
- Orientierung und Referenzrahmen (keine Festlegung des „Ist“ als „Soll“)

Psych-PV

- zur Orientierung heranzuziehen
- Vorgaben müssen an aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung angepasst werden



II. Unterausschuss Qualitätssicherung

Personalbemessung - PPP-RL (2)

Leitlinien

- Anspruch an die Evidenzbasierung bzw. Leitlinienorientierung bei der Festlegung von Qualitätsstandards bleibt bestehen
- Mindestvorgaben haben die in den Leitlinien vorgesehene Behandlung zu fördern

Expertenworkshops

- Einbeziehung der besten verfügbaren anderweitigen Evidenz, „sonstiger externer Expertise“ bei Erarbeitung der Mindestvorgaben

Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Empirische Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

- erstmalige, bundesweite Ermittlung bestehender Personalausstattungszahlen
- Orientierung und Referenzrahmen (keine Festlegung des „Ist“ als „Soll“)

Psych-PV

- zur Orientierung heranzuziehen
- Vorgaben müssen an aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung angepasst werden

**Beschluss bis spätestens zum 30. September 2019
mit Wirkung zum 1. Januar 2020!**



III. Unterausschuss Psychotherapie

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie (1)

Auftrag an G-BA durch GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§ 92 Abs. 6a Satz 3 SGB V - neu) vom 16.06.2015:

- In der Psychotherapie-Richtlinie sollen bis zum 30.06.2016 Regelungen
 - zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden,
 - zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung,
 - zur Förderung von Gruppentherapien und
 - der Rezidivprophylaxe sowie
 - zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens beschlossen werden.

- Beschlussfassung im Plenum des G-BA am 16.06.2016 erfolgt
- Neue Richtlinie ist gültig ab 01.04.2017
- Änderungen aufgrund von Auflagen des BMG in Plenumsitzung am 24.11.2016



III. Unterausschuss Psychotherapie

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie (2)

Ausgewählte Neuerungen der Psychotherapie-RL:

- Psychotherapeutische Sprechstunde:
 - vor einer Behandlung verpflichtend
 - zeitnahe niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung,
 - Abklärung, ob Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen notwendig sind
 - Bei Verdacht auf seelische Krankheit findet orientierende diagnostische Abklärung und ggf. differentialdiagnostische Abklärung statt
- Psychotherapeutische Akutbehandlung:
 - zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierungen psychischer Symptomatik
 - kurzfristige Verbesserung der Symptomatik
- Rezidivprophylaxe:
 - weitere Behandlung nach Beendigung einer Langzeittherapie mit den innerhalb des bewilligten Kontingentsschritts verbliebenen Stunden („ausschleichenden Behandlung“)



IV. Unterausschuss DMP

Das neue DMP Depression

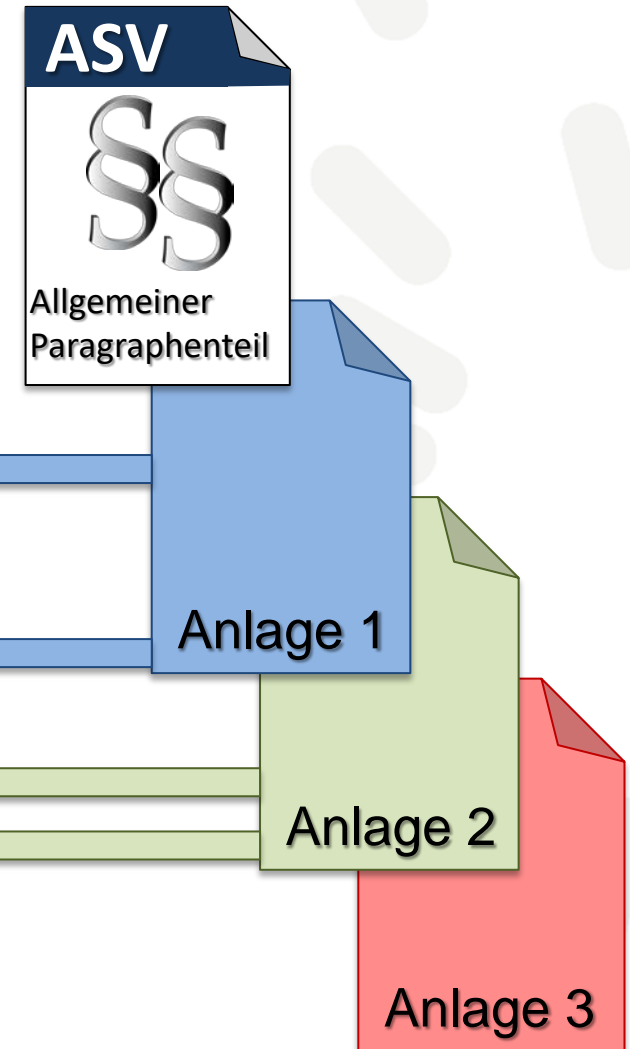
Auftrag an G-BA durch GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§ 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V - neu) vom 16.06.2015:

- bis zum 31.12.2016 sollen für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen entsprechende DMP-Richtlinien erlassen werden
 - Beauftragung IQWiG mit Leitlinienrecherche am 20.08.2015, Vorbericht des IQWiG am 19.10.2016 vorgelegt
 - 14 Leitlinien ausgewertet, jedoch nur 3 aus Deutschland, daher Übertragbarkeit fraglich
 - IQWiG empfiehlt zwischen uni- und bipolaren Krankheitsbildern zu unterscheiden und die Eingrenzung auf schwere Formen der Erkrankung
 - Beginn der Beratungen im G-BA Anfang 2017, nach Abgabe des finalen Berichts

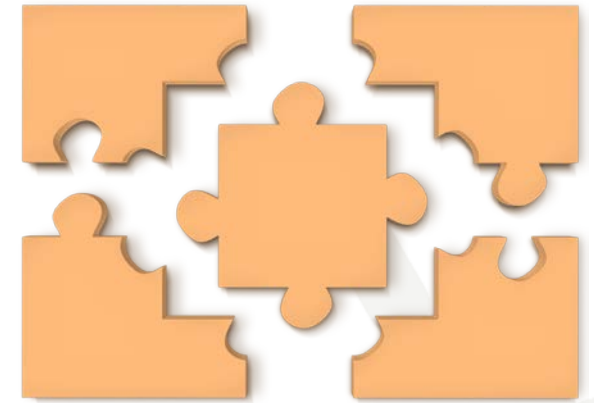
V. Unterausschuss ASV

Psychotherapeutischer Beratung und Betreuung

- Sektorenübergreifendes Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten mit bestimmten seltenen oder sehr komplexen Krankheiten
- Behandlung durch interdisziplinäre Teams
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung in Einzel-/Gruppentherapie sowie Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote (z.B. bei Krebsberatungsstellen) im Behandlungsumfang von
 - a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppen 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
 - a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppen 2: gynäkologische Tumoren
 - k) Marfan-Syndrom
 - l) pulmonale Hypertonie



VI. Fazit



- G-BA versucht in allen Gremien den besonderen Erfordernissen der Versorgung psychisch Kranker Rechnung zu tragen, z.B. durch
 - QS-Verfahren
 - Berücksichtigung bei der Ausgestaltung besonderer Versorgungsformen (bspw. ASV)
- Personalbemessung:
 - Konkretisierung des Auftrages und Fristverlängerung durch den Gesetzgeber waren notwendig
 - Zweigleisiges Verfahren (Breite Einbindung von Experten und empirische Studie)
- DMP Depression in Vorbereitung
- Überarbeitete PT-RL tritt im nächsten Jahr in Kraft, daran anschließend wird Beratung für ein QS-Verfahren erfolgen