

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Herrn Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Berlin, 14.11.2012

Sehr geehrter Herr Minister,

Sie haben uns einen Referentenentwurf für eine Ersatzvornahme zugleitet, mit dem das neue Psych-Entgeltsystem eingeführt werden soll, der in der jetzigen Fassung auf erhebliche und breite Ablehnung stößt. Erlauben Sie uns eine strukturierte Darlegung der Gründe, warum dieser Entwurf keinen Beitrag zur Lösung der Probleme leisten wird. Als Beitrag zur aktuellen Diskussion wir dieses Schreiben als offener Brief verfasst.

I. Probleme und Anforderungen bei der Einführung eines PEPP-Systems in Deutschland

(1) Diagnosebasierte Entgelte spiegeln nicht den erforderlichen Behandlungsaufwand:

Das PEPP-System basiert ebenso wie das etablierte DRG-Fallpauschalsystem in der somatischen Medizin auf Diagnosen. Im DRG-System ist dieses Vorgehen vernünftig, weil man in der somatischen Medizin davon ausgehen kann, dass der Mehrzahl der Fälle Therapien, und damit vergleichbare Ressourcenverbräuche zugeordnet werden können. Für psychische Erkrankungen trifft das nur ausnahmsweise zu. Dies ist auch für Nicht-Insider einsichtig, vergleicht man etwa die Konzepte der therapeutischen Einzelsitzungen, Gruppenbehandlungen, Verhaltens- und tiefenpsychologische Therapie, medikamentösen und anderen biologischen Ansätzen und psychosozialen Interventionen. Es ist also zuerst die Vorfrage zu klären, ob nicht diese unterschiedlichen Therapieansätze – und nicht die Diagnosen – die Klassifikation von Entgelten leitend oder doch zumindest differenzierend zu bestimmen hätten.

- (2) Individueller, mehrdimensionaler Behandlungsbedarf ist für Ressourcenverbrauch bestimmend:

Neben der internen Therapiepluralität sind die Patienten wegen ihres individuellen Zustands und ihrer sozialen Rahmenbedingungen oft so unterschiedlich, dass der Therapieaufwand hierdurch signifikant beeinflusst wird. Anzuführen sind psychische und kognitive Defizite, soziale bzw. Beziehungsdefizite (etwa verwahrloste Familiensituationen bei Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), insuffizientes Anpassungsvermögen an die Bedingungen einer stationären Therapie, unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften und nicht zuletzt somatische Beeinträchtigungen. All diese Aspekte werden durch die Diagnosen nicht erfasst, modifizieren den Therapieaufwand aber maßgeblich und müssen deshalb in einem Entgeltsystem aufgenommen und abgebildet werden.

- (3) Fehlende Voraussagbarkeit von Behandlungsdauern:

Im Gesetz wurden Tagespauschalen gegenüber Fallpauschalen als Entgeltform präferiert, weil Behandlungsverläufe in der Psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im Unterschied zur somatischen Medizin sehr stark von individuellen Bedingungen beeinflusst sind, die in den Diagnosen nicht abgebildet werden. Die notwendige Dauer eines Behandlungsverlaufs ist zudem meist nicht voraussehbar. Das gilt insbesondere bei chronischen psychischen Erkrankungen. Nicht untypisch sind Fälle mit neuen Krisen und Verschärfungen, die therapeutische Interventionen mit neuem eskalierendem Ressourcenverbrauch erfordern, ganz anders als die typischen Verläufe in der somatischen Medizin.

- (4) Fehlende Akzeptanz bei betroffenen Berufsgruppen:

Die Entgeltklassifikation muss für die maßgeblich beteiligten Ärzte, Pflegekräfte und Dokumentare so differenziert und konkretisiert werden, dass sich ein Fachvertreter in den Bezeichnungen wiederfindet, d.h. die Hauptkrankheitsarten müssen in diesem Katalog mit eigenen Entgelten auftauchen, selbst bei gleichen Kosten und/oder Entgelten.

- (5) Degressive Tagesentgelte verschlechtern Behandlungsqualität:

Das Entgeltsystem darf nicht die Ursache abgeben für falsche Anreizwirkungen sowohl bei den Behandlern wie bei den Patienten. Dies ist besonders bei chronisch psychisch Kranken und schwierigen Fällen dann eine Gefahr, wenn Fallpauschalen zum Einsatz kommen oder Tages-

pauschalen mit der Verweildauer degressiv sinken. Diese Vorgabe verschlechtert und verkürzt die Krankenhausbehandlung vor allem bei chronisch schwerkranken Patienten.

(6) Kostenerfassung bei Tagespauschalen: zu kurzfristig und zu aufwendig

Das Gesetz sieht die Tagespauschale und nicht die im DRG-System gewohnten Fallpauschalen als Entgeltform vor. Damit sind die Anforderungen an die Kostenerfassung qualitativ und quantitativ um ein Vielfaches größer. Die Kostenrechnungen in den Krankenhäusern sind für diese Aufgabe nicht entsprechend ausgestaltet. Lassen Sie eine Begutachtung durch Wirtschaftsprüfer vornehmen, sie werden Ihnen dies umstandslos und einmütig bestätigen können. Überdies ist derzeit ungeregt und künftig unklar, wer die immensen Kosten für diese tägliche Kostenerfassung und deren Verrechnungen tragen soll.

II. Bewertung des vorliegenden Entwurfs

- (1) Der von Ihrem Ministerium vorgelegte Entwurf basiert überwiegend auf Diagnosen und erfüllt damit nicht die Anforderungen I. 1 bis 3.
- (2) Der Diagnosen-Katalog ist an die ICD angelehnt, die für die somatische Medizin entwickelt wurde und für psychische Krankheitsbilder nur eingeschränkt instruktiv ist.
- (3) Die Definitionen der Tagesfallpauschalen entsprechen nicht dem Behandlungsbedarf psychischer Krankheitsdefinitionen. Dies wird bei Ärzten, Pflegekräften und Dokumentaren auf Widerstände und Ablehnungen stoßen und die Akzeptanz erschweren. Damit wird die Anforderung I. 4 nicht erfüllt.
- (4) Die Tagespauschalen sind durchgängig degressiv ausgestaltet und verstoßen damit gegen die Anforderung I. 5.
- (5) Die statistischen Datengrundlagen sind nicht offengelegt. Zweifel sind an der nicht geprüften Validität der Kostendaten angezeigt. Inwieweit die elementaren Voraussetzungen für die statistische Auswertung vorlagen, wurde nicht dargelegt. Für die Psychosomatik hat das InEK die in jeder Hinsicht unzureichende Datenbasis selbst eingeräumt.
- (6) Es fehlen begleitende Auswertungen, wie sich unterschiedliche Organisationstypen der stationären Behandlung psychisch Kranker (Großes Fachkrankenhaus – Kleines Fachkrankenhaus; Abteilung in einem Akutkrankenhaus; Universitätsklinik) auf Schlüsselvariablen (Fall-

kosten, Verweildauer, Teilkosten Diagnostik, Degression in den Tagespauschalen etc.) auswirken. Es könnte durchaus sein, dass für dieses medizinische Behandlungsfeld einheitliche Basisfallwerte nicht angemessen sind.

III. Ursachen

- (1) Objektiv haben Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen die Aufgabe der Entwicklung eines Entgeltsystems für stationäre Behandlungen von psychisch Kranken eklatant unterschätzt. Weder das Ministerium, auch nicht die Kassen und ebenfalls nicht die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich bisher inhaltlich, konzeptionell und methodisch in der gebotenen Tiefe mit der Problematik beschäftigt. Sie haben deshalb auch zu keinem Zeitpunkt einen angemessenen fachlich-inhaltlichen Dialog mit den Beteiligten Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenhäusern geführt. Stattdessen haben sie auf die Interaktion von InEK und „kostenkalkulierenden“ Krankenhausmitarbeitern gesetzt. Die haben sich bemüht, waren letztlich aber mit der Aufgabe überfordert. Auf diesem Weg wird es keine Entwicklung eines erforderlichen Entgeltsystems geben.
- (2) Die Entgeltklassifikation kann nicht primär auf Diagnosen aufbauen. Benötigt wird ein mehrdimensionales Schema aus Diagnosen, unterschiedlichen Therapiekonzepten, situativen Rahmenbedingungen und besonderen Behandlungsmerkmalen. Dies leistet der vorliegende Entwurf Ihres Ministeriums nicht.
- (3) Wenn die kostenorientierte Entgeltermittlung nach statistischen Kriterien erfolgen soll, dann müssen die Stichproben auch solide fundamementiert werden. Dies trifft bisher für die Psychosomatik selbst nach Angaben des InEK nicht ansatzweise zu. Warum verfolgt Ihr Ministerium ohne Hinweise, wie dies verbessert werden kann, gleichwohl die Ersatzvornahme auf dieser unsoliden Datenbasis?
- (4) Das deutsche Vorhaben ist anders als beim somatischen DRG-Katalog international ohne Vorbild, betritt mithin Neuland. Im Kontext der Unterlassungen von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung ist das zeitliche Vorgehen deshalb als überambitioniert einzustufen.
- (5) Fachvertreter wurden bei der Erarbeitung des Katalogs, der das Kernstück der Ersatzvornahme bildet, nur informell gehört. Eine Dokumentation der Argumentationen liegt nicht vor. Wir haben den Eindruck, dass keines unserer relevanten Bedenken aufgegriffen wurde. Solche Kommunikationen sind einem derart anspruchsvollen Projekt in keiner Weise angemessen.

Unser Rat an Sie geht daher unmissverständlich dahin, nichts ohne oder gegen die Fach- und Praxisvertreter zu entwickeln. Gerade zu Beginn eines solchen „Neulandvorhabens“ ist Sorgfalt angezeigt. Lernen erfolgt nicht, wenn Gegenargumente weitgehend ignoriert werden. Am Anfang muss eine fachlich basierte Phase der Konzept- und Methodenentwicklung stehen; erst dann machen Datenerhebungen Sinn. Nur aus Datensammlungen wird ein Konzept nicht entwickelt werden können. Wir sind bereit, unsere Gesellschaft und den Verband in ein geordnetes Verfahren, auch in Beiratsfunktion, einzubringen.

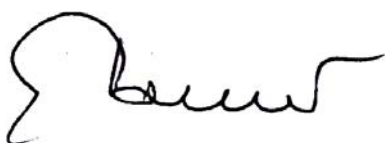
Wir dürfen daran erinnern, dass die Universitätsklinik auch bei der Einführung des DRG-Systems sich zum Start wegen der Unreife des vorgelegten Konzepts nicht beteiligt haben. Erst als die Universitätsklinik nach zwei Jahren mit der Qualität und Quantität ihrer Kostendaten eingestiegen sind, kam dieses System ins Laufen.

Gesetzlich ist für die PEPP-Einführung ein Zeithorizont bis in die 20er Jahre unseres Jahrhunderts vorgesehen. Es wäre jetzt für eine Revision des Startkonzepts und eine Verschiebung des Starttermins genügend Zeit, die man später mühelos einholen könnte. Es sollte für uns gemeinsam die gleiche Zielsetzung gelten:

- Eine sachgerechte Klassifikation für die Patienten,
- Die die Leistungen der Kliniken und Mitarbeiter angemessen erfasst und bewertet.

Für Nachfragen und Erläuterungen unserer Position stehen wir Ihnen selbstverständlich auch persönlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Peter Falkai, München
Präsident, DGPPN



Prof. Dr. Wolfgang Maier, Bonn
President Elect, DGPPN



Dipl.Kfm., Dipl.Polit. Rüdiger Strehl
Generalsekretär, VUD