

Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie

Kommt die „Drehtürpsychiatrie“ zurück?

■ Am 18. Juni hat der Bundestag das Psychiatrie-Entgeltgesetz verabschiedet. Es tritt am 1.1.2013 in Kraft. Damit werden auch psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhäuser in ein pauschalierendes Finanzierungssystem einbezogen, das in Form des DRG-Systems in der Somatik angewendet wird. Im Unterschied zu somatischen Kliniken, die über diagnosegestützte Fallpauschalen abrechnen, werden für die Psychiatrie und Psychotherapie einheitliche Tagespauschalen gelten, bei denen bisher allerdings unklar ist, ob sie auf der Grundlage von Leistungen oder Diagnosen festgesetzt werden. Damit entfallen zukünftig die Einzelverhandlungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen über ihre individuellen Pflegesätze mit den Kostenträgern. Grundsätzlich ist diese Neuregelung zu begrüßen, da sie die Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatischer Kliniken transparenter und untereinander vergleichbar macht. Sie weist jedoch auch eine Reihe von Fallstricken auf.

Nach Einführung des DRG-Systems in den somatischen Häusern kam es zu einer deutlichen Abnahme der Liegezeiten. Bisherige Krankenhausleistungen wurden auf den Reha- beziehungsweise den ambulanten Sektor verschoben, was das Risiko zu raschen Entlassungen schwerkranker Patienten oder die Erschwerung relevanter Differenzialdiagnosen stationär durchzuführen, mit sich brachte. Es steht zu befürchten, dass durch die Neuregelungen des Entgeltsystems auch in Psychiatrie und Psychotherapie längere stationäre Aufenthalte nur schwer durchsetzbar werden und damit die längst überwunden geglaubte „Drehtürpsychiatrie“ wieder Eingang findet. Die niedergelassenen Fachärzte sind aufgrund der gravierenden Unterfinanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen jedoch keinesfalls in der Lage, einen ansteigenden Bedarf aufzufangen.

Weiterhin birgt ein pauschalierendes Entgeltsystem die Gefahr, auch zu einer „Pauschalisierung“ der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen zu führen. Es darf nicht dazu kommen, dass der kleinste gemeinsame Nenner einer stationären Basisversorgung zum Maßstab der Dinge wird. Es muss noch Raum bleiben für innovative stationäre Konzepte, längere Therapien für chronisch Kranke, stabilisierende Interventionen außerhalb akuter Krankheitsexazerbationen. Besonders

die Universitätskliniken müssen in der Lage bleiben, zukunftsweisende Konzepte der stationären und teilstationären Versorgung weiterhin entwickeln und umsetzen zu können.

Das DRG-System brachte im somatischen Bereich eine Explosion der Bürokratie mit sich. Auch Psychiatrie und Psychosomatik werden um einen höheren Dokumentationsaufwand ihrer Leistungen nicht herum kommen. Eine flächendeckende Einführung intelligenter elektronischer Systeme wird dazu unumgänglich sein. Dazu benötigen die Kliniken zusätzliche Mittel und Stellen, die nicht von der Patientenversorgung abgezogen werden dürfen.

Es ist weiterhin völlig unklar, auf welcher Grundlage die Tagespauschalen ermittelt werden. Hier wäre eine leistungsabhängige Finanzierung, etwa auf der Grundlage der OPS-Codes, zu fordern. Ein rein diagnosegestütztes Entgelt kann die Besonderheiten psychischer Erkrankungen nicht abbilden. So kann die Diagnose „F33.2“ (rezidivierende depressive Störung, schwere Episode) bei einer selbstlimitierenden, sechswöchigen Erkrankungsphase, aber auch bei einem Patienten mit chronischer Depression, der seit der Adoleszenz dauerhaft schwerst eingeschränkt ist, kodiert werden. Die Kosten einer adäquaten Therapie dieser beiden Zustandsbilder sind dramatisch unterschiedlich.

Das Psychiatrie-Entgeltgesetz sieht lange Übergangsphasen und Konvergenzperioden vor. Ebenso werden sektorenübergreifende Modellprojekte angestoßen werden. Es ist von immenser Bedeutung für die Zukunft der stationären Psychiatrie und Psychotherapie, dem Gesetzgeber bis zur endgültigen Scharfstellung des neuen Finanzierungssystems die Besonderheiten psychischer Erkrankungen und der hohen Effektivität längerer stationärer Therapien vor Augen zu führen. Zu fordern sind außerdem eine wesentlich höhere Flexibilität und geeigneter Übergänge von stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung. Dies gilt insbesondere, weil es nur begrenzte Rehabilitationseinrichtungen im Fach Psychiatrie und Psychotherapie gibt, da traditionell die Kliniken wohnortnah diese Kompetenzen umfänglich aufweisen.

„Es darf nicht dazu kommen, dass der kleinste gemeinsame Nenner einer stationären Basisversorgung zum Maßstab der Dinge wird.“

Mathias Berger



Professor Dr. med.
Mathias Berger,
Freiburg i. Br.