

Die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems aus Sicht der APK

H. Kunze, R. Kukla

Stand 27.07.11

1. Einleitung: der Orientierungsrahmen - Zeitliche und Ziel-Perspektiven

Finanzierungssysteme prägen die Versorgungsrealitäten, weil sie in beabsichtigte und nicht beabsichtigte Richtungen steuern.

Bei der Reform zur Vergütung von Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Auftrag im § 17d KHG) sind zwei Zeitabschnitte zu unterscheiden:

1. Bis 2013 die *Entwicklung* eines neuen Entgeltsystems. „Begleitend“ sind dabei die beiden Prüfaufträge zu bearbeiten: andere Abrechnungseinheiten? Psychiatrische Institutsambulanzen einbeziehen? Außerdem steht die Realisierung der Startbedingung „Erfüllung der Psych-PV“ an. Dazu wurde im KHRG die BPfIV ergänzt.

2. Danach geht es um die *Einführung* des neuen Entgeltsystems bis etwa 2020. Dazu notwendige Regelungen sollen „mit einem weiteren Gesetz vorgenommen werden“ (Amtl. Begründung zu § 17d).

Die jetzt beginnenden Vorbereitungen dürfen sich nicht nur mit der finanzierungstechnischen Einführung des neuen Entgeltsystems befassen. Auch die *Steuerungsziele* sind zu thematisieren, die erreicht, und die Fehlsteuerungen, die vermieden werden sollen.

Dass die Selbstverwaltungspartner die Chancen des KHRG zur weiteren Verbesserung der Krankenhausbehandlung bisher nicht thematisiert haben, erzeugt zunehmend Enttäuschung. Der erhebliche bürokratische Mehraufwand in den Kliniken – alles nur für die Hoffnung auf mehr Transparenz und gerechtere Finanzierung? Das kann es doch nicht gewesen sein!

Das wirft die Fragen auf:

Beschränkt sich das BMG/der Gesetzgeber auf die notarielle Beglaubigung des kleinsten gemeinsamen Nenners der nach §17d zuständigen

Selbstverwaltungspartner?

Oder gibt es einen darüber hinaus gehenden politische Gestaltungswillen? (1-7)

Zur Erinnerung: In den 1980-er Jahren konnten sich die Kassen- und die DKG-Seite nicht auf neue Personalanzahlzahlen für die psychiatrischen Kliniken, wie schon von der Psychiatrie-Enquete 1975 angemahnt, einigen. Zur Vorbereitung der Ersatzvornahme hat das damals zuständige BMA 1988 eine Expertenkommission berufen und mit dieser das Psych-PV-Konzept erarbeitet. Die Amtl. Begründung zur Psych-PV dokumentiert den klaren politischen Willen des Blüm-Misteriums zur grundlegenden Verbesserung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung als Teil der Psychiatrie-Reform. (8)

Mit der Psych-PV ist – trotz der problematischen Finanzierung durch die BPfIV - in 2 Jahrzehnten viel erreicht worden. (9) Das zeigt auch die erheblich gestiegene

Akzeptanz von Krankenhausbehandlung durch Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Leistungsverdichtung und -verbesserung in den Kliniken.

Das zentrale Problem wurde aber die schleichende Erosion der Finanzierung (durch die BpflV) der Psych-PV-Stellen seit 1996. (10, 11) Die Psychiatrie-Verbände haben dem Umstieg in ein neues Entgeltsystem zugestimmt: aber in Verbindung mit der Startvoraussetzung in den Entwicklungsprozess, dass die reale Finanzierung der Stellen nach Psych-PV wieder erreicht und gesichert wird. Denn das neue Entgeltsystem wird auf der Basis des IST-Geldes im System entwickelt, und die aufgelaufene Erosion der Psych-PV darf durch das neue Entgeltsystem nicht zementiert werden.

Und viele Therapeuten in den Kliniken verbinden mit dem neuen Entgeltsystem die Hoffnung, die Organisation der Behandlungsprozesse stärker dem individuellen Bedarf der Patienten flexibel anpassen zu können. (12-15) Denn nach den Erfahrungen und der Forschung in Deutschland sowie international seit 20 Jahren sind *effizientere Organisationsformen* von Krankenhausbehandlung bekannt - in Modellen auch in Deutschland erfolgreich erprobt, aber bisher unzureichend umgesetzt, weil die Finanzierungsanreize und veraltete ordnungspolitische Vorgaben dies bisher behindern. Mit Effizienz ist hier gemeint: eine bessere Qualität und Nachhaltigkeit von Behandlung bei möglichst sparsamen Aufwand (siehe unten).

Deshalb muss der Einführungsprozess die Steuerungswirkung von Finanzierung berücksichtigen und die Chancen des neuen Entgeltsystems zur Verbesserung der Versorgung nutzen. Siehe Amtl. Begründung zum § 17d KHG; GMK-Beschluss vom 29./30.06.2011, dazu das Statement von Herrn Hauk (16).

Die Zielbestimmung – mit einer Perspektive für ca. 10 Jahre und zur Ausrichtung der ersten Schritte - ist *jetzt* notwendig. Sie ist auch maßgeblich für Sinn und Zweck der beiden Prüfaufträge; die Ergebnisse der Prüfaufträge sind wichtige Beiträge zum Entwurf der Wege zum Ziel.

Exkurs: *Ökonomie und Zielhierarchien* (17)

Die Zielsetzungen einer im Gesundheits- und Sozialwesen agierenden Organisation können nicht zwangsläufig auf das Ziel „Gewinnmaximierung“ oder „Sparen“ reduziert werden. Es gibt vielmehr, auch aus Sicht von Ökonomen, in der Regel eine Reihe von Zielen (z. B. humanitäre, fachliche, finanzielle), die von einer Organisation verfolgt werden. Die Entscheidungstheorie innerhalb der Betriebswirtschaftslehre verlangt hierbei z. B. im Rahmen der Nutzwertanalyse eine Präferenzbildung, die festlegt, welches Ziel in welcher Ausprägung wichtiger oder unwichtiger ist.

Jedes Handeln einer Organisation kann auch mit Hilfe des „Ökonomischen Prinzips“ bewertet werden:

Ein vorgegebener *Nutzen* ist mit möglichst geringen *Mitteln* zu erreichen („Minimalprinzip“)

oder

mit vorgegebenen *Mitteln* ist ein möglichst großer *Nutzen* zu bewirken („Maximalprinzip“)

Mit Nutzen ist der Grad der Zielerreichung gemeint, mit *Effizienz* wird das Verhältnis von Nutzen und Mitteln thematisiert.

Je effizienter eine Klinik ihre Abläufe organisiert hat, umso eher sollte sie Anspruch auf zusätzliche Ressourcen, haben, wenn die Anforderungen in Bezug auf den Nutzen (Behandlungen) gestiegen sind, Beispiele:

- höhere Akzeptanz der Behandlung von Leiden, die als psychische statt als somatische Erkrankungen angesehen oder nicht mehr als soziale Probleme verkannt werden
- Regional höhere Morbidität in der Bevölkerung
- Veränderte Inanspruchnahme wegen qualitätsorientierter Krankenhauswahl der Nutzer (Patienten, Angehörige, Zuweiser), von denen die meisten mehr als eine Klinik wohnortnah erreichen können
- Konzentration auf „schwerer“ kranke Patienten.

Eine Ausweitung der Bettenkapazität bzw. der stationären Behandlung sollte nur erlaubt sein, wenn alle Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgenutzt sind. Schon jetzt sind die gesetzlichen Regelungen zu klären, die den Kliniken und den Kassen langfristige Planungssicherheit geben, sich auf den Reformprozess mit Systemvertrauen einzulassen.

2. Anforderungen an die Organisation und Finanzierung von Behandlung¹ - abgeleitet aus den Unterschieden zwischen Patienten mit psychischen und somatischen Erkrankungen

Es gibt viele Gemeinsamkeiten zwischen Patienten mit psychischen und somatischen Erkrankungen – aber eben auch Besonderheiten. Dies ist für die Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems von großer Bedeutung. Das Entgeltsystem für somatische Krankenhausbehandlung basiert auf diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG), das neue Psych-Entgeltsystem muss viel stärker die Individualität der erkrankten Person berücksichtigen.

Bei psychischen Erkrankungen können Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Urteilen ... gestört sein und damit die Fähigkeit, die eigene Erkrankung realistisch einzuschätzen und entsprechend im Verhältnis zu sich selbst und zu anderen Menschen im Alltag zu handeln. Je schwerer eine Person psychisch erkrankt, umso eher vermeidet sie eine Behandlung, ggf. bis zur notwendigen Zwangsbehandlung. Die Verläufe von Erkrankungen und Behandlungen werden stark von der subjektiven Verarbeitung der erlebten Veränderungen durch die Erkrankung sowie die Reaktionen von wichtigen Bezugspersonen beeinflusst, allgemein: vom Lebens- und Behandlungskontext. Die Krankheitssymptome können Beeinträchtigungen von Beziehungen im privaten und in Bereichen wie Schule, Bildung, Arbeit und Beschäftigung zur Folge haben.

Erschwerend wirkt immer noch das Stigma in Verbindung mit psychischer Erkrankung und den damit befassten Institutionen.

Lebensumfeld einbeziehen

Eine angemessene Unterstützung in den Lebensfeldern des Patienten kann die

¹ Behandlung umfasst Diagnostik und Therapie

Genesung maßgeblich fördern, behindert wird sie durch unzureichende oder ungeeignete Unterstützung. Selbst gut gemeinte Reaktionen (z. B. moralische Ratschläge, „ko-abhängige“ Unterstützung von Suchtkranken) können die Behandlung behindern. Für Angehörige, aber auch für Therapeuten, stellt sich oft die schwierige Frage nach der Beeinträchtigung der Fähigkeit des Patienten, verantwortlich handeln zu können: „Kann er/sie nicht?“ (weil krank) - oder: „Will sie/ er nicht?“ (weil gesund). Das ist keine Frage von Weiß oder Schwarz als eindeutiger Zustand einer Person, sondern meist ein mehr oder weniger von beiden Anteilen, beeinflusst vom therapeutischen Kontext und vom wirklichen Leben sowie von Schwankungen der Befindlichkeit des Patienten.

Aus diesen und in der Erkrankung selber liegenden Gründen ist die Behandlung ein sehr komplexer Prozess. Die Wechselwirkungen zwischen den bio-psycho-sozialen Ebenen erfordern sehr individualisierte Behandlung und Finanzierung.

Patientenbezogen und nachhaltig

Die *Kontinuität der therapeutischen Beziehungen* ist von zentraler Bedeutung, damit Patienten und kooptierende Angehörige mit ihrem subjektiven Erleben der Veränderungen durch die Krankheit sich auf die Behandlung einlassen, dass sie Vertrauen fassen und ihre Sorgen und Scham, ihre Zweifel und Hoffnungen in die Behandlung einbringen. Diese Beziehung wird aber fragmentiert, wenn bei Veränderungen des Behandlungsbedarfs der Patient in eine andere Einheit „verlegt“ oder „überwiesen“ wird, statt umgekehrt möglichst die Behandlung dem veränderten Bedarf des Patienten anzupassen. Dies betrifft ja nicht nur die Beziehungen zwischen Patienten und Therapeuten, sondern auch zu Angehörigen und Freunden, Selbsthilfe-Gruppen, sowie die Kooperation mit Hausarzt und Fachpraxen und anderen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Dienstleistern in der Region.

Die Nachhaltigkeit von Behandlung wird auch verbessert, wenn sie mit *Bezug zum - oder auch im - wirklichen Leben des Patienten* stattfindet und mit den wichtigen Bezugspersonen, die ihm hilfreiche Unterstützung geben können und die auch entsprechende Beratung und Unterstützung von den Therapeuten erhalten. Der Patient - und möglichst auch für ihn wichtige Bezugspersonen im privaten Bereich - werden zu Experten für die Erkrankung und ihre Behandlung. – Wie bei moderner Diabetes-Behandlung: Dort ist das Ziel, dass Patienten die Fähigkeit und Motivation entwickeln, durch selbst gesteuerte, situativ angepasste Ausbalancierung der Wechselwirkungen zwischen Medikation, Ernährung und Bewegung den Blutzuckerspiegel zu normalisieren. Das lernen sogar Kinder! Auch hier kommt der Unterstützung durch die Bezugspersonen im Alltag große Bedeutung zu.

Artefakte des fragmentierten Finanzierungssystems

Die derzeitigen Abgrenzungen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung u. a. mehr sind Artefakte des fragmentierten deutschen Finanzierungssystems, das zu „Schnittstellen“ führt, die die Behandlungsqualität und den sparsamen Ressourcenverbrauch beeinträchtigen. Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen bleiben Patienten bisher meist zu lange in der nur zeitweise maximal notwendigen vollstationären Behandlung, was außerdem bei der gegebenen Finanzierung für die Klinik einträglich ist.

Die Entwicklung des neuen Entgeltsystems bietet die Chance, für Krankenhausbehandlung die Finanzierung so zu entwickeln, dass die bisherigen Schnittstellen in den Behandlungsprozessen möglichst von vorne herein vermieden werden, statt sie unverändert zu lassen und die Nachteile mit zusätzlichem Aufwand („Schnittstellenmanagement“) zu kompensieren oder durch einen Flickenteppich von IV-Verträgen zu ersetzen.

Rechtliche Anforderungen

Die Beachtung des Kontextes weist § 27 SGB IX auch der Krankenbehandlung als Aufgabe zu: der rehabilitative Aspekt von (Krankenhaus-)Behandlung. Konzeptionelle Grundlage dafür ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Behindertenkonvention der Vereinten Nationen, seit 2009 geltendes Recht in Deutschland, hat deshalb mit ihrem Ziel der „Inklusion“ besondere Bedeutung auch für die *Behandlung* von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Allgemeines Ziel: Das neue Entgeltsystem muss so ausgestaltet werden, dass Verbesserungen der Effizienz von Krankenhausbehandlung nicht behindert, sondern finanziell belohnt und bürokratische Hindernisse beseitigt werden. Dazu mehr in den folgenden drei Abschnitten.

3. Ausgangslage: Problematik der bisherige Krankenhausfinanzierung und was verbessert werden sollte

Bezogen auf die psychiatrischen Kliniken hat das bisherige Finanzierungssystem (BPflV für teil-/vollstationär, und unverbundene PIA-Finanzierung) gravierende Nachteile. (4) Es bewirkt *Fehlsteuerungen* mit der Folge von „strukturbedingter Verschwendung therapeutischer Ressourcen“, insbesondere durch:

- die einseitige Bevorzugung der vollstationären Behandlung,
- zu wenig Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen,
- eine zu wenig flexibel dem individuellen Bedarf angepasste Organisation der Gesamtbehandlung,
- unnötige Abbrüche der therapeutischen Beziehungen durch Wechsel des institutionellen Behandlungsrahmens (Fragmentierung),
- die nur unzureichende Einbeziehung des Lebensfeldes der Patienten,
- Qualitätseinbußen vor allem durch personelle Unterbesetzung wegen der langjährigen Budgetdeckelungen bei gleichzeitig steigenden Anforderungen,
- den enormen bürokratischen Aufwand durch Kontrollen des Leistungsgeschehens („Misstrauensaufwand“).

Falsche Anreize

Kliniken können ihr betriebswirtschaftliches Ergebnis z. B. dadurch verbessern, dass sie:

- ihre Betten füllen („Jedes Bett schreit so lange, bis jemand drin liegt“) und Patienten möglichst lange und möglichst vollstationär behalten,
- sich auf leichter erkrankte Patienten ausrichten bzw. sich von schwerer beeinträchtigten möglichst fern halten,

- ihre Personalkosten durch (geplante oder unfreiwillige) Unterbesetzung reduzieren,
- mit anderen Diensten in der Region und mit dem sozialen Umfeld der Patienten wenig kooperieren, da dies nicht ausreichend bezahlt wird.
- Die Betten sind immer noch zentraler Schlüsselbegriff für Krankenhäuser. Behandlungsaktivitäten etwa im Lebensfeld des Patienten gelten noch als dem „Krankenhaus“ wesensfremd.

Das System setzt außerdem falsche Anreize, u.a. mit der Folge mangelhafter Vernetzung des klinischen Sektors mit dem vertragsärztlichen und dem rehabilitativen Sektor. Die Auslastung von Krankenhausbetten durch Wiederaufnahmen könnte gemindert werden, wenn Rehabilitation und Eingliederung aktiv und erfolgreich betrieben würden. Eine erfolgreiche Versorgung von Alkoholkranken könnte z.B. die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlungen 1. in psychiatrischen und 2. in somatischen Kliniken verringern z. B. wegen somatischen Folgeerkrankungen von Pankreas und Leber im DRG-Bereich.

Für den Behandlungserfolg wichtige Konsiliar- und Liaisondienste werden z. Zt. nicht sachgerecht vergütet.

Anreize für integrierte Behandlung von Personen

Für Patienten, die von Vertragsärzten nicht rechtzeitig bzw. nicht ausreichend versorgt werden können, gibt es auch in den psychiatrischen Kliniken i. d. R. nicht genug Kapazitäten unterhalb der vollstationären Behandlung: Aufwändigere PIA-Behandlung oder geringere „Dosisstufen“ tagesklinischer Behandlung und nur tageweise. (Die bessere Finanzierung der ambulanten Behandlung im vertragsärztlichen Bereich ist eine ganz andere Baustelle.) Unter diesen Umständen erfolgt der „Überlauf“ der zunehmenden Patientenströme in die teuerste, die vollstationäre Behandlungsform.

Es fehlt der betriebswirtschaftliche Anreiz (18) zur Anwendung des Konzepts der integrierten Behandlung von *Personen*, anstatt „Fälle“ je separat nach Finanzierungsbereichen: vollstationär, teilstationär, Institutsambulanz, Fachpraxen, Krankenpflege, Ergotherapie, Soziotherapie ... zu behandeln.

Die Einbeziehung der Institutsambulanz als Teil der Krankenhausfinanzierung ist die erste Stufe für „sektorübergreifende“ Behandlung, weitere sollten folgen. Sie trägt dazu bei, dass die *ambulante bis stationäre Krankenhausbehandlung für definierte Zielgruppen unter eine Verantwortung* gestellt wird (s. u.). Herkömmlich erfolgt die Gliederung der Klinik nach Finanzierungs- /Behandlungsformen.

Für die *Kliniken* folgt daraus, sowohl aus therapeutischen als auch aus wirtschaftlichen Gründen, die Konzeption einer strukturellen Vernetzung unter dem Aspekt einer „Personen- und Lebensfeldzentrierung“ der Behandlung weiter zu entwickeln. Die Behandlung auch im Lebensfeld des Betroffenen muss erleichtert und die Nutzung vernetzter, präventiver und rehabilitativer Angebote gefördert werden.

- *Niemand sollte deshalb vollstationär in der Klinik behandelt werden müssen, weil andere Hilfen fehlen.*
- *Kein Patient sollte gezwungen sein, wegen seiner komplexen Schwierigkeiten eine Vielzahl von unterschiedlichen (ambulanten) Dienstleistern in Anspruch nehmen zu müssen.*

- *Niemand soll gezwungen sein, außerhalb seiner Stadt, seines Kreises Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (und dadurch seine sozialen Bezüge gefährden) - Spezialangebote ggf. ausgenommen.*

Dazu kann ein „sektorenübergreifendes“ Krankenhausentgeltsystem beitragen – und in Folge hiervon auch ein sektorübergreifendes Versorgungssystem. Dies entspricht der Perspektive des Sachverständigenrats in seinen Empfehlungen für das Gesundheitswesen 2009: „Sektorübergreifend und populationsbezogen“.

Es geht um eine andere Sichtweise, sowohl auf Seiten der Kliniken als auch der Kassen, bei der nicht mehr Maßnahmentearten und Fälle, sondern Versicherte (Personen) im Mittelpunkt stehen. Dadurch kommt die Effizienz (Nutzen und Kosten) von unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen, die eine Person im Quer- und Längsschnitt erhält, in den Blick. (3, 17)

Eine wichtige technische Voraussetzung dafür soll jetzt mit dem „unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer“ eingeführt werden (Versorgungsgesetz-E).

4. Von IV-Verträgen (§ 140 SGB V) für die Krankenhausbehandlung lernen: Das fachliche Konzept der Integrierten Krankenhausbehandlung als Ziel der Regelfinanzierung

Effizienzdefizite traditioneller Klinikorganisation

Die traditionelle Organisation von Kliniken geht von Verantwortungsbereichen (ärztliche, pflegerische Leitung, Controlling ...) aus, die nach Maßnahmen / Behandlungsarten entsprechend den Finanzierungsformen definiert werden. Die Behandlung eines Patienten besteht aus einer „Kette“ von Maßnahmen (Stationen u. ä.) unter je verschiedener Verantwortung – mit entsprechenden Schnittstellenproblemen, die durch zusätzliches „Schnittstellenmanagement“ kompensiert werden müssten.

Die Ineffizienz so organisierter psychiatrischer Krankenhausbehandlung ist ähnlich zu sehen wie z. B. bei operativen Behandlungen, solange die verschiedenen Organisationseinheiten wie Station, Radiologie, Labore, separate Hierarchien für Anästhesisten, Chirurgen und OP-Pflege, Krankengymnastik ... primär ihr Eigenleben organisierten und noch nicht unter *eine* Verantwortung für den am Ergebnis orientierten Behandlungspfad gestellt waren (DRG-Anreiz).

Vorbild für integrierte Krankenhausbehandlung

Am Beispiel des Projekts „Integrierte Versorgung für Patienten mit einer psychotischen Erkrankung“ (§ 140 SGB V) am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE) sollen die wichtigen Ziele und Merkmale kurz hervorgehoben werden. (19) Die Anwendung des *fachlichen Konzepts für integrierte Krankenhausbehandlung sollte das Ziel der Regelfinanzierung von Krankenhausbehandlung werden*. Zwei Akteure aus Hamburg, Frau Dr. Ohm und Prof. Bock, sind anwesend und es ist vorgesehen, dass sie selber dazu kurz Stellung nehmen, sowohl aus therapeutischer Sicht als auch aus der Sicht der strategischen Unternehmensentwicklung des UKE.

Die Zielgruppe (Psychosekranke) dieses IV-Projektes gehört zur Klientel psychiatrischer Versorgung. Der Ansatz kann auf Patienten anderer

Diagnosegruppen mit ausgeprägten Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen und komplexem Hilfebedarf übertragen werden, in Schritten mit empirischer Begleitung.

Die Organisation der Behandlungsprozesse orientiert sich an international bewährten und evaluierten Prinzipien.

Die Behandlungssteuerung erfolgt – *settingübergreifend* - durch zwei Bezugstherapeuten und zwar für die gesamte Dauer der Behandlung. Einer der beiden Bezugstherapeuten kann auch einer der über 20 im Projekt kooperierenden niedergelassenen Psychiater/Psychotherapeuten sein: Die Finanzierung erfolgt aus der Jahrespauschale. So werden die differenzierten Angebote der Psychiatrischen Universitätsklinik und die individuell sinnvollen Angebote externer Dienstleister für ambulante Behandlung aus der Jahrespauschale finanziert, die auch den Aufwand der Therapeuten für die Kooperation mit Rehabilitation und Eingliederungshilfe sowie mit Dienstleistern für soziale Folgeprobleme der Erkrankung berücksichtigt. Settings: Stationen, Tagesklinik, Institutsambulanz, Zuhausebehandlung (Hometreatment) usw. sind als Dienstleistungsbereiche der Klinik für Behandlungsabschnitte „im Auftrag“ der Personen-bezogenen individuellen Gesamtbehandlung tätig.

Die Bezugstherapeuten sind entsprechend qualifiziert und erfahren und sie sind nicht auf den Fokus nur einer Settingart kognitiv eingeengt.

Der Kontrollgruppenvergleich zeigt höhere Effizienz bei der IV-Gruppe sowohl für die Besserung der Patienten als auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Das Management des UKE sieht in dieser Behandlungsform mit der pauschalierten Finanzierung (pro Jahr) einen längerfristigen Wettbewerbsvorteil.

Ein grundsätzlicher Nachteil von IV-Projekten (§ 140 SGB V) ist, dass nur Patienten einbezogen werden, die die Einschlusskriterien erfüllen. Besonders die Anforderung sich einzuschreiben kann bei Patienten mit psychischen Erkrankung Probleme aufwerfen.

Weitere Vorbilder

Dieses Beispiel aus Hamburg steht hier für andere ähnlich orientierte Entwicklungen von Kliniken mit unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen: nicht nur IV-Finanzierung (§140 SGB V), sondern auch von Regional- bzw. Einrichtungsbudgets (12) - oder segmentierte Regelfinanzierung (13). Die Pauschalierung – bezogen auf die Personen oder die Einrichtung – eröffnet Gestaltungsspielräume für einen möglichst individuell passgenauen, sparsamen Ressourceneinsatz. Wegen der Gefahr der Vorenthaltung notwendiger Leistungen zum Nachteil der Patienten kommt der Qualitätssicherung große Bedeutung zu. Auf die entsprechenden Untersuchungen mit Kontrollgruppe zum IV-Projekt des UKE sowie zum „Regionalbudget“ Itzehoe sei verwiesen.

Innovative Kliniken wenden dieses *fachliche Prinzip der „integrierte Krankenhausbehandlung, personenbezogen und auch im Lebensfeld“*, mehr oder weniger schon an, obwohl ihre herkömmliche Finanzierung für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung dies behindert.

Andere Kliniken haben mit den Kassen ein „Regional“ – bzw. ein Einrichtungsbudget vereinbart, um in einem experimentellen Rahmen Krankenhausbehandlung möglichst als integrierte Krankenhausbehandlung zu organisieren und nicht nach den formalen Anforderungen für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung und den jeweiligen Kontingenten für die drei Behandlungsarten. Bei diesen Kliniken führen individuell flexibilisierte Behandlungsprozesse nicht mehr zu erheblichem bürokratischem Aufwand der Patienten- und Personalverwaltung und Abweichungen von den gültigen formalen Vorgaben führen nicht zu Erlösverlusten. Die Therapeuten werden befreit von dem Druck, den Bedarf der Patienten den verfügbaren Kontingenten von stationär, teilstationär und ambulant anzupassen. Sparsame Organisation der individualisierten Behandlungsprozesse wird mit dem Verbleib von Überschüssen belohnt. (Statement von Prof. Deister)

5. Perspektiven: Konkrete Ziele und Wege für die Einführung des neuen Entgeltsystems ab 2013

Einigkeit im Grundsatz besteht über das *allgemeine Ziel, Krankenhausbehandlung möglichst effizient zu organisieren und dies durch die Gestaltung der Finanzierung zu fördern*. Aber es gibt unterschiedliche Auffassungen über die Wege und die Zeitstrecken zur Zielerreichung.

Vor einigen Wochen hat eine Arbeitsgruppe ein „Detailpapier“ zur „Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems ...“ (1) vorgelegt, also für die Einführung des neuen Entgeltsystems ab 2013. Dies Papier wird getragen vom AOK-Bundesverband und von vdek/tk sowie ackpa und APK. Aber andere haben nicht zugestimmt. Herr Wöhrmann wird für die Arbeitsgruppe ein Statement vortragen, so viel dazu an dieser Stelle:

Ziele sind: die Einführung des neuen Entgeltsystems und gleichzeitig den notwendigen Strukturwandel zu verstärken, damit nicht nur die Krankenhausleistungen sachgerecht finanziert werden, sondern auch die sachgerechten Leistungen finanziert werden. (Statement Prof. Deister)

In dem Detailpapier wird eine 5-jährige Budget-neutrale Phase ab 2013 empfohlen und danach die Konvergenzphase. Die Budget-neutrale Phase hat folgenden Aufgaben:

1. Die Einführung und jährliche Verbesserung der Leistungsbeschreibung zur Bildung „medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen“ und der kalkulierten Bewertungsrelationen für Tagesentgelte für teil- und vollstationäre Krankenhausbehandlung.
2. Die Flexibilisierung der Leistungen „medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen“, um diese bei Veränderungen des individuellen Bedarfs passgenauer und sparsamer anwenden zu können. Es geht um 2 Ebenen:
 - a) *Flexibilisierung der „institutionellen Dosis“ Krankenhaus*. Insbesondere der Abstand zwischen Untergrenze teil-/vollstationär und Obergrenze Institutsambulanz ist in den meisten Bundesländern zu groß, dafür sind praktizierte Zwischenstufen in die Leistungsbeschreibung und Kalkulation einzubeziehen.
 - b) *Flexibilisierung des Ortes der Leistungserbringung*: nicht nur im

Krankenhaus, sondern auch vom Krankenhaus aus zu Hause oder in anderen Lebensbereichen (mit fließenden Übergängen), wenn dies die Erreichung der Behandlungsziele fördert.

c) Die mehrjährige budgetneutrale Phase wird mit der *Anforderung* verbunden, dass die ergänzenden Leistungssegmente zur Bildung von „medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen“ §17d *kompatibel* und in der entsprechenden „Währung“ von tagesbezogenen Bewertungsrelationen mit externer Systementwicklung (InEK oder ein anderes Institut) erfolgt.

Daraus können *zwei Szenarien* gebildet werden:

Szenario A = wie im „Detailpapier“: Die Aufgaben 1. & 2. gelten für alle Kliniken – „einspurig“ vom Anfang.

Szenario B „= zweispurig“ mit dem Ziel der Zusammenführung: Die Aufgaben 1. & 2. gelten zunächst nur für den Teil der Kliniken (a-Spur), die ihre Praxis schon mehr oder weniger innovativ entwickelt haben oder dies konkret planen. Für die anderen Kliniken (b-Spur) gelten zunächst nur Aufgaben nach 1.

Ziel ist, dass im Szenario B die beiden Spuren a + b durch Empirie gestützt schrittweise zusammen geführt werden.

Die Vor- und Nachteile der beiden Szenarien sollten noch sorgfältig auf Pro- und Kontra-Punkte analysiert werden, bevor darüber entschieden wird.

In Bezug auf Anreize können die Erfahrungen mit dem Regional- bzw. Einrichtungsbudget (Prototyp Itzehoe) sowie der jahresbezogenen Komplexpauschale (Prototyp IV-Projekt UKE HH) genutzt werden: Die durch Effizienzverbesserung eingesparten Mittel bleiben der Klinik, vergleiche das Verhandlungsangebot in 18.

Eine Klarstellung, um unnötigen Polarisierungen vorzubeugen: Es geht nicht darum, ob ambulante, tagesklinische oder Zuhausebehandlung *generell* besser ist als stationäre Behandlung. *Die empfohlene Flexibilisierung und Integration der Behandlung soll zur individuell passgenauen Nutzung der verschiedenen Settings in Verbindung einer settingübergreifenden therapeutischen Gesamtverantwortung auf der Basis einer verlässlichen therapeutischen Beziehung beitragen.*

Prüfaufträge

Zum Prüfauftrag „*Einbeziehung der Institutsambulanz*“: Mit der Flexibilisierung ist die PIA in den Blick gerückt. Bei der Datenerhebung zur Leistungsbeschreibung der PIA geht es nicht nur um den Leistungsumfang und -inhalt, sondern auch um die Versorgungsfunktion der PIA unter Berücksichtigung der tatsächlich verfügbaren Alternativen in der Region. Zwischen dem IST, den möglichen Zielsetzungen und den normativen Vorgaben der „Dreiseitigen Vereinbarung“ muss unterschieden werden. Vermutlich steht die „Dreiseitige Vereinbarung“ der Effizienzverbesserung im Wege. Als vermutlich Kosten trennende Merkmale sollten die Aufgaben der PIA berücksichtigt werden: Zugang von wem, mit welchem Auftrag an die Klinik? Überweisung von der Klinik an wen mit welchem Auftrag? (2)

Zum Prüfauftrag „*Andere Abrechnungseinheiten*“: Als Weg von den differenzierten Tagespauschalen als „Grundwährung“ zu anderen

Abrechnungseinheiten werden zeitbezogenen Komplexpauschalen (unterschieden von DRGs) vorgeschlagen, die für Teilgruppen von Patienten schrittweise empirisch entwickelt werden. (2, 3) Zeit-bezogene Komplexpauschalen können aus den summierten Bewertungsrelationen (inkl. PIA) gebildet werden. Analog zum Jahresbezug wie bei der Komplexpauschale des IV-Projektes in Hamburg können bei anderen Teilgruppen auch andere Zeitstrecken verwendet werden. Der Vorteil ist die Möglichkeit, im Rahmen des Summenwertes von Bewertungsrelationen die Behandlung individuell zu flexibilisieren und bisherige bürokratische Hürden zu beseitigen, die bei Änderungen der Behandlung nach Art und Intensität auftreten. - Die Wechselbeziehung zwischen dem Patientenbudget und dem Einrichtungsbudget (inkl. PIA) ist zu klären. Wir empfehlen ein Budgetsystem mit Erlösen für die behandelten Patienten als Abschlag.

Qualitätssicherung

Diese sollte von einem *sektorübergreifenden Ansatz ausgehen und die zeitbezogenen Komplexpauschalen mit typisierten Behandlungspfaden verknüpfen.* (3) Ihre Entwicklung sollte empirisch gestützt zwischen Experten von Seiten der Kliniken und des MDK schrittweise ausgehandelt werden. Es geht darum, den therapeutischen Nutzen der im Quer- und Längsschnitt erhaltenen Behandlungsleistungen „sektorübergreifend“ zu beurteilen, also nicht mehr Qualitätssicherung nur je Maßnahmeart. Die Entwicklung aggregierbarer Merkmale sowie die Erprobung von Stichprobenverfahren für Systemprüfungen steht noch am Anfang.

Die Prüfung von Behandlungsmaßnahmen oder gar von Einzelmerkmalen und Abgrenzungen von Therapieeinheiten der OPS sollte durch sektorübergreifende Qualitätsprüfungen minimiert oder überflüssig werden, zumal die Kodierung einer Leistung als erbracht nichts darüber aussagt, ob die Leistung notwendig in Bezug auf welche Ziele war und welche Ziele erreicht wurden.

Bürokratieaufwand ohne klaren Sinn und Zweck, und das zu Lasten der für Patienten verfügbaren Zeit, muss vermieden werden.

Dissens über den richtigen Weg

Bei Einigkeit über das Ziel einer Effizienzverbesserung gibt es Dissens über den Weg. Ein von anderer Seite in die Diskussion eingebrachter Vorschlag sieht eine sequentielle Schrittfolge vor: Bearbeitung der Prüfaufträge und die Flexibilisierung von Krankenhausbehandlung erst *nach erfolgter Einführung* des neuen voll- und teilstationären Entgeltsystems. Dies würde jedoch zur Folge haben, jetzt die Chancen für nicht absehbare Zeit zu verpassen und die schon in einer Reihe von Kliniken entwickelte innovative Praxis abzuwürgen. Bei dieser Schrittfolge wirken die Anreize im Wesentlichen so wie bisher mit der BPfIV: finanzielle Belohnung für stationäre Behandlung, weil Zwischenstufen der institutionellen „Dosis“ Krankenhaus unzureichend sind, was den Überlauf in die teuerste Behandlungsform fördert. Und wenn erst die primär stationäre Struktur der Kliniken durch das neue Entgeltsystem zementiert ist, wird es viel schwieriger sein, in Richtung Effizienzverbesserung umzusteuern.

Der Sinn des jahrelangen erheblichen Dokumentationsaufwandes nur für mehr Transparenz und Leistungsgerechtigkeit bei unveränderter Segmentierung (stationär, teilstationär, ambulant) leuchtet den meisten Mitarbeitern in den Kliniken nicht ein, die Enttäuschung ist riesig. Was nützt eine sachgerechte neue Vergütung, wenn die Struktur der Leistungen, die vergütet werden, z. T. nicht mehr

sachgerecht weil veraltet ist? „Alter Wein in neuen Schläuchen“? (Abwandlung)
Und den Kliniken, die zu den Konvergenzverlierern gehören, fehlt der Gestaltungsspielraum, die bisherige Aufgabe mit weniger Mitteln ohne Qualitätsverluste zu bewältigen.

6. Schluss: Empfehlung

Es geht heute um die Klärung von Perspektiven, von allgemeinen Zielen und möglichen Wegen, ohne schon alle konkreten Probleme vorab lösen zu wollen.

Die Vorträge haben die Komplexität des Themas deutlich gemacht: Ökonomische, konzeptionelle, qualitative und ethische Aspekte stehen in enger wechselseitiger Beziehung. Neben Krankenkassen und Krankhausträgern sind die Patienten, deren Angehörige und Bezugspersonen, das therapeutische Fachpersonal in den Kliniken und in den mit den Kliniken kooperierenden Diensten und Einrichtungen, sowie die Länder und Kommunen, und der Bund als politisch Letztverantwortlicher tangiert. Zwei Spitzenverbände der Selbstverwaltungspartner und ihr Institut, mit ökonomischen Experten plus IT- bzw. EDV-Sachverstand bilden – bei aller Wertschätzung und großem Respekt vor ihrer spezifischen Professionalität - das Themen-, Fach- und Interessenspektrum unzureichend ab. Deshalb müssen aus unserer Sicht sehr viel stärker psychiatrische Kompetenz und Vertreter der Gemeindepsychiatrie u. a. einbezogen werden, insbesondere im Hinblick auf konsensuelle Zielbestimmungen.

Beirat

Ich möchte die Empfehlungen von verschiedenen Seiten für einen Beirat unterstützen und das Gesundheitsministerium an die sehr positive Erfahrung bei der Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für SGB XI erinnern: Die Projektarbeit wurde begleitet durch einen Beirat (20), in dem alle relevanten Gruppierungen (Institutionstypen, Berufsgruppen, Selbsthilfe, Pflegekassen und Sozialhilfe, Freie Wohlfahrt und private Trägerverbände, Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Verbände) vertreten waren. Der Austausch zwischen der Projektgruppe und dem Beirat lief in beiden Richtungen: Die Projektgruppe diskutierte ihre Zwischenergebnisse mit dem Beirat und der Beirat hielt Kontakt zur Basis – Vorschläge von der Basis gelangten an den Beirat, der sie in seine Beratungen mit der Projektgruppe einbrachte – im Beirat gab es ständig „Lager-übergreifende“ Ergebnis-orientierte Kontakte zwischen den Mitgliedern. Da ich für die APK im Beirat war, hörte ich das Kompliment von Minister Dr. Rösler zum Schluss des Informationsgesprächs mit dem Beirat zu den Ergebnissen: Die Lager-übergreifende Einigkeit der verabschiedeten Empfehlungen an das BMG sei sehr positiv zu bewerten und ungewöhnlich. Wir hoffen, dass dies auch hier gelingt.

Literatur

* = Fundstelle www.apk-ev.de >> Themen

1. Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems auf der Grundlage des gemeinsamen Eckpunktepapiers „Neustart für § 17d KHG.

- Sektorenübergreifende Versorgung für psychisch Kranke“ von ackpa, APK, vdek und AOK-Bundesverband (Stand: 24.05.2011) *
2. APK-Brief an Dr. Dalhoff, BMG vom 14.03.2011: Zwischenbilanz *
 3. Kunze H, Kukla R: Chancen für die Psychiatrie – Die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17 d KHG aus der Sicht von Akteuren und Betroffenen. f&w 28: 66-70, 2011 *
 4. Kukla R: Chancen des neuen Entgeltsystems für die Weiterentwicklung der klinischen Versorgung nutzen! Vortrag, 10. DRG-Forum Berlin 10./11.März 2011
 5. APK-Stellungnahme an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages: Neuordnung der Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung (Umsetzung des KHRG) Stand 12.12.2010 *
 6. Kunze H, Schepker R.: Das Ergebnis des OPS-Verfahrens für 2011 ist nicht zielführend! (Manuskript) *
 7. Empfehlungen der APK zur Umsetzung des KHRG – Mai 2010 *
 8. Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2010
 9. Aktion Psychisch Kranke e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 1998
 10. Kunze H, Schmidt-Michel P-O: Zur Erosion der Psych-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 78: 1460-1464, 2007
 11. Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hg.): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung – Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007
 12. Deister A, Weatherly J N: Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg. In: Weatherly J N, Lägel R (Hrsg.) Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008, S. 191-198
 13. Kunze H, Franz M: Integrierte störungsspezifische Konzepte im klinischen Bereich und darüber hinaus – auch ohne „Integrierte Versorgung“ nach § 140 SGB V möglich. In: Weatherly J.N., Laegel R. (Hrsg.): Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009, S. 213-222 *
 14. Aspekte der Implementierung von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung – Abschlussbericht der Projektgruppe - Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie. Modellverbund, Band 138 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 2001
 15. Schmidt-Zadel R, Kunze H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg): Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Tagungsband 28. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002
 16. Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17 d KHG. Beschluss der 84. Gesundheitsministerkonferenz am 29./30. Juni in Frankfurt/M *
 17. Das St. Florian-Prinzip steuert die Maßnahme bezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke – Anstehende Reformen der Rahmenbedingungen für die Finanzierung. H. Kunze, H-P Elsässer-Gaißmaier,

- J M Fegert, A. Heinz, P-O Schmidt-Michel, Peter Weiß MdB.
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn. Psychiatrische Praxis 38: 45-50, 2011 *
18. Lehmann G, Reddig V, Mendel M, Thiex-Kreye M, Schillen T, Fischer S: Die finanziellen Anreize werden sich ändern – Das Klinikum Hanau nutzt ein § 17 d-kompatibles Finanzierungs- und Behandlungskonzept zur psychiatrischen Versorgung. f&w 28: 389-392, 4/2011
Lohstroh E, Lehmann G, Ernst R: Die finanziellen Anreize müssen sich ändern. f&w 27: 54-58, 2010
 19. Lambert M, Naber D, Bock T, Meigel-Schleiff, C, Ohm G et al.: integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: Das Hamburger Modell. In: Amelung V E, Bergmann F, Falkai P, Hauth <I et al.: Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010, S. 113-138
 20. BMG: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 01/2009. www.bmg.bund.de