

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Brungsgasse 4-6 · 53117 Bonn

Bundesministerin für Gesundheit
Frau Ulla Schmidt
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Brungsgasse 4-6
53117 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk@psychiatrie.de
apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

Gesundheitsreform 2006

16/10/2006

Sehr geehrte Frau Ministerin,

wir danken für Ihr Schreiben vom 10. Oktober.

Bei der heutigen Vorstandssitzung der APK wurde die aktuelle Situation beraten. Wir übersenden Ihnen unsere Stellungnahme.

Neben den Kritikpunkten sehen wir folgende positive Ansätze:

- Integrierte Versorgung mit der Anforderung: flächendeckende Verträge
- die Schnittstellenprobleme zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sollen verringert werden.
- Bereiche der medizinischen Rehabilitation werden zur Pflichtleistung. Hier muss klargestellt werden, dass unter geriatrischer Rehabilitation auch die Rehabilitation psychisch kranker alter Menschen einschließlich Demenzkranker zu verstehen ist.
- der Haushaltsbegriff in der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) wird ausgeweitet.
- Einstieg in die Aufwertung der Prävention
- Verzahnung von ambulant und stationär für die Somatik

Der Referenten-Entwurf vom 12. Oktober sieht folgenschwere Kürzungen vor, die auch die Psych-PV-Kliniken für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche betreffen. Damit verstärken sich in noch mehr Psych-PV-Kliniken Defizite in der Behandlung, die durch die Einführung der Psych-PV seinerzeit überwunden wurden.

1.) Wir bitten Sie dringend im Interesse der Versorgung psychisch kranker Menschen, von der Heranziehung der Psych-PV-Kliniken zum allgemeinen Sanierungsbeitrag Abstand zu nehmen. Die Psych-PV hat in den vergangenen Jahren entscheidend dazu beigetragen, dass die Kosten in diesem Krankenhausbereich nicht gestiegen sind.

Vorstand:

Regina Schmidt-Zadel, Vorsitzende, Ratingen
Prof. Dr. Heinrich Kunze, stellv. Vorsitzender, Bad Emstal
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Hamburg †
Dr. Niels Pörksen, Schatzmeister, Bielefeld

Dr. Martina Bunge, MdB, Berlin
Rainer Hölzke, Hamburg
Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen
Helga Kühn-Mengel, MdB, Berlin
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Wiesbaden
Elisabeth Scharfenberg, MdB, Berlin

Dr. Konrad Schily, MdB, Berlin
Dr. Gabriele Schleuning, München
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund
Peter Weiß, MdB, Berlin
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Die undifferenzierten Kürzungen berücksichtigen nicht die besondere Entwicklung der Psych-PV-Kliniken. Sie wirken sich überproportional auf psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung aus, während gleichzeitig wesentlich schlechtere Möglichkeiten der Kompensation durch Verträge zur Integrierten Versorgung bestehen:

- Die Psych-PV-Kliniken insgesamt haben *nicht* zur überdurchschnittlichen Kostensteigerung im Krankenhausbereich beigetragen: Pflgeetage und Betten sind zurückgegangen (vg. Tabellen im Anhang). Faktisch leistet die Krankenhauspsychiatrie und -psychotherapie schon seit 1995 durch die Deckelung einen Sanierungsbeitrag von mehr als 1 % - jährlich kumulierend – was für die Somatik inzwischen nicht mehr gilt.
- Infolge der Budgetdeckelung seit über 10 Jahren öffnet sich die Schere zwischen Erlösen und Kosten jährlich immer weiter. Diese Differenz kann bei Psych-PV-Kliniken fast nur beim Personal eingespart werden (Kliniken für Erwachsene 80% Personalkosten, Kliniken für Kinder und Jugendliche 90 % Personalkosten).
- In typischen Kliniken beträgt die Zeit von Ärzten für direkte Gespräche mit Patienten sowie mit Angehörigen nur noch 50% der in der Psych-PV vorgesehenen Zeit (empirische Untersuchung aus Regensburg, vor der Veröffentlichung). Therapeutische Zeit ist jedoch das entscheidende Medium für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.
- Von der therapeutischen Zeit bleibt aber immer weniger übrig auch wegen anderer neuer Aufgaben: z.B. Dokumentation und Qualitätsmanagement; Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen, weil sie die Kostenübernahme ablehnen; rechtliche Anforderungen an die Prüfung der freiwilligen bzw. Zwangsbehandlung; neue Weiterbildungsordnung....
- Nur ein kleiner Teil der Kürzungen bzw. der neuen zusätzlichen Aufgaben konnte durch Rationalisierung in anderen Bereichen als in der direkten Patientenarbeit aufgefangen werden.
- Aber die Leistungen nach den Zahlen der behandelten Patienten (Fälle sowie behandelte Personen mit Wiederaufnahmen) sind erheblich gestiegen und die Verweildauer ist noch stärker gesunken (ohne finanzielle Anreize zur Fallvermehrung!).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass schon jetzt mit dem gegebenen Personalbestand in den meisten Psych-PV-Kliniken eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der angemessenen und notwendigen Qualität nicht mehr möglich ist.

2.) Wir wiederholen unsere Empfehlung zur Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung: *Die von den Psych-PV-Kliniken abgezogenen 1% müssen auch den Versicherten mit psychischen Erkrankungen zugute kommen. Der Abzug muss zweckgebunden erfolgen, Appelle helfen da nicht!*

Bisher wird mit den Abzügen aus der psychiatrischen Versorgung die Integrierte Versorgung für somatische Patienten quersubventioniert. Von den per 30.6.2006 geschlossenen insgesamt 2.469 Verträgen mit 3.384.486 eingeschriebenen Versicherten betreffen psychische Krankheiten nur 29 Verträge (also nur 1,2% aller Verträge) mit großzügig geschätzt maximal

10.000 eingeschriebenen Versicherten (also nur 0,3 % der Gesamtzahl). Viele Anträge aus der Psychiatrie wurden abgelehnt oder schon in Vorgesprächen als aussichtslos eingestuft. Das Feld der psychiatrischen Versorgung ist den Krankenkassen zu komplex und IV-Verträge im Bereich der Psychiatrie sind unter dem Gesichtspunkt der Werbung um Mitglieder nicht von Interesse. Zur weiteren Begründung sei auf unser Schreiben vom 18.8.2006 hingewiesen.

Die finanzielle Aushöhlung der Psych-PV macht keinen Sinn, weil sie zur Chronifizierung der Erkrankungen und zu hohen Folgekosten im System beiträgt. Psychische Krankheiten einschließlich Suchterkrankungen werden inzwischen als große Volkskrankheiten angesehen (WHO-Report 2001, Grünbuch der Europäischen Kommission, jährliche Berichte der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund). Die schweren Beeinträchtigungen der betroffenen Personen in ihrer gesundheitlichen Lebensqualität (verlorene aktive Lebensjahre) und die volkswirtschaftlichen Verluste (Arbeitsunfähigkeitstage, Frühberentungen) belegen in den entsprechenden (gesundheitsökonomischen) Übersichtstabellen „Spitzenplätze“.

Die qualifizierte Versorgung für diesen Personenkreis ist deshalb auch aus gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Gründen von herausragender Bedeutung. Die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung trägt zur Senkung der Folgekosten bei: im ambulanten Bereich, bei Kosten von Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, sowie in den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe. Bei Personen mit psychischer *und* somatischer Krankheit gleichzeitig, führt unzureichende Behandlung der psychischen Erkrankung zu erhöhten Kosten der somatischen Erkrankungen.

Weltweit gibt es kein DRG-Finanzierungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, das primär von Diagnosen und Fällen ausgeht, weil der Behandlungsbedarf (bezüglich Intensität und Dauer) für Menschen mit psychischen Erkrankungen nur zu einem geringen Teil von der Diagnose, aber in hohem Maße von den Fähigkeitsstörungen und Kontextfaktoren abhängt. Deshalb muss die Finanzierung der Psych-PV zunächst stabilisiert werden, um die Zeit zu haben, sowohl die Psych-PV als auch die Bundespflege-satzverordnung (orientiert am allgemeinen Krankenhausfinanzierungssystem) fortentwickeln zu können.

Zusammenfassend möchten wir hervorheben: Eine undifferenzierte Übertragung der an den Problemen der somatischen Versorgung orientierten Finanzierungsstrukturen auf die Psychiatrie wäre schädlich und würde Erreichtes gefährden, eine Psychiatrie-spezifische Ausgestaltung der entsprechenden Passagen des GKV-WSG würde jedoch konstruktive Entwicklungen fördern.

Wir hoffen, dass unsere Vorschläge berücksichtigt werden und stehen für erläuternde Gespräche gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Regina Schmidt-Zadel
Vorsitzende

Prof. Dr. Heinrich Kunze
Stv. Vorsitzender

Anlagen: Tabelle 1 und 2

Tabelle 1:
Leistungsverdichtung in den Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kliniken für Erwachsene
1991 - 2004

A) Zeitraum 1990 – 1995: Evaluation der Psych-PV
 (Band 99 der Schriftenreihe des BMG)

Betten (budgetiert)	- 12 %
Belegte Betten	- 21%
Planbetten	- 20%
Zugänge	+21%
Verweildauer	- 33%

B) Zeitraum 1991 – 2004: Statistisches Bundesamt
 (diese Zahlen gehen etwas über den Psych-PV-Bereich hinaus)

	1991	1995	2000	2004	1991-2004 Veränderung	1995-2004 Veränderung
Pflegetage	26.361.050	20.353.855	18.028.380	17.575.818	-33 %	-14 %
Betten (aufgestellte)	84.048	63.807	54.802	53.021	-33 %	-17 %
Verweil- dauer	66,5	41,4	28.2	24,7	-63 %	-40 %
Fallzahl	396.131	491.502	638.538	712.533	+80 %	+45 %

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, 1991, 1995, 2000, 2004, Daten jeweils zum 31.12. Erschienen + 2 J, Tab. 2.2.3

**Tabelle 2:
Leistungsverdichtung in den Kinder- und Jugendpsychiatrisch-
psychotherapeutische Kliniken und Abteilungen
1991 - 2004**

A) Zeitraum 1992 – 1995: Evaluation der Psych-PV

(Umfrageergebnis: 60 Einrichtungen, 57 % der Planbetten/Plätze)

(Band 99 der Schriftenreihe des BMG)

Betten (budgetiert)	- 25 %
Belegte Betten	- 17 %
Planbetten	- 29 %
Zugänge	+ 24 %
Verweildauer	- 35 %

B) Zeitraum 1991 – 2004: Statistisches Bundesamt

(diese Zahlen gehen etwas über den Psych-PV-Bereich hinaus)

	1991	1995	2000	2004	1991-2004 Veränderung	1995-2004 Veränderung
Pflegetage	2.539.894	1.478.076	1.455.160	1.604.178	-36,8 %	+8,5 %
Betten (aufgestellte)	8.316	4.858	4.507	4.835	-41,9 %	-0,5 %
Verweildauer	126,3	63,4	48,1	43,6	-65,5 %	-31,2 %
Fallzahl	20.108	23.302	30.273	36.770	+ 82,9 %	+ 57,8.%

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, 1991, 1995, 2000, 2004, Daten jeweils zum 31.12. Erschienen + 2 J, Tab. 2.2.3