

# Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



DGGPP e.V. – Geschäftsstelle, Postfach 1366, 51657 Wiehl

Herrn Bundesminister Daniel Bahr  
Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

7. Juni 2011

## Leistungserfassung in psychiatrischen Kliniken frisst Therapiezeit auf

Sehr geehrter Herr Bundesminister Bahr,

die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 17.03.2009 war Anlass zu der Hoffnung, wieder ausreichend Mitarbeiter finanzieren zu können, um unserem Behandlungsauftrag gerecht zu werden. Die Leitlinien fordern und die Bevölkerung wünscht sich zu allererst Zeit von Therapeuten und Pflegepersonal. Zeit, wie sie für eine sprechende Medizin für Diagnose und Therapie angemessen ist. Nach der Deckelung der Krankenhausbudgets sind die Regelungen der Psych-PV, die 1990 einen großen Fortschritt bedeutet hatten, sukzessive ausgehöhlt worden. Leider waren die Formulierungen in der Novellierung des KHG doch nicht so eindeutig, wie die Verantwortlichen in psychiatrischen Kliniken zunächst geglaubt hatten. Es gibt immer noch Kliniken, die weniger als 90% des Personals finanziert bekommen, was 1990 als die Mindestausstattung angesehen worden war, als die Verweildauern oft noch doppelt so lang waren wie heute, was entsprechend weniger behandelte Patienten bedeutete.

Als ein mindestens so großes Problem stellt sich aber die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der beabsichtigten Form dar. Der ans Bizarre gemahnende Dokumentationsaufwand hat schon vor der endgültigen Einführung sämtliche Ressourcen aufgefressen, die möglicherweise durch die Zusage einer 90-100-prozentigen Psych-PV-Ausstattung entstanden waren. Es sollte ein „durchgängiges leistungsorientiertes und pauschaliertes Leistungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ eingeführt werden. „Das Entgeltsystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein“ (§17d KHG).

Während sich Fachleute noch hinsichtlich der Praxisreife der OPS-Komplex-Codes, im Besonderen die Dokumentation von 25 minütigen Leistungsblöcken, uneins sind, ist heute schon klar, dass die gesetzliche Forderung nach einem praktikablen Differenzierungsgrad nicht erfüllt wird. Zum einen zeichnete sich ab, dass auf dem gewählten Weg keine hinreichend verlässlichen Kostentrenner generiert werden können, zum anderen wurde deutlich, dass vor allem die Differenzierung nicht praktikabel ist. Bei jeglicher Leistung muss nun überprüft werden, ob sie innerhalb oder außerhalb des 25-Minuten-Taktes lag, muss nicht nur wie bisher der Inhalt, sondern auch die

### Vorstand

Prof. Dr. med. H. Gutzmann  
Berlin  
Präsident

PD Dr. med. M. Haupt  
Düsseldorf  
Vizepräsident

R. Kortus  
Winnenden  
Schatzmeister

Dr. med. D. K. Wolter  
Wasserburg am Inn  
Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Adler  
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte  
Gummersbach

Dr. med. L. M. Drach  
Schwerin

PD Dr. med. W. Hewer  
Rottweil

Dr. med. J. Tenter  
Ravensburg-Weissenau

### Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl  
München

Prof. Dr. med. G. Heuft  
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski  
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller  
München

Prof. Dr. med. H. Radebold  
Kassel

### Geschäftsstelle

DGGPP e.V.  
Postfach 1366  
51657 Wiehl  
Tel.: 02262/797683  
Fax: 02262/999 9916  
[GS@dggpp.de](mailto:GS@dggpp.de)

[www.dggpp.de](http://www.dggpp.de)

Zeiteinheit dokumentiert werden, woraus die OPS abgeleitet werden usw. Der Zeitverbrauch durch die erhöhte Dokumentation liegt in der Größenordnung von 5-10% der wöchentlich zur Verfügung stehenden Zeit für den Patienten, somit ist die zunächst scheinbare Erfüllung der Psych-PV-Vorgaben mehr als aufgebraucht. Studien haben ergeben, dass bereits vor Einführung des neuen Dokumentationssystems der Zeitverbrauch für bürokratischen Aufwand deutlich höher ist, als vor 20 Jahren vorgesehen. „Im ärztlichen Dienst muss trotz guter Psych-PV-Erfüllung unverhältnismäßig viel Zeit für Dokumentation und andere patientenferne Aufgaben verwendet werden. Die Gründe liegen in einer erhöhten Anzahl externer Nachfragen und erhöhten Anforderungen an die Dokumentation.“ (2) Diese Ergebnisse wurden jüngst empirisch bestätigt: „Indirekte Behandlung, Dokumentation und Administrationen überschreiten, direkter Patientenkontakt unterschreitet die Zeitvorgaben“ (1).

Hinzu kommt, dass wesentliche sozialpsychiatrische Leistungen wie Vernetzung in der Region, Koordinationsaufgaben, Organisation von Weiterversorgung bei außerstationären Diensten etc. von dem neuen Regelwerk nicht ausreichend abgebildet werden. In der Gerontopsychiatrie wird besonders das Paradoxon deutlich, dass die Abbildung von Leistungen bei besonders schwer Kranken nicht gelingt, da häufig kürzere Interventionen pro Tag notwendig sind und die Wirksamkeit einer therapeutischen Gemeinschaft bzw. des tragenden Milieus aus Pflege, Ko-Therapien und Medizinern mit ihren Wirkfaktoren nicht abgebildet wird. Oder – anders ausgedrückt: Je schwerer die Krankheit des Patienten ist, desto seltener sind 25-Minuten-Einheiten zu dokumentieren. Dies führt dazu, dass vergleichsweise leicht erkrankte Patienten, die mit Hilfe eines streng getakteten Wochenplanes ihre Therapie-Gruppen aufsuchen können bezüglich der Leistungserbringung besonders gut erfasst sind. „Gerontopsychiatrische Intensivbehandlung wird mit besonders wenigen OPS-Leistungen abgebildet, demgegenüber rehabilitative Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie vergleichsweise mit vielen.

Die demografische Entwicklung lässt freilich erwarten, dass multimorbide gerontopsychiatrische Patienten, die sehr aufwendig sind, immer häufiger werden, während rehabilitative Krankenhausbehandlung in der Allgemeinpsychiatrie wegen der stetigen Verweildauerverkürzung heute schon nahezu nicht mehr stattfindet. In diesem Vergleich zeigt sich die mögliche Fehlallokation von Ressourcen auf Grundlage einer OPS-Code-basierten Personalbemessung besonders deutlich (3).

Ein weiteres Argument gegen eine extensive, zeitraubende Dokumentation von Therapieeinheiten ist, dass durch die nur scheinbar präzise Leistungserfassung lediglich die finanziellen Mittel zwischen den einzelnen Einrichtungen möglicherweise gerechter verteilt werden, aber wegen der Vorgabe der Beitragsstabilität nicht mehr Mittel für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung stehen werden, egal, wie Leistungen erbracht und dokumentiert sind. Für dieses Ziel aber so viel kostbare Zeit zu investieren, die eindeutig den Patienten verloren geht, kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Schließlich sind andere Forderungen des Gesetzes in der OPS-Dokumentation noch gar nicht enthalten, nämlich die nach Einbeziehung der Institutsambulanzen oder die Prüfungen „ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungszeiten eingeführt werden können“. Gemeint sind damit fließende Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung. Hieran müsste dringend gearbeitet werden, um den Gesetzesanforderungen gerecht zu werden.

Gegenüber der Psych-PV erhöht sich die Anzahl möglicher Kategorien nur um ein Geringes von 6 (z.B. G1 bis G6) auf zehn Kategorien. Die Psych-PV scheint demnach ausreichend die Differenzierung abzubilden.

#### Zusammenfassend lässt sich feststellen:

Die Leistungserfassung in psychiatrischen Kliniken mittels Komplex-OPS kann nicht das leisten, was von ihr erwartet wird: 1) unterschiedlichen Aufwand in der Behandlung bestimmter medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden, 2) praktikabel sein.

Die DGPPP ist der Ansicht, dass der eingeschlagene Weg der Dokumentation von erbrachten Leistungen nicht den Geist der Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 2009 trifft. Je schwerer erkrankte Patienten sind, desto schlechter werden sie erfasst. Vor allem steht aber der Dokumentationsaufwand in keinem Verhältnis zum möglichen Nutzen. Kostbare Zeit wird den Patienten entzogen. Die besten Mitarbeiter müssen an die Computer, um in der Entgeltverteilung keine Nachteile zu erfahren. Das neue Entgeltsystem soll „selbstlernend“ sein, kann diesen Anspruch aber nur innerhalb eines (untauglichen) Rahmens realisieren.

Die besonderen Anforderungen der Gerontopsychiatrie werden in dem aktuellen Modell der Leistungserfassung nicht erfasst.

Immer mehr patientenferne Dokumentation kann nicht die Antwort auf eine älter werdende Gesellschaft und deren berechtigten Anspruch auf Arztpräsenz beim Patienten sein.

Wir setzen uns daher dafür ein, den Weg der OPS-Komplex-Codes zu überdenken und alle relevanten Fachgesellschaften in diesen Prozess einzubeziehen. Nur so scheint das Ziel einer praxisgerechten und Zeitressourcen schonenden Leistungsdokumentation erreichbar.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Hans Gutzmann  
Präsident der DGGPP e.V.

Nachrichtlich: Staatssekretärin Widmann-Mauz

Literatur:

1. Hodek J-M, S Scholz, B Vieten, W. Greiner: Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Nervenarzt 2011, 82:351-359
2. Hoffmann M, W Rieger: Vorgaben und Realität der PsychPV. Ergebnisse einer Momentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. Nervenarzt 81:1354-1362
3. Malevani et al.: Abbildung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsspektrums durch die aktuellen OPS-Komplexcodes. Psych Prax 2011; 38: 171-177
4. Stellungnahme der DGGPP für das DIMDI zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und Anregungen zum OPS 2012.  
[http://dggpp.de/documents/DGGPP\\_DIMDI OPS\\_2012\\_final.pdf](http://dggpp.de/documents/DGGPP_DIMDI OPS_2012_final.pdf)