

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
gs@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Past Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

Dr. med. R.A. Fehrenbach
Saarbrücken
Schatzmeisterin

Dr. med. S. Kreisel
Bielefeld
Schriftführer

Beisitzer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Dr. med. K. M. Perrar
Köln

A. Richert
Berlin

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

PD Dr. med. J. Benninghoff
Haar

Dr. med. A. Bransi
Extertal-Laßbruch

Dr. med. K. Geschke
Mainz

S. Oberfeld
Münster

Prof. Dr. med. J. Priller
München

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

www.dggpp.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) zu den Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform,

insbesondere zur „Achten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung“

Die DGGPP begrüßt, dass die Regierungskommission die Besonderheiten der Psychiatrie insbesondere im Hinblick auf **regionale Voll- und Pflichtversorgung, Bevölkerungsbezug** (Bettenmessziffern) und die Entwicklung settingübergreifender und ambulantisierender Modelle sowohl innerhalb der Regelversorgung als auch in bereits evaluierten Modellvorhaben nach §64b SGB V aufgreift und für erhaltens- und förderungswürdig hält. Da psychiatrische Behandlung im Sozialraum der Region stattfindet, sollte für sektorenübergreifende Konzepte überlegt werden, wie **Versorgungsverpflichtung auch für andere Bereiche der Sozialgesetzgebung** eingeführt werden kann. Dies würde das zunehmende Problem von Obdachlosigkeit und Versorgungslücken - auch bei alten psychisch Kranken - lösen helfen, das zu einer Überlastung von Psych-Kliniken mit beiträgt.

Wir begrüßen auch, dass mit der **vorgesehenen Notwendigkeit¹ von Psych-Kliniken an Krankenhäusern der Voll- (Level 2) und Maximalversorgung (Level 3)** sichergestellt würde, dass bei akuten psychischen Erkrankungen eine dem aktuellen medizinischen Stand entsprechende auch somatische Differentialdiagnostik und -therapie durchgeführt, und bei Multimorbidität die Qualität der somatischen Mitbehandlung gesichert werden kann.² Gerontopsychiatrische Kompetenz vor Ort ist auch für die in erster Linie somatisch Kranken wichtig, beispielsweise für die Delirprävention und -behandlung und die Erkennung und Behandlung von Post-Schlaganfall-Depressionen. **Insofern begrüßen wir auch, dass die Gerontopsychiatrie explizit in Verbindung mit dem Level 1i erwähnt wird**, und sehen die Notwendigkeit gerontopsychiatrischer Kompetenz auch für das Level 1n. **Gerade ältere und alte Menschen benötigen bei psychischen Ersterkrankungen eine intensive auch organische Differentialdiagnostik, und bei Multimorbidität eine optimale somatische bzw. ggf. eine psychiatrische Mit-Behandlung, um Fehldiagnosen und damit verbundene unnötige Folgekosten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Aus diesem Grund gehört zu den Strukturvoraussetzungen insbesondere für die Gerontopsychiatrie nicht nur das notwendige Personal, sondern auch eine angemessene apparative Ausstattung mit im Notfall ständig zur Verfügung stehendem Labor und Bildgebung.**

Wir begrüßen und teilen die Ansicht der Regierungskommission, dass **Leistungsgruppen für die Psychiatrie nicht sinnvoll** sind. Es ist für Psych-Fach-Laien erfahrungsgemäß schwer zu verstehen, dass Diagnosen in der Psychiatrie zwar die Ausrichtung der Behandlung bestimmen, sich aber nicht für die Bestimmung des Aufwands eignen, und dass es zwar Behandlungspfade für die Diagnostik bei Ersterkrankungen gibt, aber diese im Behandlungsbereich aufgrund der Komplexität menschlicher Persönlichkeiten und der Varianz von Lebensumständen eher diagnosenbezogenen Deltas ähneln als Pfaden.

¹ Im Papier missverständlich formuliert, mündliche Klarstellung durch Prof. Bschor am 19.10.2023.

² In Anbetracht der derzeitigen Versorgungslandschaft ist dies auch mit einer engen räumlichen und Kooperation zwischen psychiatrischen Fachkrankenhäusern und gut erreichbaren Allgemeinkrankent denkbar.

Wir teilen die Ansicht der Kommission, dass die PPP-RL die Psych-Kliniken zu – aus unserer Sicht erheblichen – Rückschritten in Bezug auf setting- und sektorenübergreifende psychiatrische Behandlung zwingt. **Die PPP-RL ist kein, und eignet sich nicht als, Personalbemessungssystem.** Sanktionsbewehrte Personaluntergrenzen bei gleichzeitiger Versorgungspflicht haben zur Folge, dass Patient*innen in Krisensituationen aufgenommen und behandelt, die Behandlung aber nicht bezahlt wird. Letztlich resultiert daraus eine Einstellung von teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten (s. auch Positionspapier der Plattform Personalbemessung). Die PPP-RL ist deshalb grundsätzlich abzulehnen. **Erforderlich ist ein neues Personalbemessungssystem³, das wie die PsychPV Tätigkeiten mit Minutenwerten definiert, dabei aber anders als die PsychPV die medizinische Weiterentwicklung und die im Vergleich dramatisch gesunkenen Verweildauern⁴ und gestiegenen Fallzahlen pro Bett und Jahr berücksichtigt** - in der Gerontopsychiatrie gab es in den letzten zwei Jahrzehnten einen Rückgang der Verweildauer um mehr als die Hälfte bei gleichbleibender Bettenbelegung. Für die Personalstruktur in der Psychiatrie spielt nicht nur die formale Qualifikation der Mitarbeitenden eine Rolle, sondern auch die sprachliche und kulturelle Kompetenz in Bezug auf die jeweilige Versorgungsregion, im gerontopsychiatrischen Bereich außerdem zeitgeschichtliche Kenntnisse. Eine ausreichende und ausreichend gute Personalausstattung ist eine Voraussetzung für gute Arbeitsbedingungen, Mitarbeiterzufriedenheit, gute Weiterbildungsqualität und Attraktivität des Fachs.

Unbedingt erforderlich ist eine **Reduktion der Bürokratielast**. Dazu werden wir jedoch gesondert Vorschläge machen.

Weitere Kritikpunkte

- **Das OPS-System eignet sich nur begrenzt zur Abbildung von psychiatrischen Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen.** Psychiatrische Behandlung basiert auf der therapeutischen Beziehung, die in ihrer Komplexität und in ihrem zeitlichen Ablauf nur unzureichend in einem binären System dargestellt werden kann. Es ist kein Zufall, dass erhöhter Aufwand („Kostentrenner“) im PEPP-System bisher immer Surrogatparameter für Leistungen darstellen: Patientenmerkmale einschließlich Diagnosen und Alter sowie Zeit. Polypharmazie ist im Einzelfall durchaus sinnvoll, ebenso wie der Verzicht auf Medikation im Einzelfall eine gut begründete Maßnahme darstellt. Erforderlich ist statt auf den Einzelfall bezogener Ausweitung des OPS-Systems die Entwicklung langzeit- und gruppenbezogener statistischer Qualitätsparameter.
- **Die „Stationsäquivalente Behandlung“ (StäB) leistet in der derzeitigen überregulierten Form keinen wesentlichen Beitrag zur Flexibilisierung und Ambulantisierung.** Erforderlich ist die Vorhaltung ambulanter Intensivtherapie für Krisen und Episoden exazerbierter Krankheitssymptomatik, die bei Besserung ein Ausschleichen der Häufigkeit und Intensität der Interventionen erlaubt, und die Möglichkeit einer langfristigen, weniger hochschwelligeren aufsuchenden Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen.

Wir wünschen uns, dass die Krankenhausreform für die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für die psychiatrische Versorgung basierend auf den Erkenntnissen der Modellvorhaben, der medizinischen Weiterentwicklung in den letzten Jahrzehnten und den nach wie vor gültigen Grundsätzen der Psychiatrie-Enquête genutzt wird.

Potsdam, 27.10.2023

Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Rapp

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP)

³ z.B. „EPPIK“ der Plattform Personalbemessung

⁴ Für die Gerontopsychiatrie legt die PsychPV bei der Ermittlung der Arztminuten Behandlungsdauern von 45 Tagen in der Regelbehandlung und 120 Tagen bei Schwerkranken zugrunde (s. Tab. Regelaufgaben „Ärzte im Stationsdienst“), ohne dass dies in die Stellenberechnungs-Algorithmien eingeht. Die PPP-RL schreibt mit Übernahme der PsychPV-Werte, die dem medizinischen Stand der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts entsprechen, diese Absurdität fort.