AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e.V.

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Herrn Minister
Hermann Göhe
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstr. 1
53123 BONN

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Heinrich Kunze
Neckarweg 4
34131 Kassel
☎ 0561 314719
E-Mail: heinrich.kunze@arcor.de

Betr.: Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Kassel, 14. September 2014

Sehr geehrter Herr Minister,

für Ihr Schreiben vom 21. Juli 2014 danke ich Ihnen, auch im Namen der Aktion Psychisch Kranke.
Sie haben dafür gesorgt, dass die verbindliche Einführung eines neuen Psych-Entgeltsystems um zwei Jahre verschoben wurde, um die bisherigen Arbeiten an dem neuen PEPP-Entgeltsystem einer grundsätzlichen Prüfung zu unterziehen und mit Alternativen zu vergleichen. Weiter fragen Sie nach Ansatzpunkten für eine Weiterentwicklung der Versorgung.
Bei der Beantwortung Ihrer Fragen stütze ich mich auf meine langjährige Erfahrung mit der Leitung und der Finanzierung von psychiatrischen Krankhäusern sowie meine Arbeit im Vorstand der APK und in BMG-Projekten (2 Evaluationen der Psych-PV, Qualität der Krankenhausbehandlung) und zur Vorbereitung des KHRG.
Diesem Brief ist auch eine Langfassung beigefügt.

1.Weiterentwicklungsbedarf des PEPP-Systems:
Die bisherige Entwicklung geht in die falsche Richtung. Dazu tragen sowohl der ordnungspolitische Rahmen (Psych-EntgG) als auch die Struktur des PEPP-Katalogs bei. Das neue Psychiatrieentgeltgesetz wird in seiner Umsetzung die Ausweitung der stationären Betten beschleunigen und die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung zu besserer Qualität und Wirtschaftlichkeit blockieren.
Viele schwer kranke Patienten werden in steuerfinanzierte Versorgungsformen abgedrängt.
Die Abkehr von der bisherigen Budgetsteuerung hin zu Festpreisen für Einzelleistungen werden diesen Trend verstärken und zusätzlich den bürokratischen Misstrauensaufwand zwischen Kliniken und Krankenkassen eskalieren.

Vorstand:
Peter Weiß, MdB, Vorsitzender, Berlin
Prof. Dr. Andreas Heinz, stellv. Vorsitzender, Berlin
Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Ratingen
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Köln †
Dr. Martina Bunge, Berlin
Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm
Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin
Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel
Dr. Erwin Lotter, Aichach
Matthias Rosemann, Berlin
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald
Dr. Marlies Volkmer, Dresden
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn (BIC COLSDE33) IBAN DE44370501980011702867

2. Mögliche Alternativen zum PEPP:
Es gibt Alternativen zum PEPP-System, die den Anforderungen des § 17d KHG gerecht werden, deren Kalkulationsmodell einfacher, transparenter und unbürokratischer ist, der Misstrauensaufwand wird vermeidbar. In den letzten 25 Jahren ist für die stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung die leistungsbezogene Budgetermittlung auf der Basis der empirisch ermittelten Strukturqualität nach der Psych-PV in manchen Bundesländern praktiziert worden. Eine darauf bezogene Empfehlung steht auch in der Amtl. Begründung zum § 17d KHG. Umso erstaunlicher ist es, dass weder von der Politik noch von der Selbstverwaltung diese Alternative auch als möglicher Ausgangspunkt eines neuen Vergütungssystems mit Leistungstransparenz und Tagesbezug ernsthaft geprüft wurde, während im DRG-System dagegen sehr wohl auf die PPR zurückgegriffen wird. Aber die Anwendung der Psych-PV wurde zu Gunsten von „leistungsorientierten" Festpreisen nicht in Betracht gezogen.
Ein solches System wird am Klinikum Hanau bereits seit 3 Jahren im Rahmen eines Modellprojektes praktiziert. Darüber hinaus erprobt dieses Hanauer Modell auch neue Versorgungsformen (siehe 3.) und realisiert ohne Mehrkosten dringend benötigte Behandlungselemente wie Home-Treatment und Krisenteam.

3. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung:
Modellvorhaben erproben seit bis zu 10 Jahren international bewährte Formen der Krankenhausversorgung, die besser auf Bedarf und Bedürfnisse der Patienten sowie der Angehörigen eingehen und wirtschaftlicher sind. Diese Erfahrungen sollen auf der Grundlage des neuen § 64b (V) erweitert und empirisch besser abgesichert werden.
Außerdem praktizieren viele Kliniken an internationalen Vorbildern orientierte Krankenhausbehandlung als Teil einer gemeindepsychiatrischen Versorgung, soweit das im Rahmen der bisher sektoral gegliederten Finanzierung möglich ist.
Die APK hat in einem vom BMG geförderten Projekt Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausbehandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgelegt (Okt. 2013).

Zusammenfassende Empfehlung:
Sinnvoll wäre, die mit einem neuen Entgeltsystem angestrebten Ziele konkreter zu beschreiben als die bisherige Kurzformel: „Leistungsgerechter und transparenter". Das wäre die Grundlage für einen differenzierten Vergleich von 1. und 2. unter Berücksichtigung von 3.
Ein sorgfältiger Vergleich mit Zielbestimmung kann nicht zu aufwändig sein angesichts des Umfangs der Veränderungen von Geldströmen und der Gefahr, dass diese Geldströme in dem langen Reformprozess zur Entwicklung eines neuen Entgeltsystems in die falsche Richtung gelenkt werden.
Deshalb empfehle ich – wie viele Kolleginnen und Kollegen und die ASMK - einen sachverständigen Beirat oder Runden Tisch, der die Umsteuerung des neuen Entgeltsystems begleitet, Erfahrung und Sachverstand einbringt, sowie gut informiert die Zwischenergebnisse der Selbstverwaltungspartner in der Fachwelt vermitteln kann. Im bisherigen „strukturierten Dialog" wurden fast alle Vorschläge mit Kursänderungen herausgefiltert. Die Systementscheidungen der Selbstverwaltungspartner erfuhren wir erst, nachdem die Entscheidungen getroffen waren.

Mit freundlichen Grüßen

Anhang 3: Grafische Zusammenfassungen

Prof. Dr. Heinrich Kunze
im Vorstand der APK

Ausführliche Stellungnahme,
ergänzend zum Brief an Minister Gröhe vom 14. September 2014

1. Weiterentwicklungsbedarf des PEPP-Systems

1.1 Können die absehbaren Fehlanreize des PEPP-System neutralisiert oder konstruktiv ausgerichtet werden?
Das neue Psychiatrieentgeltgesetz wird in seiner Umsetzung zur weiteren Ausweitung der stationären Betten führen. Denn der bisherige Anreiz, so viele Patienten so lange wie möglich vollstationär zu behandeln wird noch verstärkt, und die Weiterentwicklung von Alternativen zur vollstationären Behandlung wird blockiert.
Der Wettbewerb um möglichst hohe Erlöse aus Festpreisen zu möglichst niedrigen Kosten führt zur Verdrängung von schwerer kranken Patienten in andere Versorgungsformen, vor allem steuerfinanzierte stationäre Einrichtungen. Wettbewerb um möglichst niedrige Kosten führt insbesondere auch zum Personalabbau.
Der „Wettbewerb“ um belegte Betten wird auch zwischen den Krankenkassen und den Kliniken in einer systembedingten Eskalation zu einem erheblichen Misstrauensaufwand auf beiden Seiten führen, der zu Lasten des für Patienten verfügbaren Aufwandes geht. (ausführlicher siehe Weiß et al. in f&w 03/2014)
Die Qualität der Behandlung der psychisch kranken Menschen steht derzeit nicht im Fokus der beteiligten Selbstverwaltungspartner.

Anforderungen an ein neues Psych-Entgeltsystem:
1.2 Um die Realität von Krankenhausbehandlung abzubilden, müssen die verschiedenen Behandlungsformen Sektoren übergreifend (mindestens Psych-Bereichs intern) in den Blick genommen werden, und zwar entlang den Behandlungsprozessen der behandelten Personen. Die erwachsenen Patienten wechseln nicht nur zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung, sondern z. T. auch zwischen Psychiatrie und Psychosomatik, und das individuell verschieden in allen Richtungen. Deshalb führt die derzeit ausschließlich für den stationären Bereich vorgenommene Ermittlung von Bewertungsrelationen (BR) in die Irre bzw. zu Fehlanreizen. Die Trennung in separate stationäre, teilstationäre und ambulante Fälle und die Zusammenführung nur von vollstationären Fällen innerhalb eines Fachgebietes geht an der Realität vorbei.
Zu entwickeln sind BR, bezogen auf Tage, Personen und alle Formen der Krankenhausbehandlung in den Psych-Fachgebieten. Diese BR sind die „Grundwährung“, von der aus empirisch sinnvolle Day-Mix Kennzahlen für die Budgetfindung (s. u.) und Abrechnung hergeleitet werden können.

Die Orientierung am Bedarf der Personen ist die Voraussetzung zur Beschreibung des Leistungsgeschehens, die Analyse der Kosten und Erlöse, die Bewertung der Qualität, und damit auch der Effizienz. Die IT-Technik für eine Sektoren übergreifende Kostenträgerrechnung und Behandlungsdokumentation muss endlich in den Kliniken eingeführt werden.

1.3 Diagnosen sind zur Kennzeichnung von versorgten Zielgruppen geeignet, aber nicht als Indikatoren für Aufwandsunterschiede.
Die Unterschiede des Behandlungsaufwandes sind innerhalb der Patientengruppen nach Diagnosen viel größer als zwischen den PEPP-Gruppen nach Diagnosen. Die großen Unterschiede sind erkennbar schon daran, dass Patienten in allen Psych-Diagnosen von Hausärzten, Fachpraxen, sowie ambulant, teilstationär und stationär durch psychiatrische und psychosomatische Kliniken behandelt werden.

Auch wenn man noch so viele Einzelwerte sammelt (z. B. Therapieeinheiten mit sogar quantitativen Zeitangaben, wie Fieber messen), so wird man keine Objektivität erreichen wie im somatischen Bereich bei einer Lungenentzündung, einem Knochenbruch oder einem Tumor. *Die Mittelwertquantifizierung des Aufwandes sagt nichts über den therapeutischen Sinn und die Notwendigkeit der Behandlung*. Die nach PEPP errechneten Aufwände wurden in einem unzureichend ausgestatten System ermittelt.

Für Aufwandunterschiede sind komplexe Konstellationen von Merkmalen relevant: Die Subjektivität der Person und Besonderheiten der Erkrankung, deren Interaktion mit dem sozialen Kontext sowie Behandlungen vor der Krankenhausbehandlung und ggf. danach. Unterschiede im Umfeld von Patienten ergeben Indikatoren für Unterschiede im notwendigen Aufwand.

Die Behandlungsaufwände für Patienten hängen von der ärztlich verantworteten Beurteilung ab, die sich auf ein sehr individuelles und komplexes Geschehen unter sehr wechselhaften Umständen bezieht. Was sollen die langen Zeitskalen für Therapieeinheiten und die PEPP-Werte mit 4 Stellen hinter dem Komma? Diese Pseudogenauigkeit kann nicht verdecken, dass die entscheidende fachliche Behandlungsleistung vom PEPP-System nicht berücksichtigt wird, aber den Ressourcenverbrauch entscheidend bestimmt: die Qualität der Indikation, was mit welcher Zielsetzung gemacht werden soll – oder auch nicht: therapeutisch verantwortete Zurückhaltung, die Patienten Gelegenheit gibt, wieder für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, oder Behandlung teilweise oder ganz abzulehnen.
Festpreise für Einzelleistungen setzen starke Anreize für Therapeuten, Patienten zu möglichst umfangreichen Behandlungen zu drängen, um die Erlöse zu steigern. Für die Kassen ist dieser Verdacht der Leistungsausweitung Anlass zu immer genaueren Prüfungen der Durchführung der Leistungen. Aber von den Daten der Durchführung können sie nicht den therapeutischen Sinn, die Indikationen, bewerten.

Schon mit der Aussicht auf Festpreise für stationäre Behandlung drängen neue Anbieter auf den Markt der Gesundheitswirtschaft mit „neuen“ Patientengruppen, insbesondere mit spezialisierten „psychosomatischen“ Indikationen für überregionale, elektive stationäre Behandlungen. Ambulant oder teilstationäre Behandlung würde ausreichen, wenn sie wohnortnah für die Patienten erreichbar ist (siehe neue Versorgungsformen).

1.4 Budgetsteuerung - mit leistungsorientierter Abrechnung als Abschlag - statt Erlöse nach Festpreisen
Zur Budgetfindung werden dafür herangezogen:
- Anzahl der behandelten Personen (nicht sektoral segregierte Fälle) / Jahr,
- gewichtet nach BR pro Tag für stationär, teilstationär und ambulant, dann empirisch weiter differenziert und aggregiert zu Day-Mix Kennzahlen der Personen für Zeitstrecken (schrittweise entwicklen),
- Regionale Versorgungsverpflichtung mit regionaler Risikoadjustierung (s.u.)
- Weitere Qualitätsindikatoren, insbesondere die Strukturqualität therapeutisches Personal

Zur Beachtung der Vorgabe „praktikabel“ in § 17d ist der Nutzen für die Budgetfindung und die Erlösberechnung als Abschlag auf das Budget gegen den Bürokratieaufwand abzuwägen. (Siehe Datei „Grafische Zusammenfassung)

1.5 Bundesweite Mittelwerte führen zu regionalen Ungerechtigkeiten:
Regionale Risikoadjustierung zur Budgetfindung und zur Qualitätsbeurteilung

Bei der Verwendung von Day-Mix BR zur Budgetfindung ist zu berücksichtigen: Die BR-Mittelwerte sind für einen Teil der Kliniken in Ordnung, für andere sind sie aber zu tief oder zu hoch. Diese neuen Leistungsungerechtigkeiten erfordern bei einem Teil der Kliniken regionale Anpassungen.
Deshalb muss für die Budgetfindung eine regionale Risikoadjustierung entwickelt werden, insbesondere zur Berücksichtigung der regionalen Pflichtversorgung.
Dass der Aufwand für Krankenhausbehandlung, abhängig von *regionalen* Besonderheiten, sehr verschieden sein kann, ist aus Erfahrung und englischer Versorgungsforschung bekannt, zum Beispiel:
- Florierende Region mit starker Autoindustrie
- Region mit hoher Arbeitslosigkeit bei Niedergang der bisherigen Industrie
- Soziale Brennpunkte in Großstädten
- Landstriche, fast ohne medizinische und psychiatrische Versorgung für die zurückgebliebenen alten Bewohner.

Die Grundlagen der Risikoadjustierung müssen empirisch erarbeitet und getestet werden, bevor sie schrittweise eingeführt werden, um die bisherige „Handsteuerung“ in Budgetverhandlungen abzulösen.

1.6 Der „Differenzierungsgrad soll praktikabel sein“ (§17d Abs.1)
Bei der Entwicklung medizinisch unterscheidbare Patientengruppen ist zur Festlegung der Genauigkeit zu berücksichtigen: Die Budgetsteuerung mit leistungsorientierten Abschlägen (s. u.) ermöglicht eine grobkörnigere Beschreibung der Patientengruppen als bei Festpreisen für Einzelleistungen. Eine Kultur des Daten gestützten Vertrauens könnte den eskalierenden Misstrauensaufwand zurückdrängen. Denn Budgetsteuerung mit Abschlag statt Festgeld mindert erheblich das Streitpotential zwischen Kliniken und Kassen/MDK.

1.7 PEPP-externe Voraussetzungen für den Beginn der Konvergenzphase
- *Regionale Pflichtversorgung* – Dieser Versorgungsauftrag ist die wichtigste Vorgabe für die Qualitätssicherung, einschließlich der Strukturqualität therapeutisches Personal. Bundeseinheitlich vorgegebene Strukturkriterien müssen von den Ländern umgesetzt werden.
- *Strukturqualität therapeutisches Personal:* Der in der BPflV wieder ab 2012 vorprogrammierte kontinuierliche Sinkflug der Finanzierung - und damit insbesondere des therapeutischen Personals - muss umgekehrt werden. Die jetzigen Regelungen setzen wirtschaftliche Anreize zur Rückkehr zum Großkrankenhaus mit riesigen Stationen mit schlechtem therapeutischem Milieu.
- *Institutsambulante Vergütungsregelungen* – die regionalen Disparitäten sollten durch eine bundeseinheitliche Regelung des Systems der Vergütung abgelöst werden, das die Sektoren übergreifende Steuerung nicht behindert, aber ermöglicht, die regionalen Unterschiede der ambulanten Versorgung außerhalb des Krankenhauses zu berücksichtigen.

1.8 Sozialrechtliche Definition von Krankenhausleistungen modernisieren
Im § 39 SGB V wird ein Absatz eingefügt, der die hinzu gekommenen Formen der Krankenhausbehandlung als Teil der regionalen Pflichtversorgung absichert.

2. Mögliche Alternativen zum PEPP-System

Es gibt Alternativen mit für Patienten besseren Behandlungsformen, die z.T. sogar schon die Anforderungen des § 17d KHG erfüllen.

2.1 Bewertungsrelationen (BR) von der Psych-PV abgeleitet, ausgehend von einem flexibilisierten Einrichtungsbudget in Hanau: Anhänge zu HANAU: Kurzbeschreibung & KERBE-Bericht

Die Institutsambulanz sowie die Krankenhausbehandlung auch zu Hause und die Krisenintervention ist einbezogen.
Der Aufwand der BR sowie die Notwendigkeit des Behandlungsaufwands werden empirisch analysiert.
Die Komplexpauschalen mit Tagesbezug (bisher die Behandlungsbereiche der Psych-PV, vgl. OPS 9-980-9-982) sollen fortentwickelt werden.
Empirische Daten zum notwendigen therapeutischen Personal bei optimierter Prozessorganisation der Behandlung werden analysiert.

2.2 Modellvorhaben als Teil des „lernenden Systems"
Bisher gibt es zu wenig neu verhandelte Modelle, insbesondere zu wenig für Kinder und Jugendliche, und es gibt keine Vorkehrungen, um eine Systemrelevanz der Ergebnisse zu erreichen. - Warum?
Die örtlichen Vertragspartner blockieren sich gegenseitig. Viele Kassen sehen sich in Konkurrenz mit den andern Kassen und als Gewinner oder Verlierer der neuen Vergütung. Wenn einzelne Kassen Vorteile erwarten, dann ist das ein Grund für die anderen Kassen dagegen zu sein. Kassenspezifische IV-Verträge (§ 140 SGB V) werden den Modellvereinbarungen vorgezogen. Für den Zweck der Modelle ist aber ganz wichtig, dass die Budgets „gemeinsam und einheitlich" gelten.
Eine Vergleichbarkeit der Modelle für eine gesundheitsökonomische Begleitforschung ist nicht möglich, weil die Verträge separat von den örtlichen Partnern abgeschlossen werden.
Auf *Klinikseite* besteht großes fachliches Interesse, endlich international anerkannte und gut evaluierte Prinzipien der Behandlung umsetzen zu können. Aber je nach wirtschaftlicher Lage des Trägers oder konkret der Unterfinanzierung der Personalkosten erscheinen „belegte Betten" als die zukunftssichere „Währung".

Wir erwarten, dass die Modelle als „best practice" Beispiele systemrelevant ausgewertet werden, und dabei auch die Erfahrungen anderer Kliniken mit innovativen Behandlungsformen einbezogen werden:
- Wie kann der Nutzen für die Patientinnen und Patienten und/oder die Wirtschaftlichkeit für die Beitragszahler verbessert werden?
- Eignen sich Modelle für alle Patienten oder gibt es für „unterscheidbare Patientengruppen" gemäß § 17d KHG unterschiedliche Vorgehensweisen?
- Was sind die Aufgaben und was ist der real notwendige Bedarf an therapeutischem Personal (insbesondere Pflege gehört dazu) bei optimierter Organisation von Behandlungsprozessen? Wie wird der Verwaltungsaufwand beziffert?
- Kann eine datengestützte Kultur des Vertrauens zwischen Kliniken und Kassen den systeminduzierten Misstrauensaufwand ersetzen? Sind die derzeit zur Plausibilitätskontrolle verwendeten Algorithmen des § 301-SGBV-Datenfiles auf Modellprojekte übertragbar?
- Wie kann erreicht werden, dass das Regelsystem jedes Jahr von den Modellen lernt, analog zum jährlichen Lernen von den Kalkulationshäusern?
Die Modellhäuser hätten dann im „lernenden System" eine analoge Aufgabe wie die Kalkulationshäuser. Dazu reichen die bisher eingeleiteten Maßnahmen nicht aus: Die in den Verträgen nach § 64b vorgesehenen Evaluationen konzentrieren sich nach Kassenperspektive auf Fragen der Wirtschaftlichkeit. Die Begleitforschung nach § 17d Abs. 8 sieht die Modelle

lediglich als Störvariablen.

Dringend notwendig ist ein Bundesmodellprogramm auf der Grundlage eines Bündnisses von Bund und Ländern (siehe die AOLG-Empfehlung 2007 bis zum Beschluss der ASMK 2014):

- Alle Modelle müssen in einem gemeinsamen Kern dieselben Fragen mit denselben Daten bearbeiten, für eine zentrale Auswertung zur Nutzung für die Systementwicklung und die Bewertung des Nutzens für die Patienten. - Neben dieser Pflicht kann jedes Haus seine Kür wählen.
- Ausweitung der Modelle je Bundesland proportional zur Bevölkerung, und dabei die KJPP besonders berücksichtigen
- Für Modell-Kliniken ist ein Nachteilsausgleich notwendig für den zusätzlichen Aufwand zur Systementwicklung und dessen Dokumentation, neben den Daten zur Abrechnung. Kliniken, die ein Modell gemäß § 64b SGB V durchführen, sollten einen entsprechenden Zuschlag erhalten – finanziert durch eine Bundesumlage der Krankenkassen. Kliniken, die an der Kalkulation für die PEPPs teilnehmen, erhalten z.B. dafür einen Zuschlag.
  Außerdem ist die bisherige Budgetregelung: 8 Jahre nur die gesetzlichen Steigerungsraten, ein Nachteil, wenn eine Klinik zu den Konvergenzgewinnern gehören würde.
- Anträge (von allen Kliniken) auf neue Betten werden von den Ländern nur genehmigt, wenn erwiesen ist, dass ambulante und stationsäqivalente Behandlungsformen nicht ausreichen, bzw. es wird bei niedrigen Bettenmessziffern die Möglichkeit geschaffen, anstelle neuer Betten stationsersetzende Behandlungsformen einzuführen.
- Keine Ausweitung der Planbetten für überregional aufnehmende Kliniken ohne Pflichtversorgung.

3. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Versorgung

Ein neues Entgeltsystem sollte diese Weiterentwicklung möglichst unterstützen, wenigstens nicht behindern. Mehr dazu in dem BMG-Projekt zur Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausbehandlung, siehe:
http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf

3.1 *Ziele für Krankenhausbehandlung - Befähigung zu möglichst selbstständigem Leben und Arbeiten, sowie mit ambulanter Behandlung auskommen*
Effizienz verbessern: Die Behandlung soll nachhaltiger wirksam und wirtschaftlicher werden.
Voraussetzung: Die bisher separaten Sektoren des Krankenhauses (stationär, teilstationär, ambulant) sollen integriert und flexibilisiert werden, um *Patienten individuell passgenauer behandeln* zu können.
Die Behandlung erfordert oft ein individuell differenziertes Vorgehen, weil neben der Erkrankung weitere Faktoren von großer Bedeutung sind.
Die Faktoren können - unabhängig voneinander - den Behandlungsbedarf nach dem Inhalt verändern und nach dem Aufwand erhöhen oder absenken. Sie erfordern ggf. einen Wechsel von „aktiv zugehen bis verantwortlich abwarten“:
- Die Verläufe von psychischen Erkrankungen sind sehr variabel i. B. a. Intensität und Dauer.
- Die Behandlung wird durch Komorbiditäten komplizierter.
- Die Wirkungen und die Nebenwirkungen von Psychopharmaka, Psychotherapie und psychosozialen Therapien sind individuell sehr unterschiedlich: sie bessern oder belasten oder beides zugleich.
- Die eigenen subjektiven Erfahrungen mit der Erkrankung und den Behandlungen sind sehr persönlich und verschieden, insbesondere auf dem Hintergrund der eigenen Biographie und der weiteren Lebensplanung.

- Die Reaktionen von wichtigen Bezugspersonen im privaten und berufliche Leben können unterstützend oder belastend (Stigma, moralischer Druck...) wirken.
- Behandlung wirkt besser, wenn sie möglichst früh das reale Leben der Patientin, des Patienten mit den wichtigen Bezugspersonen im privaten, beruflichen und therapeutischen Umfeld einbezieht. Dazu ist Kontinuität wichtig, insbesondere bei Veränderungen der Behandlungsformen.
- Art und Umfang von Krankenhausbehandlung wird von der regionalen Verfügbarkeit von ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Diensten sowie von somatisch-medizinischen und sozialen Dienstleistern und ihre Kooperation miteinander beeinflusst. Die Folgeprobleme psychischer Erkrankungen - in Schule, beruflicher Qualifikation, Wohnen und Alltag, Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe und Pflege – erfordern die aktive regionale Kooperation des Krankenhauses.

3.2 Organisation von Krankenhausbehandlung

Bei Veränderung des Behandlungsbedarfs wird die Patientin / der Patient traditionell meist entlang einer „Kette“ von therapeutischen Maßnahmen (stationär, teilstationär, ambulant) weiter gereicht. Das unterbricht die Kontinuität wichtiger Beziehungen, auch zu Angehörigen, und im privaten, beruflichen und professionellen Umfeld. Gemeinsame Erfahrungen mit Behandlungsfortschritten und –fehlschlägen gehen verloren.

Um Behandlungen möglichst individuell passgenau steuern zu können, müssen folgende Ebenen *flexibilisiert* werden:
- ***Dosis:*** die institutionelle Dosis soll ein *Kontinuum* werden statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant. Auch innerhalb der Stufen muss die Dosis an Behandlungsleistungen variieren können.
- ***Ort*** der Krankenhausbehandlung: *in* der Klinik und durch die Klinik *im Lebensfeld*, auch als individualisierter *Mix*
- ***Zeitmuster***: auch *intermittierende* Behandlungsprozesse (Intervalltherapie)
- ***Kontinuität*** oder Wechsel: Veränderungen der therapeutisch wichtigen Beziehung nur aus therapeutischen Gründen, aber nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung.

Die Flexibilisierung der Behandlung ist realisierbar mit einer personenorientierten Organisation und Struktur des Krankenhauses.
Die Leitungsverantwortung für Zielgruppen integriert die Maßnahmen stationär, teilstationär, ambulant und die daraus entwickelten flexibilisierten Behandlungsprozesse für Personen.
(siehe Grafische Zusammenfassungen)

Klarstellung: Es geht nicht darum, was für alle Patienten und immer besser ist, sondern die Flexibilisierung ermöglicht die individuell passgenaue, Sektoren übergreifende Behandlung im Sinne einer „personalisierten Medizin“.

Psych-Entgelt –
zukünftige Anforderungen

Aktion Psychisch Kranke e.V.

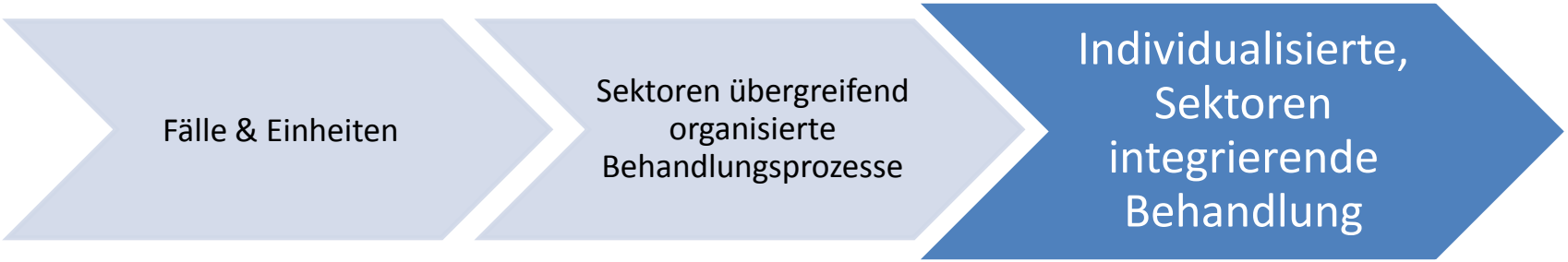
Krankenhausfinanzierung – zwei alternative Entwicklungswege

Modellhäuser (structure follows strategy)

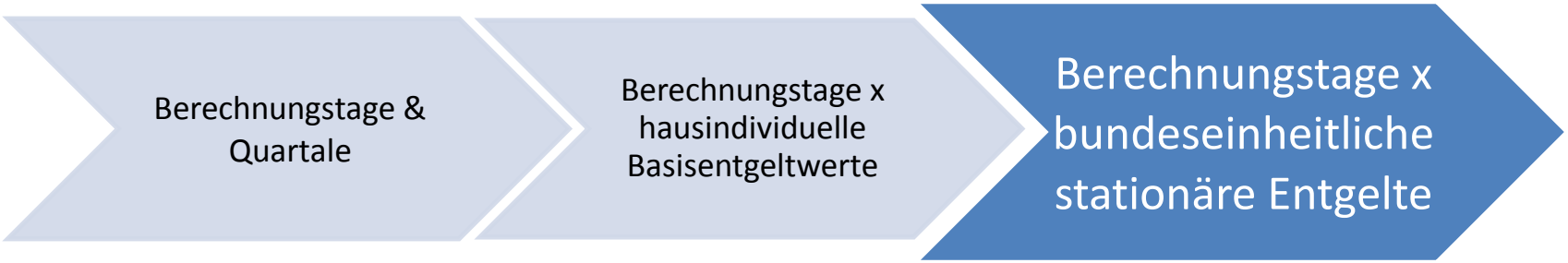
Kalkulationshäuser (strategy follows structure)

Krankenhausfinanzierung – zwei alternative Entwicklungswege

Modellhäuser



Kalkulationshäuser



IST-Stand bis 2015 | 2016 bis 2018 | **2018/19 bis 2023**

Flexibilisierung von Behandlungsverläufen
Bsp. Borderline-Persönlichkeitsstörung

A

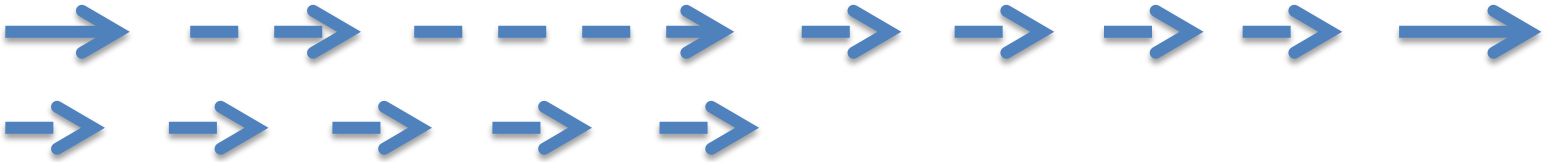
16 Tage vollstationär = **16 Berechnungstage, 2 ½ Wochen Behandlung**

B

7 Tage vollstationär + 11 Tage teilstationär = **15,8 BR, 3 ½ Wochen Behandlung**

C

2 Tage vollstationäre Krisenintervention + 7 Tage teilstationär + 3 Tage intermittierend teilstationär (jeden zweiten Tag) + 3 Tage vollstationär Krisenintervention + 1 Tag teilstationär + 5 Tage intermittierend halbtagstagesklinisch = **15,8 Berechnungstage, 8 ½ Wochen Behandlung**



Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?

Flexibilisierung z. B. Akutbehandlung Alkoholiker: Modellrechnung A, B & C

BR = Bewertungsrelationen – Sektoren übergreifend

	Wo 1	Wo 2	Woche 3	Wo 4	Wo 5	W 6	W 7	W 8
A	16 Tage stationär							
BR 16	7	+ 7 +	1 1					
B	7 Tage stat.	5 TK x .8	5 TK x .8	2 TK 1.6				
BR 16,6	7	+ 4	+ 4 +					
C	Stat. 3 Teilst. 2	5 Teilst. 2 2 1	Mo Mi Fr Rückfall 1 So	TK1/2 So				
BR 15,8								
C: BR/W	4,6	+ 4,0	+ 3,4	+ 2,2	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4

PIA Steuerung der Krankenhausbehandlung aus der ambulanten Perspektive
Beratung, Abklärung & amb. Behandl. – Indik. für stat. Behandl. – Intens. Case-Management - Nachsorge

Organisation, Abrechnung und Transparenz der Leistungen

Isoliert nach Einzelmaßnahmen

- Stationen
- Tageskliniken
- Institutsambulanz
- Home-Treatment (HT)
- Funktionsbereiche (Ergo, Physio, Psychologie, Sozialarbeit, …)

Doku und Abrechnung separiert nach Institutionstypen

Gebündelt nach Zielgruppen

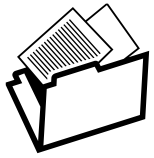
Abteilung (Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Geronto, etc.)

Sektor- und fallübergreifend zuständige Institutsambulanz: Behandlungs-Steuerung

- Reguläre PIA-Behandlung
- Home-Treatment
- Ergo

(Teil-)stationäre Funktionen

- Gruppen-angebote
- Geschützte Räume
- Bett/ Verpflegung



Integriert auf Personenebene (Komplexpauschale)

Behandlung: Zuständigkeit für Maßnahmen oder Personen?

Psychiatrische Klinik: Leitungen für

Abteilungen nach *Maßnahmetypen:*

- Stationen
- Tageskliniken
- Institutsambulanz
- Home-Treatment

- Therapie-Abt. nach Berufsgruppen wie Ergo-, Physio-, Psychologie, Sozialarbeit ...

Finanzierung:

nach separaten Maßnahmeformen

Festpreise für Einzelleistungen

Abteilungen nach *Zielgruppen:*

Personen in einer Region / Personen einer Psych-PV-Untergruppe (Sucht, Geronto, Psychotherapie….)

stationäre, teilstat. & ambulante Behandlung
- in der Klinik
- durch die Klinik im Lebenskontext,
- vernetzt mit profess. Diensten

Therapeuten: *integrierte* Verantwortung für Patienten, Therapiemodule in Settings

Finanzierung:

Budget mit Abschlagszahlungen

Komplexpauschalen für behandelte Personen aus dem individuellen Mix von Bewertungsrelationen für Leistungen

Organisations-Reform von Krankenkassen:
Die Verantwortung für Zielgruppen integriert die Zuständigkeit für Maßnahmetypen

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Gewagtes Manöver

Peter Weiss, Prof. Dr. Andreas Heinz, Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Dieter Grupp, Prof. Dr. Heinrich Kunze

Die Liste mit **Beanstandungen der Psych-Fachverbände** zur derzeitigen Ausgestaltung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser ist lang: Sie reicht von Forderungen nach sektorenübergreifenden Ansätzen und Berücksichtigung der bislang maßgebenden Personalverordnung bis hin zu den Vorwürfen des systemfremden Diagnosebezugs und falscher Anreize, die zu Kosten- statt Qualitätswettbewerb führen. Das Psych-Entgeltsystem „lernt" – aber wozu?, fragen unsere Autoren und fordern, die **Entgeltentwicklung einstweilen zu stoppen** und zuerst Versorgungssteuerung und -ziele zu definieren.

Foto: dpa

In den Fachverbänden wächst von Jahr zu Jahr die Enttäuschung. Nach der Ersatzvornahme für die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) 2013 und der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner für die PEPP-Version 2014 lehnen (fast) alle Fachverbände die Fortsetzung des bisherigen Wegs ab.

Die negative Zwischenbilanz ist umfassend:

- PEPP stärkt die Logik des „belegten Bettes“ und konterkariert damit alle innovativen sektorenübergreifenden Ansätze.
- Ein diagnosebezogenes System mit mathematisch anstelle inhaltlich definierten „Diagnosegruppen“ ist für die Psych-Fächer systemfremd.
- 2012 wurde im Psych-Entgeltgesetz die BPflV geändert. Dies führte zu einer neuerlichen Reduktion des therapeutischen Personals infolge jährlich kumulierender Unterfinanzierung der Kostensteigerungen und der Behandlung von mehr Patienten.
- Die Psych-PV wird unwirksam, ein Ersatz ist nicht in Sicht. Das Personal kann nach Kostengesichtspunkten beliebig gesenkt werden.
- PEPP als „Durchschnittsvergütung“ zwingt zum Kosten- statt zum Qualitätswettbewerb: mit dem geringsten Aufwand das Minimalziel „Abrechenbarkeit“ erreichen.
- Dieser Kostenwettbewerb führt zu Konzentrationsprozessen („Bettenburgen“). Die Landesplanung für Krankenhausbetten verzeichnet eine steigende Flut von Anträgen, insbesondere aus der Psychosomatik.
- Ein „Prokrustes-Bett“: Ist die stationäre Behandlung erst einmal nach PEPP standardisiert und vermessen, lässt sich diese „Qualität“ sichern.
- Die „Fallzusammenführung“ nur der vollstationären Behandlungstage wird zu degressiven Vergütungen nach Verweildauerstufen verrechnet (Bewegung ist in Sicht). Die erheblichen Abstände im Aufwand von stationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung werden ignoriert und ihre Relevanz aus einer „sektorenübergreifenden“ Perspektive nicht erkundet.
- Erscheint PEPP den Krankenhäusern unvermeidlich, beginnen sie, vorauseilend entsprechend der neuen Produktbeschreibung zu liefern und den Bedarf der Patienten dieser stationären Behandlung und ihren Preisen anzupassen, und die Kassen verschärfen die Kontrollen.
- Falsche Anreize infolge der nach Verweildauer gestuften Degression: Neue Patienten werden mit der hohen PEPP-Anfangsstufe ohne Degression abgerechnet. Dafür gibt es in der Bevölkerung genug ambulant unterversorgte Patienten, deren stationärer Behandlungsaufwand unterdurchschnittlich ist. Schwerkranke mit häufigen Aufnahmen „lohnen“ sich zu wenig und werden in „komplementäre“ Einrichtungen verlegt, geschlossene Heimplätze nehmen zu.

Grundlage und Umsetzung des KHRG

Die vom Gesetzgeber beauftragten Selbstverwaltungspartner vereinbarten kurz nach der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) Ende 2009, die bestehende stationäre Krankenhausversorgung lediglich „leistungsgerechter und transparenter“ zu finanzieren:

- Die Spitzenverbände der Kassen wollen einen formal möglichst eng am G-DRG-System angelehnten Entwicklungsprozess des neuen Psych-Entgelts: § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als Blaupause für § 17 d.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) will an der bestehenden Betten-zentrierten Krankenhausversorgung möglichst wenig ändern. Erprobte sektorenübergreifende Versorgungsansätze (PIA, IV, Regionalbudget) werden als nicht systemkompatibel aktiv ausgegrenzt.
- Wenn die Qualität der Krankenhaus*versorgung* als Maßstab herangezogen wird, kommen die bisherigen Einigungen der Selbstverwaltungspartner auf den je kleinsten gemeinsamen Nenner einem Scheitern gleich: Das Minimum – keine Verschlechterung – wird unterschritten.
- Die Politik schaut zu.

Demgegenüber wurde das KHRG 2009 von den Fachverbänden begrüßt, verbunden mit folgenden Erwartungen:

- Ein modernes Finanzierungssystem löst die alte Bundespflegesatzverordnung (BPflV) ab.
- Das neue Entgelt erleichtert die für Patienten individuell passgenauere und wirksamere sowie für die Kassen wirtschaftlichere Krankenhausbehandlung als Teil eines vernetzten sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts (§ 17 d: „Prüfaufträge“ und Amtliche Begründung).
- Als Voraussetzung für den Start der Entgeltentwicklung wird die Erosion der Personalausstattung gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wieder ausgeglichen, auch in Anerkennung der enormen Leistungsverdichtung seit Einführung der Psych-PV.

Fehlsteuerung verhindern

Das Spektrum der versorgten Patienten wird den verbleibenden Ressourcen angepasst und entfernt sich vom Patienten-Mix aus der *regionalen Pflichtversorgung* (die trotz vielfacher fachlicher Aufforderungen bisher keinen Eingang in das Entgeltsystem fand). Als besonders wirtschaftlich erscheinen dann überregional von Wartelisten stationär aufgenommene Patienten für spezialisierte und manualisierte Behandlungsprogramme, mit rhythmisiertem OPS-Wochen-Takt, Therapiesteuerung und Leistungserfassung für die Abrechnung aus einem IT-Programm.

Patienten, die zu krank sind für getaktete Therapieeinheiten im Wochenplan, aber ständig dringend und wiederholt in der Alltagsbewältigung individuell handlungsleitende therapeutische Kontakte insbesondere von der Pflege benötigen (auch außerhalb von Regelarbeitszeiten), werden dann im „Qualitätsmanagement“ als Fehler in der Aufnahmesteuerung bearbeitet.

Zwei wichtige Fragen stehen im Raum:

- **Zielbestimmung:** Was will die Politik bis zum Ende des Zeitplans (bisher 2021) nach dem Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgG) erreichen?

„Der Bauherr eines Wohnhauses würde sich sehr wundern, wenn sein Architekt mit der Betonfirma das Kellergeschoss schon beginnt, bevor ein Gesamtplan die gewünschten Funktionen der Nutzer berücksichtigt hat, und die Teilplanungen für Keller, Wohngeschosse, Dach, Wasser-, Energie- und IT-Installation aufeinander abgestimmt sind. Noch mehr würde er sich wundern, wenn der Architekt sein Vorgehen damit erklärt, er arbeite nach dem Prinzip ‚Versuch und Irrtum', und man könnte ja aus den Fehlern lernen."

Finanzierung steuert Versorgung – mit oder ohne Absicht: Für welche Versorgung ist welches Finanzierungssystem erforderlich?

Aus der Entwicklung der Psych-PV lernen

Die Psych-PV trat in Kraft über eine Ersatzvornahme (formal wie PEPP 2013) des damals zuständigen Arbeitsministers Norbert Blüm, nachdem die vom Gesetz beauftragten Selbstverwaltungspartner DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen ihr Scheitern erklärt hatten (1988). Im Unterschied zur heutigen Situation war die politisch gewollte Aufgabe das Ziel: die Verbesserung der Krankenhausversorgung von einer „Verwahrpsychiatrie" hin zu einer „Behandlungspsychiatrie" mit mehr therapeutischem Personal. Insbesondere langfristig Schwerkranke benötigten eine individuelle aktive „personalaufwendige" Therapie (Amtliche Begründung, II. Ausgangslage), die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten (Presseerklärung des Arbeitsministeriums 1990).

Das Arbeitsministerium berief zwei Expertengruppen ein (für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie). Ausgehend von der „Versorgungsverpflichtung" (Amtliche Begründung IV und zu § 3) wurden die Behandlungsbereiche (A1 und folgende) hergeleitet, die ein System von aufgabenbezogenen Komplexleistungen für Gruppen von Patienten beschreiben (OPS 2011: 9–08 f.). Die dazu notwendigen Vollkräfte nach Berufsgruppen wurden und werden ausgehend von den Psych-PV-Stichtagserhebungen ermittelt. Die notwendigen Bereitschaftsdienste werden getrennt verhandelt. Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung müssen einen Abschlag auf das Psych-PV-Soll hinnehmen.

Die Leistungsdifferenzierung der Psych-PV wurde durch die BPflV zu tagesgleichen Pflegesätzen nivelliert. Die je Krankenhaus sehr verschiedenen Pflegesätze gehen primär auf das Konto der BPflV, die außerdem bis heute keinen Platz für die Einbeziehung von ambulanten Krankenhausleistungen kennt.

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat die Psych-PV im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zweimal evaluiert, die erste unter Volker Kauder (CDU), Vorsitzender der APK, 1998. Ergebnis: Das therapeutische Personal war von 1991 bis 1995 um 24 Prozent gestiegen. Viele Krankenhäuser, insbesondere die neuen psychiatrischen Abteilungen, übernahmen das Konzept der wohnortnahen, regionalen Versorgungsverpflichtung, das die Psychiatrie-Enquete gefordert hatte. Weitere Auswirkungen wurden schon erkennbar, die sich in der zweiten Evaluation 2007 unter der damaligen APK-Vorsitzenden Regina Schmidt-Zadel (SPD) deutlicher zeigten. Der Vergleich des Budgetjahrs 2004 mit 1991 ergab eine *enorme Leistungsverdichtung* trotz der entgegengesetzten Anreizwirkung der tagesgleichen Pflegesätze nach BPflV.

In der Erwachsenenpsychiatrie waren die Fallzahlen gestiegen (+80 Prozent), die Verweildauer (–63 Prozent), die Pflegetage (–33 Prozent) und die (aufgestellten) Betten (–37 Prozent) aber deutlich zurückgegangen. In den Kliniken für Kinder und Jugendliche waren die Trends sogar noch etwas stärker.

Die zweite Evaluation dokumentierte außerdem die zum Teil erhebliche Erosion der Personalausstattung in den Psych-PV-Kliniken. Das war Anlass, im KHRG die 100-Prozent-Erfüllung der Psych-PV als Startbedingung für das neue Entgeltsystem vorzusehen. Dazu gibt es aber bisher keine Zahlen, noch nicht einmal in den Kalkulationshäusern. Wenn nach dem Zeitplan des Psych-EntgeltG im Jahr 2017 die Psych-PV nicht mehr gilt, droht den Kliniken der ungebremste „Sinkflug" in der Finanzierung des therapeutischen Personals als Folge der Schere zwischen Tarifsteigerungen und Gegenfinanzierung über den „Orientierungswert" – und das in der „sprechenden Medizin".

Im Psych-EntgG (2012) ist ein Ersatz für die Psych-PV in Auftrag gegeben. Nach § 137 Absatz 1 c SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 1. Januar 2017 Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in den Psych-Kliniken einzuführen, einschließlich Empfehlungen für die Ausstattung mit dem erforderlichen therapeutischen Personal. Die Fachwelt ist extrem skeptisch. Denn im G-BA sind die wichtigsten Akteure wiederum die beiden Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverband, die sich zunächst lange blockieren und allenfalls auf einen kleinsten gemeinsamen Nenner verständigen. „Evidenzbasierte" Hinweise auf das erforderliche Personal fehlen national wie international. Fazit: Die Psych-PV sollte angepasst, aber nicht gestrichen werden.

Modell- und Regelkliniken zusammenführen

Oft benutzen Architekten Modelle, um ihr Gesamtkonzept vor Baubeginn anschaulich zu machen. Die Inszenierung der Modellvorhaben nach § 64 b (V) läuft demgegenüber darauf hinaus, dass aus den Modellen erst Konsequenzen für das Regelsystem gezogen werden können, wenn die Entgeltentwicklung abgeschlossen ist. Es gibt bisher zu wenig neu verhandelte Modelle, vor allem für die besonders zu berücksichtigenden Kinder und Jugendlichen, und keine Vorkehrungen, um eine Systemrelevanz der Ergebnisse zu erreichen.

In § 17 d KHG stehen zwei Prüfaufträge, in der Amtlichen Begründung Anregungen zu zukunftsfähigen Formen der Krankenhausbehandlung, die sich auch auf eine Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Ge-

sundheitsbehörden (AOLG) der Bundesländer vom November 2007 stützen. Das neue Entgeltsystem jedoch zementiert die veraltete Krankenhausversorgung – die allenfalls später umgebaut werden soll. Wesentliche Teile des Auftrags an die Selbstverwaltung werden aus partikularen Verbandsinteressen bewusst ignoriert.

Modellhäuser, die individuell passgenauere und nachhaltiger wirkende Formen der Krankenhausbehandlung erprobt haben, gibt es schon seit zehn Jahren. Ziel sollte es sein, nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante Behandlung im Krankenhaus zu verbessern. Mit einer solchen Einigung lassen sich dann auch geeignete Teilschritte für ein entsprechendes Finanzierungssystem entwickeln unter Verwendung leistungsorientierter Bewertungsrelationen für stationär und ambulant als Einstieg in eine sektorenübergreifende Versorgung.

Die politische Steuerung sollte die Entgeltentwicklung zunächst anhalten und die Ziele für die Krankenhausversorgung sowie die dafür geeignete Finanzierung auf die Tagesordnung setzen – ergebnisoffen, gegebenenfalls ist ein Neustart notwendig. Das bedeutet zwar eine Verzögerung. Der Aufwand wäre aber erheblich geringer als ein späterer Um- und Rückbau einer in die falsche Richtung entwickelten Finanzierung und Krankenhausversorgung. Denn zurück zu Großkrankenhäusern mit Bettentürmen in der Psychiatrie kann keiner der Beteiligten wollen.

Literaturhinweise bei den Verfassern.

Anschriften der Verfasser:

Peter Weiss
MdB
CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
11011 Berlin
E-Mail: peter.weiss@bundestag.de
Vorsitzender
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn

Prof. Dr. Andreas Heinz
Ärztlicher Direktor
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
E- Mail: andreas.heinz@charite.de
Stellvertretender Vorsitzender
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn

Prof. Dr. Renate Schepker
Chefärztin
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
ZfP Südwürttemberg
Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg
E-Mail: Renate.Schepker@ZfP-Zentrum.de
Stellvertretende Vorsitzende
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP)

Dr. Dieter Grupp
Geschäftsführer
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Pfarrer-Leube-Straße 29
88427 Bad Schussenried
E-Mail: Dieter.Grupp@ZfP-Zentrum.de

Prof. Dr. Heinrich Kunze
Ärztlicher Direktor a. D.
Vitos-Kurhessen
34308 Bad Emstal/Kassel
Vorstand
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn
E-Mail: Kunze@apk-ev.de

Bundesweites Seminarangebot unter www.solidaris.de

Solidaris
Nutzen stiften – mit Freude für Menschen

Wirtschaftsprüfung
Steuerberatung
Rechtsberatung
Unternehmensberatung

Solidaris blickt auf eine über 80-jährige erfolgreiche Unternehmensgeschichte zurück und zählt damit zu den wenigen traditionsreichen Unternehmen in der Betreuung gemeinnütziger Träger und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Als führendes Prüfungs- und Beratungsunternehmen im Non-Profit-Bereich bieten wir unseren Mandanten in allen wirtschaftlichen und rechtlichen Belangen Kompetenz aus einer Hand. Geprägt vom christlichen Menschenbild, machen wir uns Ihre Anliegen zu eigen, präzisieren Ihre Bedürfnisse und erarbeiten für Sie passgenaue Lösungen mit klarem Mehrwert. Sprechen Sie uns an!

02203 8997- 0 info@solidaris.de www.solidaris.de

Berlin Erfurt Freiburg Hamburg Köln München Münster Oppeln (PL) Wien (A) Würzburg

Literaturverzeichnis

Kunze H, Heinz A, Schepker R, Grupp D: AufPEPPen reicht nicht. f&w 01/2013, S. 58-62

Schepker R., Fegert J.M. (2013) Das neue Entgeltsystem PEPP als «lernendes System» / Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41 (3) 2013; 159–162

Kunze H. Schepker R, Heinz A: Wohin kann der Weg gehen? Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik. Dtsch Arztbl 2013; 110(27–28): A 1366–8

Kunze H, Schepker R, Malzahn J, Beine K-H, Deister A, Heinz A, Wöhrmann S: Gutes muss nicht teurer sein. f&w 2/2012: 176-181

Kunze H, Deister A, Schepker R, Beine K: Weg zur Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung frei - Deutscher Bundestag beschließt die Einführung des neuen Entgeltsystems. Psychosoziale Umschau 03-2012: 31-32

Fegert JM, Heinz A, Kunze H: Die Chancen eines neuen Entgeltsystems
für psychiatrische Kliniken nicht verspielen! - Zum Stand der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie. Psychosoziale Umschau 02-2011: 25-26

Munk I: Grundrauschen im Prokrustesbett: Zur Umsetzung des neuen Entgeltgesetzes in der Psychiatrie. Psychiat Prax 2011; 38: 267-269

Kunze H, Kukla R: Chancen für die Psychiatrie. Die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d aus Sicht der von Akteuren und Betroffenen. f&w 1/2011: 66-70

Kunze H, Kupfer K, Kaltenbach L (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung. 6. Auflage, 2010, Kohlhammer, Stuttgart

Aderhold V, Bock T, Deister D, Grampp P, Greve N, Heinze M, Heißler M, Kruckenberg P, Lucht M, Niedermeyer U, Obliers W, Schütze W, Stock M, Swiridoff M.
Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung durch ein neues Entgeltsystem. Psychosoziale Umschau 04-2009 | Spezial: 1-4

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.) (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des BMG. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Kunze H, Schmidt-Michel P-O: Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 2007 78: 1460-64

Aktion Psychisch Kranke e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (1998) : Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des BMG. 1998, Nomos, Baden-Baden

Schepker R (2014) Wie funktioniert das PEPP-System – und wo ist das Problem?
Kerbe (eingereicht)

Priv. Doz. Dr. med. Dipl. Phys. Thomas Schillen, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hanau

Dipl. Betrw., MBA, Monika Thiex-Kreye, Geschäftsführerin der Klinikum Hanau GmbH

Sektorenübergreifende **T**agesbezogene **E**ntgelte für **P**sychiatrie und **P**sychotherapie (**STEPP**)

Das "Hanauer Modell" zur "**O**ptimierten **V**ersorgung in der **P**sychiatrie (OVP)"[1, 2, 3] bietet Antworten auf eine Reihe der Kritikpunkte am Entwicklungsstand und an den Risiken des PEPP-Systems, wie sie im Artikel "Gewagtes Manöver" zusammengefasst sind[4]. Dies gilt sowohl mit Blick auf die dringend erforderliche Verbesserung der Patientenversorgung als auch in Bezug auf die Entwicklung eines leistungsgerechten, gleichzeitig nicht zu komplexen, aber stetig weiterentwickelten Entgeltsystems. Diese Vorzüge sind es Wert, auf breiterer Basis ausgebaut und umgesetzt zu werden.

Das Hanauer Modell ist sektorenübergreifend ohne zusätzliche Kosten

Seit Jahren wird die Diskrepanz zwischen stationärer und ambulanter Vergütung als einer der Hauptgründe für den, im internationalen Vergleich, hohen Anteil an stationärer psychiatrischer Versorgung in Deutschland benannt. Im "Hanauer Modell" profitieren insbesondere Patienten mit schweren und wechselhaften Krankheitsverläufen von der hohen Flexibilisierung bedarfsgerechter Übergänge zwischen den Behandlungssektoren. Das sektorenübergreifende Budget im "Hanauer Modell" beseitigt die Hürden, die bisher durch die gravierenden finanziellen Vergütungsunterschiede zwischen stationären und ambulanten Behandlungen nach BPflV oder im PEPP-System errichtet sind.

Die Flexibilisierung der Behandlungssektoren und die Realisierung dringend benötigter Behandlungskomponenten wie Home-Treatment und Krisenteam erfolgt im Rahmen des bestehenden Gesamtbudgets ohne zusätzliche Kosten und ohne Mengenanreize zur Steigerung von Patientenzahlen.

Die leistungsorientierten Tagesentgelte im Hanauer Modell sind einfach kalkulierbar und §17d KHG kompatibel

Für ein erstes vereinfachtes Entgeltsystem wurden Relativgewichte anhand der tages- und patientenbezogenen Aufwände nach PsychPV-Einstufung kalkuliert. Für die Tagesentgelte jedes Patienten ergibt sich ein differenzierter Aufwand, dessen Höhe sich aus den Minutenwerten pro Behandlungsbereich und Berufsgruppe der PsychPV errechnet. Für die ambulanten Leistungen wurde der bisherige PsychPV-Katalog um zusätzliche Leistungskategorien erweitert.[3] Die in der PsychPV nicht berücksichtigen, sonstigen Personal- und Sachkosten wurden im ersten Schritt als Zuschläge pro Tag und Patient in die Kalkulation der Relativgewichte einbezogen, da diese Kosten nicht in gleichem Maße mit dem Schwergrad des Patienten variieren und mit 30% Budgetanteil klein gegenüber den schweregradabhängigen Kosten sind.

Die Preisbildung auf der Basis von Tagesentgelten vereinfacht das Entgeltsystem enorm. Probleme und Administrationsaufwand durch Fallzusammenführungen, Jahresüberlieger etc. entfallen. Die Relativgewichte im Hanauer Modell erfüllen die gesetzlichen Vorgaben nach §17d KHG.

Die Differenzierung der Aufwände kann schrittweise weiter entwickelt werden

Die Behandlungsbereiche der PsychPV bedürfen sicher einer Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung. Dennoch stellt die bestehende PsychPV ein über Jahre erprobtes Instrument in der Psychiatrie dar, mit dessen Hilfe der Zusammenhang zwischen Patientenschweregraden und Budgetausstattung bestimmt worden ist. Die Verwendung der PsychPV im Hanauer Modell erfolgt dabei analog zu den somatischen DRGs, bei denen die Kostenpositionen für den Pflegedienst überwiegend mit dem Instrument der Pflegepersonalregelung (PPR) ermittelt werden, obwohl die PPR als unzureichend gilt und wie die PsychPV Anfang der 1990er Jahre entwickelt wurde.

Die einfache Herleitung des Tagesentgelte, die problemlose Erweiterung auf den ambulante Behandlungssektor und der ressourcensparende Administrationsaufwand legen die PsychPV als Ausgangsbasis eines neuen Entgeltsystems nahe. Die jahrelange Vertrautheit des ärztlichen und pflegerischen Personals mit der PsychPV vermeidet zudem die Aufwände und Kodierfehler durch die Einführung eines vollständig neuen Systems.

Bei der Weiterentwicklung ist eine schrittweise Differenzierung bei der Abbildung der Patientenschweregrade erforderlich. Methodisch angelehnt an den Ansatz beispielsweise des Camberwell Assessment of Need (CAN) sind dabei Patientenmerkmale zu ermitteln, die einen differenzierteren Zusammenhang zwischen aktuellem Schweregrad und Ressourcenaufwand im jeweiligen Behandlungssektor des Krankenhauses widerspiegeln. Auch hierzu wurden modellhaft erste Untersuchungen im Klinikum Hanau vorgenommen.

Das Hanauer Modell ist patientenorientiert und erfüllt die Forderungen der UN-Behindertenkonvention

Die Flexibilisierung der Behandlungssektoren ermöglicht eine stärker individualisierte, patientenorientierte Versorgung nach dem Bedarf des Patienten. Das Hanauer Modell erlaubt die Ablösung stationärer Betten durch neue Versorgungsformen mit stationsäquivalenter ambulanter Akutbehandlungen, Assertive Community Treatment, Home-Treatment, aufsuchenden Krisenteams. Dieser Behandlungsansatz gewinnt Patienten für eine freiwillige Behandlung, die bisher nur im Rahmen von Zwangsmaßnahmen zur stationären Unterbringung behandelt wurden. Die ambulante Akutbehandlung fördert die Autonomie und Ressourcen des Patienten und seines sozialen Systems. Zwangsmaßnahmen sind in diesem Behandlungsrahmen ausgeschlossen, aggressive Zwischenfälle treten kaum auf.

[1] Schillen T., Thiex-Kreye M. Das Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe 2/2014, 11 - 15.
[2] Schillen T., Thiex-Kreye M. Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. Gesundheits- und Sozialpolitik 4/2012, 53 - 59.
[3] Lehmann G., Reddig V., Mendel M., Thiex-Kreye M., Schillen T., Fischer S. Psychiatrie Entgeltsystem: Die finanziellen Anreize werden sich ändern. Führen und Wirtschaften, 4/2010, 389 - 392.
[4] Weiss, P., et. al. Gewagtes Manöver. Führen und Wirtschaften 3/2014, 262 - 265.

Das Hanauer Modell

Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland

Von Thomas Schillen und Monika Thiex-Kreye

Die Psychiatrie-Reform in Deutschland ist seit vielen Jahren stehen geblieben. In Anbetracht steigender Patientenzahlen und zunehmender Versorgungsdefizite besteht dringender Handlungsbedarf. Reformbemühungen, die sich nur auf neue Wege zur jahresbezogenen Entgeltentwicklung im stationären Sektor beziehen, können die zentralen Mängel der Zersplitterung psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung nicht beseitigen. Gegen den bundesweiten Trend im PEPP-Entgeltsystem werden im Hanauer Modell 40% der Betten geschlossen. Die korrespondierenden Anteile des Klinikbudgets stehen einer stationsäquivalenten Versorgung durch die Klinik ohne Betten sektorübergreifend zur Verfügung. Die Klinik passt sich dem Bedarf des Patienten an. Den Forderungen der Psychiatrie-Enquête folgend steht der psychisch erkrankte Mensch im Zentrum.

Thomas Schillen
Priv.-Doz. Dr. med. Dipl. Phys., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hanau. Email: thomas_schillen@klinikum-hanau.de

Monika Thiex-Kreye
Dipl.-Betrw. MBA, Geschäftsführerin der Klinikum Hanau GmbH.

Ein zentrales Ziel der Psychiatrie-Enquête war die bessere und menschenwürdigere Versorgung der schwer und chronisch psychisch Kranken. Bei allen Fortschritten der letzten Jahrzehnte haben diese Patienten heute immer noch die größten Schwierigkeiten beim Zugang zu qualifizierten, evidenzbasierten Therapien. Der Zugang zu einer Psychotherapie bei Psychosen ist verschwindend gering (Lambert 2014, von Haebler 2013). Personalressourcen für ACT, Home-Treatment oder Krisenteams sind weder nach Bundespflegesatzverordnung noch im PEPP-System finanziert. Was Krankenkassen gerne als Fehlanreize zur stationären Aufnahme durch die Klinik bezeichnen, ist in der Realität die Fehlallokation von Therapieressourcen über die Budgetbindung an das stationäre Bett durch Gesetzgeber und Kostenträger (Schillen und Thiex-Kreye 2012).

Das PEPP-System wird die Probleme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland nicht lösen.

Die bestehenden Evidenzen für Effizienz und Effektivität einer sektorübergreifenden Versorgung gerade auch der schwer psychisch Kranken im europäischen Ausland sowie in einzelnen Projekten mit Regionalbudgets oder Verträgen zur integrierten Versorgung in Deutschland (Schmid et al. 2013, Roick et al. 2008, Deister et al. 2010, Lambert et al. 2014, Karow et al. 2014) finden bisher keinen Eingang in die Entwicklung des neuen Entgeltsystems.

Das PEPP-System wird die Probleme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland daher nicht lösen, sondern vielmehr aufgrund seiner Konstruktionsfehler aggravieren. Der wesentliche Gewinn des PEPP-Systems bestand bisher darin, dass seine Defizite im Sommer 2010 einzelne Krankenkassen motivierten, sich auf die Verhandlung geeigneterer Alternativen einzulassen.

Hanauer Modell – Integrierter Versorgungsvertrag mit AOK Hessen und TK

Vor dem Hintergrund der seit Jahren steigenden Patientenzahlen und Versorgungsbedarfe ist eine Reform der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskonzepte in Deutschland dringend erforderlich. Solange die Reformbemühungen sich nur auf neue Wege zur jahresbezogenen Entgeltentwicklung im stationären Sektor beziehen, können die zentralen Mängel der Fragmentierung des Gesamtsystems psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung nicht beseitigt werden (Thiex-Kreye und Schillen 2013). Auch ein lernendes PEPP-System muss hier zwangsläufig zu kurz greifen. Eine grundlegende Verbesserung von Behandlung und Ressourcenallokation erfordert die Integration ambulanter und stationäre Behandlungssektoren (Deister et al. 2010, Lambert et al. 2014). Diese Integration muss sich notwendigerweise auch in der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems widerspiegeln (Schillen und Thiex-Kreye 2012).

Ausgehend von diesen Überlegungen konnte zum 01.06.2011 ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V mit der AOK Hessen und der Techniker Krankenkasse (TK) geschlossen werden. Die Budgetanteile der beiden beteiligten Krankenkassen aus der stationären und teilstationären Versorgung sowie aus der psychiat-

rischen Institutsambulanz wurden zu einem Modellbudget zusammengefasst und vertraglich garantiert. Für Versicherte der AOK Hessen und TK erhält die Klinik dadurch die Möglichkeit zur bedarfsgerechten Wahl von Art und Intensität der Behandlung nach dem individuellen Bedarf des Patienten.

Im stationären und teilstationären Sektor wurden für das Modell tagesbezogene pauschalierte Entgelte kalkuliert, deren Relativgewichte sich aus den Schweregradkategorien der Psychiatrie Personalverordnung ableiten. Ambulante Leistungen erhielten geschätzte aufwandsorientierte Relativgewichte, die für jeden Gesichtskontakt mit einem Patienten abgerechnet werden (Lehmann et al. 2011, Schillen und Thiex-Kreye 2012). Diese Entgeltsystematik erfüllt alle gesetzlichen Anforderungen an ein neues Entgeltsystem nach § 17d KHG.

Für die Krankenkassen, die nicht am integrierten Versorgungsvertrag teilnahmen, galten unverändert die Entgeltkriterien nach Bundespflegesatzverordnung bzw. nach den hessischen Quartalspauschalen der Institutsambulanz.

Anders als bei vielen integrierten Versorgungsverträgen beinhaltet das Hanauer Modell kein zusätzliches Budget zur Erbringung neuer Leistungen für nach Diagnose oder Schweregrad eingegrenzte Patientengruppen. Das Modell schließt vielmehr die volle Pflichtversorgung aller psychiatrischen Störungen ein. Zugangsvoraussetzungen sind unverändert nur die gesetzlichen Kriterien zur Behandlung in der psychiatrischen Klinik oder Institutsambulanz.

Durch die vertraglich gesicherte Garantie des Modellbudgets von AOK Hessen und TK ergeben sich für die Klinik keine betriebswirtschaftlichen Risiken während der Veränderung des Leistungsgeschehens. Die Klinik erhält vielmehr ohne Erlösrisiken den Gestaltungsspielraum, das ganze Spektrum ambulanter Leistungen von Assertive Community Treatment mit Case Management und Hausbesuchen bis hin zum Home-Treatment und Krisenteam einzusetzen. Dadurch wird eine bedarfsgerechte Ablösung stationärer Behandlungen durch stationsäquivalente ambulante Leistungen möglich. Der Aufenthalt auf Station kann auf die Phase der Erkrankung begrenzt werden, in der der Patient zwingend auf das stationäre Bett angewiesen ist. Danach ist eine stationsäquivalente ambulante Akutbehandlung möglich, weil der für tägliche Therapiekontakte erforderliche hohe Ressourcenbedarf im Rahmen des Gesamtbudgets finanziert werden kann. Der ambulante Anteil am Gesamtbudget folgt damit der Ambulantisierung der Leistungen. Umgekehrt kann diese nur in dem Umfang gelingen, wie stationäre Behandlungsanteile reduziert werden können.

Behandlungsleistungen des Krankenhauses sind patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht mehr an das stationäre Bett gebunden.

Bei dieser Entwicklung ist es von Bedeutung, festzuhalten, dass der Patient während dieser Phase der stationsäquivalenten Ambulantisierung weiterhin die gesetzlichen Kriterien einer Krankenhausbehandlungsindikation erfüllt. Bei der stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung handelt es sich daher nicht um Leistungen, die nach Art und Intensität üblicherweise in der psychiatrischen Institutsambulanz einzuordnen sind. Es handelt sich vielmehr um komplexe Behandlungsleistungen des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht mehr an das stationäre Bett gebunden sind.

Ablösung einer Station durch ein stationsäquivalentes ambulantes Akut-Team (AAB).

Hanauer Modell – Veränderungsprozess einer Klinik

Für die Ambulantisierung stationärer Leistungen wurde auf die bestehenden Erfahrungen im Assertive Community Treatment der psychiatrischen Institutsambulanz sowie eines Pilotprojektes einer Station zurückgegriffen. Im September 2011 konnten zunächst auf 3 Stationen jeweils 2 Betten geschlossen und der dadurch verfügbare Raum für ambulante Behandlungen auf Station genutzt werden. Pflegerische Mitarbeiter der Station wurden in feste Schichten für ambulante Leistungen eingeplant. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter der Institutsambulanz unterstützten die Stationen als Mentoren unter oberärztlicher Supervision bei wöchentlichen Behandlungsplanungen ihrer ambulanten Patienten. Begleitend nahmen 15% der Mitarbeiter aller Berufsgruppen eine systemische Weiterbildung über 3 Jahre auf. Mit diesen Schritten gelang es, die Stationen an die Integration ambulanter Leistungen heranzuführen.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen konnte die Ablösung einer kompletten Station durch ein stationsäquivalentes ambulantes Akut-Team (AAB) für den 01.06.2012 festgelegt werden. Die Mitarbeit in diesem Team wurde klinikintern mit qualifizierenden Eignungskriterien ausgeschrieben. Es erfolgte keine Personalreduktion. Die Personalressourcen des Akut-Teams entsprechen denen einer Station ohne Nachtdienste. Die Stellenanteile der Nachtdienste wurden den verbleibenden 3 Stationen zugewiesen. Die Ablösung der Station reduzierte die Bettenzahl der Klinik von 100 auf 78. Die freigestellten Räumlichkeiten werden vom AAB-Team genutzt.

Eingangsvoraussetzung für eine stationsäquivalente Behandlung durch das AAB-Team ist ein aktueller Schweregrad der Erkrankung, der in der bisherigen Versorgung eine stationäre Aufnahmeindikation dargestellt hätte. Bei stationären Einweisungen wird gemeinsam mit dem Patienten geprüft, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Behandlung durch das AAB-Team und ohne stationäres Bett möglich ist. Bei Patienten, bei denen eine stationäre Aufnahme nicht abzuwenden ist, stellt das AAB-Team den Kontakt auf Station her und übernimmt den Patienten in die stationsäquivalente Behandlung, sobald dies realisierbar ist. Der überwiegende Anteil der AAB-Patienten ist auch bei schwerer Symptomatik in der Lage, die Klinik täglich aufzusuchen. Hausbesuche erfolgen zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes oder zur Komplettierung der Diagnostik. Bei Patienten, die die Klinik vorübergehend nicht selbständig aufsuchen können, erfolgt ein Home-Treatment, bis der Patient wieder ambulant kommen kann oder eine stationäre Einweisung sich als indiziert erweist. Darüber hinaus übernimmt das AAB-Team notfällige Kriseninterventionen in der häuslichen Umgebung.

Das AAB-Team behandelt grundsätzlich Patienten aller psychiatrischen Diagnosen. Zum aktuellen Zeitpunkt der Entwicklung sind hirnorganische Störungen und Suchterkrankungen gegenüber der stationären Diagnosenverteilung noch unterrepräsentiert. Bei dementiellen Patienten im Altenheim erfolgt die Behandlung als Home-Treatment. Dadurch kann dem Demenzerkrankten der Ortswechsel erspart und eine stationäre Aufnahme vermieden werden.

Ressourcen des Patienten und seines sozialen Systems im Fokus.

Dem AAB-Team stehen die gesamten Behandlungsmodule und Gruppenangebote wie in der stationären Versorgung zur Verfügung, aus denen in der Therapieplanung gemeinsam mit dem Patienten der individuelle Wochenplan zusammengestellt wird. Stärker noch als auf den Stationen entwickelt sich die Therapie vom Behandeln zum Verhandeln. Autonomie und Ressourcen des Patienten und seines sozialen Systems stehen im Fokus. Die Teilnahme an der AAB-Behandlung ist eine freiwillige Entscheidung des Patienten, Zwangsmaßnahmen entfallen, aggressive Reaktionen treten kaum auf.

Fallvignetten

Stationsverkürzende Behandlung

Ein Patient mit schizophrener Psychose und Polytoxikomanie musste aufgrund aggressiver Anspannung und hohem Suchtdruck bei akustischen Halluzinationen und Beziehungswahn zunächst stationär aufgenommen werden. Nach 6 Tagen erfolgte die stationäre Entlassung und Übernahme in die AAB-Behandlung. Unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes konnte eine medikamentöse Adhärenz erreicht werden. Bei akuten Krisen wurde der Patient vom AAB-Team zu Hause abgeholt, um einen Behandlungsabbruch abzuwenden. Im weiteren Verlauf kam es zu einer zunehmenden Besserung der Symptomatik, die Behandlungsfrequenz konnte reduziert und der Patient nach 4 Wochen in die psychiatrische Institutsambulanz übergeleitet werden.

Stationsäquivalente Behandlung

Ein Patient mit schizoaffektiver Psychose, Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch und rezidivierender Suizidalität benötigte in den letzten 15 Jahren 21 stationäre Behandlungen, davon allein 14 in den letzten 1½ Jahren. Im AAB-Team gelang ein stabilisierender Beziehungsaufbau. Damit wurden im Wechsel Phasen hoher und niedriger Behandlungsintensität möglich, die den Patienten schrittweise befähigten, die Dauer reduzierter Behandlungsdichte zunehmend auszuweiten. Kurz nach dem Wechsel in die AAB musste der Patient noch einmal für wenige Tage stationär aufgenommen werden, seitdem während der letzten 15 Monate nicht mehr.

Home-Treatment

Eine 80-jährige Patientin mit Delir bei Parkinson und Operation nach Oberschenkelhalsfraktur, Halluzinationen, massiver Unruhe und Ängsten sollte stationär eingewiesen werden. Das AAB-Team realisierte ein Home-Treatment im Altenheim einschließlich Anleitung für das Pflegeteam des Heims. Bei guter Remission der akuten Symptomatik konnte das Home-Treatment nach 4 Wochen beendet werden, eine stationäre Aufnahme wurde nicht notwendig.

Langzeitbehandlung

Eine 50-jährige Patientin mit chronischer Psychose wurde regelmäßig nach fremdaggressiven Zwischenfällen im sozialen Umfeld von der Polizei stationär untergebracht. Nach der Entlassung brach die Behandlung nach kurzer Zeit wieder ab, eine medikamentöse Adhärenz konnte nicht erreicht werden. Durch die Behandlung im AAB-Team entwickelte sich eine längerfristig tragfähige therapeutische Beziehung. Die Patientin sucht bei Teilremission der Psychose das AAB-Team seitdem freiwillig alle 2 Wochen zur Depotmedikation auf. Während der letzten 1½ Jahre erfolgte keine Zwangseinweisung mehr.

Erste Kennzahlen

Im Rahmen des integrierten Versorgungsvertrages mit der AOK Hessen und TK waren etwa 1650 (46%) aller Patienten der Klinik für die veränderten Behandlungsangebote elegibel. Etwa 530 Patienten haben sich über 2¼ Jahre in den Vertrag eingeschrieben. Mit dieser Größenordnung wurden relevante strukturelle Änderungen möglich. 22 von 46 Betten (48%) der AOK Hessen und TK konnten geschlossen und durch eine stationsäquivalente ambulante Akutbehandlung (AAB) abgelöst werden. Die Bettenmessziffer reduzierte sich damit für diese beiden Kassen von 0,47 in 2010 auf 0,25 in 2012, die Messziffer einschließlich teilstationärer Plätze von 0,56 in 2010 auf 0,29 in 2012.

Die dargestellte Ambulantisierung konnte in 2012 zunächst 4700, 2013 dann 8000 stationäre Behandlungstage durch die stationsäquivalente AAB ablösen. 2013 wurden im Integrierten Versorgungsvertrag 30% der früheren stationären Leistungen für AOK Hessen und TK ersetzt. Für Versicherte dieser beiden Kassen reduzierte sich die mittlere stationäre Behandlungsdauer pro Fall von 20 Tagen in 2010 auf 14 Tage in 2013, die mittlere jährliche Behandlungsdauer pro Patient im gleichen Zeitraum von 30 auf 24 Tage.

Diese Kennzahlen geben einen ersten Eindruck der möglichen Entwicklung wieder. Aufgrund der divergenten Behandlungsprozesse für die Versicherten der AOK Hessen und TK gegenüber den Versicherten der übrigen Krankenkassen im Integrierten Versorgungsvertrag und der unterjährigen Ausweitung auf alle Patienten durch das Modellvorhaben nach § 64b SGB V ab 01.09.2013 ist diese Entwicklung zurzeit noch nicht abschließend beurteilbar.

Hanauer Modell – Modellvorhaben nach § 64b SGB V für alle Patienten der Klinik

Zum 01.09.2013 konnte der bisherige integrierte Versorgungsvertrag mit AOK Hessen und TK nach einjähriger Verhandlungsdauer in ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V für alle Patienten der Klinik überführt werden. Es handelt sich dabei um den ersten Vertrag auf der Grundlage des 2012 neu eingeführten § 64b SGB V in Deutschland.

Alle großen Krankenkassen nehmen an dem Modellvorhaben teil. Der verbleibende Anteil von etwa 4% Nicht-Modellkrankenkassen lässt den Vertrag gegen sich gelten. Für die psychiatrische Institutsambulanz wurde mit einem Landesvertrag ebenfalls ein Weg ge-

funden, die Entgelte für Versicherte der Modellkrankenkassen denen der Nicht-Modellkrankenkassen gleichzustellen. Das Gesamtbudget des Modellprojektes umfasst nun das gesamte Budget aller ambulanten, teil- und vollstationären Leistungen der Klinik. Allen Patienten der Klinik kann ein identisches Behandlungsangebot gemacht werden. Die Unterscheidung divergenter Behandlungsprozesse abhängig von der Krankenkasse des Patienten ist nicht mehr erforderlich.

Die Ausweitung umfasst nun alle etwa 3600 Patienten, die pro Jahr Leistungen der Hanauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Anspruch nehmen. Damit sind weitere strukturelle Entwicklungen möglich. Zurzeit befindet sich die störungsspezifische Differenzierung in zwei Teams für stationsäquivalente ambulante Akutbehandlungen in der Vorbereitung. Die aktuelle Planung sieht die Umwandlung einer zweiten Station zum 01.07.2014 vor. Die Bettenreduktion wird damit auf 40 von 100 Betten steigen.

Mitstreiter gesucht – Netzwerk von Modellprojekten

Wenn man der Kategorisierung sektorübergreifender Versorgungskonzepte und ihrer vorrangigen Ziele von Schmid et al. (2013) folgen will, dann sehen wir das Hanauer Modell als eine Zusammenführung von Regionalpsychiatriebudgets (RPB) und integrierten Versorgungsprojekten (IV). Das sektorübergreifende Gesamtbudget für eine gemeindepsychiatrische Pflichtversorgung aller psychischen Störungen ist eines der Kernelemente des Modells ebenso wie im RPB. Es ist die Voraussetzung für die patientenorientierte Flexibilisierung der Behandlung, bei der die Finanzierung dem Behandlungssektor des Patienten folgt und nicht der Patient der Finanzierung des Behandlungssektors. Gleichzeitig zielt das Hanauer Modellvorhaben auf eine weitreichende Veränderung der Versorgungskonzepte ab, wie nach Schmid et al. (2013) viele IV-Projekte. Anders als bei den meisten IV-Projekten wird dafür nicht auf eine zusätzliche Finanzierung, sondern auf das bestehende Klinikbudget zurückgegriffen. Das damit erreichbare Budgetvolumen liegt potentiell um Größenordnungen über dem einer Zusatzfinanzierung. In Verbindung mit der gegebenen Budgetgarantie während des Veränderungsprozesses der Klinik werden damit sehr weitreichende strukturelle Anpassungen der Behandlungskonzepte an die Bedarfe gerade auch der schwer und chronisch kranken Patienten möglich, da Budget- und Personalanteile in Stationsstärke ohne wirtschaftliches Risiko für Assertive Community Treatment, Case Management, Home-Treatment und Krisenteam aus dem stationären in den ambulanten Sektor überführt werden können.

3600 Patienten nehmen pro Jahr Leistungen der Hanauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Anspruch.

Das Hanauer Modellprojekt steht noch sehr am Anfang der möglichen Entwicklung. Die Schließung einer Station nach einem Jahr Projektlaufzeit war der erste konsequente Schritt. Die Ausweitung auf alle Patienten der Klinik ermöglicht in Kürze, weitere Betten zu schließen und Ambulantisierungskonzepte besser störungsspezifisch zu differenzieren.

Die skizzierten Kennzahlen bieten zurzeit nur erste Anhaltspunkte für die langfristigen Möglichkeiten, da sich die Effekte der anhaltenden Veränderungen, des IV-Vertrages mit zwei Krankenkassen und des § 64b-Modellvorhabens für alle Patienten überlagern. Sie lassen dennoch erkennen, welche bereits kurzfristigen Entwicklungen einer stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung durch das Krankenhaus in einer städtisch-ländlichen Versorgungsregion von 215.000 Einwohnern mit 40% ausländischen Mitbürgern bei sehr geringer vertragsärztlich-psychiatrischer Versorgung am Rande des Rhein-Main-Gebietes erreichbar sind.

Begleitung des selbstbestimmten Patienten anstatt einer Zwangsbehandlung.

Die psychiatrische Klinik ist nicht Selbstzweck. Unser Auftrag ist die Begleitung schwer psychisch kranker Menschen nach dem Grad ihrer Hilfebedürftigkeit. Dazu gehört der Respekt vor der Würde und Selbstbestimmtheit der Menschen, deren Leben durch schwere psychische Erkrankungen und psychosoziale Belastungen gezeichnet ist. Die Ambulantisierung ändert die psychiatrische Versorgung dabei von Grund auf. Ihre Grundlage ist die Begleitung des selbstbestimmten Patienten anstatt einer Zwangsbehandlung. Die therapeutische Beziehung wird noch mehr zum zentralen Faktor der Behandlung – verhandeln statt behandeln. Die längerfristige ambulante Begleitung gibt der Psychotherapie gleichwertig Raum neben einer gegebenenfalls indizierten Psychopharmakotherapie.

Die sektorübergreifende Versorgung der Klinik passt die Institution dem Patienten an und nicht den Patienten der Institution. Die hohe Behandlungskompetenz der Klinik für die komplexe Begleitung gerade der schwer und chronisch Kranken mit den Mitteln des Krankenhauses wird damit unabhängig vom stationären Bett. Diese Entwicklung kann den Menschen und sein soziales System als Ganzes in den Blick nehmen, anstatt sich auf kurzfristige stationäre Behandlungen mit anschließend häufigen Behandlungsabbrüchen beschränken zu müssen.

Wir wissen von einer ganzen Reihe von Kliniken, die den Vertrag zum Hanauer Modell gerne übernehmen würden. Diese Kliniken mussten feststellen, dass bundesweit unterschiedlichste Krankenkassen die Ausweitung von Modellvorhaben zu verhindern suchen, weil sie darauf setzten, ihre steigenden Kosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung auf anderen Wegen zu begrenzen. Darunter sind Kassen, die das PEPP-System deshalb sehr entschieden propagieren, weil sie darauf spekulieren, mit ihrem Patientenspektrum PEPP-Gewinner im Vergleich zu anderen Kassen zu werden. Andere Kostenträger wiederum setzen auf landesweite Strukturverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Reduzierung stationärer Aufenthalte. In dieser Situation können Kliniken ihre Ambulantisierungsprozesse auf der Grundlage des § 64b SGB V auch mit der jeweiligen Gruppe von Krankenkassen umsetzen, die regional eine solche Entwicklung mitträgt. Unsere hier vorgestellten Erfahrungen zeigen, dass bereits damit sehr weitreichende strukturelle Veränderungen wie die Schließung einer Station möglich sind.

Die Psychiatrie-Reform ist in Deutsch-

land seit vielen Jahren stehen geblieben. Ein neues Entgeltsystem für eine einzelne Komponente des fragmentierten Versorgungssystems ist dafür keine Lösung und führt zwangsläufig nur dazu, dass Kostenträger und Leistungserbringer sich den neuen Rahmenbedingungen partikular betriebswirtschaftlich anpassen bzw. anpassen müssen.

Im Gegensatz zum Hanauer Modell führen die Fehlanreize des PEPP-Systems zurzeit bundesweit dazu, dass Kliniken ihre stationäre Bettkapazität soweit wie möglich erhöhen – zum einen, um dem Versorgungsbedarf in konventionellen Strukturen gerecht werden zu können, zum anderen, um ihre stationären Budgets noch einmal auszuweiten, bevor die Bettenanzahl im PEPP-System ihre zentrale Budgetrelevanz verliert. Bei einem Rechtsanspruch zur Bettenausweitung, die die langfristige Belegung auf 90% reduziert, ergibt eine einfache Überschlagsrechnung allein dafür Mehrkosten von knapp 1 Milliarde Euro. Demgegenüber könnte eine flächendeckende Ambulantisierung entsprechend dem Hanauer Modell in kurzer Zeit aus den bestehenden stationären Budgets etwa 4,5 Milliarden Euro für bedarfsgerechte, patientenorientierte Komplexbehandlungen der Klinik ohne Bett verfügbar machen. Das PEPP-System führt dagegen dazu, dass die Chancen auf eine solche Ambulantisierung der Psychiatrie in Deutschland für die nächsten 10 – 20 Jahre mit neuen Bettenhäusern zubetoniert werden.

Wir müssen die Inhalte und Ziele der Psychiatrie-Enquête für den betroffenen Menschen wieder in den Blick nehmen. Wir sollten die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland nicht dem strategischen Marktverhalten einzelner Krankenkassen und Klinikkonzerne überlassen. Die Zeit dafür drängt, da neu gebaute Bettenhäuser die nächsten 20 Jahre mit stationären Patienten belegt sein werden.

Projekte wie das Hanauer Modell bieten die Chance einer weitreichenden Veränderung der Kliniken zu einer sektorübergreifenden patientenorientierten Psychiatrie auch in Deutschland. Dafür brauchen wir ein Netzwerk vieler Protagonisten, damit diese Projekte System-Relevanz erreichen und nicht langfristig marginalisiert werden. Ideal wäre ein Netzwerk, dessen Teilnehmer voneinander lernen und evidenzbasierte best practice Erfahrungen austauschen. Die skizzierte Entwicklung darf dann im Weiteren auch nicht bei den Kliniken stehen bleiben, sondern muss der Zersplitterung des Systems darüber hinaus durch eine weitgehende Integration im gemeindepsychiatrischen Verbund begegnen.

Das PEPP-System führt dazu, dass die Chancen auf eine Ambulantisierung der Psychiatrie mit neuen Bettenhäusern zubetoniert werden.

Literatur

Deister A et al. (2010) Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. Psychiat Prax 37: 335 – 342

Karow A et al. (2014) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Psychiat Prax, im Druck

Lehmann G et al. (2011) Die finanziellen Anreize werden sich ändern. f&w 4: 389 – 392

Lambert M et al. (2014) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Psychiat Prax, im Druck

Roick C et al. (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiat Praxis 35: 279 – 285

Schillen T, Thiex-Kreye M (2012) Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. G+S 4: 53 – 59

Schmid P et al. (2013) Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiat Praxis 40: 414 – 424

Thiex-Kreye M, Schillen T (2013) Augenmaß und Ausdauer. f&w 4, 384 – 387

von Haebler D (2013) Zur Bedeutung der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen. Kerbe 2: 9 – 12

KERBE

Forum für soziale Psychiatrie

Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2014

1 / 2014
Resilienz

2 / 2014
Klinische Versorgung

3 / 2014
Ethik in der Gemeindepsychiatrie

4 / 2014
Inklusion

Herausgeber:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin
www.beb.info / www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Dr. Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Cornelie Class-Hähnel, Stuttgart.

Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon: 0711 / 60 100 - 40, Email: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 26 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 7 Euro. ISSN 0724-5165

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB