

Stellungnahme
Nr. 6 / 14.03.2011

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Weiterentwicklung des Entgeltsystems

Mit dem § 17d im Krankenhausfinanzierungsgesetz hat der Gesetzgeber im Februar 2009 in einem ersten Schritt den gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung und Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierten Vergütungssystems für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie erteilt.

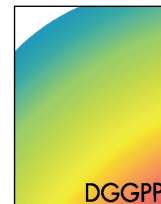
Die DGPPN und DGGPP begrüßen und unterstützen diese Entwicklung ausdrücklich. Die bisherige Vergütung im Rahmen der PsychiatriePersonalverordnung von 1991 (PsychPV) spiegelt nicht mehr den Fortschritt des Fachgebiets und dessen Umsetzung in den klinischen Alltag wieder. Eine Weiterentwicklung des bestehenden Entgeltsystems ist daher dringend geboten.

Angesichts der zahlreichen Stimmen zur Entwicklung eines neuen Entgeltsystems hat die DGPPN kürzlich die Vertreter aller beteiligten psychiatrisch-psychotherapeutischen Verbände (ACKPA, BDK, APK, DGKJP) zu einem intensiven Austausch geladen. Ziel war es, sich auf einen Grundkonsens für ein leistungsgerechtes Vergütungssystem zu verständigen. Ergebnis dieses Treffens war ein 12-Punkte-Papier, das die wichtigsten Forderungen für die zukünftige Versorgung psychisch Kranker enthält, welche als Maßstab für die Entwicklung eines neuen leistungsorientierten, sachgerechten Vergütungssystems der Krankenhausbehandlungen gelten sollten. Alle anwesenden Vertreter waren sich einig, dass sie hinter diese Forderungen nicht zurücktreten werden, auch wenn sie in einzelnen Punkten zum Entgeltsystem unterschiedliche Meinungen vertreten. Das Konsenspapier wird auf der DGPPN-Website und den Websites der einzelnen Verbände veröffentlicht und soll als Ausgangspunkt für den weiteren Dialog auch mit anderen Interessenvertretern zum Beispiel von Patienten und Angehörigen dienen.

Kliniken, Fachgesellschaften und Verbände haben sich in kurzer Zeit bemüht, sich an die Herausforderungen zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems anzupassen. Mit der Sorge um die Gefährdung einer qualitativvollen Behandlung von psychisch kranken Menschen in der Klinik wird die Kritik an der Sinnhaftigkeit einer Leistungsbeschreibung



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde



Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Vorstand DGPPN

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer.soc. Frank Schneider, Aachen

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Hauptgeschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nessler, Berlin

DGPPN-Hauptgeschäftsstelle

Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin

Tel.: 030/24047720, Fax: 030/24047722

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Vorstand DGGPP

Präsident

Prof. Dr. Hans Gutzmann, Berlin

Vizepräsident

PD Dr. Martin Haupt, Düsseldorf

Schatzmeister

Dr. Rainer Kortus, Winnenden

Schriftführer

Dr. Dirk K. Wolter, Wasserburg am Inn

Beisitzer

Dr. Lutz M. Drach, Schwerin

Beisitzer

Prof. Dr. Georg Adler, Mannheim

Beisitzer

PD Dr. Walter Hewer, Rottweil

Beisitzer

Dr. med. Beate Baumgarte, Gummersbach

Beisitzer

Dr. Jochen Tenter, Ravensburg

DGGPP-Geschäftsstelle

Postfach 1366, 51675 Wiehl

Tel.: 02262 797683, Fax: 02262 999916

E-Mail: GS@dggpp.de

mit der aktuellen Form der OPS laut. Auch sind bisher keine eindeutigen Patientenmerkmale oder Messinstrumente im Sinne von Scores definiert, die die sogenannte Residualgröße, die nicht dokumentiert wird, sinnvoll darstellen können. Die Fachgesellschaft weist daher auf der Grundlage des 12-Punkte-Papiers der Verbände gesondert auf folgende Punkte hin, die bei der Entwicklung eines leistungsgerechten Vergütungssystems berücksichtigt werden müssen.

1. Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland bewegt sich im Vergleich zu anderen, insbesondere europäischen Ländern, auf einem insgesamt qualitativ guten Niveau.

Die Behandlung der psychischen Erkrankungen in Deutschland befindet sich im Vergleich zu anderen, insbesondere europäischen, Ländern auf einem insgesamt guten Stand (Grunenberg 2005). Aufgrund einer zunehmenden Ambulantisierung und Verdichtung der Behandlung in den letzten 20 Jahren kam es zu einem Abbau der stationären Betten von 71.882 (1990) auf 53.789 (2009; Statistisches Bundesamt 2010b) von denen 25 – 30% wiederum in Tagesklinikplätze umgewandelt worden. Flächendeckend sind in dieser Zeit psychiatrische Institutsambulanzen für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen aufgebaut worden. Die stationäre Verweildauer ist seit Ende der 90er Jahre kontinuierlich gesunken und lag 2009 im Durchschnitt bei 23,0 Tagen. Es kam bereits im Rahmen der aktuellen Entgeltbedingungen durch diagnose- und verweildauerunabhängige Tagespflegesätze nicht zu einer Steigerung von Verweildauern und Betten sondern zu eindrucklichen Reduktionen. Dem gegenüber ist die Zahl der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsfälle in den letzten 20 Jahren um 150% gestiegen (Statistisches Bundesamt 2010b; Schneider et al. 2011). Die Integration einer alle Krankheitsbilder umfassenden störungsspezifischen Psychotherapie, wirkungsverbesserte, nebenwirkungsärmere Psychopharmaka, der Aufbau von mehreren tausend Tagesklinikplätzen, die flächendeckende Etablierung Evidenz basierter Therapiemethoden unterstreichen diesen Wandel der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Schneider et al. 2011).

2. Das aktuelle System zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland muss qualitativ weiterentwickelt, nicht jedoch grundsätzlich geändert werden.

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist nicht in erster Linie auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (Statistisches Bundesamt 2010a), sondern Ausdruck vieler Faktoren, wozu u.a. der medizinische Fortschritt, die demographische Entwicklung und u.a.m. gehören (von der Schulenburg, in Rebscher 2006). Dementsprechend muss das System zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland nicht grundsätzlich geändert, sondern effizient weiterentwickelt werden.

3. Es wird an einer Versorgungsstruktur mit ambulanten, teilstationären und stationären Elementen festgehalten. Dies beinhaltet eine Setting übergreifende Versorgung durch das Krankenhaus und integrierte Versorgungsangebote.

Psychische Krankheiten unterliegen bei jedem betroffenen Menschen einer Vielzahl biologischer, umweltbezogener und subjekt-biographischer Einflussfaktoren, deren Ausprägungen individuell sehr spezifisch sind. Dieser Individualität muss jede qualitätsorientierte Versorgung Rechnung tragen. Lebensqualität und Gesundheitsentwicklung des einzelnen Patienten/Patientin ist das entscheidende Kriterium für das Versorgungssystem (personalisierte Medizin). Dementsprechend muss das Versorgungsnetz so gestaltet sein, dass es sich flexibel dem Bedarf des einzelnen Patienten anpassen kann. Dementsprechend unterstützen die DGPPN und die DGGPP unabhängig

von dem Entwicklungsprozess für ein neues Entgeltsystem sektorübergreifende integrierte Versorgungsverträge einer, mehrerer oder aller Diagnosengruppen, die an Behandlungspfaden und evidenzbasierten Leitlinien ausgerichtet sind (DGPPN 2010a). Es gibt mittlerweile zahlreiche erfolgreiche Modellprojekte für IV-Versorgung, wie z.B. in Hamburg (UKE Hamburg) oder in Aachen, wo im Rahmen des Verbundprojektes „Seelische Gesundheit Aachen“ die erfolgreiche Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Behandler und die damit verbundene Verbesserung der Versorgungsqualität psychisch Kranker demonstriert werden konnte (DGPPN 2010b).

4. Ein neues Entgeltsystem muss die Breite des komplexen Behandlungsbedarfs aller Menschen mit psychischen Erkrankungen abbilden. Auch psychisch Kranke haben das Recht, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Das neue Entgeltsystem muss sicherstellen, dass die Konsequenzen aus dem medizinischen Fortschritt, dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen höheren Behandlungsbedarf ausreichend finanziert werden.

Menschen mit psychischen Erkrankungen (wie affektive Störungen, Suchterkrankungen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, Angststörungen und hirnorganische Erkrankungen) haben einen sehr unterschiedlichen Therapie- und Betreuungsbedarf. Oft können mit den heute verfügbaren Mitteln psychische Erkrankungen nur unzureichend behandelt werden, so dass überdauernde Beeinträchtigungen mit langfristigem Hilfebedarf resultieren. Teilhabe am medizinischen Fortschritt ist also für psychisch Kranke von besonderer Dringlichkeit, auch wenn daraus Kostensteigerungen für das Gesundheitssystem resultieren. Diese ebenso wie die zu erwartenden Bedarfsausweitungen wegen des demographischen Wandels erfordern eine Finanzierung, die nicht zu Qualitätsabsenkung führt.

5. Finanzieller Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung des bestehenden Entgeltsystems nach PsychPV muss die vollständig gegenfinanzierte einhundertprozentige (lohnkostenadaptierte) Erfüllung der PsychPV in den stationären und teilstationären Einrichtungen sein. Die Umschichtung der Finanzierung muss mindestens budgetneutral bleiben.

Die PsychPV hat im Jahr der Umsetzung 1992 einen qualitativ und quantitativ sehr guten Behandlungsstandard in allen psychiatrischen Kliniken geschaffen. Die Koppelung mit der Bundespflegesatzverordnung führte ab 1996 dazu, dass die Finanzierung der Personalstellen nach PsychPV nicht mehr gewährleistet war. In einer Erhebung der APK (APK 2005) konnte daher nur ein mittlerer Erfüllungsgrad der PsychPV von 90 % mit einer erheblichen Streuung festgestellt werden. Seit 1992 hat der medizinische Fortschritt in Psychiatrie und Psychotherapie zudem die Notwendigkeit einer verstärkten psychotherapeutischen Behandlung deutlich gemacht; die hierzu erforderlichen Personalmittel sind aber in der PsychPV gar nicht abgebildet. Eine Erfüllungsquote der PsychPV unter 100% hätte also eine merkliche Qualitätsabsenkung unter den heutigen Stand der Evidenz basierten Medizin zur Folge.

6. Die DGPPN und die DGGPP stehen für eine Evidenz basierte Medizin. Jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung hat den Anspruch auf eine qualitativ und quantitativ angemessene Behandlung. Die Qualität der Behandlung darf nicht den ökonomischen Erfordernissen geopfert werden. Der Kodier- und Dokumentationsaufwand muss maßvoll bleiben, um die Qualität der unmittelbaren Therapiezeiten des Patienten nicht zu gefährden.

Bei der Beurteilung von Versorgungsstrukturen (inklusive der Krankenhausbehandlung) bauen die DGPPN und die DGGPP als wissenschaftliche Fachgesellschaften auf die Prinzipien der Evidenz basierten Medizin, d.h. u.a. kontrollierten Studien und Leitlinien auf. Dies gilt auch für die Implementierung von neuen Versorgungsformen.

Wesentlich bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems und dessen Kalkulation ist, die Dokumentation und den Kodieraufwand maßvoll zu begrenzen. Die Dokumentation muss auf kostentrennende Merkmale begrenzt bleiben. Die Dauer von unmittelbaren Therapiezeiten beeinflusst wesentlich die Qualität der Behandlung. Auch der Gesetzgeber weist auf die Praktikabilität von Kodierung und Dokumentation hin.

7. Tagesbezogene Entgelte stellen die präferierte Budgetform dar. Dies trägt der fehlenden Voraussagbarkeit der notwendigen Behandlungsdauer Rechnung. Diagnosen sind dabei für die Bildung kostenhomogener Gruppen belegtermaßen nicht geeignet. Fallbezogene Entgelte führen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu Fehlanreizen und zur Fehlsteuerung.

Ein Finanzierungssystem der Versorgung sollte auf Patientenmerkmale und erbrachte Leistungen aufbauen. Diagnosen bilden den individuellen Bedarf nicht ab. Innerhalb jeder Diagnosegruppe ergeben sich je nach Verlaufstyp und Stadium der Erkrankung ein unterschiedlicher Bedarf an Therapieintensität und – art, z.B. bezüglich des Einsatzes von Pharmako- bzw. Psychotherapie. Die Einführung fallbezogener Honorierung in einigen Ländern hat zu profunden, nachteiligen Veränderungen in der Versorgung von psychisch kranken Menschen geführt; als Konsequenz wurde das fallbezogene System z.B. in den USA wieder abgeschafft.

In der zweiten Stufe, nach der Entwicklung eines durchgängigen leistungsorientierten Psych-Entgeltsystems für stationäre und teilstationäre Leistungen, ist die Voraussetzung geschaffen, die im Gesetzestext festgelegten Prüfaufträge im Hinblick auf andere Abrechnungseinheiten zu realisieren. Voraussetzung dafür ist jedoch zunächst, die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, um für bestimmte Diagnosegruppen andere Abrechnungseinheiten fachlich sinnvoll und wirtschaftlich einzuführen.

Der Prüfauftrag zur Einbeziehung der Institutsambulanz in die Krankenhausbudgets kann dann in Angriff genommen werden, wenn eine empirisch fundierte und bundeseinheitliche Dokumentation der PIA Leistungen entwickelt und umgesetzt worden ist. Dabei ist auf eine Harmonisierung der Entwicklung mit dem ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereich zu achten.

Modellprojekte zur Finanzierung der Krankenhausleistung, wie das Regionalbudget oder das personenzentrierte Budget, sind wissenschaftlich im Rahmen kontrollierter Studien zu untersuchen, um deren Nutzen und Risiken, Qualität für die Versorgung und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Erst wenn diese Prüfung zu einem positiven Ergebnis kommt, kann über den Umfang des Einbezugs in das neue Psych-Entgeltsystem entschieden werden.

8. Das neue Entgeltsystem muss im Sinne der Patienten und im Sinne der Versorgungskonsistenz durchgängig Psychiatrie und Psychosomatik erfassen. Fachspezifische Unterschiede in Hinblick auf die Entgeltstruktur sind kontraproduktiv.

Das Entgeltsystem darf nicht zu einem Nachteil von psychisch Kranken gegenüber somatisch Kranken führen. Die Entgeltbedingungen innerhalb psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken dürfen sich nicht unterscheiden.

9. Die Begleitforschung zur Einführung des Entgeltsystems muss frühzeitig implementiert werden. Die Ableitung der für das Entgeltsystem relevanten Merkmalslisten und Scores sind dabei eine medizinisch wissenschaftliche Aufgabe und sind auch von diesen Fachgebieten zu leisten. Die DGPPN und die DGGPP setzen sich aktiv für die Entwicklung von indikationsspezifischen, sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren ein.

Zur Sicherung der Qualität in der klinischen Versorgung psychisch Kranker muss die Begleitforschung früh einsetzen, um rechtzeitig die Auswirkungen des neuen Psych-Entgeltsystems auf das Leistungsangebot in den Kliniken und mögliche Verschiebungen in andere Sektoren aufzudecken.

Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung hat die DGPPN Qualitätsindikatoren für zunächst die vier häufigsten Diagnosen Depression, Demenz, Suchterkrankungen und schizophrene Psychosen entwickelt (Wobrock et al. 2010). Der Konsensusprozess, der von der AWMF moderiert wird, steht kurz vor dem Abschluss. Die Qualitätsindikatoren sind weitestgehend aus den Routinedaten zu erheben und sektorübergreifend konzipiert, um die Schnittstelle zum ambulanten Vertragsarztbereich zu verringern und die Ergebnisqualität über den gesamten sektorübergreifenden Behandlungsprozess abzubilden.

Zur Erläuterung und Klärung der für die Entwicklung und den Kalkulationsprozess wichtigen Fragestellungen nach Relevanz der Diagnose, Leistungsbeschreibung und deren Weiterentwicklung sowie Evidenz basierter Scores sind die Ergebnisse der nationalen und internationalen Versorgungsforschung einzubeziehen.

10. Die jetzige Einführung des Entgeltsystems folgt einem zu ambitionierten Zeitplan. Zur inhaltlichen Beratung und besseren zeitlichen Disposition des Prozesses schlägt die DGPPN dem Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung einer Expertenkommission des BMG vor, welcher ärztlich-psychiatrisch tätige Vertreter aus den beteiligten Verbänden (DGPPN, DGGPP, DGKJP, BDK, ACKPA, APK) angehören.

Zur sachgerechten Entwicklung eines neuen Entgeltsystems auf Basis von Tagespauschalen mit den Instrumenten und Regelungen, die aus der Entwicklung der DRG-Fallpauschalen nach § 17 b abgeleitet sind und entsprechend der besonderen Bedürfnisse der psychisch Kranken modifiziert werden müssen, erscheint der Zeitplan, der den ersten Entgeltkatalog für den 30. September 2012 und dessen Umsetzung ab 1. Januar 2013 vorsieht, überaus ambitioniert. Mit dem Ziel, in Deutschland ein ebenso erfolgreiches Psych-Entgeltsystem zu entwickeln, wie dies bereits in der Somatik mit dem DRG-Fallpauschalensystem geschehen ist, ist eine enge Zusammenarbeit und Beratung mit den Vertretern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem BMG wünschenswert, wenn nicht gar notwendig.

Die DGPPN und die DGGPP schlagen daher dem Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung einer Expertenkommission vor, in der ärztlich-psychiatrisch tätige Vertreter aus den beteiligten Verbänden (DGPPN, DGGPP, DGKJP, BDK, ACKPA, APK) dem BMG beratend im Entwicklungsprozess zur Seite stehen.

Autoren der Stellungnahme: I. Hauth (Berlin), W. Maier (Bonn), P. Falkai (Göttingen)

Für den Vorstand der DGPPN

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Präsident DGPPN
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
Tel.: 0551-396601
Fax: 0551-3922798
E-Mail: pfalkai@gwdg.de

Für den Vorstand der DGGPP

Prof. Dr. med. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Krankenhaus Hedwigshöhe
Höhensteig 1
12526 Berlin
Tel: 030 6741 3000/1
Fax: 030 6741 3002
E-Mail: gutzmann@dggpp.de

Die Stellungnahme der DGPPN zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de.

Literatur

Aktion Psychisch Kranke (2005) Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung - Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010a) Integrierte Versorgung für Psychiatrie und Psychotherapie flächendeckend umsetzen – Kommerzielle Interessen abwehren. Nervenarzt 81:1400-1401

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010b) Modell Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit Aachen
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/Versorgung/Projektbeschreibung_Netzwerk_Integrierte_Versorgung.pdf

Grunenberg G (2005) Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung » Service » Newsletter » Ausgabe 04/05 »

Integrierte Versorgung Berlin PIBB. www.psychiatrie-in-berlin.de/integrierte_versorgung.php

Integrierte Versorgung Netzwerk Depression Aachen. Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.
<http://www.ukaachen.de/go/show?ID=17929332&DV=0&COMP=download&NAVID=17929298&NAVDV=0>

Integrierte Versorgung Hamburg. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_40465.php

Schneider F, Falkai P, Maier W (2011) Psychiatrie 2020. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio

Statistisches Bundesamt (2010a) Gesundheit Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12 Reihe 7.2. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2010b) Grunddaten der Krankenhäuser, Jahrgang 2009. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden

von der Schulenburg Graf J-M (2006) Reformnotwendigkeiten und Reformbedarf: Wo stehen die Leuchttürme? In Rebscher H (Hrsg.) Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – im Spannungsfeld zwischen Politik und Politikberatung. S. 127 ff. Economica 2006

Wobrock T, Reich-Erkelenz D, Janssen B, Sommerlad K, Gaebel W, Falkai P, Zielasek J (2010) Methoden der evidenzbasierten Psychiatrie. Die Psychiatrie 7:179-189