

Psychiater üben scharfe Kritik an pauschaliereten Entgelten in Kliniken

Lässt sich die Behandlung von Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen mit Fallpauschalen abgelten, so ähnlich wie das bei Blinddarm-Patienten der Fall ist? Auf einem Symposium des Landschaftsverbandes Rheinland im Januar in Köln regte sich gegen dieses Konzept jedenfalls entschiedener Widerspruch.

von **Bülent Erdogan**

Die mögliche Einführung eines flächendeckenden, pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik, kurz PEPP, wirft ihre Schatten voraus – mit einem vom Gesetzgeber gewährten Aufschub von zwei Jahren soll das Abrechnungssystem für psychiatrische Kliniken ab dem Jahr 2017 sukzessive scharfgeschaltet werden. Auf fakultativer Basis können Kliniken das Entgeltsystem bereits seit 2013 anwenden.

Profit vor Patientenwohl?

Größter regionaler Träger psychiatrischer Krankenhausversorgung in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf ist der Landschaftsverband Rheinland (LVR). Auf dessen LVR-Symposium 2015 war PEPP angesichts des trotz vielfachen Protests näher rückenden Startschusses für die heiße Phase eines der zentralen Themen. Auf der Veranstaltung in Köln übte Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG), scharfe Kritik an der geplanten Einführung der Fallpauschalen, wie sie seit 2004 auch für die somatischen Kliniken gelten. Die BAG ist der Dachverband der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkrankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. In der BAG sind nach eigenen Angaben kommunale, freigemeinnützige, private und staatliche Klinikträger mit insgesamt über 60.000 Betten aus allen Bundesländern organisiert.

Borrmann-Hassenbach stellte in ihrem Plädoyer gegen eine Fallpauschalen-Psychiatrie

zunächst klar, was aus ihrer Sicht mit einer Ökonomisierung verbunden ist, wie sie durch PEPP ab 2017 Realität werden könnte: „Ökonomisierung meint die effizienzorientierte Kommerzialisierung, die den Profit priorisierende Veränderung und Überformung von gesellschaftlichen Bereichen wie der Gesundheitsversorgung.“ Werde einseitig die Kostenkomponente als Leitkriterium betrachtet, führe dies zu ethischen Verwerfungen, sagte die Münchener Ärztin. Schon heute würden Diskussionen im Gesundheitswesen nur um die Ausgaben kreisen. So müssten sich die Ärzte vorhalten lassen, verstärkt psychiatrische Diagnosen zu stellen und damit Leistungen auszuweiten, so Borrmann-Hassenbach. Dabei sei zu beobachten, dass nicht die Zahl der Kranken zunehme, sondern heute genauer hingesehen und offener mit psychischen Störungen umgegangen werde.

Werde Gewinnmaximierung im Gesundheitswesen zur „Muss-Erwartung“, seien viele sinnvolle Strukturkomponenten der psychiatrischen wie der psychosomatischen Versorgung in Gefahr, zum Beispiel Vorgaben zu baulichen Standards, der Größe von Einrichtungen und personellen Mindestanforderungen, mahnte die Ärztin. Dies betreffe auch das Angebot kleinerer, wohnortnaher akutpsychiatrischer Einrichtungen, die sich am Bedarf der Bevölkerung orientierten. „Jeder weiß, dass diese kleinen, dezentralen Standorte teurer sind als die großen.“ Gleichwohl habe der Gesetzgeber im Bund und den Ländern diese Struktur einst so gewollt, sagte Borrmann-Hassenbach, die auch an die in den 1970er-Jahren tätige Psychiatrie-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags erinnerte. „Auch die Etablierung psychiatrischer Institutsambulanz“, so die Ärztin, „war eine Strukturvorgabe, die dafür sorgen sollte, dass Patienten, die im niedergelassenen Bereich nicht adäquat oder rechtzeitig versorgt werden können, eine psychiatrische, multiprofessionelle Versorgung erhalten können.“

Ebenso sei die Verbesserung der Prozessqualität ohne Fallpauschalen durch ein „gelebtes Qualitätsmanagement“ erreichbar. „Um Versorgungsprozesse zu op-

timieren, brauche ich keine Ökonomisierung.“ Die klinische Psychiatrie habe bereits vor Jahren auf Prozessqualität gesetzt: So gebe es in den Häusern heute, auch ohne PEPP, ein Aufnahme-, ein Aufklärungs-, Diagnostik-, Behandlungs-, Entlass- und ein Weiterversorgungsmanagement, wie Borrmann-Hassenbach ausführte.

Warnung vor der Risikoselektion

Die BAG-Vorsitzende widersprach den Befürwortern einer Finanzierung der psychiatrischen Versorgung mittels Fallpauschalen auch in der Frage der Ergebnisqualität – etwa mit Blick auf eventuelle Kopplungen des Erlöses an Therapieabbruch- oder Wiederaufnahme-Raten. „Natürlich sind Wiederaufnahmen nicht erwünscht und sollten durch ein gutes Entlass- und Nachversorgungsmanagement vermieden werden. Aber man muss auch schauen, in welcher Struktur man arbeitet und welche Patienten wiedergekommen sind“, sagte Borrmann-Hassenbach. Dass ein Patient auch wiederkommen könne, wenn er erneut oder entgegen seiner eigenen ursprünglichen Annahme doch weitere Hilfe benötige, sei ein Qualitätsmerkmal der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Jeder Patient sei zudem frei in seiner Entscheidung, eine Therapie abzubrechen. „Wir erleben es in der Psychiatrie häufig, dass Patienten erst einmal eine Krankheitsgeschichte durchmachen, bis sie bereit sind, eine Therapie tatsächlich durchzuhalten.“

In diese Kerbe schlug auch Professor Dr. Wolfgang Gaebel, Ärztlicher Direktor am LVR-Klinikum Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität. „Die Verläufe der Krankheiten in der Psychiatrie sind individuell sehr vielfältig und Prognose wie Dauer klinisch behandlungsbedürftiger Krankheitsepisoden schwer vorhersagbar“, sagte Gaebel, der auch das LVR-eigene Institut für Versorgungsforschung leitet, das sich mit den Auswirkungen des neuen Entgeltmodells auf die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen befasst.