

DGPPN-Kongress
Nachwuchsprogramm – Gesundheitspolitik
Berlin, 28.11.2014

**Psychiatrie-Personalverordnung
– relevant auch für die Zukunft?**

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Kunze, Kassel
kunze@apk-ev.de
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn
www.apk-ev.de

© für die Abbildungen beim Autor, Stand 29.11.2014

1

Erklärung zu Industriebeziehungen

Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart:

Psychiatrie-Personalverordnung

Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die
Praxis

6., aktualisiert und erweiterte Auflage

1. Auflage 1992

Hrsg.: Heinrich Kunze, Ludwig Kaltenbach, Klaus Kupfer
und 4 weitere Autoren

2

Psychiatrie-Personalverordnung – relevant auch für die Zukunft?

1. **PsychPV relevant, denn die Entgelt-Entwicklung ist vom KHRG-Kurs abgekommen**
2. Psych-PV: Entwicklung und ihre Wirkungen
3. Zwischenbilanz:
Psych-PV veraltet, was ist heute relevant? siehe 4.
4. Psych-PV, BPfIV und KHRG: Impulse zur Kurskorrektur der Entgeltentwicklung

3

1.1 Der rote Faden

Die neue Koalition und der neue BMG-Minister haben (2. Quartal 2014) die budgetneutrale Einführung des neuen Psych-Entgelts um 2 Jahre aufgeschoben, **zur Prüfung**

- der bisherigen Entwicklung
- von Alternativen
- von zukünftigen Versorgungsformen

Strategie: Zukunftsfähige Aspekte des bisherigen Systems KHRG- bzw. §17d-kompatibel fortentwickeln

Dazu wird die bisherige Krankenhausfinanzierung beschrieben: PsychPV & BPfIV bis 2009.

Davon ausgehend wird ein

- alternativer Kurs zur PEPP-Entgeltentwicklung skizziert,
- der die Anforderungen und Vorschläge des des KHRG und des § 17d KHG mit Amtl. Begründung aufgreift
- und die erheblichen „Nebenwirkungen“ des PEPP-Systems vermeidet

4

1.2 Entgelt-Entwicklung: vom KHRG*-Kurs abgekommen

- Das KHRG wurde 2009 von den Fachverbänden begrüßt!
- Aber nach der Wahl 2009 und mit der neuen FDP-Leitung des BMG ignorierten die nach § 17d beauftragten Spitzenverbände (Kassen/DKG) die zukunftsorientierten Vorgaben des KHRG

Neue Anreize:

- Die Erlösoptimierung steuert die Behandlung
- *Die regionale Pflichtversorgung wird verdrängt von elektiven stationären Behandlungen in überregionalen Großkliniken*

Finanzierung steuert – mit oder ohne Absicht!

(*KHRG = Krankenhausfinanzierungsreformgesetz)

5

1.3 Entgeltsystem vom KHRG-Kurs abgekommen

Zwischenbilanz:

- PEPP zementiert die Betten-zentrierte Krankenhausversorgung, und die damit verbundenen Qualitätsmängel
- Die Selbstverwaltungspartner bremsen die Sektoren übergreifende flexibilisierte Krankenhausbehandlung, die Qualitätsmängel vermeiden könnte.
- Neues Finanzierungssystem ohne Norm für „Strukturqualität therapeutisches Personal“

6

1.4: Zwischenbilanz

PEPP ignoriert die Realität der Krankenhaus-Behandlung:

- große Aufwandsunterschiede zwischen stationär, teilstationär und ambulant,
- Patienten wandern zwischen ambulant bis stationär sowie
- Psychiatrie & Psychosomatik

Diagnosen geben Hinweise auf versorgte Zielgruppen, aber nicht für Unterschiede nach Aufwand

z. B. Patienten mit Diagnose Schizophrenie: beim Hausarzt bis klinisch stationär-intensiv.

Die Orientierung an **Personen – nicht Fällen!** - ist die Voraussetzung für die 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.

7

1.5 PEPP ist nur ein Teil des neuen Entgeltsystems

- PEPP verteilt das vorhandenen Geld mit dem Versprechen:
„leistungsgerechter und transparenter“
 Verteilungsschlüssel: bundeseinheitliche Relativgewichte
- Aber 1: ob das vorhandene Geld für die **notwendigen** Leistungen ausreicht, ist eine ungeprüfte Annahme
 - **PsychPV-Erfüllung nicht geprüft** (ganzes System, Kalkulationshäuser)
 - Die PsychPV gilt noch bis Ende 2018, finanziert mit BPfIV

Aber 2: nicht transparent ist, wie viele Krankenhäuser durch die PEPP-Bundesdurchschnittswerte **UNTER- oder ÜBER-**finanziert werden
Regionale Unterschiede werden nicht berücksichtigt:

Regionale Versorgungspflicht, Merkmale der Bevölkerung:
 Morbidität, Alter, sozio-ökonomische Merkmale,
 flaches Land versus Ballungsräume ...

- **Neue Ungerechtigkeiten ersetzen die alten**

8

1.6 PEPP-Mittelwerte für Aufwände

- ***sagen nichts über den therapeutischen Sinn und die Notwendigkeit der Behandlung***
- Die ärztlich verantwortete Beurteilung und Behandlungsplanung wird ignoriert, die sich auf ein sehr individuelles und komplexes Geschehen unter sehr wechselhaften Umständen bezieht.
- PEPP ignoriert die Behandlungssteuerung: diese Leistung
 - > bestimmt den Ressourcenverbrauch
 - > *die Behandlungs-Qualität*

Dazu gehört auch die *therapeutisch verantwortete Vermeidung von Aufwand*, die Patienten Gelegenheit gibt, wieder Verantwortung zu übernehmen, oder Behandlung teilweise oder ganz abzulehnen.

***Wird Aufwand finanziert, dann wird Aufwand geliefert
Die Erlösoptimierung steuert die Behandlung***

9

1.7 Rahmenbedingungen

- BpflV: Sinkflug durch Unterfinanzierung von Steigerungen der Personalkosten
Leistungszunahmen:
 - die Klinik mit Mehrleistung wird unterfinanziert
 - „Kollektivhaftung“ für alle Kliniken (Divisor für Landesbudget ist größer)
- GBA: Qualitätssicherung Psych-Versorgung inkl. Strukturqualität therapeutisches Personal – für PsychPV ab 2019
§ 137 1c (V): „legt in seinen Richtlinien (...) fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für (...) erforderliches therapeutisches Personal...“
Amtl. Begründung: „...Anforderungen der PsychPV ... Berufsgruppen... heranzuziehen und an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anzupassen...“

Gesetzgebung: Interessenkonflikte >> Sibyllinische Formulierung

10

Psychiatrie-Personalverordnung – relevant auch für die Zukunft?

1. PsychPV relevant, denn die Entgelt-Entwicklung ist vom KHRG-Kurs abgekommen

2. Psych-PV: Entwicklung und ihre Wirkungen

3. Zwischenbilanz:
Psych-PV veraltet, was ist heute relevant? siehe 4.
4. Psych-PV, BpflV und KHRG: Impulse zur Kurskorrektur der Entgeltentwicklung

11

2.1 Vorgeschichte

1. **Psychiatrie-Enquête 1975** – Empfehlungen:
 - wohnortnahe Krankenhausversorgung
 - **bessere Personalausstattung**
 - # **statt** wohnortferne Anstaltsversorgung für riesiges Versorgungsgebiet
 - # Personalbemessung:
globale Anhaltswerte nur für Ärzte und Pflegepersonal:
Personalstellen pro X Betten
2. Vereinbarung zu neuen Personalanhaltszahlen:
Spitzenverbände der Krankenhäuser und der Kassen erklären nach Jahren der Verhandlung das Scheitern
3. 1988: Das Arbeitsministerium leitet die **Ersatzvornahme** ein.
Basis: Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): § 19, die Ermächtigung zur Verordnung wurde 1997 gestrichen.

12

2.2 Politisches Ziel der Psych-PV

- „**Verwahrpsychiatrie**“ durch „**Behandlungspsychiatrie**“ überwinden – gemäß der Psychiatrie-Enquête 1975
- Therapieziel / Ergebnisqualität: Patienten befähigen, außerhalb von Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten
(*Presseerklärung des BMA 1990 zur Personalaufstockung*)
- „Insbesondere Schwerkranke benötigen eine individuelle, aktive „personalaufwändige“ Therapie (Amtl. Begründung Psych-PV)
- Die Verordnung wurde im Herbst 1990 politisch verabschiedet.
- Geltung ab 01.01.1991, auch schon für das Gebiet der früheren DDR

13

2.3 Konzept PsychPV: Gliederung

Krankenhaus-Psychiatrie:
für Erwachsene & für Kinder u. Jugendliche

Erwachsene: 3 Teilgebiete

- | | |
|------------------------|---------|
| • Allgemeinpsychiatrie | A1 – A6 |
| • Abhängigkeitskranke | S1 – S6 |
| • Gerontopsychiatrie | G1 – G6 |

Jedes Teilgebiet:

- 1 Regelbehandlung
- 2 Intensivbehandlung
- 3 Rehabilitative Behandlung
- 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- 5 Psychotherapie
- 6 Tagesklinische Behandlung

14

2.4 Konzept: Pflichtversorgung & Behandlungsbereiche

Die Personalbemessung der Psych-PV geht von der *regionalen Pflichtversorgung* aus

„Behandlungsbereiche“:
inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte
= aufgabenbezogene Komplexleistungen für
Gruppen von Patienten

Behandlungsbereiche	Kranke →	Behandlungsziele →	Behandlungsmittel →
A1	Akut psychisch Kranke	Erkennen, Heilen, psych. & soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmaka, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie

15

2.5 Konzept: Zeitwerte

Den **Behandlungsbereichen für den Tagesdienst** sind unterlegt: Minutenwerte je therapeutische Berufsgruppe zur integrierten Komplexleistung

Die Zeitwerte sind kein Leistungsanspruch des einzelnen Patienten für MDK-Prüfungen, vgl. aber PEPP: die Einzel-Komponenten je Patient und Tag können geprüft werden: eskalierender Mißtrauensaufwand.

Empirische Grundlage für Psych-PV waren Kliniken mit guter Behandlungsqualität und deren Ausstattung mit therapeutischem Personal. Dieses als *Norm bewertete IST* von Stationen und Tageskliniken wurde in die Psych->PV Systematik abstrahiert.

Psych-PV § 5: Minutenwerte je Patient und Woche (Erwachsene)						
BehandlBR	Ärzte	KrankenPfl	Dipl-Psych	Ergoth	BewegTh	SozialA
A 1	207	578	29	122	28	76
A 2	257	1 118	12	117	29	74
A 3						

16

2.6.1 Psych-PV und Leistungsbezug des Budgets

- Gesetz: Verhandlung des Budgets mit **Leistungsbezug** nach Psych-PV, **MDK-Prüfung:** für Budgetverhandlung (!): **§ 4, Absatz 4**
 - **Zuordnung der Patienten nach Behandlungsbereichen** an ≥ 4 Stichtagen
 - **ob die Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot** umgesetzt wurde: z. B. in Hessen und Schleswig-Holstein, *ungesetzliche Praxis in anderen Ländern: Psych-PV zur „Selbstbedienung“* überlassen, trägt zu überhöhten Budgets bei
- teil-/stationärer Tagesdienst: notwendiges therapeutisches Personal, zu berechnen nach den Zeitwerten in: § 5 für Erwachsene und § 9 für KJPP *Nacht- & Bereitschaftsdienste gesondert verhandeln*
- Außerhalb des stationären Budget:
 - Institutsambulanz, Konsile, Lehre und Forschung u. a.
- Finanzierung der Psych-PV Personalstellen regelt die BPfIV (s.u.)

17

2.6.2 Abrechnung der Erlöse

- **Erlöse als Abschlag auf das Budget**
mit Ausgleichen für Mehr- oder Minder-Erlöse
- **Leistungsorientierung der Erlöse:**
 - durch individuell verschiedene Anzahl der Berechnungstage
 - mit tagesgleichen Pflegesätzen
 - aber gestuft nach teil- oder vollstationärer Behandlung

Bitte beachten: Abb, 2.6.1 bis .3 als Ausgangsbasis für alternativen Vorschlag zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems: 4.3 Budgetsteuerung weiter entwickeln – statt Festpreise pro Tag

18

2.6.3 Psych-PV & BPfIV: Budget


- § 10: Einführung der Psych-PV in Jahresschritten von 1991 bis 1995
 - nicht verwendete Budgetmittel mußten bis 1995 zurückgezahlt werden
 - zur Vermeidung von Quersubventionierung
- BPfIV ab 1996:
 - Personalkostensteigerungen werden nur anteilig finanziert
 - >> **Sinkflug Jahr für Jahr**
 - Quersubventionierung ist untersagt, aber keine Kontrollen & Sanktionen

19

2.7.1 Erste Evaluation: Einführung der Psych-PV

Abb. 2.7.1 bis .3 zitiert aus Aktion Psychisch Kranke et al. 1998, S. 9-12

Strukturelle Impulse:

- gilt für die Erwachsenen- sowie Kinder- u. Jugend Psychiatrie
- gilt für Fachkrankenhäuser & Fach-Abteilungen an Allg-KH
- Strukturqualität therapeutisches Personal: **+ 24 %**
- Anreize für therapeutisches Milieu, kleinere Stationen
- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten
- Fachkrankenhäuser in Krankenhausmedizin
- ++ neue Abteilungen an Allg.-Krankenhäusern 
- ++ mit regionaler Pflichtversorgung
- ++ verkleinert Pflichtversorgung Fachkrankenhäuser
- Psych-PV Grundlage von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

20

2.7.2 Erste Evaluation: Prozess-Qualität

- Entkoppelung der Personalbemessung von Stationskonzepten und Kliniktypen:
funktionale Beschreibung Behandlungsbereiche >> 2.4 & 2.5
- Zweck: **integrierte Behandlungsprozesse stationär - ambulant**
„Wegen der Bedeutung von Krankheitsbewältigung und Wiedereingliederung sind Diagnostik und Therapie **personen- und lebensfeldzentriert...**“

Anforderungen:

- **Kontinuität** des Behandlungsprozesses und der therapeutischen Beziehungen ... über die Abstufungen stationär, teilstationär, ambulant
- gute **Vernetzung** mit den medizinischen, rehabilitativen und sozialen Hilfe-Institutionen“

21

2.7.3 Ergebnisqualität

Der Relevanzbereich ist die **Bewährung im Alltag**,
nicht in der Station

„... Therapie ermöglichen, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern.“

Pressemitteilung des BMA zur Verbesserung der Personalsituation durch die Psych-PV vom 30.04.1990

22

2.7.4 Prozess-Qualität: Zuständigkeit für *Personen* statt *Maßnahmeformen*

Psychiatrische Klinik:

Leitung für

Einheiten / Abteilungen nach

Zielgruppen:

Psych-PV-Gruppen / Störungen / Regionen

Integrierte Behandlung stationär-
teilstationär-ambulant

- in der Klinik
- durch die Klinik im Lebenskontext,
- vernetzt mit professionellen Diensten in der Region

Therapeuten haben **Verantwortung**

- **übergreifend für Patienten**
- separat für Therapiemodule,

Bessere Kontinuität / weniger Schnittstellen:

Patienten > < Therapeuten
Angehörige > < Therapeuten

Therapeuten > < sonstigen Medizin:
Hausärzte, somatische Kliniken,
Psych-Fachärzte, Psychotherapeuten,
Pflegedienste, Soziotherapie

Therapeuten & Patienten > < externe
professionelle Dienste:
Arbeit und Wohnen, Suchthilfe,
Behinderten-, Alten- & Jugendhilfe
Kirchengemeinde, Volkshochschule,
Schuldnerberatung

2.7.5 Beispiel Ergebnisqualität somatische Medizin

Behandlung **Diabetes mellitus**

Früher erfolgte die Behandlung **stationär**: kontrollierte Ernährung, verordnete Medikation bei begrenzter Bewegung (Station) brachte den Laborwert Blutzucker zur Norm zurück. Nach der Entlassung gab es häufig „Rückfälle“.

Behandlungsziel Heute:

Sogar Kinder können die Wechselwirkungen von Ernährung, Medikation, Bewegung **in ihrem Alltag** selber steuern und bei Veränderungen anpassen. Stationäre Behandlungen wegen „entgleistem“ Diabetes werden seltener.

Ergebnisqualität: für Patienten Lebensqualität besser, Versorgungssystem wirtschaftlicher

2.7.6 Erste Evaluation: Politische Verankerung

- BMG-Auftrag - Unterstützt von BKK-BV und VdEK
- Hrsg. des Abschlussberichtes (1998):
 - Aktion Psychisch Kranke, gez. Kauder, Vorsitzender
 - Deutsche Krankenhausgesellschaft, gez. Robbers, Hauptgeschäftsführer
 - Für die Spitzenverbände der Krankenkassen: VdEK gez. Rebscher, Vorstandsvorsitzender
- Horst Seehofer (Gesundheitsminister) Geleitwort:

„Ziel der neuen Psychiatrie-Personalverordnung war es, die Versorgung psychisch Kranker so zu verbessern, dass diese möglichst früh wieder in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld außerhalb der Klinik leben können.“

25

2.8.1 Zweite Evaluation der Psych-PV (publ. 2007)

Anlass: Bilanz zur Vorbereitung des KHRG (Budgetjahr 2004)

Die 2 wichtigsten Ergebnisse (Kliniken für Erwachsene):

- 1. Sinkflug (2.6.2):** Erhebliche Erosion der PsychPV
 - KJPP noch stärker
 - 5 von 10 Kliniken unter 90%
 - 3 von 10 Kliniken unter 85 % der Psych-PV-Erfüllung
- 2. Enorme Leistungsverdichtung** – ohne PsychPV-Anpassung
1991-2004 (Veränderung)

Fallzahl	+ 80%
Verweildauer	- 63%
Pflegetage	- 33%
Betten (aufgestellt)	- 37%

26

2.8.2 Politische Konsequenzen

Brief von Staatssekretär im BMG Dr. Theo Schröder (SPD)
mit den Eckpunkten (06-2007), die zum KHRG führten, Zitate:

- „gesetzlicher Auftrag für eigenständiges, tagesbezogenes, pauschaliertes Vergütungssystem“
- „die Leistungskomplexe, die der PsychPV zugrunde liegen, als Ausgangsgrundlage nutzen“ (nicht Diagnosen!)
- „**In diesem Verfahren wäre dann auch über Vorschläge zur Verbesserung der Finanzierung der PsychPV-Personalstellen zu entscheiden**“

Die politische Führung der KHRG-Umsetzung durch StS Dr. Schröder wurde durch den Regierungswechsel nach der Wahl Herbst 2009 beendet (siehe 1.2)

27

2.8.3 Politische Verknüpfung

Regina Schmidt-Zadel (MdB SPD), APK-Vorsitzende
> < StS Dr. Theo Schröder und BMG-Ministerin Ulla Schmidt (SPD)

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

<http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=3>

Arbeitsgruppe, S. 90:

- Aktion Psychisch Kranke
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverbände der Krankenkassen

In Zusammenarbeit mit:
ackpa, BDK, BAG Krankenpflagedirektoren, BAG KJPP,
BAG-Träger Psych-Kliniken, DGPPN, Ständige Konferenz
Lehrstuhlinhaber, VKD-Fachgruppe Psychiatrie

28

2.8.4 Politische Verknüpfung: Länder

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-Gesundheitsbehörden

AOLG-Beschluss am 16. November 2007 in Wiesloch:

- eigenständiges, tagesbezogenes, pauschaliertes Vergütungssystem
- Ausgangsgrundlage: die Leistungskomplexe der PsychPV
- Kliniken befähigen, der Verantwortung im System der regionalen Versorgung nachzukommen
- Änderung der BpflV, um die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung erfüllen zu können

Vgl. Stellungnahmen der Länder 2007 bis 2014 im Netz

29

2.8.5 Änderungen des Versorgungssystems: Bilanz

- Die Personalausstattung in Psychiatrischen Kliniken wurde durch die Psych-PV grundlegend verbessert.
- Die Psych-PV förderte die Strukturklarheit zwischen Krankenhausbehandlung einerseits und andererseits der Versorgung durch Eingliederungshilfe sowie Pflege.
- Die Institutsambulanz unterstützte die Landeskrankenhäuser in der Enthospitalisierung der Langzeitpatienten.
- Ab 2000 erhielten auch die Psychiatrischen Abteilungen die allgemeine Zulassung für Institutsambulanzen.
- Immer mehr Menschen leben im Zuständigkeitsbereich einer für sie wohnortnahen psychiatrischen Klinik. Gilt für Kinder und Jugendliche nur abgeschwächt.
- Durch neue Psychiatrische Abteilungen mit Pflichtversorgung wurden die riesigen Pflichtversorgungsgebiete erheblich verkleinert.

30

Psychiatrie-Personalverordnung – relevant auch für die Zukunft?

1. PsychPV relevant, denn die Entgelt-Entwicklung ist vom KHRG-Kurs abgekommen
2. Psych-PV: Entwicklung und ihre Wirkungen
- 3. Zwischenbilanz:
Psych-PV veraltet, was ist heute relevant? siehe 4.**
4. Psych-PV, BpflV und KHRG: Impulse zur Kurskorrektur der Entgeltentwicklung

31

3.1 Psych-PV veraltet – Stand 1990

- Psychotherapie unzureichend
 - Akut-tagesklinische Behandlung fehlt
 - Einzelne Behandlungsbereiche nicht mehr verwendet
 - Den Behandlungsbereichen unterlegte Verweildauern völlig veraltet
 - Leistungsverdichtung nicht berücksichtigt
 - Nur schwach berücksichtigt:
 - Behandlung im Lebensfeld
 - Flexibilisierte Behandlung
 - Vernetzte Kooperation
- Merkposten:
- Institutsambulanz einbeziehen (Prüfauftrag § 17d)
 - Erfahrungen mit kostenneutralem Austausch zwischen Berufsgruppen auswerten
 - Erfahrungen in Modellhäusern mit optimierten Behandlungsprozessen auswerten

32

3.2 BpflV

Veraltet:

- Segregierte Fälle: stationär, teilstationär, Institutsambulanz
- keine Sektoren übergreifende Perspektive, kein Personenbezug
- Ambulante Krankenhausbehandlung hat keinen Platz in BpflV
- Strukturqualität therapeutisches Personal nicht finanziert
- Kann flexibilisierte Krankenhausbehandlung nicht bürokratiearm erfassen

NEUE BpflV - Setzt falsche Anreize:

Gegen regionale Versorgungspflicht

Für elektive stationäre Behandlung in Großkliniken

33

Psychiatrie-Personalverordnung – relevant auch für die Zukunft?

1. PsychPV relevant, denn die Entgelt-Entwicklung ist vom KHRG-Kurs abgekommen
2. Psych-PV: Entwicklung und ihre Wirkungen
3. Zwischenbilanz:
Psych-PV veraltet, was ist heute relevant? siehe 4.
4. **Psych-PV, BpflV und KHRG: Impulse zur Kurskorrektur der Entgeltentwicklung**

34

4.1 KHRG (2009) von der Fachwelt begrüßt

- vom Sinkflug zum Steigflug der Psych-PV (BPfIV geändert)

§17d KHG

- Tagespauschalen statt Diagnose-bezogenen „Fälle“
- „medizinisch unterscheidbare Patientengruppen, der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein“
- 2 Prüfaufträge:
Institutsambulanz & andere Abrechnungseinheiten
- Evaluation des KHRG-Prozesses

Amtl. Begründung empfiehlt als Perspektive >> Länder-Votum:

- Vergütungssystem fördert flexiblere Behandlung
- Sektoren übergreifende **Behandlung**,
als Teil von Sektoren übergreifender **Versorgung**
- Jahresbudgets

35

4.2 Kassen > < Kliniken?

Misstrauensaufwand eskaliert, oder: Vertrauen entwickeln ?

Lave (2003) in den USA empfiehlt ein „*lower-powered*“ Entgeltsystem im Unterschied zu „*high-powered*“ Anreizen zur Kosten-Kontrolle

Schützt die *individuelle therapeutische Behandlungssteuerung*

vor der „Übernahme“ durch die Erlösoptimierung

Modellvorhaben: die Kassen entwickeln eine Kultur des wechselseitigen Vertrauens, auf der Basis von Transparenz

=====

Die **PEPP-Mittelwerte** zum Aufwand (4 Stellen nach dem Komma) und die „Messung“ des Aufwandes von Einzelleistungen sind ein **Irrweg**. Sie sagen nichts über den therapeutischen Sinn und die Notwendigkeit der Behandlung.

**Wird Aufwand finanziert, dann wird Aufwand geliefert
Die Erlösoptimierung steuert die Behandlung**

36

4.3 Zum KHRG-Kurs zurückkehren

- *Lave (USA, 2003): Prinzip „Low-powered“ Entgeltsystem*
- **Das leistungsorientierte Budget weiter entwickeln – statt Festpreise für Einzelleistungen**
- **Budgetsteuerung mit Erlösen als Abschläge auf das Budget**
 - Das finanzielle Risiko für beide Seiten findet einmal im Jahr im Budget seinen Kompromiss.
 - Anforderung an die Erlöse: leistungsorientierte Rechnung für den einzelnen Patienten, die möglichst einfach dem flexibilisierten Behandlungsverlauf der Person entspricht
 - Regeln zum Ausgleich von Mehr- oder Minder-Erlösen, die bei gleicher Versorgungsleistung das Budget realisieren

37

4.4 Abrechnung von flexibilisierter Behandlung erleichtern

- Flexibilisierte KH-Behandlungen als Behandlungsprozesse von Personen abbilden:
 - tagesbezogene Bewertungsrelationen (BR) auf der Zeitachse, ohne Bezug auf „Fälle“ u. math. Verteilungen
 - ambulant bis stationär,
 - im Krankenhaus und im Lebensfeld
 - intermittierend, integrierte Behandlungsprozesse
- Die BR für personenbezogene Behandlungsprozesse mit großen Aufwandsunterschieden können grobkörnig sein.
- Aus Day-Mix BR der Personen auf der Zeitachse „andere Abrechnungseinheiten“ (siehe Prüfauftrag § 17d) entwickeln

38

4.5 Leistungsbezug der Psych-PV und BpflV: vgl. 2.6.3

Erlöse als Abschlag auf das Budget differenzieren
mit Ausgleichen für Mehr- oder Minder-Erlöse

- **Leistungsorientierung bisher schon:**
 - durch individuell verschiedene Anzahl der Berechnungstage
 - mit tagesgleichen Pflegesätzen
 - aber gestuft nach teil- oder vollstationärer Behandlung
- **schrittweise differenzieren:** *Personen-bezogene Abrechnung, Sektoren übergreifend*
 - Aufwandsstufen pro Tag,
 - in der Klinik oder im Lebensfeld
 - Ambulanz einbeziehen, wenn im Kalenderjahr aufwändigere Behandlung vorkommt

39

4.6 Flexibilisierung von Behandlungsverläufen Beispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung

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



B 7 Tage vollstationär + 11 Tage teilstationär = **15,8 Berechnungstage, 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 halbtagesklinikisch = **15,8 Berechnungstage, 8 ½ Wochen B**



Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?
(Grupp & Hansen, ZfP Südwürttemberg)

40

4.7 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		1					
BR 16	7	+ 7+	1					
B	7 Tage stat.	5 TK x .8	5 TK x .8	2				
BR 16,6	7	+ 4	+ 4	TK 1.6				
C	Stat. 3 Teilst. 2	5 Teilst. 2 2 1	Mo Mi Fr Rückfall 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 ⁴¹								

4.8 Moderne Krankenhausbehandlung: *Individuell passgenau*

Voraussetzung ist die flexibilisierte & integrierte Krankenhausbehandlung (Prozessqualität):

- ✓ **Dosis:** die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant
- ✓ **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 Beziehungen nur aus therapeutischen Gründen, nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung.

Zur individuell passgenauen Behandlung gehört auch:

- ✓ **Aufwand:** *soviel wie nötig, so wenig wie möglich*
- ✓ möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung

APK-Projekt (2013): http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf

Aber Fehlanreiz mit PEPP: Aufwand steigern!

42

4.9 Leistungen für ein Krankenhaus-Jahresbudget:

Regionale Pflichtversorgung

Qualitätsindikatoren, insb. Strukturqualität therapeutisches Personal

Krankenhaus-Behandlung von **X Personen aus der Population Y**
nicht segregierte „Fälle“ je stationär/teilstationär/ambulant

Pseudonymisierte Identifikation der Patienten,

Zuordnung von tagesbezogenen Leistungen zur Person:

Sektoren und Fachgebiete übergreifend für Zeitstrecken,
keine Fall-bezogenen Berechnungen & Annahmen über Verteilungen

Gewichteter Aufwand mit Bewertungsrelationen (BR)

- > zunächst für stationär, teilstationär, ambulant
- > dann Sektoren übergreifend
- > Flexibilisiert für individuell passgenaue Behandlung
- > Day-Mix für Zeitstrecke einer Behandlung, Quartal oder Jahr

Empirisch entwickeln

- Personen-bezogene Indikatoren für Schweregrad
- Kontextfaktoren

43

4.10 Versorgungsauftrag und Qualitätsanforderungen für Krankenhausbudget mit regionaler Versorgungspflicht

Sichert den Anspruch für die Bewohner einer definierten Region,

Adressaten zur Umsetzung: Landesplanung, Krankenkassen, kommunale Daseinsvorsorge
(OLG Stuttgart AZ.: 2U 11/14)

Für Patienten gilt die Wahlfreiheit!

- wohnortnahe Krankenhaus-Behandlung stationär, teilstationär, ambulant
- besonders für die schwer Kranken rechtzeitig und ggf. jederzeit
- Flexibel, individuell passgenau, so wenig die Selbstbestimmung beeinträchtigend wie möglich
- Kontinuität fördernd: zu Therapeuten, Angehörigen,
Region: zu Ärzten und anderen Therapeuten sowie professionellen Diensten in den
Bereichen Wohnen, Arbeiten, Bildung... :
Prozessqualität für Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse

Deister/Wilms: „Regionale Verantwortung übernehmen“ (2014)

44

4.11 Regionale Risikoadjustierung zur Budgetfindung und Qualitätsbeurteilung

Bundesweite Mittelwerte: neue regionale Ungerechtigkeiten

Die empirische Entwicklung von Kennzahlen muss die bisherige „Handsteuerung“ möglichst ersetzen:

- *Anzahl der behandelten Personen, gewichtet* (nicht Fälle), Routinedaten der Kliniken und Kassen
- *Region mit Pflichtversorgung*: Morbidität in der Region, und ggf. außerhalb von wo ggf. Patienten kommen (Routine-Daten der Kassen)
- *Regionale Unter- bis Überversorgung* durch Praxen (Hausärzte, Psych-Fachärzte/Psychoth.), somatische Kliniken, Dienstleister für Reha, Eingliederungshilfe, Pflege, Jugendhilfe ...
- *sozio-demographischen Faktoren der regionalen Population*, die die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beeinflussen.

Im NHS England wird dieser Ansatz seit mehr als 2 Jahrzehnten genutzt (Hirsch 1988). Hinweis auf eine differenzierte Übersicht und Bewertung aus England: Tulloch & Priebe (2010), Hinweis auf eine Anwendung in Deutschland: Schröder et al. (IGES: 2002) Abschnitt B 5.2 Regionalisierungsmodell, S. 69-73. Dieser *regionale Populationsbezug* und der *Bezug zur Versorgungssituation* muss ein zentrales Thema werden (Sachverständigenrat 2009 & 2014).

45

4.12 Ergebnisqualität: Sektoren übergreifend für Personen statt segregierte Fälle: je stationär, teilstationär, ambulant

Person: klinische Indikatoren...

Psychosoziale Kriterien: Befähigung zu möglichst selbstständigem Leben, Bildung und Arbeiten, sowie mit ambulanter Behandlung auskommen

Versorgung wirtschaftlicher: weniger stationäre Wiederaufnahmen

Kennzahlen entwickeln: Personen bezogen, Sektoren übergreifend, ambulante Endstrecke entscheidend!

Z. B.: *Behandlung bei Diabetes mellitus* - Früher **stationär** – Heute im **Alltag**

Siehe 2.7.5 Ergebnisqualität:

- für Patienten Lebensqualität besser,
- Versorgungssystem wirtschaftlicher

46

4.13 Modellvorhaben §64b (V)

Dringlich ist **ein Bundesmodellprogramm** auf der Grundlage eines Bündnisses von Bund und Ländern:

- Voraussetzungen schaffen für gemeinsame Fragestellungen und Auswertung
- Jährliche Translation ins Regelsystem
- Ausweitung der Modelle je Bundesland proportional zur Bevölkerung, die KJPP ist besonders zu berücksichtigen
- Für Modell-Kliniken ist ein Nachteilsausgleich notwendig für den zusätzlichen Aufwand zur Systementwicklung und Dokumentation, und als Anreiz zur Teilnahme bei erwartbaren Konvergenzgewinnen
- Die Länder genehmigen Anträge auf neue Betten nur
 - im Rahmen regionaler Pflichtversorgung
 - wenn erwiesen ist, dass ambulante und stationersetzende Behandlungsformen nicht ausreichen
 - neue Betten als stationersetzende Behandlungsformen realisiert werden.

47

4.14 „Lernendes System“: Modellvorhaben erproben für das Regelsystem >> Translation jährlich

- Budgetsteuerung statt Festpreise
- Entgelte als Abschlag auf das Budget
- Kultur des Vertrauens - statt Eskalation des Mißtrauens
- Leistungsbeschreibung der Krankenhaus-Realität – amb. / stationär ausgehend von Psych-PV (z. B. Hanau), PEPP („praktikabel“) - oder?
- Strukturqualität therapeutisches Personal
- Prozessqualität individuell passgenaue Behandlung
- Ergebnisqualität mit Bezug auf das wirkliche Leben / Alltag
- regionale Risikoadjustierung für Budgetfindung und Qualitätssicherung
- Krankenhaus-individuelle Budgets:
 - nach bundeseinheitlichen Vorgaben
 - mit regionaler Differenzierung
- in Schritten von alten zu zukünftigen Budgets
statt mathematische „Konvergenz“ auf Landes- / Bundesdurchschnitt

48

Zwischenbilanz zur Psych-Entgelt-Entwicklung seit KHRG:

Weiß et al. in f&w 2014:

[http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/
0169_FuW_03_2014_Gewagtes_Manoever_262-265.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0169_FuW_03_2014_Gewagtes_Manoever_262-265.pdf)

Kunze et al. f&w 2013:

[http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/
0160_fuw_01_2013_S_58-61_Finanzierung.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0160_fuw_01_2013_S_58-61_Finanzierung.pdf)

Löhr et al. (2014) Wegfall der Psych-PV – was dann? Mögliche Auswirkungen auf den Pflegedienst psychiatrischer Krankenhäuser. Psych Pflege 29: 140-141, 148-155

kunze@apk-ev.de

DANKE FÜR IHR INTERESSE!