

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. zu Planungen für ein neues Entgeltsystem in der Psychiatrie

Die DGGPP wirkt bei der Entwicklung eines durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte mit. Die Entwicklung von Pauschalen wird sich aber auf Gruppen gleicher Behandlungsintensität, ein Aufnahmeassessment und Entlassmanagement beziehen. Eine völlige Pauschalierung ist im psychiatrischen Bereich nicht möglich. Dies würde das Morbiditätsrisiko einseitig auf die Leistungserbringer verlagern. Auch Länder mit weitgehend pauschalisierter Abrechnung im somatischen Bereich haben diese im psychiatrischen Bereich nicht durchgeführt bzw. wieder rückgängig gemacht.

Der politische Wille bei der Verabschiedung der Psych-PV 1990 war es, eine humane Psychiatrie zu ermöglichen, in der die Behandlung im Vordergrund steht. Dies war ein großer Fortschritt, wenngleich zwischen den verschiedenen Psych-PV-Patienten-Gruppen (Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) erhebliche unterschiedliche Bewertungen einfließen, die schon damals nicht gerechtfertigt waren. So war und ist die Psych-PV für Gerontopsychiatrie pflegeorientiert, sieht deutlich weniger psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vor als in der Allgemeinpsychiatrie oder Sucht.

Zusätzlich haben sich die damals angenommenen Verweildauern auf weniger als die Hälfte reduziert, d.h. die Fallzahlen pro Therapeut mehr als verdoppelt. Auch sind andere Patientengruppen in der Alterspsychiatrie hinzugekommen, z. B. Delirpatienten aus Allgemeinkrankenhäusern, die wegen der DRG-Regelung „blutig“ verlegt werden, da dort vielfach keine angemessenen verwirrtengerechten Betreuungskonzepte bestehen.

Bei einem neuen Entgeltsystem ist auch zu berücksichtigen, dass die Patienten in der Gerontopsychiatrie überwiegend der besonderen Fürsorge und Aufmerksamkeit bedürfen, da sie der Entrechtung und Vernachlässigung besonders ausgesetzt ist. Gerade die häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Depression und Demenz, führen im Alter oft zu ausgeprägter Hilflosigkeit, so dass die Patienten ihre eigenen Interessen nicht mehr vertreten können und die Behandelnden - wie auch unsere Gesellschaft - hier eine besondere Verantwortung haben!

Eine spezifische gerontopsychiatrische Neuausrichtung einer Personalbemessung muss folgende Faktoren berücksichtigen:

Geschäftsstelle

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

Vorstand

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Präsident

PD Dr. med. M. Haupt
Düsseldorf
Vizepräsident

R. Kortus
Winnenden
Schatzmeister

Dr. med. D. K. Wolter
Münster
Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. L. M. Drach
Schwerin

PD Dr. med. W. Hewer
Rottweil

Dr. med. Klaus Nißle
Kaufbeuren

Dr. med. J. Tenter
Ravensburg-Weissenau

Wissenschaftl. 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

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Saarbrücken
BLZ 590 906 26
Kto.-Nr. 000 362 63 77

In der Gerontopsychiatrie werden Patienten mit allen psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnosen behandelt, also auch mit Psychosen, Depressionen, Angst- und Abhängigkeitserkrankungen oder in Konfliktsituationen und Krisen, sodass mindestens die Personalziffern wie für Erwachsene im Berufstätigkeitsalter angesetzt werden müssen. Zur Erinnerung: Suchtpatienten in der Intensivbehandlungsstufe erhalten in der bisherigen Psych-PV 30% mehr Arztleistung als gerontopsychiatrische Patienten. Diese Unterschiede sind inhaltlich nicht zu rechtfertigen. Im Gegenteil führt die häufig erhebliche Multimorbidität der Patienten in der Gerontopsychiatrie häufig zu einer vermehrten ärztlichen Leistung im Vergleich zu jüngeren psychisch Kranken.

Die immer wieder zu hörende Meinung, Gerontopsychiatrie sei reine Demenzbehandlung, ist sachlich falsch und ihr muss im Interesse der älteren psychisch Kranken entschieden widersprochen werden.

Ein großer Anteil der älteren psychisch Kranken leidet unter depressiven oder Angstsymptomen und ist suizidal. Auf die höchsten Suizidraten bei hochbetagten Männern sei hier hingewiesen. In dem Zusammenhang erscheint es unverständlich, dass in der Kategorie G2, also „Intensivbehandlung“ der alten Psych-PV keine Zeit für psychologische Betreuung vorgesehen war.

Sollten je diagnosespezifische Personalziffern entstehen, müssen bei Demenzpatienten die aktuellen Leitlinien zur Behandlung berücksichtigt werden. Insbesondere sei darauf hingewiesen, dass die Verabreichung von Neuroleptika bei herausforderndem Verhalten weder besonders effektiv, noch verträglich ist. Die Sterblichkeit und die Inzidenz von cerebrovasculären Ereignissen sind bei dieser Behandlung in einer Weise erhöht, dass entsprechende Warnhinweise ergingen. Daraus erfolgt aber zwingend, dass gerade die Patienten, die wegen ihres Verhaltens in der Familie oder in Altenpflegeeinrichtungen nicht tragbar sind und in gerontopsychiatrischen Fachkliniken behandelt werden, ein personenzentriertes Behandlungskonzept erhalten müssen. Eingeschlossen sein muss Einzelbetreuung, die wiederum in der Personalbemessung erstmals berücksichtigt werden muss.

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass ja beabsichtigt ist, die Basisminuten der Pflege für die Grundausstattung einer Station und deren Funktionieren wegfällen zu lassen, so dass diese 5000 Minuten pro Woche in die einzelnen Fälle aufgenommen werden müssen. Ähnliches gilt für Bereitschaft und Nachtwache, die bisher außerhalb der Psych-PV verhandelt wurden. Gerade bei Behandlungseinheiten, die im Schwerpunkt Delir- und Demenzpatienten versorgen, ist wegen des aufgehobenen Tag-Nacht-Rhythmus eine hohe nächtliche pflegerische Präsenz erforderlich.

Die Kosten für eine den Bedürfnissen gerontopsychiatrischer Patienten angepasste Stationsstruktur sind zu berücksichtigen. Dabei sind personell-infrastrukturelle Voraussetzungen zu beachten, wie etwa die Beschäftigung von Alltagsbegleitern zur Gewährleistung einer Tagesraumpräsenz auf einer Demenzstation. Die räumliche Ausstattung erfordert behindertengerechte Zimmer und Sanitärbereiche, dazu wegen der häufig zu behandelnden „Schrei-Patienten“ einzelne schallisolierte Zimmer. Es muss möglich sein, auf die regelmäßig jedes Jahr zu beobachtenden Epidemien (z.B. Noro-, Rota- oder Influenzavirus) personell und durch Isolation der Erkrankten reagieren zu können.

Die größte Gefahr für eine humane und an den Interessen der Patienten orientierte Psychiatrie würde von den falschen Anreizen ausgehen, die ein rein auf den durchgeführten Maßnahmen basierendes, statt wie bisher am Schweregrad der Erkrankung orientiertes Entgeltsystem generieren würde. Wenn z.B. Zwangsunterbringung, Fixierung und Zwangsmedikation, die sicherlich mit einem höheren Aufwand für das Krankenhaus einhergehen, durch eine höhere Vergütung belohnt würden, so ist davon auszugehen, dass derartige Zwangsmaßnahmen im Zweifelsfall wahrscheinlich häufig nicht vermieden würden!

Zusammenfassung

Auch wenn die Gerontopsychiatrie innerhalb der bestehenden Psych-PV unzureichend abgebildet ist, ist die Psych-PV in ihren Beschreibungen von Therapie, Pflege und Aufgaben grundsätzlich geeignet (gewesen), Behandlungsintensität differenziert abzubilden.

In den wenigen Wochen zwischen Aufforderung zur Beteiligung und gewünschter Fertigstellung ist es der DGGPP e.V. nicht möglich gewesen, ein detailliertes für die Gerontopsychiatrie spezifisches pauschalisiertes Entgeltsystem zu entwerfen, da dies eine intensive Diskussion in den verschiedenen Fachgremien, so insbesondere der AG Gerontopsychiatrie der Bundesdirektorenkonferenz, voraussetzt. Diese Ausführungen skizzieren lediglich die kritischen Punkte, die in einem neuen Entgeltsystem gelöst werden müssen.

Gegenüber der bisherigen Abbildung in der Psych-PV muss künftig in der Gerontopsychiatrie der im Vergleich mit der Psychiatrie des jüngeren und mittleren Lebensalters oder der Suchtkrankenbehandlung mindestens gleich hohe psychiatrische und häufig zusätzlich erhebliche körperliche Aufwand an Personal- und Sachkosten angemessen berücksichtigt werden. Insofern ist das Verhältnis der Fachgruppen untereinander innerhalb der bisherigen Psych-PV dringend reformbedürftig.

Falsche Anreize, die z.B. Zwangsmassnahmen finanziell belohnen, müssen im Interesse einer humanen Psychiatrie in einem neuen Entgeltsystem ebenso wie in der Psych-PV vermieden werden. Die Vergütung muss sich in der Regel am Zustand des Patienten und nicht an konkreten Prozeduren orientieren. Ausnahmen für besonders aufwändige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsverfahren oder bei besonders kostenintensiven körperlichen Erkrankungen (z.B. Dialyse) sind hier aber sinnvoll.

Die betroffenen Patienten in der Gerontopsychiatrie sind häufig in besonderem Maße schutz- und hilfsbedürftig, da sie häufig krankheitsbedingt über lange Zeiträume ihre Interessen nicht selbst vertreten können.

Es darf an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass, falls in nächster Zeit kein Heilmittel für die häufigsten Demenzen gefunden werden sollte, diejenigen, die ein neues Entgeltsystem für die Gerontopsychiatrie entwickeln und beschließen, zu einem großen Teil selbst Betroffene sein werden.



Prof. Dr. med. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP