

Redaktion

P. Falkai, Göttingen
O. Gruber, Göttingen
T. Nessel, Berlin

Beschluss zur Aberkennung der Ehrenmitgliedschaften vom 24. November 2011 im Rahmen der DGPPN-Mitgliederversammlung

Die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde bzw. ihrer Vorläuferorganisationen wird den Professoren Dr. Friedrich Mauz (1900–1979) und Dr. Friedrich Panse (1899–1973) aberkannt. Die Namen Friedrich Mauz und Friedrich Panse werden weiter in der Liste der Ehrenmitglieder der DGPPN und ihrer Vorläuferorganisationen geführt, aber mit ausdrücklichen Hinweisen und Informationen zur Aberkennung der Ehrenmitgliedschaft versehen.

Begründung

Im Jahr 1972 haben die Professoren Dr. Friedrich Mauz und Dr. Friedrich Panse die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (1954-1992) als Vorläuferorganisation der heutigen DGPPN erhalten. Seitdem werden die beiden Namen in der Liste der Ehrenmitglieder der DGPPN und ihrer Vorläuferorganisationen geführt. Nach dem heutigen Stand der historischen Forschung haben wir anzuerkennen, dass diese beiden Ärzte nicht nur die so genannte Erbgesundheitspolitik des natio-

nalsozialistischen Regimes in der Zeit zwischen 1933 und 1945 ohne Vorbehalt und mit Nachdruck unterstützt haben. Sie stellten sich darüber hinaus ab 1940 als Gutachter in den Dienst der „Aktion T4“ und trugen auf diese Weise aktiv zur Selektion der Opfer des Massenmordes an psychisch kranken und geistig behinderten Menschen bei. Dies bedeutete ungeachtet der Zusammenhänge zwischen Eugenik und „Euthanasie“ einen qualitativen Sprung. Denn die eugenische Sterilisierung nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hatte zwar zum Ziel, die vermeintlichen Erbanlagen zu psychischen Krankheiten und geistigen Behinderungen in der Generationenfolge „auszumerzen“, sie stellte aber das Lebensrecht von Menschen mit psychischen Krankheiten und geistigen Behinderungen noch nicht offen in Frage. Von manchen Eugenikern wurde die Sterilisierung geradezu als „humane“ Alternative zur „Euthanasie“ verstanden. Mit der „Aktion T4“ war der Schritt von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ getan – die Beteiligung an der „Aktion T4“ bedeutete – auch nach der Gesetzgebung und Rechtspre-

chung der damaligen Zeit – die Mittäterschaft an einem vielfachen Mord. Aus heutiger Perspektive muss die NS-„Euthanasie“ als Gruppenmord (Genozid) eingestuft werden, d.h. als die mit voller Absicht ins Werk gesetzte, planmäßig durchgeführte, tendenziell vollständige Vernichtung einer von den Tätern definierten Gruppe von Menschen. Die Teilnahme an der Selektion der „Euthanasie“-Opfer stellt daher Mittäterschaft an oder Beihilfe zu einem Genozidverbrechen dar.¹

Neben Mauz und Panse haben viele weitere Psychiater in der damaligen Zeit schweres Unrecht begangen. Es ist Aufgabe der DGPPN, insbesondere auch die Handlungen früherer Ehrenmitglieder und Präsidenten wie des Verbandes selbst weiter wissenschaftlich zu erforschen, zu veröffentlichen und die notwendigen Konsequenzen daraus zu ziehen. Dies geschieht mit Hilfe der „Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der DGPPN“ unter Leitung von Prof. Dr. Volker Roelcke (Gießen).

Prof. Dr. Friedrich Panse (1899 – 1973)²

Friedrich Panse wurde nach dem Studium der Medizin in Münster und Berlin ab 1924 zunächst Wissenschaftlicher Assistent, später Oberarzt an der Psychiatrischen Abteilung der Wittenauer Heil-

stätten der Stadt Berlin. Im Dezember 1935 erfolgte die Habilitation an der Universität Berlin. Wissenschaftlicher Schwerpunkt Panses war die Erbllichkeit neurodegenerativer Erkrankungen (insbes. der Chorea Huntington) und der begleitenden psychopathologischen Syndrome sowie der Kategorie „Psychopathie“. Ziel seiner Forschungen war es, die klinisch-phänomenologische Klassifikation psychischer Erkrankungen durch eine neue, an „Erbkomplexen“ orientierte Klassifikation zu ersetzen. 1936 wurde Panse leitender Arzt am Rheinischen Provinzialinstitut für neurologisch-psychiatrische Erbforschung in Bonn, einer Einrichtung, die der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik der Universität Bonn unter dem Ordinarius Kurt Pohlisch angegliedert war. Pohlisch hatte sich ebenfalls in Berlin habilitiert, war für seine wissenschaftlichen Arbeiten jedoch vor allem Ernst Rüdin und der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München verpflichtet, wo er wiederholte Aufenthalte als Gastwissenschaftler absolviert hatte. Er war auf Vorschlag von Rüdin 1934 auf den Bonner Lehrstuhl berufen worden. Auch das Rheinische Provinzialinstitut für neurologisch-psychiatrische Erbforschung wurde von Rüdin nachhaltig unterstützt. Im Jahr 1938 fand die Jahrestagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater/GDNP unter dem Vorsitzenden Rüdin in Bonn statt, Rahmenthema war die neurologisch-psychiatrische Erbforschung, lokale Organisatoren waren Pohlisch und Panse.

Panse unterstützte die „Erbgesundheitspolitik“ des NS-Regimes ohne Vorbehalte und mit Nachdruck. Seine Forschung zielte auf die wissenschaftliche Fundierung dieser Politik und der Sterilisationsgesetzgebung: Mit Hilfe einer „lückenlosen Erfassung der positiven und negativen Erbmerkmale der rheinischen Bevölkerung“ und statisti-

¹ Vgl. Hans-Walter Schmuhl, Massenmord, Genozid, Demozid, in: Héctor Wittwer/Daniel Schäfer/Andreas Frewer (Hg.), Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart/Weimar 2010, 351-357

² Zur Biographie von Panse vor und nach 1945, vgl. U. Heyll, Friedrich Panse und die psychiatrische Erbforschung, in: M.G. Esch et al. (Hg.), Die Medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus, Essen 1997, 318-340; sowie R. Forsbach, Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, München 2006, 213-216, 494-516

schen Analysen der Familienverhältnisse würde es möglich sein, „unsere Erb- und Rassenpflege auf völlig gesichertem und durch nichts zu erschütterndem Boden“ aufzubauen.³ – Panse war ab 1937 Mitglied der NSDAP, außerdem Mitglied der NS-Volkswohlfahrt und des NS-Dozentenbundes, seit Anfang 1935 Mitglied des Erbgesundheits-Obergerichts Berlin, seit 1936 des Erbgesundheits-Obergerichts Köln. Er arbeitete ebenfalls eng mit den rassenpolitischen Ämtern der Gaue in der Rheinprovinz zusammen. Das Vorgehen der unteren Instanz im Verfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, der Erbgesundheitsgerichte, fand Panse nicht konsequent genug. Er beanstandete die Zurückhaltung mancher Richter und empfahl, die Sterilisationen bereits bei geringfügigen Krankheitssymptomen vorzunehmen: „Die Erbgesundheitsgerichte müssten sich aber auch unbedingt entschließen, [...] schon bei Mikrosymptomen zuzugreifen ...“.⁴

Im Jahr 1937 erhielt Panse eine Dozentur für Psychiatrie, Neurologie und Rassenhygiene an der Universität Bonn, 1942 wurde er dort zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Nach Kriegsbeginn wurde Panse darüber hinaus Sanitätsoffizier der Wehrmacht, ab 1942 Beratender Psychiater und Neurologe im Wehrkreis VI des Deutschen Reichs (Köln). Im Reservelazarett Ensen bei Köln entwickelte er eine Therapie mit elektrischen Strömen gegen Soldaten, die als „Kriegsneurotiker“ diagnostiziert wurden, um diese möglichst rasch wieder einsatzfähig zu machen; diese Therapie wurde nach ihm „pansen“ genannt. Immer wieder äußerte sich Panse in entwertender Weise über Menschen mit

vermeintlich „schlechten“ Erbanlagen: 1940 schrieb er in einer Publikation: „Die Psychopathen sind zu einem Teil ihrer ererbten Struktur nach Störer der Gemeinschaft [...]. Meine militärische Tätigkeit in diesem Kriege hat mir immer wieder gezeigt, welch dringliches Problem z.T. auch für die Wehrmacht die rechtzeitige Erkennung, der richtige Einsatz oder die rechtzeitige Ausmerze der Psychopathen ist. [...] es muss gelingen, diejenigen Psychopathentypen typologisch auszusondern, welche ein harmonisches Gesamtgefüge unseres Volkskörpers stören“.⁵ Deutlich wird hier und an vielen anderen Stellen auch die Unterordnung des Individualwohls unter das Kollektivwohl.

Panse und Pohlisch akzeptierten die Anfrage der Kanzlei des Führers zur Mitwirkung an der „Euthanasie“-„Aktion T4“ – im Gegensatz zum Göttinger Ordinarium Gottfried Ewald, der auf die gleiche Anfrage eine Beteiligung ablehnte. Panse war mindestens für die Zeit von Mai bis Dezember 1940 als Gutachter für die „Aktion T4“ tätig und bearbeitete in dieser Zeit ca. 600 Meldebögen aus dem ganzen Reichsgebiet.

Nach 1945 behauptete Panse zu seiner Rechtfertigung, er habe dies nur getan, „um durch aktive Gegenmaßnahmen alles zu retten, was irgendwie zu retten war“.⁶ 1947 wurde er vor dem Schwurgericht Düsseldorf wegen Beihilfe zum Mord und Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt. Die Anklage bezog sich ausschließlich auf die Teilnahme an den Tötungsaktionen, nicht auf seine Tätigkeit im Kontext der Erbgesundheits- und Sterilisationspolitik oder im Kontext der Militärpsychiatrie. Im Urteil

vom November 1948 sah das Gericht den Tatbestand eines Verbrechens gegen die Menschlichkeit in Tateinheit mit Beihilfe zum Mord in einer unbestimmten Anzahl von Fällen als erwiesen an. In Bezug auf das Strafmaß folgte es jedoch den Rechtfertigungs-Argumenten von Panse: „Es handelte sich [...] um einen echten Widerstreit von Pflichten, den sie [Panse und der ebenfalls angeklagte Pohlisch] gelöst haben in ernster und gewissenhafter Prüfung. Dabei haben sie unter Abwägung der besonderen Zeitverhältnisse unwiderlegt die Pflicht zur Hilfe durch das Einschalten in die ‚Aktion‘ und die damit zwangsläufig verwirklichte Verstrickung in verbrecherisches Tun als höhere Pflicht erkannt und erfüllt“.⁷

Das Kabinett des Landes NRW beschloss am 12. Februar 1952, Panse nicht mehr als apl. Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn zuzulassen. Panse klagte erfolgreich gegen diesen Erlass. 1955 wurde Panse auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Düsseldorf berufen, damit verbunden war die Leitung der Psychiatrischen Landesklinik Grafenberg.

In den Jahren 1965-1966 war Panse Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Er starb am 6. Dezember 1973 in Bochum.

Prof. Dr. Friedrich Mauz

Der Psychiater Friedrich Mauz wurde am 1. Mai 1900 in Esslingen geboren. Noch im letzten Jahr des Ersten Weltkriegs zum Heeresdienst eingezogen, nahm er 1919 als Freiwilliger des Tübinger Studentenbataillons an der „Niederwerfung der Kommunisten“ in Augsburg, Fürstfeldbruck und München und der „Säuberung“ Württembergs und 1920 an der Niederschlagung der Roten Ruhrarmee im Ruhrgebiet teil. Zügig absolvierte Mauz die ersten Stufen der akademi-

schen Laufbahn. Ab 1922 war er als wissenschaftlicher Hilfsarbeiter, ab 1924 als Assistent bei Robert Gaupp an der Universität Tübingen, ab 1926 als planmäßiger Assistent, ab 1927 als Oberarzt an der Psychiatrischen und Nervenklinik Marburg bei Ernst Kretschmer tätig. 1928 habilitierte sich Mauz an der Universität Marburg für das Fach Neurologie und Psychiatrie.

Mauz zählte zu den Unterzeichnern des „Bekennnisses der Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat“ vom 11. November 1933. In den folgenden Jahren geriet seine Karriere jedoch ins Stocken, nicht weil er politisch aneckte, sondern weil sein wissenschaftliches Werk schmal war und als wenig originell galt, er zudem mit der Konstitutionsforschung und der Psychotherapie Interessenschwerpunkte gewählt hatte, die in den 1930er Jahren im Schatten der erbpsychiatrischen Forschung standen. 1934 wurde er zum nicht beamteten außerordentlichen Professor an der Universität Marburg ernannt. Im Sommersemester 1936 vertrat er den Lehrstuhl in Gießen, im Wintersemester 1937/38 den in Kiel. Zu einer Berufung kam es jedoch vorerst nicht.

Weiterhin war Mauz um politische Linientreue bemüht. 1934 trat er nach eigenen Angaben in den SA-Sanitätsdienst ein. Am 1. Mai 1937 – nach Aufhebung der Aufnahmesperre – trat Mauz in die NSDAP ein; hinzu kam die Mitgliedschaft im NS-Ärztebund. Zudem diente sich Mauz der NS-Erbgesundheitspolitik an und beteiligte sich als ärztlicher Gutachter an Verfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Ab 1935 wurde Mauz als ärztlicher Beisitzer am Erbgesundheitsobergericht Kassel geführt. In dieser Funktion war er von 1935 bis 1939 an 18 Verhandlungen beteiligt.

Am 1. April 1939 wurde Mauz mit der Vertretung des Lehrstuhls für Psychiatrie und Neurologie

³ F. Panse, *Aufgaben und Ziele des rheinischen Instituts für neurologisch-psychiatrische Erbforschung in Bonn, Öffentlicher Gesundheitsdienst* 5, 1939, 39

⁴ F. Panse, *Erbfragen bei Geisteskrankheiten*, Leipzig 1936, 59-60

⁵ F. Panse, *Das Erb- und Erscheinungsbild der Psychopathen*, in: *Kriegsvorträge der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn am Rhein* 1940, 16

⁶ Zitiert nach Heyll, Panse, 334, dort auch Angabe der archivalischen Quelle

⁷ Heyll, Panse, 335

an der Universität Königsberg beauftragt, wo er am 12. November 1941 zum ordentlichen Professor ernannt wurde. In der Zeit zwischen seiner vorläufigen und seiner endgültigen Berufung ließ sich Mauz im Herbst 1940 als T4-Gutachter anwerben, in derselben Sitzung, in der der Göttinger Ordinarius Gottfried Ewald vehementen Protest einlegte. Nach dem Zweiten Weltkrieg sagte Mauz zunächst aus, er sei in der Sitzungspause gegangen, in einer zweiten Vernehmung räumte er dann ein, bis zum Schluss geblieben und als Gutachter verpflichtet worden zu sein. Er habe aber nur etwa 25 Meldebögen begutachtet und dabei das Verfahren verschleppt. Diese Einlassungen werden aber durch die Schriftquellen nicht gedeckt. In der Gutachterliste der T4-Zentrale ist sein Name vermerkt. Hinweise, dass er nur widerstrebend mitgemacht habe, finden sich in der internen Korrespondenz der T4-Zentrale nicht – im Gegensatz etwa zu Werner Villingner. Dass er im Oktober 1940 – als einer der rangniedrigsten Teilnehmer – zu den Beratungen über ein künftiges „Gesetz über Sterbehilfe“ hinzugezogen wurde, spricht im Gegenteil eher dafür, dass er das uneingeschränkte Vertrauen der T4-Zentrale hatte. Zuletzt im Range eines Oberfeldarztes, war Mauz zudem während des Zweiten Weltkriegs Berater der Psychiater im Wehrkreis I Königsberg.

Nach 1945 stilisierte sich Mauz zu einem unpolitischen Menschen: Er habe der Machtübernahme der Nationalsozialisten „hilflos und naiv“ gegenüberstanden, den neuen Staat innerlich abgelehnt, sich aber „zu allerlei demütigenden Zugeständnissen“ bereit gefunden. Seiner wissenschaftlichen Linie sei er jedoch stets treu geblieben und habe sich von der psychiatrischen Genetik fern gehalten. Tatsächlich wurde Mauz im Entnazifizierungsverfahren 1946 der Gruppe der „Entlasteten“ zugeordnet, man bescheinigte ihm, er habe „nach dem Maß seiner Kräfte aktiv durch Wort und Schrift Wi-

derstand“ geleistet, und so konnte Mauz in der Bundesrepublik Deutschland weiter Karriere machen. Von 1947 bis 1953 leitete er das Psychiatrische Krankenhaus Ochsenzoll in Hamburg-Langhorn. 1953 wurde er Ordinarius an der Universitätsnervenklinik Münster.

1958 leitete er als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (1957-1958) und zugleich der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie den gemeinsamen Kongress der beiden Fachgesellschaften in Bad Nauheim.

Friedrich Mauz starb am 7. Juli 1979.⁸

Beide Ehrenmitgliedschaften wurden 1972 unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Rudolf Degkwitz (Freiburg) von der Mitgliederversammlung gewählt. In dem Protokoll der Mitgliederversammlung vom 16.10.1972 heisst es zu diesem Tagesordnungspunkt (Nervenarzt 1973: 44, 390f): „Herr Degkwitz beantragt sodann unter Hinweis auf § 10 der Satzung im Namen des amtierenden Vorstandes, die folgenden Herren zu Ehrenmitgliedern zu wählen: H. Bürger-Prinz, F. Mauz, H. Merguet, F. Panse, J. Zutt. Der Vorschlag wird gebilligt, nachdem ein Name zurückgezogen und in der aufkommenden kurzen Diskussion der Vorstand gebeten wurde, in Zukunft die vorgesehenen Namen vorher bekanntzugeben.“ Leider liegen keine weiteren Informationen über Vorschlagende, Laudationes, dem zurückgezogenen Namen, Abstimmungsergebnisse usw. vor.

Entsprechend der Satzung der DGPPN vom 26.11.2009 erkennt die Fachgesellschaft sich uneingeschränkt zu „ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte der psychisch

⁸ Zitate nach Gudrun Silberzahn-Jandt/Hans-Walter Schmuhl, Friedrich Mauz – T4-Gutachter und Militärpsychiater, demnächst in: Der Nervenarzt

Kranken [...], die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisierungen erwachsen“. Vor diesem Hintergrund ist ein Aberkennen der Ehrenmitgliedschaft für Personen, die uneingeschränkt dem nationalsozialistischen Staat und dessen menschenverachtender Vernichtungspolitik dienten, nicht nur geboten, sondern zwingend. Die Fachgesellschaft duldet keine Ehrenmitglieder in ihren Reihen, die in ihrem Denken und Handeln entschieden dem für die Formulierung der Satzung zugrundeliegenden Menschenbild widersprechen sowie die Würde des Menschen, und hier insbe-

sondere der psychisch kranken Menschen, missachten.

Dem entsprechend ist eine Ehrenmitgliedschaft mit den Statuten der DGPPN nicht mehr vereinbar und die Namen sind in der Liste mit entsprechenden Hinweisen und Hintergrundinformationen zur Aberkennung zu kennzeichnen. Mit der Aberkennung und besonderen Kennzeichnung der Ehrenmitgliedschaft der DGPPN und deren Vorläuferorganisationen bekennt sich die DGPPN zu der Geschichte ihrer Vorläuferorganisation, werden die verantwortlichen Personen benannt, deren Handeln missbilligt und die Verantwortung für die Zukunft nachdrücklich dokumentiert.

Aktuelles zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik

1. Referentenentwurf des BMG

Anfang November hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen veröffentlicht. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bereitet hierzu aktuell eine Stellungnahme vor und ist zu einer Anhörung im Bundesgesundheitsministerium geladen.

2. Erste Ergebnisse des InEK zur Probekalkulation

Im August wurden den Selbstverwaltungspartnern vom InEK

erste Ergebnisse der Psych-Probekalkulation präsentiert. Wie zu erwarten sind die an das InEK übermittelten Daten weitgehend noch lückenhaft und nicht belastbar, so dass nur eine kleine Stichprobe von 10 der insgesamt 55 Einrichtungen in die ersten Analysen eingegangen ist. Auch verfügt das InEK noch nicht über die erforderlichen EDV-Tools (Entwicklungsgrouper). Die ersten systematischen manuell durchgeführten Analysen konnten die Kostenunterschiede nicht erklären. Die bisherigen Überlegungen des InEK zum Aufbau des Entgeltkatalogs kamen zum Ergebnis, dass eine Aufteilung in Behandlungsbereiche (analog der MDC's im DRG-Katalog) ähnlich der Psych-PV-Behandlungsbereiche beibehalten und

um eine Prä-MDC für sehr kostenintensive Behandlung ergänzt werden könnte. Aus den Analysen zum Zeitverlauf der Behandlungskosten haben sich Hinweise ergeben, dass die Kosten stärker im 7-Tagesrhythmus als zwischen einzelnen Tagen variieren.

Als Ausblick wurde vom InEK auf die zunehmende Qualität der Daten hingewiesen und weitere Analysen bezüglich kostenintensiver Behandlungen, Aufteilung in Behandlungsbereiche sowie weiteren Merkmalen zur Definition von Pauschalen angekündigt. Das InEK ließ keinen Zweifel daran, dass es im nächsten Jahr einen Vorschlag für einen ersten Entgeltkatalog vorlegen kann.

3. PIA-Prüfauftrag nach § 17 d

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat, unterstützt von psychiatrischen Fachleuten, unter dem Aspekt des sowieso schon hohen Dokumentationsaufwandes in den Kliniken den Vorschlag unterbreitet, dass nur die Institutsambulanzen, die schon bisher die Einzelleistungsdokumentationen nach bayrischem Modell vornehmen, zusätzlich noch einige Leistungsprofile beschreiben. Die GKV bevorzugt eine zeitnahe flächendeckende Dokumentation der Leistungen der PIA und eine Übermittlung nicht nur an des InEK sondern auch über den §301 an die Krankenkassen. Noch vor der nächsten Verhandlungsrunde der Selbstverwaltungspartner ist ein Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU und FDP bekannt geworden, der in das „Gesetz der Verbesserung der Versorgungsstrukturen“ aufgenommen werden soll, der die Selbstverwaltungspartner verpflichtet, eine Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutambulanzen bis spätestens zum 30.04.2012 zu vereinbaren, so dass eine bundeseinheitliche Erfassung der PIA-Leistungen bereits im Jahr 2013 beginnt. Die Daten lägen dem InEK am 31.03.2014 erstmals vor.

Problematisch bei diesem Änderungsantrag ist die Frage zu diskutieren, inwieweit bei 2/3 der PIAs, die nach Quartalspauschalen abrechnen, diese Dokumentation umgesetzt werden kann und vor allem, wie sich die Änderung auf örtlicher Verhandlungsebene bei der Vergütung niederschlagen wird.

Die zeitnahe bundesweite verpflichtende Leistungsdokumentation für alle PIAs wurde (siehe oben) ebenso in die Vorschläge des BMG für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Bedingungen für ein Entgeltsystem übernommen.

4. Prozedur und Klassifikation 2012

Der OPS-Katalog 2012 ist auf der Website des DIMDI einzusehen. Wegen des allseits kritisierten hohen Dokumentationsaufwandes und der noch fraglichen Relevanz für die Kalkulation wurden seitens der DGPPN nur wenige die Plausibilität verbessernde Veränderungen eingereicht.

5. Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Der gemeinsame Bundesausschuss hat vom BMG den Auftrag bekommen, seinerseits einen Auftrag an das AQUA-Institut zu formulieren mit dem Ziel, sektorübergreifende Qualitätsindikatoren zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die DGPPN bereits die Initiative ergriffen hat und unter Moderation der AWMF und unter Einbeziehung aller entscheidenden Verbände einschließlich der Angehörigen und Betroffenen sektorübergreifende störungsspezifische Qualitätsindikatoren für die Erkrankungsbilder Schizophrenie, Depression, Alkoholabhängigkeit und Demenz entwickelt. Im weiteren Prozess wird es wichtig, dass die Fachexpertise in die Beratung der Selbstverwaltungsorgane eingeht.

6. Die Berücksichtigung der regionalen Pflichtversorgung im neuen Entgeltsystem

Die DGPPN hat sich gegenüber den Selbstverwaltungsorganen dafür ausgesprochen, dass die regionale Pflichtversorgung im Rahmen der neuen Entgelte berücksichtigt wird, um die Vorhaltekosten und die Aufwände bei der 24-Stunden-Bereitschaft und Behandlung von Patienten, die gesetzlich untergebracht sind, zu berücksichtigen.

7. Begleitforschung

Die Machbarkeitsstudie (Vorstudie) für die Begleitforschung ist von den Selbstverwaltungsorganen an die Gruppierung IGES und DRG-Research-Group (Prof.

Röder, Münster) vergeben worden. Das BMG hat dieser Wahl zugestimmt. Im Frühjahr sollen die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie vorgelegt werden, so dass die Ausschreibung und Vergabe für die Begleitforschung im Sommer 2012 erfolgen soll und das Auswahlverfahren Ende 2012 mit dem Ziel 2013, die Begleitforschung zu starten.

Zur weiteren Begleitung des Entgeltentwicklungsprozesses verstärkt die DGPPN den strukturierten Dialog mit den Selbstverwaltungsorganen und hat zur fachlichen Unterstützung eine Task Force gegründet, die sich aus fachlich versierten Psychiatern und Ökonomen zusammensetzt.

Iris Hauth, Berlin
i.hauth@alexius.de

Neuerung OPS 2012

1. Die Kriterien für die Intensivbehandlung haben sich geändert. Allein die gesetzliche Unterbringung ist kein hinreichendes Kriterium, um als Intensivpatient eingestuft zu werden. Stattdessen führt die Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen zu einer Einstufung als Intensivpatient. Dieses Kriterium wird dann auch in der Beurteilung der Schwere als Punktwert berücksichtigt. Neben der akuten Suizidalität findet sich gleichrangig jetzt auch die schwere Selbstverletzung. Es bleibt das Problem, dass der OPS keinen Hinweis gibt, wann die jeweiligen Kriterien erfüllt sind.
2. Es war im Basiskode 9-62 (psychotherapeutischer Komplexkode) bisher nicht geregelt, wenn die drei Therapieeinheiten / Woche nur nicht erreicht wurden, weil der Betrachtungszeitraum unterhalb von sieben Tagen lag. In den Kode wurde aufgenommen,

dass dann die Therapieeinheiten nur anteilig erbracht werden müssen.

3. Bei den diagnostischen Zusatzkodes (1-903 und 1-904) erfolgt die Erfassung im Tagesbezug. Es muss folglich nicht mehr aufwendig geprüft werden, wie viele Tage innerhalb einer Woche die Kriterien dieses Kodes erfüllt sind. Zusätzlich ist der informierte Konsens nicht mehr Voraussetzung für diesen Kode (z.B. bedeutsam bei Menschen mit demenziellen Syndromen).
4. Der Kode 1-903 (diagnostischer Zusatzkode bei Kindern und Jugendlichen) schreibt nicht mehr zwingend vor, wie der diagnostische Prozess auszusehen hat. Die Aufzählung der diagnostischen Verfahren ist als eine exemplarische Liste zu verstehen.
5. Der erhöhte Betreuungsaufwand hat einige wesentliche Änderungen erfahren. Bei der 1:1-Betreuung können die Zeiten

von mehrern Personen, die gleichzeitig die Betreuung durchführen, addiert werden. Gleichzeitig findet Berücksichtigung, dass die Überwachung von selbst- und fremdgefährdeten Personen häufig in Kleingruppen bis zu drei Personen stattfindet. Daher ist dies jetzt möglich zu kodieren (9-640.1).

6. In akuten Krisensituationen können mit dem neuen Katalog auch Spezialtherapeuten und Pflege ihre Leistungen erbringen, wenn sie an einem Tag 1,5 h überschreiten (9-641.1 bei den Erwachsenen und 9-690.1 bei Kindern und Jugendlichen). Dies war bisher nur möglich, wenn die Leistungen von Ärzten oder Psychologen erbracht wurden.

7. Bei der Formulierung der Psych-PV (9-980 ff) ist es in den Formulierungen zu einigen Klarstellungen gekommen. Die einzelnen Einstufungen werden korrekt mit dem Begriff Behandlungsbereich benannt. Außerdem wird ausgeführt, dass ein Wechsel der Einstufung auch zwischen verschiedenen Behandlungsbereichen (z.B. Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie) erfolgen kann.

8. Es wurde noch einmal versucht klar zu stellen, wann die Leistungen von Psychologen (und anderen Berufsgruppen) als Therapieeinheiten erfasst werden können. Dabei ist Voraussetzung, dass eine Vergütung entsprechend des Grundberufes erfolgt.

9. Innerhalb der Komplexkodes wird durch die explizite Aufstellung klar gestellt, dass auch die Leistungen von Physiotherapeuten als Therapieeinheiten zu erfassen sind.

10. Der Begriff Pflegefachkräfte wurde durchgängig durch Pflegefachpersonen ersetzt. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass damit alle Personen gemeint sind, die zumindest über eine dreijährige fachspezifische Ausbildung verfügen. Es findet sich eine beispielhafte Aufzählung in allen psychiatrischen Basiscodes.

Quelle: Frank Godemann, Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2012

Frequently asked questions

1. *Sollten wir unsere Therapieangebote so verändern, dass eine maximale Anzahl von Therapieeinheiten zustande kommt (Anpassung der Gruppengröße, Taktung auf 25 Minuten)?*

Da noch vollständig unklar ist, welche Trigger zu höheren Erlösen führen werden, ist eindeutig davon abzuraten, Therapieangebote ausschließlich in Hinblick auf den OPS-Katalog zu verändern. Es ist nicht auszuschließen, dass in vielen Konstellationen (z.B. bei Intensivpatienten) Therapieeinheiten für die Ermittlung von Entgelten keine Bedeutung erlangen werden.

2. *Es gibt so viele Leistungen, bei denen mir unklar ist, ob sie als Therapieeinheiten gewertet werden können / müssen oder nicht (z.B. somatische Pflege bei Demenzerkrankten, intensive Aufnahmegespräche, die aber kürzer als 2 Stunden dauern, begleitete Ausgänge etc.)?*

Tatsächlich ist es so, dass nicht eindeutig definiert ist, wann Leistungen noch als Therapieeinheiten zu werten sind. Der OPS-Katalog schließt aber nicht aus, dass man grundsätzlich sagt, dass bei Leistungen, die länger als 25 Minuten dauern, immer auch therapeutische Aspekte eine Rolle spielen und von daher grundsätzlich als Therapieeinheiten zu werten sind. Dafür spricht, dass damit über das Zeitkriterium eine eindeutige Definition vorliegt, die einfach an alle Mitarbeiter zu vermitteln ist.

Diese Sichtweise schließt natürlich nicht aus, dass es im Falle eines Einflusses von Therapieeinheiten auf die Entgelte an einigen Punkten in der Zukunft noch Diskussionen geben wird. Aber diese Diskussionen könnten dann auch in einigen Jahren geführt werden.

3. *Wie lange muss eigentlich die Ausbildung sein, damit Pflegekräfte Therapieeinheiten erfassen können?*

Die Auffassung der Pflegefachverbände ist eindeutig: Es muss eine dreijährige Ausbildung vorliegen.

4. *Bei uns sind Berufsgruppen tätig, die nicht explizit in den OPS genannt werden (z.B. Logopäden, Arzthelfer, Tanztherapeuten). Wie sollen wir mit diesen Berufsgruppen umgehen?*

Die Frage wird durch den OPS nicht eindeutig beantwortet. Daher muss erst einmal jede Klinik und Abteilung diese Frage für sich selbst beantworten. Dabei könnte eine sinnvolle Antwort sein, dass alle Therapeuten mit dreijähriger abgeschlossener und anerkannter Ausbildung als Spezialtherapeuten Therapieeinheiten erfassen können.

5. *Muss die Einstufung nach PsychPV (z.B. Intensivbehandlung) eigentlich zwangsläufig auch zu einer Einstufung nach Intensivbehandlung in den neuen Komplexkodes (9-61) führen?*

Dies kann eindeutig verneint werden. Es handelt sich gewissermaßen um zwei getrennte Welten. Die Kriterien sind überschneidend, aber nicht übereinstimmend. Ein Klassiker: Patienten, die von illegalen Drogen abhängig sind, werden nach PsychPV in S2 eingestuft, sind bei den neuen Komplexkodes Regelpatienten (9-60).

6. *Gibt es jetzt eigentlich Klarheit darüber, ob Psychotherapeuten in Ausbildung Therapieeinheiten kodieren können oder nicht?*

Dies kann nur mit einem eindeutigen Jein beantwortet werden. Die Formulierung lautet ab 2012: Psychotherapeuten in Ausbildung erfassen Therapieeinheiten, wenn sie entsprechend ihres Berufes bezahlt werden. Dies bedeutet in zwei Konstellationen Klarheit: a) Sie bekommen nur eine Aufwandsentschädigung = keine Therapieeinheiten. b) Sie werden nach den gleichen Regeln bezahlt, wie Psychologen, die ihre Therapieausbildung abgeschlossen haben = Therapieeinheiten. Alle Zwischenvarian-

ten sind weiterhin nicht geklärt. In diesen Konstellationen ist zu empfehlen, dass die einzelne Klinik klare Regeln erlässt, damit es langfristig möglich ist, die eigenen Daten zu interpretieren.

7. *Welche Ausbildung muss bei Mitarbeitern vorliegen, die bei der 1:1-Betreuung eingesetzt werden?*

Dies ist nicht eindeutig geregelt. Daher ist den Kliniken und Abteilungen zu empfehlen, eine eigene Festlegung zu treffen. Es erscheint dabei berechtigt zu sein, dies nicht an die Dauer der Ausbildung zu koppeln, da auch Patienten, die z.B. durch eine „Extrawache“ begleitet werden, als sehr aufwendig angesehen werden müssen.

8. *Was ist der Unterschied zwischen Gruppentherapien und Gruppenpsychotherapien?*

Im OPS findet sich durchgehend für die Psychiatrie und Psychosomatik die Regelung, dass in Gruppen maximal zwei Therapeuten ihre Leistungen als Therapieeinheiten erfassen dürfen. Bei Gruppenpsychotherapien ist die Obergrenze von zwei Personen gleichzeitig bei Gruppengrößen von 13-18 auch eine Mindestanforderung, um die Therapieeinheiten überhaupt kodieren zu dürfen.

9. *Ist es bei den Zusatzkodes (z.B. kriseninterventionelle Behandlung) möglich, Zeiten zu addieren, wenn sie z.B. nur bei 10 Minuten liegen?*

Dies ist für den kriseninterventionellen Kode und den diagnostischen Zusatzkode (1-903, 1-903) eindeutig mit ja zu beantworten. Dort finden sich keine zeitlichen Mindestanforderungen wie bei den Therapieeinheiten. Bei der 1:1-Betreuung und der Betreuung in Kleingruppen findet sich im Jahr 2012 der Hinweis, dass die Zeiten „zusammenhängend“ zu erbringen sind. Dies soll wohl ausdrücken, dass Zeiteinheiten nicht unendlich oft gestückelt werden dürfen, legt aber nicht fest, was Mindestzeiten sind. Dies wird in der Zukunft noch zu klären sein.

10. *Ist es möglich, eine Gruppe, die mehr als 18 Teilnehmer hat, virtuell zu teilen?*

Die ist im OPS nicht vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass es nicht erlaubt ist, auch wenn sich

kein Satz findet, der es explizit verbietet.

Iris Hauth, Berlin
i.hauth@alexius.de

Für die Abschaffung von Medikamenten-Regressen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Bei Medikamenten-Regressen handelt sich um Strafzahlungen, die der Vertrags-Arzt aus seinem Privatvermögen zu leisten hat, wenn er nach Ansicht der gemeinsamen Prüfeinrichtung von Krankenkassen und KV „unwirtschaftlich“ verordnet hat. Die Kriterien für Wirtschaftlichkeitsprüfungen hierzu sind nicht einheitlich. Der Arzt muss dann für Medikamente aus seiner Tasche zahlen, die er seinen Patienten verordnet und für die der Apotheker bereits sein Honorar erhalten hat. Es handelt sich dabei nicht um eine Rückforderung von Honorar, das ihm zuvor bezahlt worden ist.

Die DGPPN spricht sich für die Entlastung von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzten von der existentiellen Bedrohung durch Arzneimittel-Regresse aus.

Die Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte hat laut Arzneimittel-Report seit Jahren einen der höchsten Generika-Anteile aller Fachgruppen. Das zeichnet diese Fachgruppe durch eine besonders wirtschaftliche Verordnungsweise aus.

Des Weiteren gibt es in den spezifischen Arzneimitteln der Fachgruppe (gegen Depressionen, Bipolare Störungen, Schizophrenien, Angststörungen, Zwangsstörungen, Demenz) praktisch kein Mee-too Phänomen (Nachahmer-Präparate ohne pharmakologischen Unterschied und ohne Zusatznutzen).

Die DGPPN hat bereits sehr früh S3-Leitlinien zu allen der genannten Diagnosen erstellt und hier bezüglich der Psychophar-

makologie ein rationales Vorgehen beschrieben. Gerade angesichts des hohen Versorgungsdrucks und der hohen sozio-ökonomischen Last für die Gesellschaft durch psychische Störungen (häufigster Grund für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen) muss die Grundlage für eine leitliniengerechte Versorgung mit Psychopharmaka gewährleistet bleiben. Psychiater und Nervenärzte verordnen bereits rational und wirtschaftlich. Arzneimittel-Regresse bedeuten durch ihr Drohpotential eine Behinderung der leitliniengerechten Versorgung psychischer Kranker und sind nicht hinnehmbar.

Die DGPPN fordert die Gesundheitspolitik des Bundes und der Länder sowie die gemeinsamen Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Abteilungen der Krankenkassen und der Länder-KVen hiermit auf,

1. *bereits bestehende Regressforderungen nochmals durch fachkundige Personen genau auf die vorliegende Versorgungssituation zu prüfen und bis dahin ruhen zu lassen*

2. *künftig Regressforderungen nach Wirtschaftlichkeitsprüfungen fallen zu lassen.*

Diese Stellungnahme finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

DGPPN@Dr-Roth-Sackenheim.de

Frank Bergmann, Aachen

Bergmann@BVDN-NORDRHEIN.de

Peter Falkai, Göttingen

pfalkai@gwdg.de

Hier steht eine Anzeige.

