

**PROF. DR. WOLFGANG MAIER**  
PRÄSIDENT DGPPN

# **GEFAHR ERKANNT – GEFAHR GEBANNT? AUS SICHT DER DGPPN**

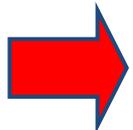
**VKD Fachgruppentagung - Fachgruppe Psychiatrie**  
**Donnerstag, den 25. September 2014**

## **Was ist umgesetzt ?**

- **Enthospitalisierung der Langzeitpatienten**
- **Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**
- **Gemeindenaher ambulante und vorstationäre Versorgung**
- **Kooperation und Koordination aller Leistungsanbieter**
- **Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken**
- **Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranker**
- **Kontinuität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen**

## Was ist umgesetzt ?

- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten ✓
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ✓
- Gemeindenahe ambulante und vorstationäre Versorgung ✓
- Kooperation und Koordination aller Leistungsanbieter ?
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken ?
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranker ?
- Kontinuität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ?



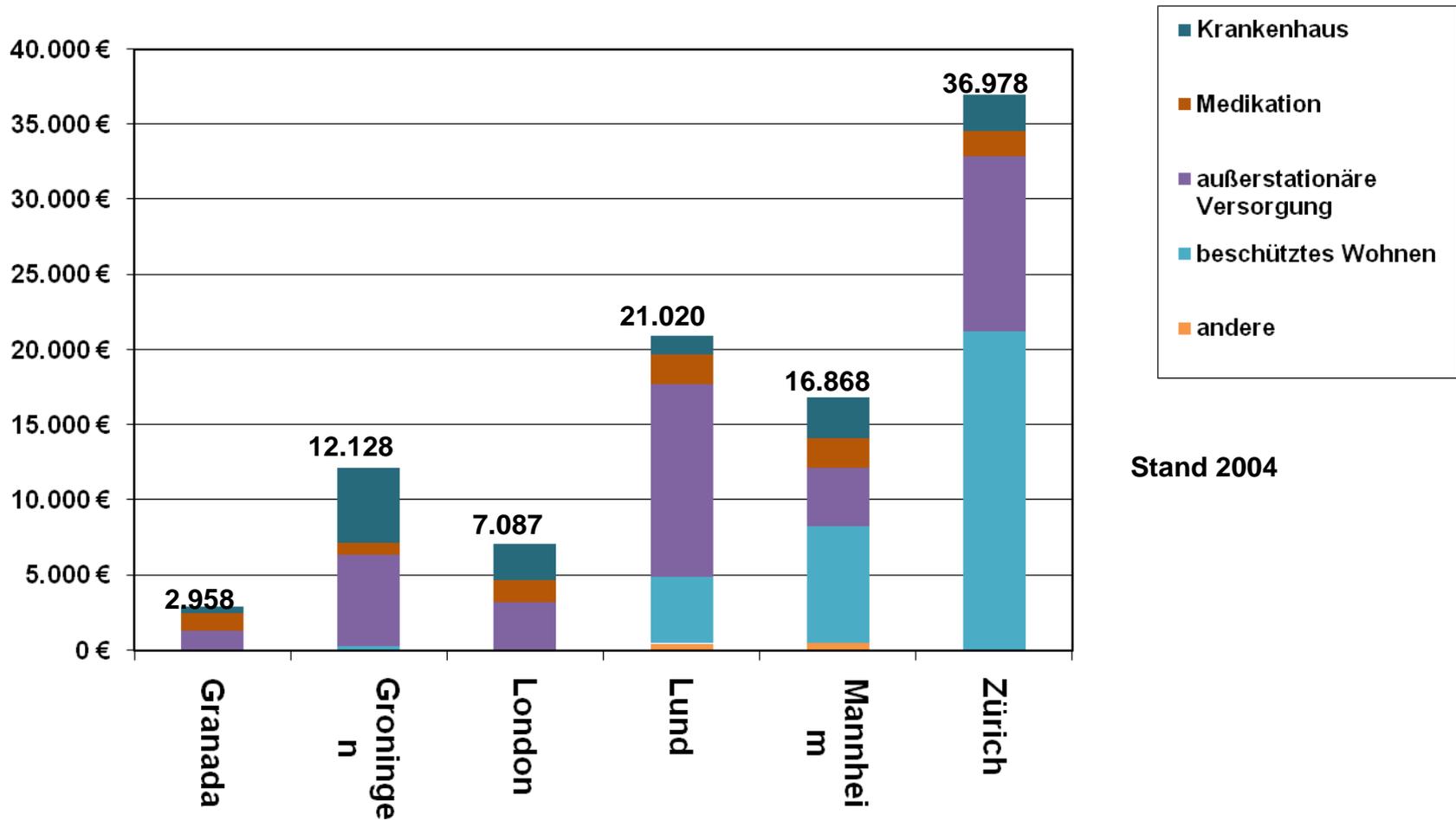
**Die Psychiatrie-Reform ist in Stagnation**

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

## ERKANNT GEFAHREN

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
  - Deckelung des Gesamtbudgets
  - Unterfinanzierter Start (90% PsychPV-Erfüllung, Psychotherapie)
  - Morbiditätsrisiko/Mengenrisiko trägt das Versorgungssystem
  - Kein Geld für medizinischen Fortschritt (v.a. Psychotherapie, Diagnostik)
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

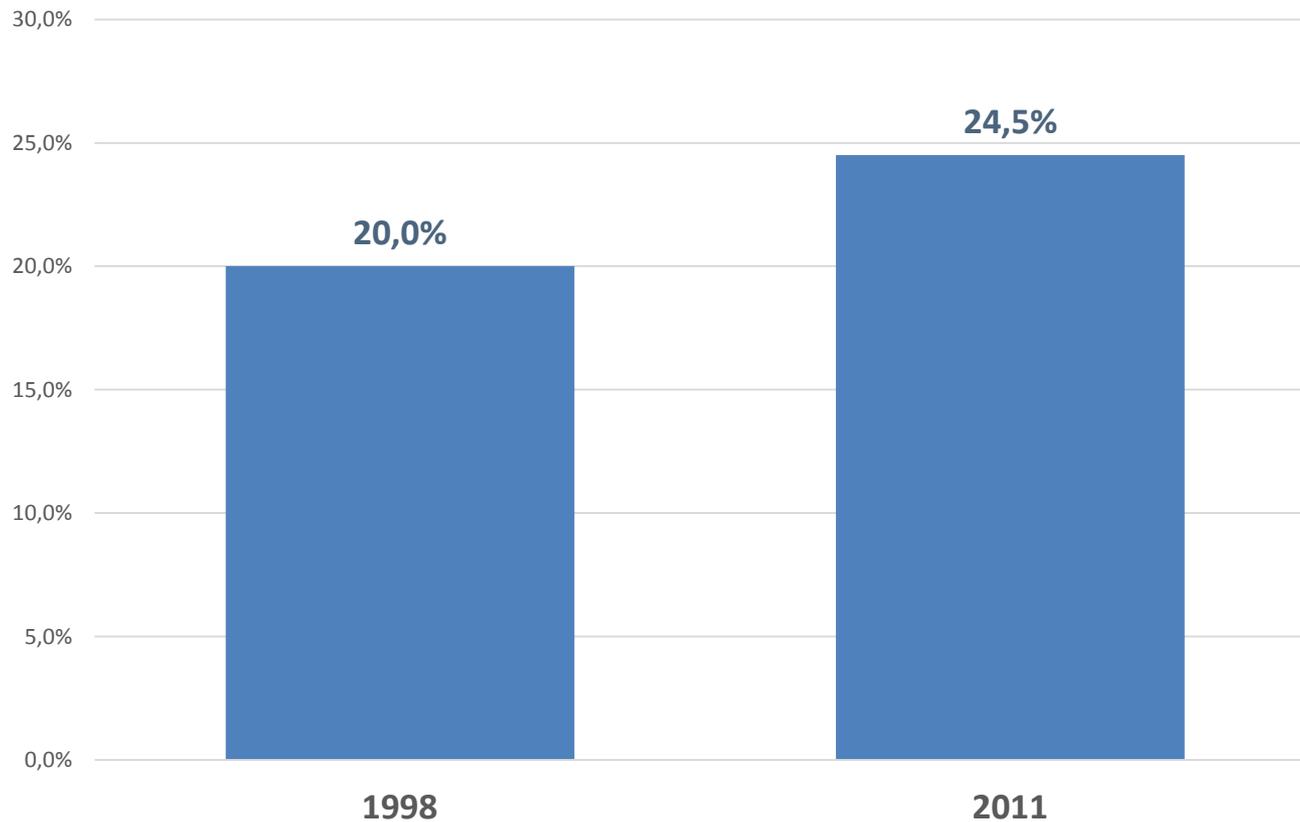
# VERSORGUNGSKOSTEN EINES PATIENTEN MIT SCHIZOPHRENIE



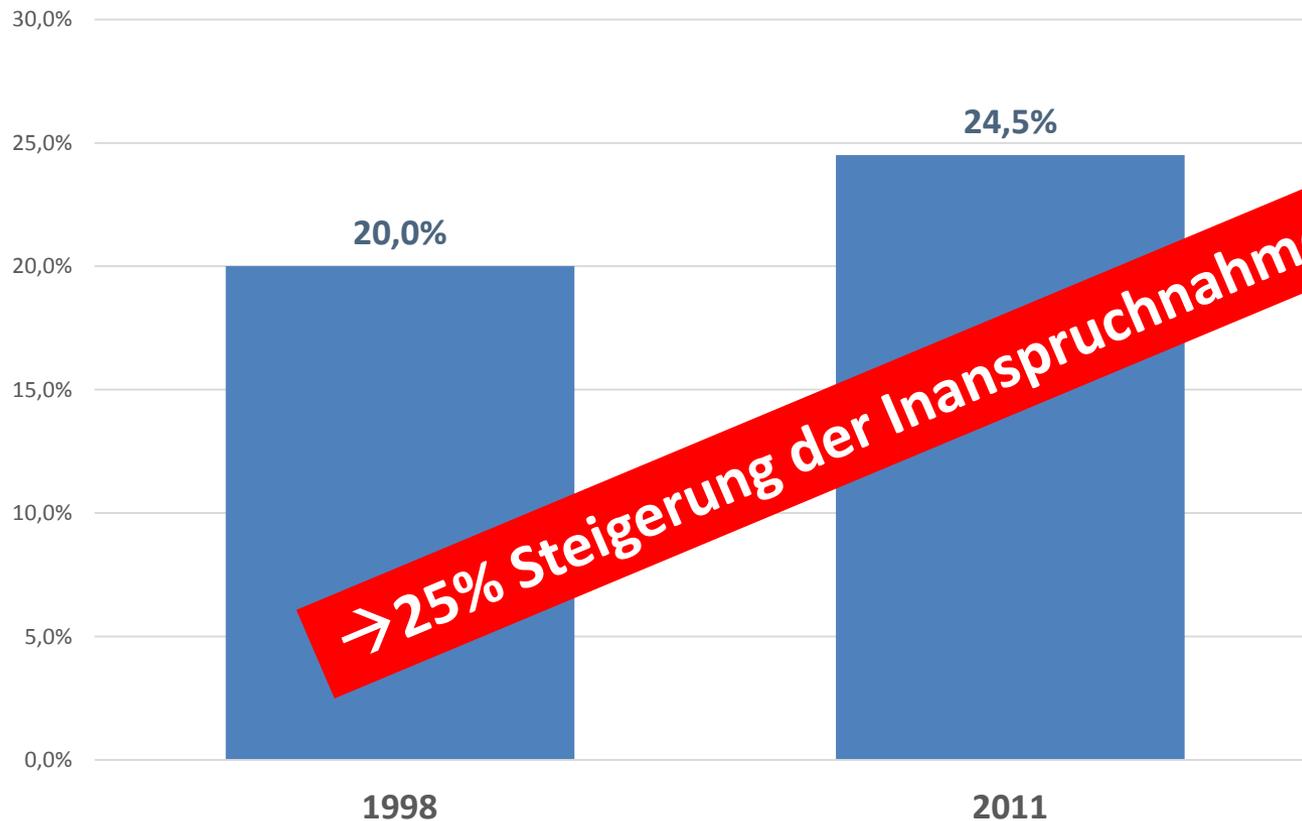
Stand 2004

Quelle: Salize et al. 2009

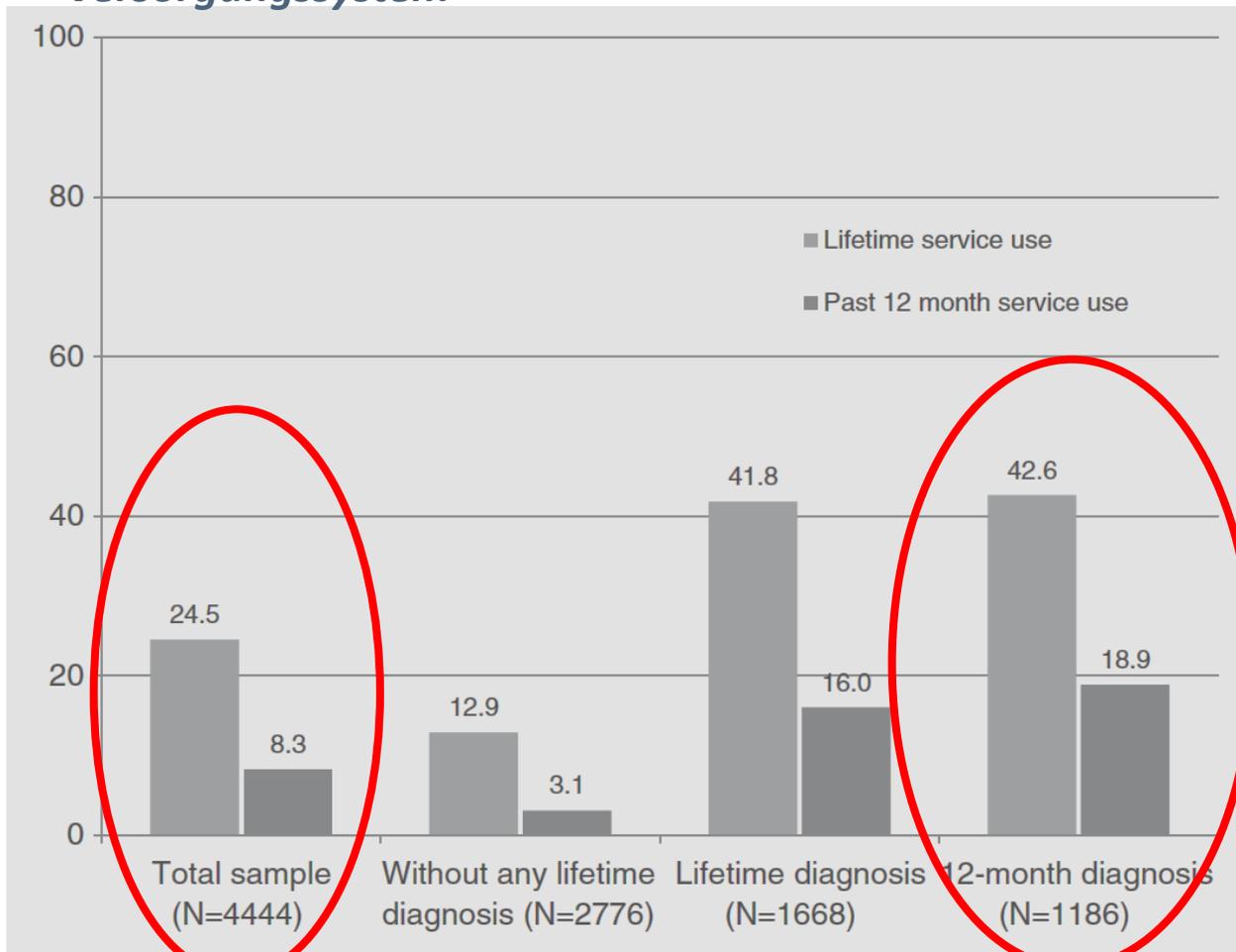
## Behandlungsrate von psychischer Erkrankung in Gesamtstichprobe



## Behandlungsrate von psychischer Erkrankung in Gesamtstichprobe



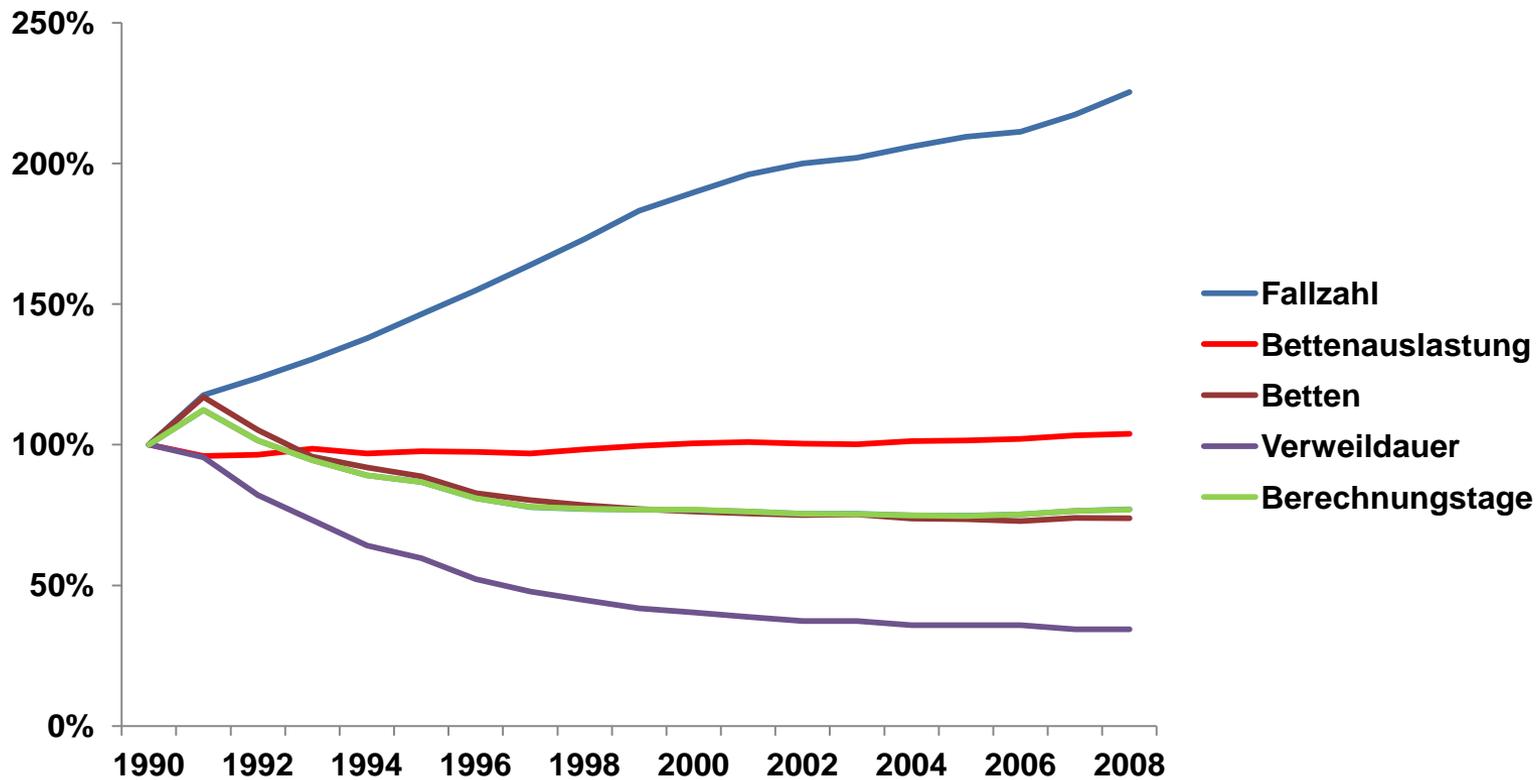
Behandlungsrate von psychischer Erkrankung:  
*Die Mehrzahl der Diagnoseträger steht zur Zeit noch im Kontakt mit dem Versorgungssystem*



Quelle: Mack et al 2014

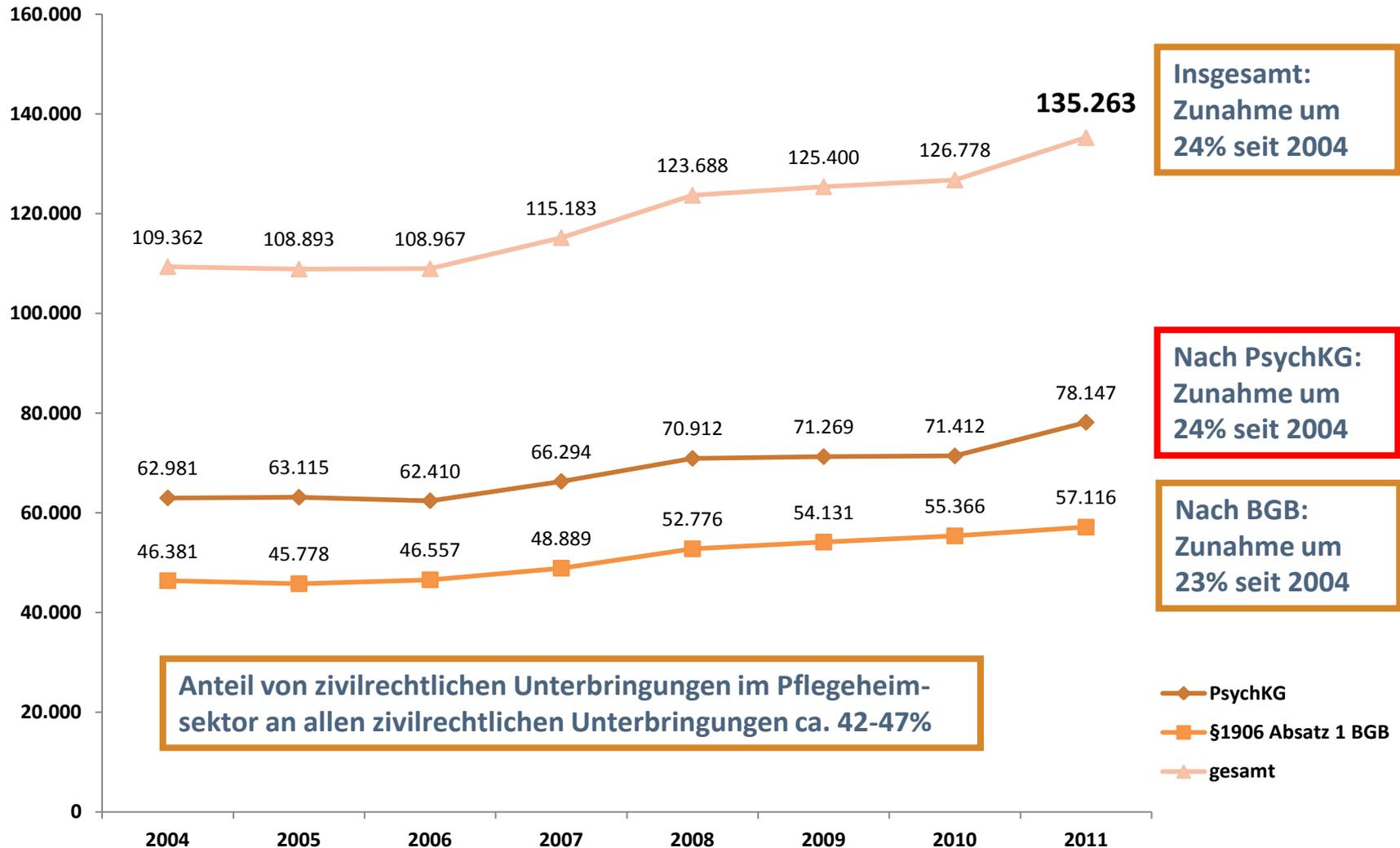
# LEISTUNGSVERDICHTUNG

Entwicklung der Leistungsdaten psychiatrischer Kliniken 1990 – 2008





# UNTERBRINGUNGEN NACH PSYCH-KG ODER BETREUUNGSGESETZ



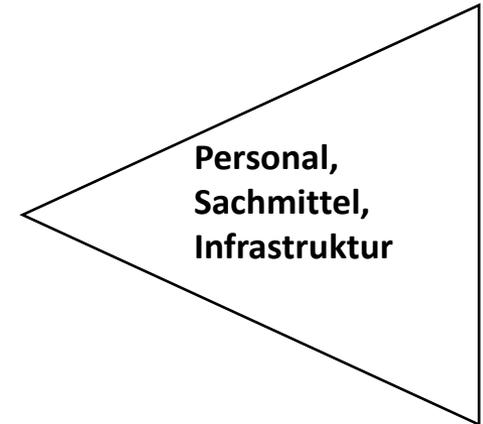
## ERKANNTGE GEFAHREN

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
  - Benachteiligung Schwerstkranker
  - Verlust an Qualität bei Unterfinanzierung von Personalaufwendungen
  - Leistungszuwächse nicht vergütet
  - Fehlanreize durch Degressionsmechanismen
  - Pflichtversorgung nicht finanziert
  - Festpreissystem
  - MDK-Prüfungen und Einzelleistungsdokumentation
  - Bürokratisierung steigt, Zeit für Therapie sinkt
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

# KALKULATION

## Leistungsbereiche

Gesamt-Behandlungsumfang		
Stationäre Betreuung	Therapeutische Kernleistung	Körperliche Diagnostik
Leistungsdokumentation ?	Leistungskataloge z. T. individuell z. T. standardisiert	Leistungskataloge Standard-Tarifwerke
Leistungsbereich Station	Leistungsbereich Therapie	Leistungsbereich Diagnostik



Kurzkontakte

Teambesprechung

Visiten ...

Psychotherapie (Job)

Ergotherapie

Physiotherapie ...

TMS

EKT

EEG, EKG, EMG

Röntgen

Labor ...

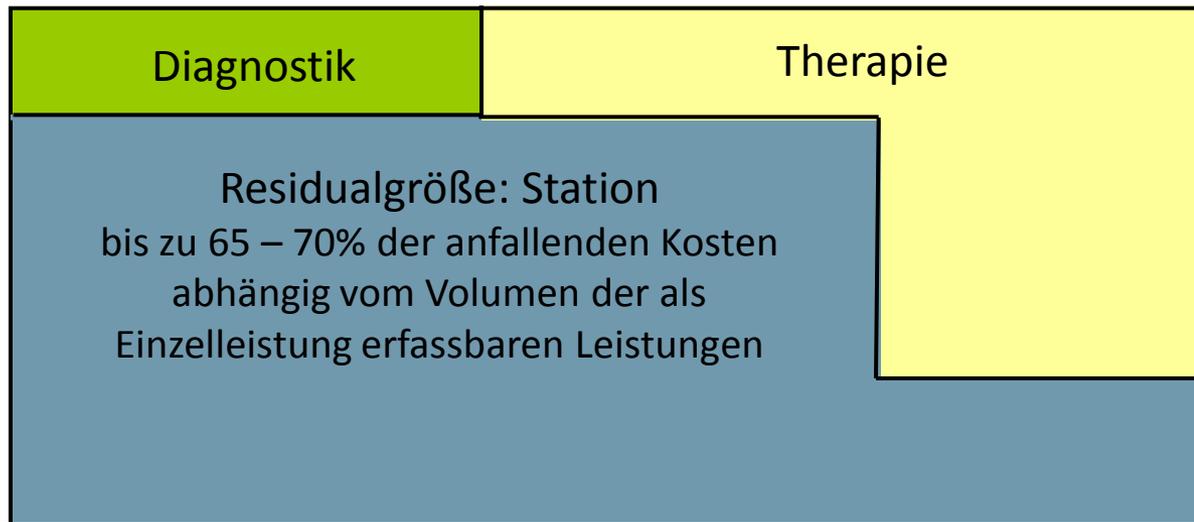
Spezialdiagnostik, PET

**Residual**

**OPS**

**???**

## KOSTENANTEILE DER LEISTUNGSBEREICHE



Notwendigkeit der Entwicklung einer Methodik für eine Kostenzurechnung zu den Patiententagen, die die Betreuungsintensität auf der Station widerspiegelt.

→ Gewichtungsmodell von DGPPN und DGPM entwickelt

# GEWICHTUNG DER PFLEGETAGE

## Gewichtung der Pflegetage nach der Betreuungsintensität

Gemeinsames Modell der AG Psychiatrie und Psychosomatische Medizin  
zum Psych-Entgeltsystem

### 1. Grundsätzliches

- Es erfolgt eine tägliche Beurteilung, ob in den drei wesentlichen Bereichen, die das bio-psycho-soziale Modell der Krankheitsentstehung vorgibt, erhöhte Aufwendungen aufgrund bestimmter Merkmale notwendig waren.
- Der Aufwand wird in drei Stufen graduiert.
- Die Einstufung orientiert sich an aufwandsrelevanten bzw. –erhöhenden Fallbeispielen.
- Diese basieren auf einem Merkmalspool und exemplarischen Aufwandsbeschreibungen, die helfen sollen, erhöhte Aufwände einzustufen.

### 2. Gewichtungmodell

Tagesvariable Gewichtung der Betreuungsintensität			
Aufwandsdimension	Stufe		
	1 kein erhöhter Aufwand	2 deutlich erhöhter Aufwand	3 stark erhöhter Aufwand
Psychisch begründeter Aufwand	1 Punkt	3 Punkte	5 Punkte
Somatisch begründeter Aufwand	1 Punkt	3 Punkte	5 Punkte
Sozial begründeter Aufwand	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte

# DGPPN-INITIATIVE TAGESKOSTENBASIERUNG

## Originalien

Nervenarzt 2014 · 85:88–96  
 DOI 10.1007/s00115-013-3981-7  
 Online publiziert: 9. Januar 2014  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

A. Klimke<sup>1</sup> · R. Bader<sup>2</sup> · R. Berton<sup>3</sup> · M. Borrmann-Hassenbach<sup>2</sup> · T. Brobeil<sup>4</sup> ·  
 R. Nitschke<sup>5</sup> · G. Reitel<sup>2</sup> · M. Schillinger<sup>6</sup> · F. Godemann<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Vitos Hochtaunus, Vitos Waldkrankenhaus Köppern, Friedrichsdorf

<sup>2</sup> kbo Kliniken des Bezirks Oberbayern

<sup>3</sup> Pfalzkrankenhaus Klingenmünster

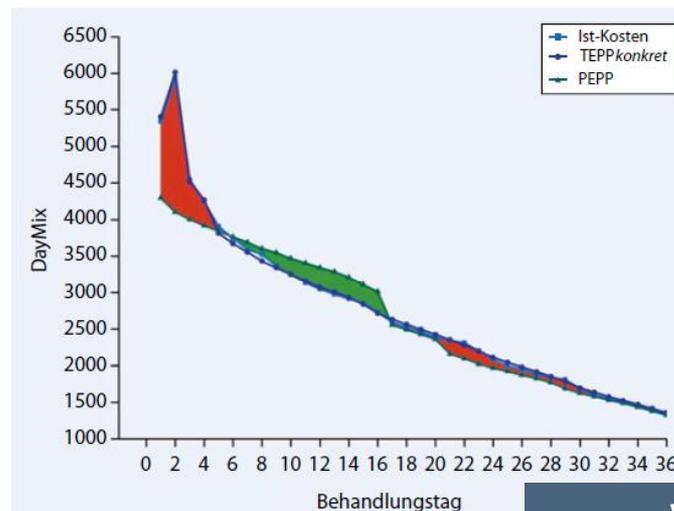
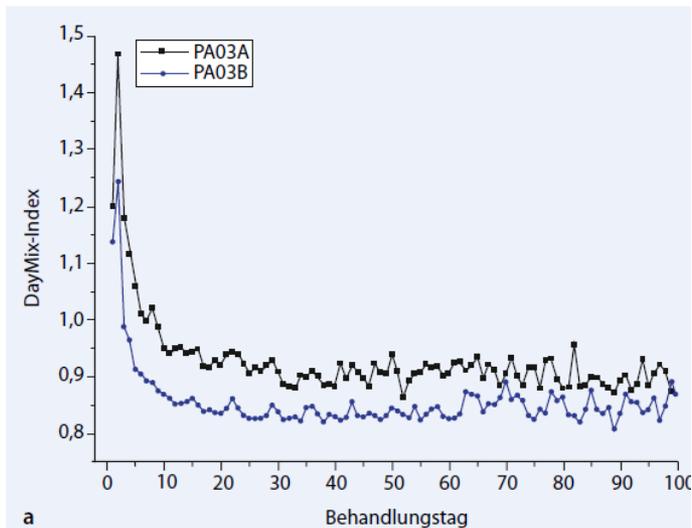
<sup>4</sup> Vinzenz von Paul Hospital gGmbH, Rottweil - Rottenmünster, Rottweil

<sup>5</sup> Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim

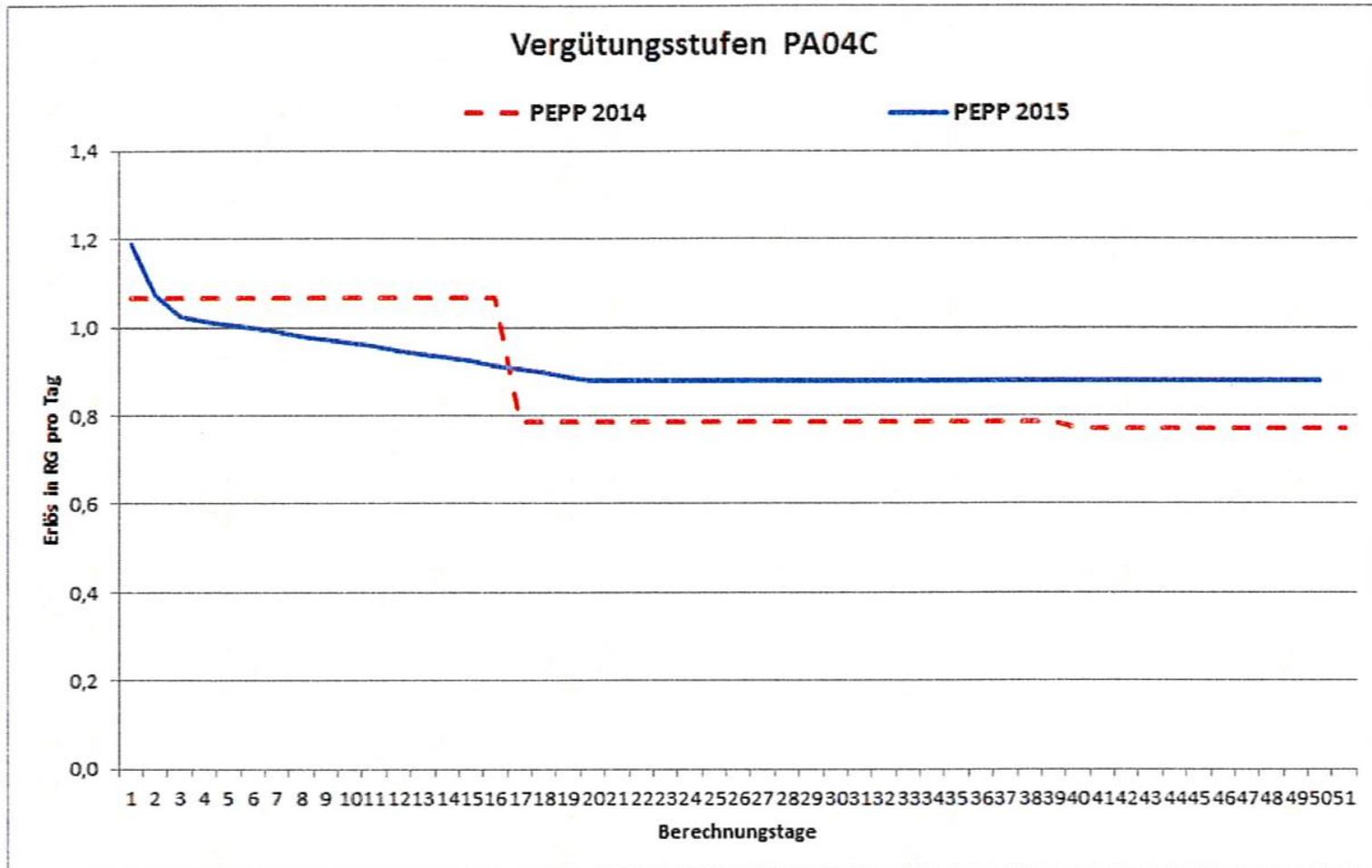
<sup>6</sup> Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee

## Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik

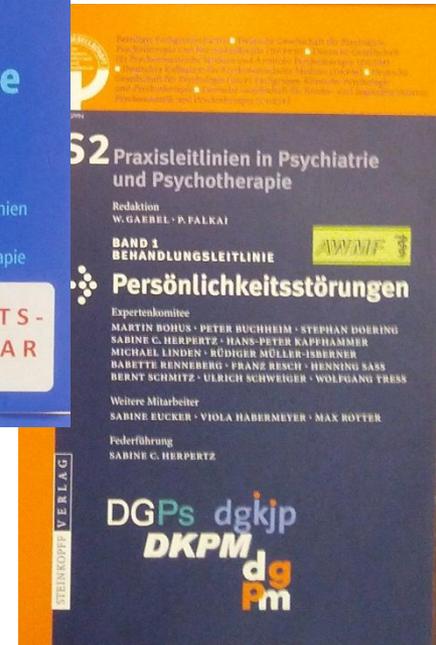
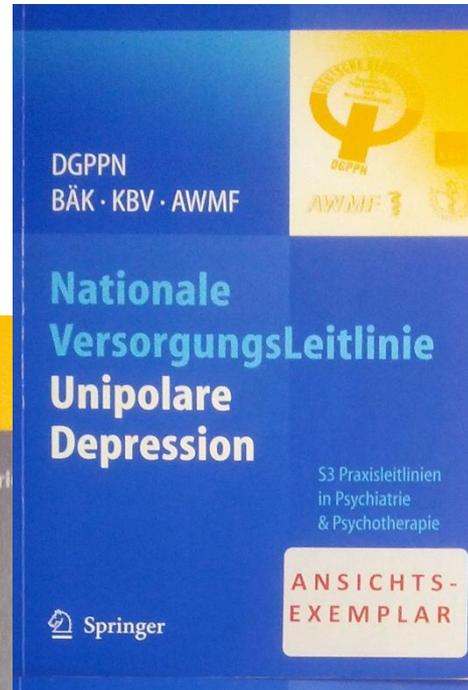
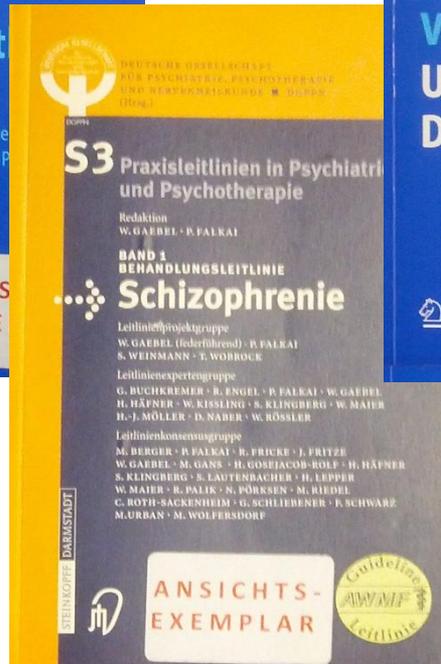
Studie zur Machbarkeit eines  
tageskostenbasierten Entgeltsystems



PEPP-ENTGELTKATALOG



## QUALITÄT DURCH LEITLINIENORIENTIERUNG



## ERKANNTGE GEFAHREN

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
  - Benachteiligung Schwerstkranker
  - Verlust an Qualität bei Unterfinanzierung von Personalaufwendungen
  - Leistungszuwächse nicht vergütet
  - Fehlanreize durch Degressionsmechanismen
  - Pflichtversorgung nicht finanziert
  - Festpreissystem
  - MDK-Prüfungen und Einzelleistungsdokumentation
  - Bürokratisierung steigt, Zeit für Therapie sinkt
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

## ERKANNTGE GEFAHREN

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
  - Fortschreiben der patientenfeindlichen Zersplitterung
  - Abhängigkeit von verzerrem Vertragsarzt-System
  - Angriff auf die PIAs
  - „gesteuert“ statt „steuern“
  - Chancen nicht nutzen: Innovation und Modelprojekte
- **Zukunft der Profession**

**KOMPLETT ZERSPLITTERTES  
FINANZIERUNGSSYSTEM**

**Niedergelassener  
Psychiater – SGB V**

**Tagesklinik – SGB V**

**Ambulanter  
Soziotherapie  
– SGB V**

**Beschäftigung,  
Tagesstätten,  
Zuverdienst**

**Hausarzt – SGB V**

**Betreutes Wohnen**

**Beratungsstellen**

**Psychologischer  
Psychotherapeut**

**Rehaklinik SGB VI**

**Sozialpsychiatrischer  
Dienst**



**Facharzt**

**Ambulante  
Rehabilitation  
– SGB V & VI**

**Psychiatrische  
Klinik – SGB V**

**Ärztlicher  
Psychotherapeut**

**Ambulante Pflege –  
SGB V**

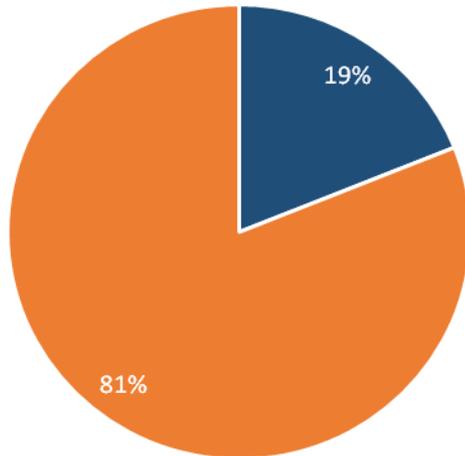
**Institutsambulanz  
– SGB V**

**Eingliederungshilfe  
SGB XII**

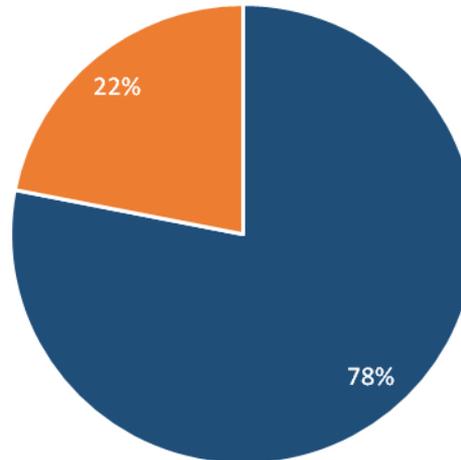
**Berufliche Reha  
SGB IX**

# AMBULANTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Anteil an Praxen



Anteil an Behandlungsfällen



- Nervenärzte/ Psychiater
- Psychotherapeuten

Anteile von Nervenärzten/ Psychiatern gegenüber Psychotherapeuten in der Ambulanten Versorgung (Melchinger 2014)

## PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN (PIA)

Ärzte Zeitung, 22.07.2014

Kommentieren (4) ★★★★★  Twittern  5



Institutsambulanzen

### GBA will in die Black Box schauen

**Kehtwende beim Gemeinsamen Bundesausschus: Dass die Institutsambulanzen pauschal in die Bedarfsplanung einbezogen werden sollen, ist eigentlich beschlossen. Jetzt will das Gremium doch genauer hinschauen.**

Von Anno Fricke



Schild an einer Wand der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) im Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart.

© Marijan Murat / dpa

**BERLIN.** Die Bedarfsplanungsrichtlinie steht möglicherweise vor einer weiteren Novelle.

### Juli 2014

**Hecken:** Pauschalvergütung führe zu:

„gewaltigen Black Box zu Lasten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“

Vorschlag: PIA in Bedarfsplanung mit 0,5 Sitz einberechnen.

## EIGENER STELLENWERT DER PIA IN DER VERSORGUNGLANDSCHAFT

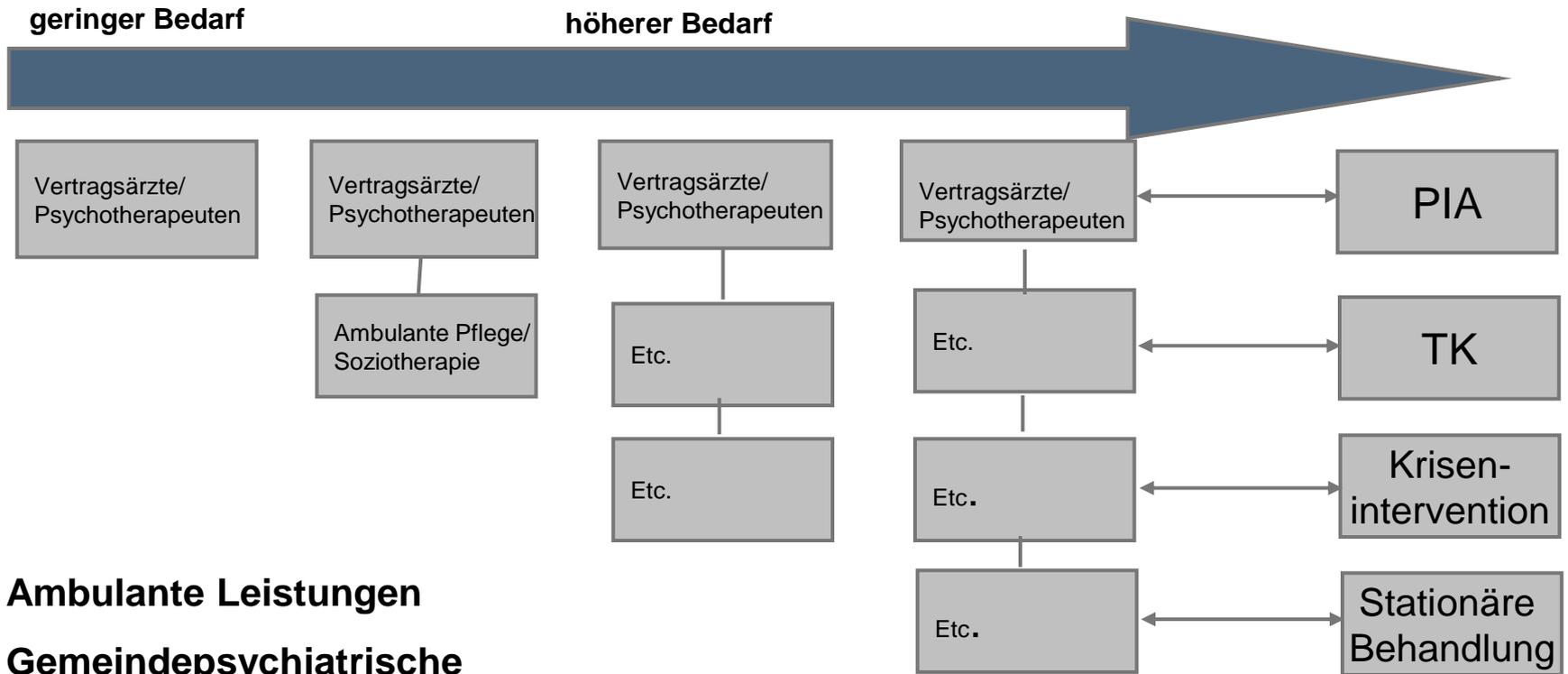
Ergibt sich klar aus eigens gesetzlich festgeschriebenem Behandlungsauftrag (§118 SGB V): Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen **multiprofessionell** zu behandeln

- die häufig wiederholt stationär behandelt werden müssen,
- bei denen eine stationäre Behandlung nur durch aufwändige ambulante Maßnahmen verhindert werden kann
- oder für die eine ambulante psychiatrische Versorgung nicht wohnortnah erreichbar ist

→ Richtlinienpsychotherapie spielt eine marginale Rolle

→ PIAs übernehmen **keine Regelversorgung**, sondern bieten Nachsorge und notfallmäßig und zeitnahe Behandlungstermine **um stationäre Aufnahmen zu vermeiden oder zu verkürzen.**

# VERSORGUNGSMODELL SGB V



**Ambulante Leistungen**  
**Gemeindepsychiatrische Leistungen**

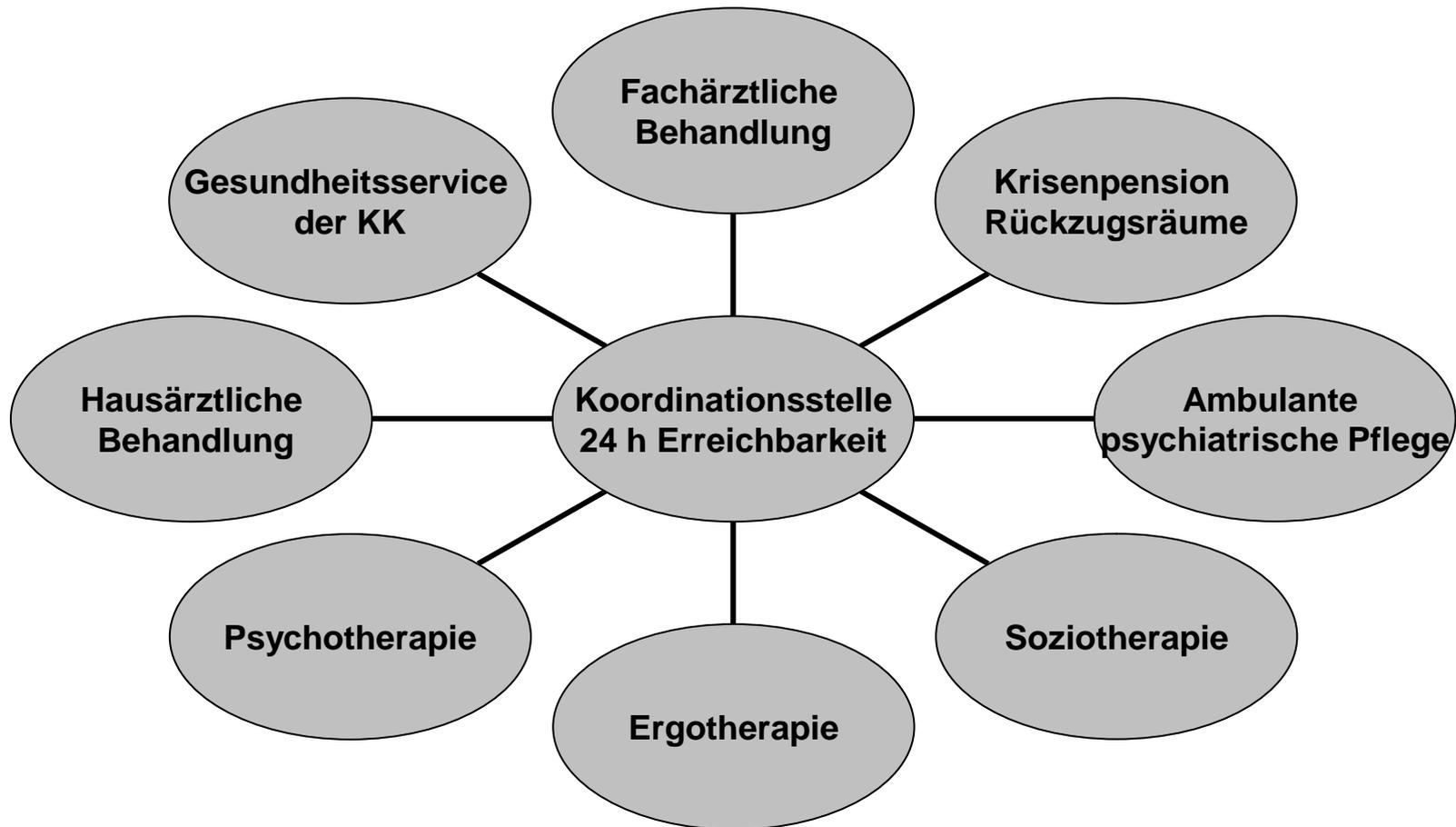
**IV-Verträge, §64 Modelle**

**Klinikleistungen**

- gemeinsame Therapieziele
- **abgestimmte modulare Leistungen**
- **Behandlungspfade**
- Qualitätssicherung

# INTEGRIERTE VERSORGUNG

## NWpG NetzWerk psychische Gesundheit



## ENTGELTSYSTEM: ERKANNT GEFAHREN 2014

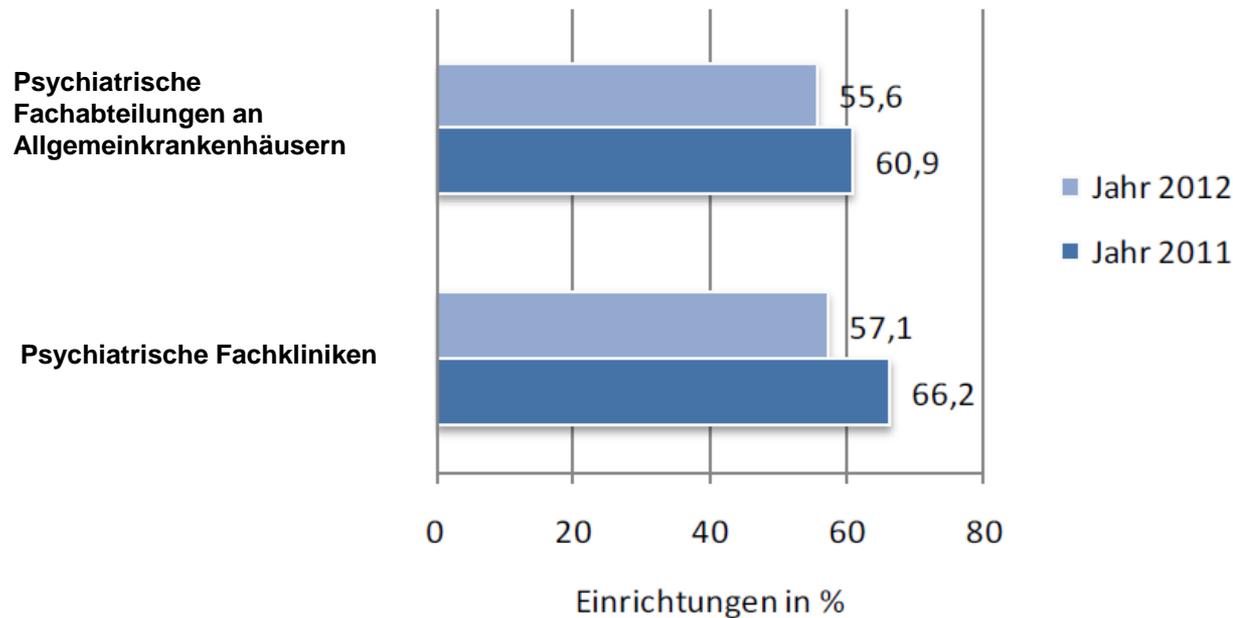
- **Behandlungskontinuität im System**
  - Fortschreiben starrer Strukturen
  - Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System
  - „gesteuert“ statt „steuern“
  - Chancen nicht nutzen: Modelprojekte
  
- **Zukunft der Profession**
  - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
  - Zersplitterung der Interessen

## ENTGELTSYSTEM: ERKANNTGEFAHREN 2014

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**
  - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
  - Zersplitterung der Interessen

# PROBLEME BEI DER BESETZUNG OFFENER STELLEN IN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

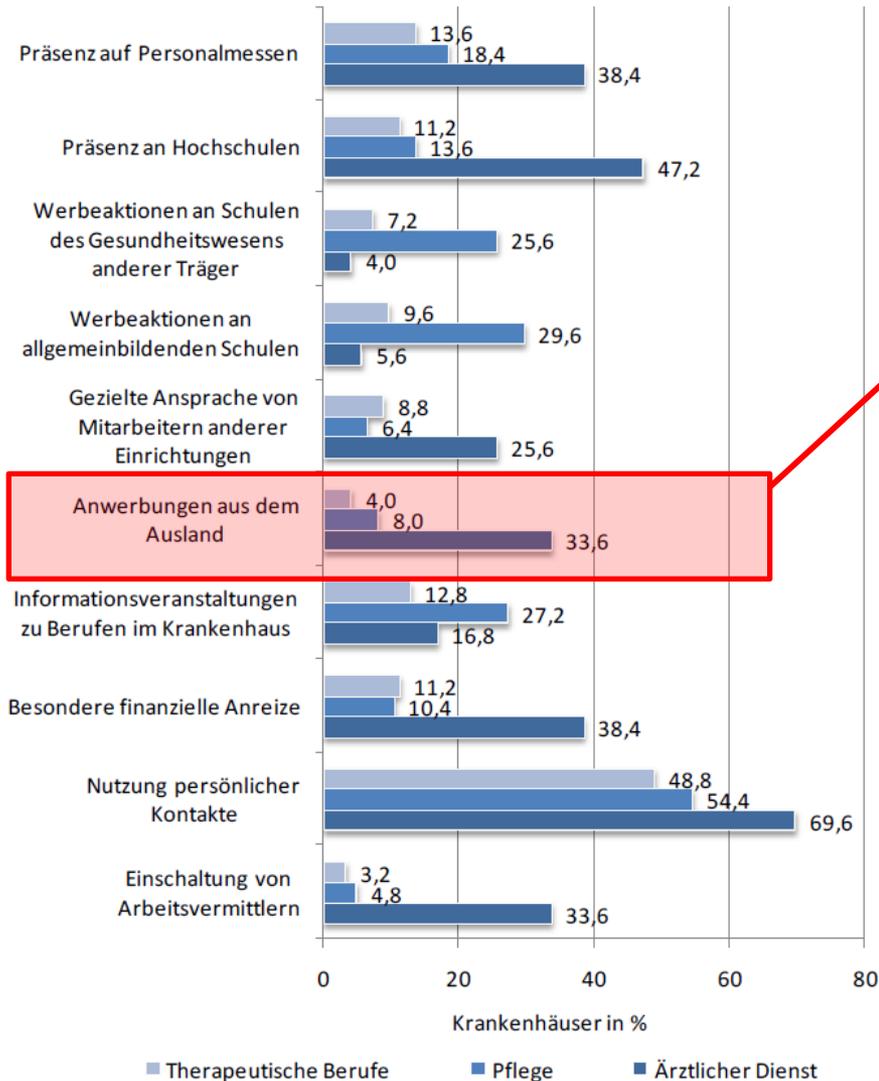
Haben Sie Probleme ärztliche Stellen zu besetzen?  
(Stand Sommer 2012)



© Deutsches Krankenhausinstitut

- In psychiatrischen Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen sind im **Mittel 2,5 Vollkraftstellen** unbesetzt.
- Entspricht **5%** unbesetzter Arztstellen im Krankenhaus (in Fachabteilungen an Allg. KKH 7%)

## PERSONALAKQUISE ÄRZTLICHER STELLEN

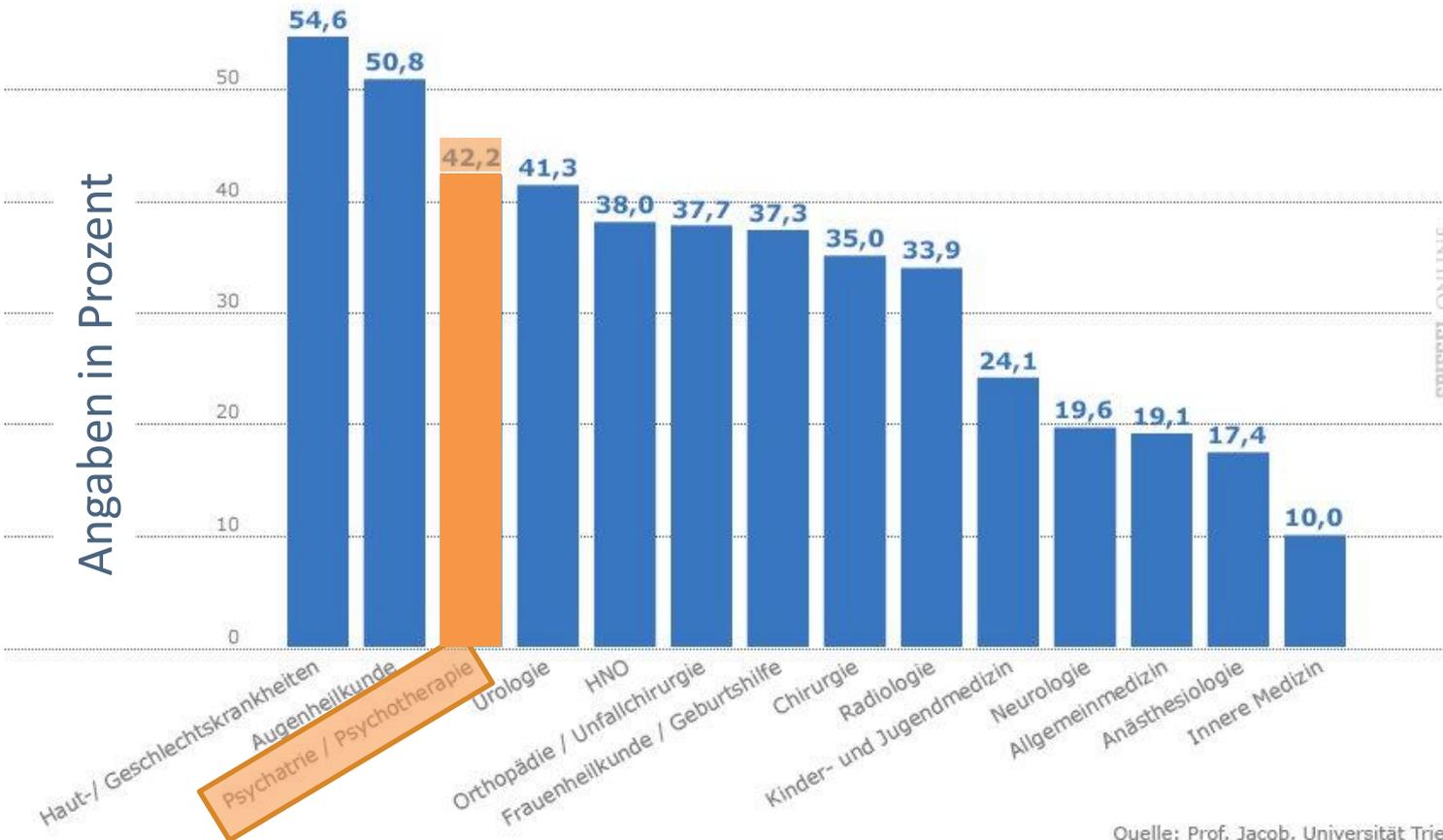


Weitere Maßnahmen zur Personalakquise in psychiatrischen Einrichtungen

- Ansprache von Ärzten anderer Klinik (25%)
- Anwerbung aus dem Ausland (33%)
- Besondere Finanzielle Anreize (38%)
- Persönliche Kontakte (70%)
- Arbeitsvermittler (33%)

# PSYCHIATRIE KOMMT OFT NICHT IN FRAGE

## Welche Facharztausbildung kommt für Sie NICHT in Frage?



Quelle: Prof. Jacob, Universität Trier

## ENTGELTSYSTEM: ERKANNTGEFAHREN 2014

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**
  - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
  - **Zersplitterung der Interessen**

## **Partialinteressen gefährden** geschlossene Vertretung der Psych-Fächer nach Außen (Politik, Selbstverwaltung) und gemeinsame Ziele

- Sektorenübergreifende, praktikable Versorgungswege, qualitative hochwertige Versorgung nach Leitlinien, unabhängig von Wohnort, sozialer Lage und der Kassenzugehörigkeit
- Gut ausgebildeter Nachwuchs
- Leistungsgerechte Vergütung
- Deutsches Zentrum für Psychische Erkrankungen

**Standpunktepapier**  
**zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik**  
*Initiative der Verbände zum neuen Entgeltsystem*

---

---

11.11.2013

**Standpunktepapier der Verbände zu den Koalitionsvereinbarungen**

Die Verbände begrüßen und unterstützen das Bemühen des Gesetzgebers die Grundlagen der Abrechnung von psychiatrischer, kinder- und jugendpsychiatrischer und psychosomatischer Behandlung zu modernisieren. Der mittels Ersatzvornahme durch den Bundesminister für Gesundheit in Kraft gesetzte PEPP-Katalog zeigt leider jedoch so ausgeprägte systematische Mängel, dass mit einer Reifung durch Anwendung und schrittweise Anpassung im Sinne eines lernenden Systems nicht gerechnet werden kann.

Die Unterzeichnenden sind in ernster Sorge, dass die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch den im PsychEntG gesetzten ordnungspolitischen Rahmen und den vom Bundesministerium für Gesundheit per Ersatzvornahme in Kraft gesetzte PEPP-Entgeltkatalog stark gefährdet ist. Verschärft wird dies durch die gesetzlichen Bestimmungen der Bundespflegeverordnung, die als eine Art Blaupause der Regelungen zum DRG-Bereich abgebildet wurden.

Die zunehmend deutlich werdenden Systemmängel des DRG-Bereiches durch doppelte Degression und den eingetretenen „Hamsterradeffekt“ der Leistungsmehrung werden für den Bereich der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik nicht nur übernommen, sondern sogar noch ausgeprägter ausgestaltet.

Die Realisierung der im Folgenden genannten Systemveränderungen wird von den Verbänden einheitlich als Voraussetzung für die Absicherung und Weiterentwicklung einer guten Qualität in der psychiatrischen Versorgung angesehen:

1. Beauftragung des InEK mit der Definition und Kalkulation von tagesbezogenen Entgeltstufen (Tagescluster) als Alternative zu den bisher diagnosebezogenen Entgeltgruppen im PEPP-Katalog. Einbeziehung der von den Fachverbänden erarbeiteten konkreten Vorschläge hierzu (z.B. TEPP).

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken (AKP)

Aktion Psychisch Kranke (APK)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (BAG PED KJPP)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Chefärztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland e. V. (CPKA)

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit (DPGSG)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

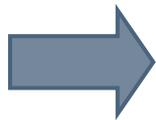
## DGPPN TASK FORCE

### Zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- DGPPN, BPE, BFDN, BAG, Verband Gemeindepsychiatrie, APK, DFBP, BSLK, BDK, ACKPA, ZI- Mannheim, BAG Kinder-und Jugendpsychiatrie, BAPK, VKD, DKG

#### Ziel:

- Umfassendes integratives, individualisiertes sowie sektoren- und settingübergreifendes Versorgungssystem in der Region



Modellhafte Erprobung vernetzter Strukturen



Umfassende anwendbare Versorgungspfade



Veränderung durch Reform des Finanzierungssystems

## ERKANNTGE GEFAHREN

- Unterfinanzierter Start
- Deckelung des Gesamtbudgets
- Morbiditätsrisiko beim Versorgungssystem
- Kein Geld für medizinischen Fortschritt
- Benachteiligung Schwerstkranker
- Verlust an Qualität
- Leistungszuwächse - Hamsterrad
- Fehlanreize durch Degressionsmechanismen
- Pflichtversorgung unterfinanziert
- Festpreissystem
- MDK-Prüfungen
- Bürokratisierung statt Therapie
- Fortschreiben starrer Strukturen
- Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System
- „gesteuert“ statt „steuern“
- Chancen nicht nutzen: Innovation, Modelprojekte
- Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
- Zersplitterung der Interessen

## ERKANNT GEFAHREN

## GEFAHR GEBANNT?

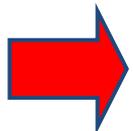
- Unterfinanzierter Start -
- Deckelung des Gesamtbudgets -
- Morbiditätsrisiko beim Versorgungssystem -
- Kein Geld für medizinischen Fortschritt -
- Benachteiligung Schwerstkranker **teils**
- Verlust an Qualität **?**
- Leistungszuwächse nicht vergütet **?**
- Fehlanreize durch Degressionsmechanismen **teils**
- Pflichtversorgung unterfinanziert **?**
- Festpreissystem **?**
- MDK-Prüfungen -
- Bürokratisierung statt Therapie -
- Fortschreiben der patientenfeindlichen Zersplitterung -
- Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System **?**
- „gesteuert“ statt „steuern“ **?**
- Chancen nicht nutzen: Innovation, Modelprojekte **?**
- Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs **?**
- Zersplitterung der Interessen

**es besteht Hoffnung...**

## REFORMZIELE DES ENQUÊTE-BERICHTS VON 1975 NEUE CHANCE DURCH GEPLANTES ENTGELTSYSTEM?

### Was ist umgesetzt ?

- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten ✓
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ✓
- Gemeindenahe ambulante und vorstationäre Versorgung ✓
- Kooperation und Koordination aller Leistungsanbieter ?
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken ?
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranker ?
- Kontinuität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ?



**Die Psychiatrie-Reform bleibt in Stagnation**



[WWW.DGPPN.DE/KONGRESS](http://WWW.DGPPN.DE/KONGRESS)

# DGPPN KONGRESS 2014

26. – 29. November 2014

## Psychische Erkrankungen heute und morgen – Herausforderungen durch den demographischen Wandel

- Psyche in Grenzsituationen des Lebens
- Pharmakotherapie und Arzneimittelsicherheit in einer alternden Gesellschaft
- Therapiestrategie bei Multimorbidität