

Aktueller Stand des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik

Joachim Hübner

Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser

(Vortrag anl. der 46. Tagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands am 20.09.2012 in Bad Emstal)

Lieber Herr Kupfer, lieber Herr Höhmann, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ehe ich in mein Vortragsthema einsteige, bedanke ich mich zunächst sehr herzlich für die Einladung zu Ihrer 46. Fachtagung hier in Bad Emstal. Diesmal bin ich aus drei Gründen besonders gern zu Ihrer Veranstaltung gekommen, nämlich 1. weil Sie bei einer Vitos Gesellschaft zu Gast sind, 2. weil Sie in meinem Wohnort tagen und schließlich 3. weil hier in der Vitos Klinik Merxhausen im Jahre 2005 die erste BAG-Tagung unter meinem Vorsitz stattfand. Daran kann man erkennen, wie rasch die Zeit dahinstrast, denn im nächsten Frühjahr wird nach 8 Jahren meine Amtszeit als BAG-Vorsitzender enden. Deshalb spreche ich heute zum letzten Mal in dieser Funktion zu Ihnen.

Natürlich soll mein heutiger Beitrag vor allem aber die enge, freundschaftliche Verbindung zwischen dem Dachverband der Krankenhausträger und Ihrer Fachgruppe zum Ausdruck bringen. Die Entwicklungen der letzten Tage um den Entgeltkatalog des neuen Psych-Entgeltsystems unterstreichen wie wichtig es ist, dass sich die Fachgesellschaften stets untereinander abstimmen, um dann mit einer Sprache zu sprechen.

Zum neuen Entgeltsystem der Krankenhauspsychiatrie – meinem heutigen Vortragsthema – hat Frau Rummelin bereits den aktuellen Stand referiert. Ich werde mich deshalb auf einige Schwerpunkte beschränken, die mir besonders wichtig und leider auch nach wie vor kritisch erscheinen. Ich werde noch einmal kurz die Vorgeschichte des Psych-Entgeltes in Erinnerung rufen, auf das ungewöhnliche Gesetzgebungsverfahren und die Rolle der DKG eingehen. Eine Bewertung des ersten Entgeltkataloges aus der Sicht der Träger psychiatrischer Fachkrankenhäuser wird meinen Beitrag abschließen.

Bei den Diskussionen um das neue Vergütungssystem psychiatrischer Krankenhausleistungen kommt mir immer wieder jene Szene aus dem April 2007 im Büro des damaligen Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium, Theo Schröder, in den Sinn. Vertreter aller Psychiatrieverbände hatten sich in Berlin versammelt, um die Ergebnisse der Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung durch die Aktion Psychisch Kranke zu präsentieren. Wegen der Budgetdeckelung war der Erfüllungsgrad der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie auf durchschnittlich 90%, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gar auf durchschnittlich 88% gesunken. 13% der Kliniken erreichte nur noch einen Erfüllungsgrad von weniger als 80%. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden sogar in fast jeder fünften Klinik weniger als 80% der Psych-PV-Stellen finanziert. Die Gesundheitspolitik müsse handeln und rasch dafür sorgen, dass die personellen Qualitätsstandards wieder uneingeschränkt umgesetzt würden, so lautete seinerzeit die Forderung der Verbände, auch der BAG.

Staatssekretär Schröder versprach Hilfe, verband sein Versprechen aber mit der Ankündigung, das System krankenhausespezifischer Pflegesätze durch eine leistungsorientierte einheitliche Vergütung ersetzen zu wollen.

Was sollten wir dagegen einwenden, Leistungen der psychiatrischen Kliniken gerecht finanziert zu bekommen? Das Geld sollte der Leistung folgen. Es dürften nur keine Fallpauschalen wie in der Somatik eingeführt werden. Die seien für die Psychiatrie nicht geeignet, gaben wir dem Staatssekretär noch mit auf den Weg und waren zufrieden, die Psych-PV gerettet zu haben.

Insgeheim glaubten die Verbände fest daran, die Psych-PV würde auch im neuen Entgeltsystem eine maßgebliche Rolle spielen. Gestützt wurde diese Erwartung auch durch die Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009 vom Juni 2007. Zur geplanten Psychiatrievergütung ist hierin u. a. zu lesen: „Die Leistungskomplexe, die der Psychiatrie-Personalverordnung zu Grunde liegen, werden als Ausgangsgrundlage genutzt.“

Alle Fachverbände hatten in einem gemeinsamen Positionspapier ihre Vorstellungen und Erwartungen an ein neues Entgeltsystem formuliert und dem Gesundheitsministerium vorgelegt. Bewährte Prinzipien, wie die regionale Pflichtversorgung seien durch geeignete Anreizsysteme zu fördern, hieß es in diesem Konzept. Es stand für die Verbände außer Frage, dass sie bei Ausarbeitung des neuen Entgeltsystems maßgeblich beteiligt würden.

Die Formulierungen des § 17d KHG fanden 2009 noch allgemeine Zustimmung. Ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten hielten wir alle für sachgerecht. Als vernünftigen Ansatz betrachteten wir, dass der unterschiedliche Behandlungsaufwand medizinisch definierter Patientengruppen mit praktikablem Differenzierungsgrad abgebildet werden sollte. Damit endeten die Vorgaben des Gesetzgebers, die Ausgestaltung des Systems übertrug er den Selbstverwaltungspartnern.

Es gab also eine breite Basis der Fachverbände für die gemeinsame Entwicklung und einen großen Konsens über die Ziele des neuen Entgeltsystems.

Doch dann geschah etwas Unerwartetes. Statt die Entwicklung des weltweit einmaligen pauschalierenden Vergütungssystems auf breiter fachlicher Basis zu diskutieren, klinische Erfahrung einzubinden, die Fachverbände zu beteiligen, griffen die Selbstverwaltungspartner auf das Instrumentarium des DRG-Systems zurück. Schließlich war es mit deutscher Gründlichkeit gelungen, ein leitungsbezogenes Fallpauschalensystem für neunzehn medizinische Fachgebiete mit insgesamt 17,4 Mio. Fällen zu entwickeln und es sogar – made in germany – in andere Länder zu exportieren. Die Etablierung eines Vergütungssystems für die drei Psych-Fächer mit gerade einmal 910.000 Fällen könnte doch nicht so schwierig sein, meinte man.

Zwar wurde die DGPPN immer wieder einmal angehört, die DKG berief Fachberater in ihre Gremien, aber eine unmittelbare Beteiligung an wichtigen Entscheidungen fand nicht statt.

Auf nicht so eindeutig durchschaubare Weise entstanden Kodierrichtlinien, legte das DIMDI Prozeduren fest, gab das InEk ein Kalkulationshandbuch heraus. Die Botschaft, man könne die Akutpsychiatrie nicht im 25-Minutentakt abbilden hörte man zwar, änderte aber nichts an den OPS-Kodes. Eine Residualgröße von bis zu 70% sei bei der Erstkalkulation nicht ungewöhnlich, beschwichtigte das InEk. Als sich herausstellte, dass die Datenbasis für eine Kalkulation nach Tageskosten zu schmal war, gruppierte das InEk mit Zustimmung der Selbstverwaltungspartner auf Fallebene. Eine tragende Säule der klinischen Psychiatrie, die regionale Pflichtversorgung, sei im Moment nicht so wichtig, die Selbstverwaltungspartner könnten sich vielleicht später damit befassen, entschied der Gesetzgeber.

Das löste in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Unbehagen aus. Es schlossen sich ungewöhnliche Koalitionen in Form einzelner Psychiatrie- und Krankenkassenverbände mit eigenen Vorschlägen zu sektorenübergreifenden Pauschalierungssystemen zusammen. Das Regionalbudget, das in Wirklichkeit ein pauschales Jahresbudget einer Klinik für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungen ist, wurde als Alternative propagiert.

Auch die Gesundheitsministerkonferenz sprach sich für sektorenübergreifende Entgelte aus, ohne konkrete Realisierungsvorschläge zu unterbreiten. Die Rolle der Länder muss ich ohnehin als etwas dubios bezeichnen. Sie kommen schon lange ihrer Verpflichtung zur Investitionsförderung nicht in ausreichendem Maße nach. Dabei wäre es im Hinblick auf das neue Entgeltsystem gerade wichtig, den psychiatrischen Kliniken, Rationalisierungsinvestitionen zur Senkung ihrer Kosten zu finanzieren.

Die Länder können nicht verhindern, dass private psychosomatische Reha-Kliniken mit immer beträchtlicheren Bettenkapazitäten in die Krankenhauspläne aufgenommen werden. So stieg die Zahl psychosomatischer Betten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in den letzten fünf Jahren von 5.199 auf 7.300, das heißt um über 40%.

Eine Evaluation der Patientenstruktur durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen, kam zum Ergebnis, dass in der Psychosomatik bei der großen Diagnosegruppe der Depressionen die leichten bis mittelschweren Fälle behandelt werden und dass mit der Psychosomatik eine Ausweitung des Diagnoseanteils im Grenzgebiet zur Psychiatrie und Psychotherapie einher geht. Einfach ausgedrückt, sie betreiben eine „Psychiatrie-light“.

In dem von der Gesundheitsministerkonferenz im Juni verabschiedeten Bericht mit dem Titel „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven“ sucht man zu dieser bedenklichen Entwicklung vergeblich nach einer Positionierung. Dafür halten die Obersten Landesgesundheitsbehörden Markt- und Wettbewerbsprinzipien, die der Gesetzgeber vorschreibt, in der Psychiatrie für problematisch. Die medizinisch notwendige Spezialisierung klinischer Angebote, z. B. bei Borderline-Störungen, Depressionen oder Angststörungen wird als Gefahr einer Zweiklassenpsychiatrie beschrieben.

Diverse Varianten umgesetzter Verträge zur Integrierten Versorgung werden als Entwicklungsschub und aktuelle Instrumente zur Vermeidung von Fehlentwicklungen charakterisiert. Meine Damen und Herren, bei Angeboten integrierter Versorgung geht es um eine selektierte Klientel. Viele der bisherigen IV-Verträge klammern psychiatrische Kliniken aus. Man denke nur an den Vertrag der AOK Niedersachsen mit I3G. Ich staune deshalb über diese gesundheitspolitische Position der GMK. Solche Aussagen zur psychiatrischen Versorgung gehen schlicht an der Realität vorbei.

Doch zurück zum neuen Entgeltsystem.

Der Referentenentwurf des Psych-Entgeltgesetzes ist Gegenstand einer Anhörung gewesen, bei der alle Fachverbände, die Gewerkschaft, die Bundesärztekammer und auch die DKG einhellig grundlegende Änderungen forderten. Das Bundeskabinett verabschiedete aber einen nahezu unveränderten Gesetzesentwurf. Im nächsten Schritt des Gesetzgebungsverfahrens, dem Gesundheitsausschuss des Bundestages, wurden diese Bedenken erneut vorgebracht, auch ohne wesentliche Resonanz.

Trotz ihrer früheren Meinungsunterschiede fanden sich alle Psychiaterverbände und die DKG zu einer gemeinsamen Resolution zusammen, die die wesentlichsten Mängel des Gesetzentwurfes noch einmal deutlich ansprach. Doch auch dies änderte nur wenig.

Somit blieb noch der Bundesrat, dessen Gesundheitsausschuss eine Reihe von Änderungen verlangte und empfahl, den Vermittlungsausschuss anzurufen. Sie wissen, dass es nicht dazu kam. Die DKG hatte den Entwurf des PsychEntgG sozusagen als Vehikel benutzt, um einen in der Sache durchaus berechtigten finanziellen Ausgleich der somatischen Krankenhäuser für die deutlichen Tariferhöhungen 2012 und 2013 zu erreichen. Die politische Diskussion hierüber überlagerte den eigentlichen Gesetzeszweck.

Für die DKG hatten die finanziellen Forderungen der somatischen Kliniken eine höhere Priorität als wichtige Anliegen zur Änderung des PsychEntgG. Es ist schon bezeichnend,

wenn Herr Ministerpräsident Volker Bouffier im Plenum des Bundesrates die Forderung der DKG zur schnellen Umsetzung des Finanzierungsbedarfs der Allgemeinkrankenhäuser als Begründung dafür zitiert, auf die Anrufung des Vermittlungsausschusses zu verzichten. Dass dabei ein Drohbrief des Bundesgesundheitsministers auch eine Rolle spielte, sei nur am Rande erwähnt.

Ich halte es für mehr als bedauerlich, dass die Interessen der Psychiatrie auf dem Altar finanzieller Vorteile für somatische Krankenhäuser geopfert worden sind. Dies habe ich bereits dem Hauptgeschäftsführer der DKG vorgehalten.

Auch Landeskrankenhausgesellschaften waren mit diesem Gesetzgebungsverfahren nicht einverstanden und hätten – wenn auch aus anderen Gründen als die BAG – ein Vermittlungsverfahren bevorzugt. Beschwichtigend erklärten die Präsidenten die Haltung der DKG. Erst auf Seite drei ihres Schreibens sprechen sie die Psychiatrie an und entschuldigen sich quasi dafür, dass der eigentliche Zweck des PsychEntgG in den Hintergrund gerückt worden sei. Immerhin heben die Präsidenten gemeinsam erreichte Verbesserungen hervor, wie die Nachverhandlung über die Psych-PV bis Ende 2016, den krankenhausfreundlicheren Mehr- und Mindererlösausgleich und die Schaffung psychosomatischer Institutsambulanzen.

Bei Lichte betrachtet halte ich diese Nachbesserungen nicht für sonderlich bedeutsam. Der geänderte Erlösausgleich kann kaum als wirklicher Anreiz zur Optimierung auf das neue Entgeltsystem ab 2013 betrachtet werden. Auch die Verlängerung der Nachverhandlungsmöglichkeit über die Psych-PV hilft nicht so wirklich, denn die Deckelung durch die Veränderungsrate und vor allem deren Kürzung haben seit 2008 bereits wieder zur Aushöhlung der Psych-PV beigetragen. Außerdem wurde die erweiterte Nachverhandlung mit einem Nachweis der Stellenbesetzung verbunden.

Die Möglichkeit psychosomatische Institutsambulanzen zu betreiben, bleibt den Fachkrankenhäusern mit psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen vorenthalten. Das Gesetz spricht nur von psychosomatischen Fachkrankenhäusern und psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Ich habe das BMG auf diesen – wie ich glaube – handwerklichen Fehler aufmerksam gemacht. Eine Antwort steht noch aus.

Die wirklich wichtigen Probleme, auf die ich für die BAG im Gesetzgebungsverfahren immer wieder hingewiesen habe, löst das PsychEntgG leider nicht.

Die regionale psychiatrische Pflichtversorgung ist seit der Psychiatrie-Enquete eine tragende Säule der klinischen Versorgung. Obwohl die ständige Aufnahmebereitschaft und die vielfältigen Verknüpfungen mit psychiatrischen Diensten der Region ohne Zweifel zusätzlichen Vorhalteaufwand verursachen, wird die Pflichtversorgung als Strukturmerkmal im Entgeltsystem nicht abgebildet. Die Selbstverwaltungspartner sollen prüfen, ob hierfür Zu- oder Abschläge sinnvoll sind. Psychiatrische Pflichtversorgung kommt nur noch in einer Fußnote des Gesetzes vor. Zu einer solch elementaren Frage hätte der Gesetzgeber eine klare Position beziehen müssen.

Besonders kritisch muss ich die Regelung zur Finanzierung von Mehrleistungen beurteilen. Um es klar zu sagen, das Morbiditätsrisiko darf nicht auf die Krankenhäuser übertragen werden. Im DRG-System hat die doppelte Degression auf Klinik- und Landesebene zum sog. „Hamsterradeffekt“ geführt. Ein Gutachten soll nun Ursachen ergründen und Lösungen aufzeigen. Weil diese Regelung im DRG-System bereits gescheitert ist, kann ich nicht verstehen, warum sie trotzdem im Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik eingeführt wird.

Stellen Sie sich vor, in einer Ihrer Kliniken wird 2017 eine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik eröffnet, die als bedarfsgerechtes und notwendiges Angebot erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen wurde. Die zusätzlichen Fälle werden dann nur zu 45% finanziert. Ich denke, niemand wird unter diesen Umständen Versorgungslücken schließen wollen.

Bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte werden zusätzliche Fallzahlen nur anteilig berücksichtigt. Das heißt, unser Beispielskrankenhaus würde gleich doppelt benachteiligt, weil es auch noch in Kollektivhaftung für andernorts entstandene Fallzahlsteigerungen genommen wird.

Ein Blick in die Krankenhausstatistik lehrt nun, dass die Fallzahl in der Psychiatrie von 2005 bis 2010 um 11,2% gestiegen ist, in der Psychosomatik dagegen um 44,0%. Diese unterschiedliche Dynamik führt dazu, dass Ressourcen von der Psychiatrie zur Psychosomatik verschoben werden.

Die Ablösung der Veränderungsrate durch den Einstieg in den Orientierungswert kann ich nur grundsätzlich begrüßen. So soll sich die Budgetentwicklung künftig nicht mehr an der Einnahmerate der Krankenkassen, sondern an der Preisentwicklung eines Krankenhauswarenkorb orientieren. Die Psychiatrie wird hierbei durch den verbindlichen Wert von 40% des Unterschiedes zwischen Veränderungsrate und Orientierungswert – dem neuen Veränderungswert – sogar besser gestellt als die Somatik. Dafür muss die Psychiatrie auf die TVöD-Berichtigung verzichten. Ob dies langfristig vorteilhafter ist, muss sich noch zeigen. Die klinikindividuellen Gesamtbeträge und der Landesbasisfallwerte bleiben aber gedeckelt. Auch künftig wird ein Rationalisierungszwang bestehen bleiben, der Personalreduzierungen nicht ausschließt.

Zufrieden sein können die Kliniken eigentlich nur mit der langen Einführungs- und Übergangszeit. Denn endgültig scharfgeschaltet wird das neue Entgeltsystem erst ab 01.01.2022. Der Gesetzgeber hat sich auf dem Wege dorthin noch eine Korrekturmöglichkeit offen gehalten. Bis zum 30.06.2016 haben die Selbstverwaltungspartner einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems und erste Anwendungserfahrungen vorzulegen. Diesmal sollen auch die Fachverbände Gelegenheit erhalten, ihre Meinung vorzutragen.

Bereits im Jahre 2014 sollen Ergebnisse der Begleitforschung veröffentlicht werden. Sie sollen Aussagen zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zu Veränderungen der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung enthalten. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie fanden Experteninterviews statt. Ich erwarte, dass auch bei der Begleitforschung Fachleute gehört werden.

Anfang September präsentierte Herr Dr. Heimig in Berlin den Entwurf des ersten Entgeltkataloges mit einer umfangreichen Auflistung von Zusatzentgelten und unbewerteten Entgelten, die krankenhausesindividuell vereinbart werden können. Heimig hat seinen Kalkulationsweg sehr detailliert dargelegt, begründet und in logischen Entscheidungsbäumen abgebildet. Trotzdem wollen sich viele seiner PEPP-Relativgewichte nicht so recht mit den klinischen Erfahrungen zur Deckung bringen lassen.

Der PEPP-Katalog hat einen regelrechten Sturm der Entrüstung ausgelöst. DGPPN, BDK und ACKPA lehnen ihn rundweg ab, weil er nicht mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang stehe. Auch die Mitglieder der Psychiatrie-Kommission der DKG sprachen sich für eine Ablehnung des Entgeltkataloges aus. Auch ich habe im Namen der BAG den Entgeltkatalog nicht akzeptieren können.

Die AG „Psychiatrie-Entgelt“ des Präsidiums der DKG lehnte den Katalog ebenfalls ab, konnte sich aus taktischen Gründen auf Drängen des Hauptgeschäftsführers, Georg Baum, lediglich dazu durchringen, die Zweifel und Unklarheiten in einem Informationsgespräch mit dem InEk zu erörtern. Es soll am 28. September in Berlin stattfinden.

Herr Dr. Heimig hat sich schon zur Kritik der ärztlichen Verbände geäußert – was ungewöhnlich genug ist – und sie als „schlicht falsch“, als „nicht nachvollziehbar“ zurückgewiesen oder Einwänden „strikt widersprochen“. Es sieht also nicht danach aus, als wäre das InEk zu Änderungen des Entgeltkataloges bereit.

Ich will mit meinen Zweifeln an der Praktikabilität des Entgeltkataloges nicht zum Ausdruck bringen, das InEk habe nicht sorgfältig kalkuliert oder Fehler gemacht. Aber einige Ergebnisse sind einfach unplausibel. Es scheint so, als könnten die Leistungen der psychiatrischen Kliniken und die damit verbundenen Kosten im jetzigen Kodierungssystem nicht ausreichend abgebildet werden. Vielleicht wäre bei einer Gruppierung auf Tagesbasis statt auf Fallbasis ein anderes Ergebnis herausgekommen. Man muss allerdings berücksichtigen, dass kaum Variablen für eine Tageszuordnung existieren. Die Diagnose bezieht sich auf den Fall, die Psych-PV-Einstufung auf unterschiedliche Perioden, der OPS-Kode in der Regel auf eine Woche. Es ist nicht ganz einfach, diese Parameter auf den Behandlungstag zu komprimieren.

In der Psychiatrie fallen Kosten für den einzelnen Patienten in vielen Einzeldosen durch pflegerische und therapeutische Interventionen auf der Station an. Diese Stationskosten können aber bisher nicht konkret zugeordnet werden. Auch die Betreuungsintensität jedes Patienten wird bisher noch ganz unterschiedlich gemessen. Hier wird das gemeinsame Gewichtungsmodell der Fachgesellschaften der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychosomatik, das vom InEk inzwischen anerkannt wurde, eine Verbesserung bringen.

Im Moment ist der Entgeltkatalog aber noch nicht ausgereift genug, um mit ihm in die Leistungsvergütung zu starten. Die erwähnten unplausiblen Ergebnisse möchte ich an einigen Beispielen deutlich machen.

Der Zusatzkode für Mutter-Kind-Behandlung führt laut InEk zu keiner Kostentrennung. Babys und Kleinkinder auf Station benötigen aber eine eigenständige Betreuung, sie werden gepflegt, die Mütter erhalten spezielle Beratungen und Anleitungen. Dies alles soll keinen messbaren zusätzlichen Aufwand verursachen?

Als zweites Beispiel will ich die 1:1-Betreuung herausgreifen. Der PEPP-Katalog sieht zwischen 80 und 300 Stunden während des gesamten Behandlungsintervalls eine entsprechend hohe Gewichtung in der Prä-Strukturgruppe vor. Einzelbetreuungen unter sechs Stunden oder solche, die in der Summe 80 Stunden nicht erreichen, führen zu keiner Gewichtung, stellen meiner Meinung nach aber einen über die Normbehandlung hinausgehenden Aufwand dar.

Intensivbehandlung führt bei mehr als drei im OPS-Katalog enthaltenen Merkmalen zu einer Gewichtung in der Prä-Strukturgruppe. Eine akute Eigengefährdung, die wir in unseren Fachkliniken häufig erleben, erfordert auf der Station einen erheblichen Betreuungs- und Überwachungsaufwand. Er wird aber nicht berücksichtigt, weil dieses Merkmal im OPS-Katalog nicht vorkommt.

Schauen wir uns die Depressionen und Persönlichkeitsstörungen an so fällt die Degression im Behandlungsverlauf der Psychiatrie auf. Die Psychosomatik kennt – trotz identischer Diagnosegruppen – keine Degression. Psychosomatikpatienten haben vom ersten bis zum letzten Behandlungstag dasselbe Relativgewicht bei fast doppelt so langer Durchschnittsverweildauer wie in der Psychiatrie.

Das InEk wäre meiner Meinung nach gut beraten gewesen, bei nur knapp 4.000 in die Kalkulation einbezogenen stationären Fällen – in der Psychiatrie waren es rund 120.000 – auf die Kalkulation von Relativgewichten für die Psychosomatik zu verzichten und die Leistungen als unbewertete PEPP-Entgelte auszuweisen.

Mittelfristig angelegte aufwendige Therapieansätze bei akutpsychiatrischen Patienten – kurz gesagt die Psychotherapie in der Psychiatrie – werden nicht angemessen vergütet. Dies gilt auch bei gemeindepsychiatrischen Aktivitäten mit der Verknüpfung stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen zur Verhinderung einer Drehtürpsychiatrie.

Schwere Borderline-Störungen werden wie leichte Persönlichkeitsstörungen vergütet. Wie sollen solch schwierige Patienten angemessen behandelt werden, wenn die 1:1-Betreuung nicht greift, weil meist nur kurze pflegerische Interventionen stattfinden?

Damit will ich meine Fallbeispiele beenden.

Was ist also zu tun? Ich glaube nicht daran, dass der Entgeltkatalog von InEk noch einmal geändert wird. Dr. Heimig wird auf das lernende System verweisen. Ich bleibe aber dabei, dieser Entgeltkatalog setzt Fehlanreize, er bildet die Akutpsychiatrie nicht richtig ab und ihm wohnt die Gefahr der Ressourcenverschiebung von schwierigen Patienten zu leichter Kranken inne. Genau dies darf bei einer leistungsorientierten Vergütung nicht sein. Die BAG wird sich weiterhin für die Ablehnung des Kataloges aussprechen. Ich erwarte, dass die DKG dem Votum des größten Dachverbandes psychiatrischer Krankenhausträger folgt.

Damit würde sich die Frage der Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium stellen. Vielleicht schreckt Herr Bahr aber auch ein Jahr vor der Bundestagswahl vor dieser Konfrontation zurück. Schließlich könnten die Opposition oder auch die Länder politisch intervenieren.

Das BMG sollte auf jeden Fall kurzfristig ein Zeichen setzen und das DIMDI auffordern, die Therapieeinheiten aus dem Prozedurenkatalog zu streichen. Sie haben nämlich laut InEk keine bzw. bei den Ärzten und Psychologen allenfalls auf sehr geringem Niveau eine kostentrennende Wirkung. Für die Mitarbeiter unserer Kliniken sind sie ein tägliches Ärgernis und eine Verschwendung therapeutischer Ressourcen obendrein.

Ich halte es auch nicht für so tragisch, wenn das BMG den Entgeltkatalog nicht festsetzen würde. Wir sind dabei, ein weltweit einzigartiges pauschalierendes Vergütungssystem für die Psych-Fächer zu entwickeln. Dies muss nicht gleich im ersten Wurf gelingen. BMG, InEk und die Selbstverwaltungspartner sollten die vorgetragenen Bedenken ernst nehmen. Gemeinsam mit den Fachverbänden sollten sie die Situation analysieren und zu einer Neuorientierung gelangen.

Sollte das BMG unbeschadet der Proteste an der Zeitplanung festhalten und den Entgeltkatalog per Ersatzvornahme festsetzen, kann ich nur an Sie alle appellieren, das Psych-Entgeltsystem in den nächsten beiden Jahren zu ignorieren, das heißt, von der Optionsmöglichkeit keinen Gebrauch zu machen und auch die Mitwirkung an der Kalkulation einzustellen.

Vielleicht wird dies dann als Signal verstanden, zu der ursprünglich vorhandenen gemeinsamen Basis zurück zu finden und bis 2016 einen praktikablen Entgeltkatalog zu schaffen.

Meine Damen und Herren, ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.