

Stellungnahme
Nr. 06 / 13.03.2012

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(7)
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
13.04.2012



**Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde**

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

zum

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)

Der am 18.01.2012 veröffentlichte Kabinettsentwurf zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen übernimmt über weite Strecken die Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes und damit die Systematik des DRG-Fallpauschalensystems. Wachsender Versorgungsbedarf und daraus resultierende Mehrleistungen werden sowohl auf Krankenhausebene als auch auf Landesebene defizitär refinanziert. Der wichtigste Heilfaktor bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Gesprächszeit, die den Patienten nur durch ausreichendes und wirklich qualifiziertes Personal gewidmet werden kann. Eine Deckelung der Vergütung und damit eine nicht ausreichende Finanzierung der Personalkostensteigerung bedeuten also zwingend eine Qualitätsabsenkung der stationären Behandlung.

Der Kabinettsentwurf wird somit zum Spargesetz, um Kostensteigerungen, die das DRG-Fallpauschalensystem in der Somatik in Millionenhöhe nach sich zog, zu vermeiden. 48 % der Frauen und 39 % der Männer in der Bundesrepublik erkranken im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung. Der Gesetzgeber hat die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderen Schutz gestellt und dies im § 27 des SGB V verankert. Diese politische und gesamtgesellschaftliche Verantwortung darf auch bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems nicht gefährdet werden und sollte die tragende Grundlage sein.

Das Ziel der Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und sachgerechten Entgelts für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen erfordert daher folgende grundsätzlich veränderte Ausrichtung des Gesetzentwurfes:

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. med. 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. med. 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

Komm. Leiterin der Geschäftsstelle

Dipl. Biol. Juliane Amlacher, Berlin

DGPPN-Geschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14

10117 Berlin

Tel.: 030/2404772-0

Fax: 030/2404772-29

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

1. Das PsychEntgG muss auch in Zukunft die Finanzierung des höheren Versorgungsbedarfs ausreichend sicherstellen.

Erhöhte Erkrankungshäufigkeit in allen Altersgruppen und vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben schon im letzten Jahrzehnt und werden auch in Zukunft mehr stationäre Behandlungsleistungen erfordern. Statistiken der Krankenkassen, wie z. B. der BARMER GEK - 2011 veröffentlicht - weisen nach, dass seit dem Jahr 2000 54 % mehr Betroffene mit psychischen Erkrankungen stationäre Behandlung erhalten haben.

Lt. Bundesgesundheitsurvey beträgt die 12-Monats-Prävalenz für affektive Störungen wie Depressionen 5,8 Millionen Menschen, Angststörungen 6,9 Millionen, Abhängigkeitserkrankungen 3,1 Millionen, Demenzerkrankungen 1,2 Millionen. Die WHO schätzt in einer Metaanalyse epidemiologischer Studien, dass die Mehrzahl von psychisch Erkrankten gar keine professionelle Hilfe (Arzt, Psychotherapeut) in Anspruch nimmt. Schuld daran sind u.a. Vorurteile und Stigmatisierung, unter denen psychisch erkrankte Menschen in unserer Gesellschaft weiterhin leiden und die dazu führen, dass sie sich nicht trauen, medizinische und therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Vermutlich gehen die hohen Steigerungsraten psychiatrischer Behandlungsfälle, die die Krankenkassen alljährlich melden, zu beträchtlichen Teilen auf die Bemühungen zurück, diese Versorgungslücken zu schließen. Die Entwicklung wird noch lange nicht abgeschlossen sein.

Die daraus entstehenden stationären Mehrleistungen werden nach dem Entwurf des Psych-Entgeltgesetzes sowohl auf Krankenhausebene als auch auf Landesebene völlig unzureichend refinanziert. Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses kommt es in der ersten Umstiegsphase lediglich zu einer Refinanzierung von 10 bis 15 % der Mehrleistungen, hingegen wurden in den somatischen stationären Behandlungen 35 % der Mehrleistungen refinanziert. Nach 2017 sollen zusätzliche Leistungen nur noch pauschal zu 33% finanziert werden. Auf der Landesebene ist vorgesehen, dass Fallzahlensteigerungen zur Absenkung des Landesentgeltwertes führt. Damit werden die bekannten negativen Effekte aus dem DRG-Fallpauschalensystem im Sinne von Fehlanreizen zur Mehrleistungen, um bei reduzierter Vergütung der einzelnen Leistungen entstandene Sach- und Personalkosten überhaupt decken zu können („Hamsterradefekt“), auch in der Psychiatrie voll durchgreifen.

Wirtschaftlichkeitsreserven, die durch das DRG-Fallpauschalensystem mobilisiert werden sollten, wie Verweildauerverkürzung und Abbau von Bettenkapazitäten, hat die Psychiatrie schon die letzten 20 Jahren vollzogen, Die Steigerung von Behandlungsfällen in der Psychiatrie betrug zwischen 1990 und 2009 ca. 80 %, im gleichen Zeitraum verringerte sich die Verweildauer um über 60 % auf durchschnittlich 23 Tage. Bundesweit fand ein Bettenabbau von ca. 54 % statt. Eine weitere Prozessoptimierung mit Beschleunigung technischer Behandlungsprozesse ist in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen nicht zu erwarten. Sie muss sogar als kontraproduktiv bezeichnet werden, denn gerade die Zeit, die den Erkrankten durch qualifiziertes Personal gewidmet wird, zählt zu den wesentlichsten Wirk- und Heilfaktoren.

Die im Kabinettsentwurf enthaltenen Vergütungsbestimmungen werden zwingend zu weniger Personalleistungen pro Patient und damit zu einer erheblichen Qualitätsabsenkung führen. Der im vorgenannten § 27 SGB V bekundete Wille des Gesetzgebers, psychisch kranke Menschen unter den besonderen Schutz des Gesetzes zu stellen, wird konterkariert, stattdessen wird an dieser Stelle eine eindeutige Benachteiligung praktiziert.

2. Die quantitative und qualitative Ausstattung die bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen wesentlicher Wirk- und Heilfaktor ist, muss refinanziert werden.

Die Qualität einer komplexen Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist direkt abhängig von der Anzahl und der Qualifikation des therapeutischen und pflegerischen Personals. Dies ist der wesentliche Wirk- und Heilfaktor bei einer auf Beziehungskonstanz und Gesprächen ausgerichteten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Daher muss sichergestellt werden, dass alle Kliniken die Möglichkeit der Nachverhandlung und Ausfinanzierung der Personalstellen nach PsychPV bis zum Umstieg in die Konvergenzphase erhalten.

Schon in der budgetneutralen Phase 2013 bis 2016 wird auch bei hundertprozentiger Umsetzung der Personalstellen lt. Psychiatrie-Verordnung eine erneute Differenz zwischen Tarifsteigerung und deren nur anteiligen Finanzierung zu einer erneuten Personalreduktion führen. 2017 in der Konvergenzphase wird die Psychiatrie-Personalverordnung keine Gültigkeit mehr haben, so dass eine weitere Unterfinanzierung entstehen wird, die zum Abbau von qualifiziertem Personal und damit zu erheblicher Einschränkung von Leistungsqualität führen wird.

Um die hohe Versorgungsqualität auch langfristig zu sichern, ist es dringend erforderlich, dass zukünftig ausreichend qualifiziertes Personal vorhanden ist und dieses refinanziert wird. Notwendig ist deshalb die Einführung eines realistischen, den hohen Personalkostenanteil in der Psychiatrie (ca. 80 %) berücksichtigenden Kostenorientierungswertes.

3. Klares Bekenntnis zum Tagesbezug der Entgelte

Im Gesetzentwurf wird die Entwicklung zu Fallpauschalen und zeitorientierten Pauschalen offen gelassen. Dies widerspricht dem ursprünglichen Willen des Gesetzgebers, der sich nicht ohne Grund dafür entschieden hat, die Psychiatrie aus dem Fallpauschalensystem herauszunehmen. Weltweit haben Fallpauschalen wegen der variierenden Verweildauer bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen nicht zum Ziel geführt. Effekte, wie sie als Folge des DRG-Fallpauschalensystems bekannt sind, gefährden die Qualität der psychiatrischen Versorgung.

4. Sicherung der regionalen Pflichtversorgung

Bereits die vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung hat in ihren Empfehlungen 1988 die regionale Pflicht- und Vollversorgung zum vorrangigen Versorgungsprinzip empfohlen. Regionale Voll- und Pflichtversorgung, dies bedeutet dabei zweierlei: Alle Patienten des Versorgungsgebietes haben jederzeit einen Behandlungsanspruch, unabhängig von Schwere und Dauer der Erkrankung oder der Belegungssituation der Klinik. Alle gegen ihren Willen gerichtlich eingewiesenen Patienten (ca. 10 % aller Fälle) müssen jederzeit aufgenommen werden können. Hierfür müssen die Kliniken und Abteilungen entsprechende personelle und Sachressourcen vorhalten. Die regionale Voll- und Pflichtversorgung ist eine tragende Säule des psychiatrischen Versorgungssystems, die in vielen Bundesländern in der Krankenhausplanung festgelegt und konkretisiert wird.

Das zukünftige Psych-Entgelt muss gewährleisten, dass Kliniken/Abteilungen, die diesen ordnungspolitischen Auftrag der Unterbringung und Behandlung gerichtlich eingewiesener Patienten erfüllen, ihren Mehraufwand durch angemessene Vergütung decken können.

5. Modellprojekte zur Erprobung innovativer Behandlungsformen und integrierter sowie sektorübergreifender Versorgung sollten gefördert und in der wissenschaftlichen Begleitforschung evaluiert werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Modellvorhaben, die auf einer Verbesserung der Patientenversorgung oder sektorübergreifender Leistungserbringung ausgerichtet sind, nach § 64 b SGB V gemeinsam mit allen Krankenkassen oder individuell mit einer Krankenkasse vereinbart werden können. So wünschenswert Modellvorhaben zur Erprobung innovativer Versorgung aus fachlicher Sicht sind, muss gewährleistet sein, dass sich die Versorgungslandschaft nicht weiter durch konkurrierende Selektivverträge zersplittert. Eine zentrale Erfassung und vor allem eine fundierte wissenschaftliche Evaluation, als Ergänzung zur offiziellen Begleitforschung, ist dringend geboten, um sachgerecht entscheiden zu können, welche erfolgreichen Elemente der Modellvorhaben in die Regelversorgung übernommen werden können.

6. Berufung einer Sachverständigenkommission durch das Bundesministerium für Gesundheit

Um die Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltes im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie fachgerecht, transparent und nachvollziehbar zu gestalten, halten wir es für unerlässlich, eine unabhängige Sachverständigenkommission einzurichten, die den Prozess und die möglichen Veränderungen in der Versorgung begleitet und dem BMG und den Organen der Selbstverwaltung zur Beratung zur Verfügung steht.

Fazit

In der Sorge um den Erhalt einer den Bedarf und den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen entsprechender qualitätsgesicherter stationärer Versorgung fordert die DGPPN die politischen Entscheidungsträger nachdrücklich auf, diese Gesichtspunkte bei der Beratung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber hat bisher die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderen Schutz gestellt. Diese politische und gesamtgesellschaftliche Verantwortung sollte auch bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems die tragende Grundlage sein.

Autoren der Stellungnahme: Prof. Dr. Peter Falkai (Göttingen), Dr. Iris Hauth (Berlin)

Die Stellungnahme der DGPPN zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de.

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**