

Stellungnahme

13.11.2023

Stellungnahme der DGPPN zur „Achten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ zur Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Regierungskommission hat wichtige Ideen und Ansätze für die notwendige Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems formuliert. Die DGPPN begrüßt dabei über die einzelnen Empfehlungen hinaus den Willen, die Probleme und Herausforderungen in der Versorgung anzugehen. Damit diese Empfehlungen in ein nachhaltiges und bedarfsgerechtes Versorgungssystem münden können, muss die fachliche Expertise der Kliniker und Forscher frühzeitig und kontinuierlich in den Entwicklungsprozess eingebunden werden. Die DGPPN wird dazu ihrerseits im Frühjahr 2024 konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung einer modernen und bedarfsgerechten Versorgung vorlegen.

Die DGPPN begrüßt die Stellungnahme der Regierungskommission, die auf viele wichtige und zutreffende Aspekte für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung fokussiert eingeht, und möchte diese nachfolgend spezifisch ergänzen und vertiefen.

Krankenhauslevel

Psychiatrische Fachkrankenhäuser, Kliniken für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika erfüllen nahezu durchgehend einen regionalen Pflichtversorgungsauftrag und nehmen in der wohnortnahen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle ein. Wir stimmen daher der Empfehlung der Kommission zu, dass psychiatrische Kliniken an allen Krankenhäusern der Level 1n bis 3, nicht jedoch an Krankenhäusern des Levels 1i geführt werden sollen, denn im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung muss zwingend die durchgehende Notfallversorgung für psychisch erkrankte Menschen sichergestellt sein. Die vorgeschlagene Kooperation und telemedizinische Vernetzung von Level-1i-Krankenhäusern mit umliegenden psychiatrischen Kliniken stellen darüber hinaus abhängig von den regionalen Gegebenheiten einen sinnvollen Ansatz dar.

Bezüglich der vorgeschlagenen Prüfung der baulichen und inhaltlichen langfristigen Integration von Fachkliniken in die Allgemeinkrankenhäuser ist zwar das Ziel der engeren Vernetzung mit somatischen Fachrichtungen zu begrüßen. Die DGPPN weist allerdings

darauf hin, dass bereits große Fortschritte in der Zusammenarbeit der Fachkliniken mit somatischen Häusern der Umgebung gemacht wurden, die gewürdigt werden sollten. Weitere Fortschritte sind in dieser Hinsicht sicher noch erreichbar. Da andererseits psychiatrische Fachkliniken in besonderer Weise patientenzentrierte komplexe Behandlungsangebote und Spezialisierungen vorhalten, dürfen diese durch die anstehende Krankenhausreform keinesfalls gefährdet werden. Vorstellbar ist, dass diese spezialisierten Behandlungsangebote (wie sie an entsprechenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken und Uniklinika bestehen, z. B. Hirnstimulationsverfahren, forensische Behandlungen, Angebote für Menschen mit sensorischen Wahrnehmungsstörungen oder Intelligenzstörungen und komorbiden psychischen Störungen, Mutter-Kind-Einheiten u. v. m.) über das Pflichtversorgungsgebiet hinaus vorgehalten werden bzw. dass für diese und weitere Spezialangebote größere Pflichtversorgungsgebiete definiert werden.

Leistungsgruppen

Die DGPPN teilt die Einschätzung, dass die Definition von Leistungsgruppen, wie sie für somatische Fächer vorgeschlagen wurde, für die Psychiatrie nicht zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen würde. Im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie besteht eine erhebliche Komorbidität zwischen den F-Diagnosen, sodass der Fokus der Behandlung im Verlauf zusätzlich häufig wechselt (z. B. Aufnahme wegen akuter Alkoholintoxikation und im weiteren Verlauf Behandlung mit Fokus auf eine Depression). Die Schwere der Erkrankung und die sich daraus ableitende Behandlungsnotwendigkeit mit spezifischen Verfahren lässt sich allein aus der Diagnose nicht ableiten. Zusätzlich besteht keine reliable Korrelation zwischen ICD-Diagnose und Behandlungsaufwand.

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die DGPPN begrüßt ausdrücklich die mittlerweile vom G-BA bereits umgesetzte Empfehlung, die überzogenen Sanktionen der PPP-RL auszusetzen. Für die Neudefinition adäquater Durchsetzungsmaßnahmen stehen aus Sicht der Fachgesellschaft Verhältnismäßigkeit, Gerechtigkeit und Umsetzbarkeit und parallel dazu die Unterstützung der Kliniken, wenn sie Schwierigkeiten haben, die Mindestpersonalvorgaben einzuhalten, im Zentrum.

Ebenfalls ausdrücklich begrüßt wird die Forderung der Regierungskommission, den starren Stations- und Bettenbezug der PPP-RL sowie den enormen Dokumentationsaufwand zu überwinden und stattdessen die Flexibilisierung der Behandlungssettings und der sektorübergreifenden Versorgung zu befördern. Das Plattform-Modell und dessen empirische Unterfütterung in der EPPIK-Studie sind aus Sicht der DGPPN die Grundlage für die Bemessung des Personalbedarfs, da das Plattform-Modell settingunabhängig den individuellen Behandlungsbedarf der Patienten in den Fokus nimmt und ableitend davon den

Personalbedarf für eine optimale Behandlung definiert. Aufgabe des G-BA sollte es daher sein, auf Grundlage der Ergebnisse der EPIK-Studie neue Modelle und dynamische Instrumente zur Ermittlung eines Soll-Personalbedarfs und von Mindestvorgaben unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, moderner Behandlungskonzepte und möglicherweise veränderter rechtlicher Rahmenbedingungen zu entwickeln.

Vorhaltebudget

Es ist zutreffend, dass die Systematik der Vergütung durch die Einführung des „Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“ (PEPP-System) in der Psychiatrie erst kürzlich reformiert wurde und eine Evaluation des Vergütungssystems erforderlich wäre. Gleichzeitig empfiehlt die DGPPN, auch Fragen der Vergütung in den weiteren Beratungen aufzugreifen. Hierbei sollten psychiatriespezifische Aspekte wie die Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung sowie die hervorgehobene Rolle von Personalkosten in der sprechenden Medizin berücksichtigt werden. In der Praxis wird heute häufig die PPP-RL als Grundlage für Budgetverhandlungen ohne Berücksichtigung einer Reservekapazität herangezogen, obwohl sie kein Instrument für die Budgetermittlung darstellt. Eine angemessene personelle Reservekapazität muss aber definitiv verhandelbar sein.

Zur nachhaltigen Gewinnung von Nachwuchskräften schlägt die DGPPN darüber hinaus einen Aufschlag für Weiterbildungsstellen für Ärzte und Psychologen vor. Für die Universitätsklinika ergibt sich zudem ein zusätzlicher Bedarf für die forschungsnahe Krankenversorgung.

Tagesstationäre und settingübergreifende Behandlung

Die DGPPN teilt ausdrücklich das Ziel einer settingübergreifenden Behandlung, die flexibel nach Bedarf der Patienten in vollstationärer, teilstationärer, ambulanter oder aufsuchender Form stattfinden kann. Ein auch mehrfacher Wechsel zwischen den Behandlungssettings sollte in ein und demselben Krankenhausbehandlungsfall ohne zusätzlichen administrativen Aufwand möglich sein. Unter der Voraussetzung einer derart flexibilisierten Behandlung erscheint eine Überwindung der getrennten Ausweisung von voll- und teilstationären Behandlungsplätzen in den Landeskrankenhausplänen folgerichtig. Im Fokus der künftigen Versorgungsplanung sollten patientenbezogene regionale Versorgungsbedarfe und bevölkerungsbezogene Kriterien der jeweiligen Region stehen.

Den Vorschlag, teilstationäre Behandlung auch auf allen vollstationären Behandlungsplätzen nach vereinbarten tagesklinischen Vergütungsmodalitäten anzubieten, begrüßt die DGPPN.

Er wird in vielen Kliniken bereits umgesetzt. Allerdings wäre es nützlich, hierfür bisher bestehende bürokratische Hürden abzubauen.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Regierungskommission schlägt eine bundesweite Umsetzung des sogenannten Bayerischen Modells für die Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen vor, was die DGPPN ebenfalls für sinnvoll erachtet. Dieses Vergütungskonzept hat sich als transparentes, handhabbares und bürokratiearmes Konzept bewährt.

Eine Einzelleistungsvergütung, wie das Bayerische Modell sie vorsieht, könnte sich mit wenigen Anpassungen auch für eine dynamische, an die individuellen Bedarfe des Patienten angepasste, aufsuchende Behandlung eignen und würde eine Flexibilisierung der starren und stark bürokratisierten stationsäquivalenten Behandlung ermöglichen bzw. könnte diese ergänzen. Aus Sicht der DGPPN kann dies ein sinnvoller Baustein hin zu einer verbesserten ambulanten Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen sein. Dabei ist eine auskömmliche Finanzierung dieser ambulanten Komplexangebote essenziell, die sich nicht ohne die Vorhaltekosten der Pflichtversorgung umsetzen lassen. Insbesondere in strukturschwachen und unterversorgten Regionen plädiert die DGPPN für eine sektorenübergreifende Betrachtung in Form von globalen Regionalbudgets, mit denen analog zu den Konzepten der Modellprojekte nach § 64b SGB V die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen auch in Zukunft sichergestellt werden kann.

Modellprojekte und Regelversorgung

Den vorgeschlagenen Kontrahierungszwang für die Konzepte von Modellprojekte nach § 64b SGB V und deren oben vorgeschlagene Ausweitung begrüßt die DGPPN. Auch der vorgeschlagene Einbezug von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten aus dem KV-Bereich wird zwar aufgrund der fehlenden Kompatibilität der Finanzierungssysteme voraussichtlich zunächst zu Verzögerungen führen, ist langfristig betrachtet aber folgerichtig.

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

Im Grundsatz teilt auch die DGPPN den Wunsch nach mehr Transparenz, die über einen geeigneten Weg herzustellen ist. Die für Abrechnungszwecke entwickelten Prozedurenschlüssel (OPS) sind aus Sicht der DGPPN dafür nicht geeignet, da sie nur zur Abrechnung konzipiert wurden. Beispielsweise findet sich darin keine Aussage zum Aufwand der Pflegekräfte, die die größte Berufsgruppe im Fach darstellen. Zudem unterstreicht die DGPPN die von der Regierungskommission formulierte Maxime, dass kein Zuwachs in der Bürokratie in den Krankenhäusern entstehen darf.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

DGPPN-Präsident

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: praesident@dgppn.de