

DRG-Forum 2017 -- Berlin, 23./24 März

Symposium: PsychVVG
in der versorgungspolitischen Analyse
Moderation Prof. Dr. Arno Deister

Qualität und PsychVVG

Heinrich Kunze, Kassel
Prof. Dr. med. habil., Dipl.-Soz.
Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn
Copyright beim Autor

Abb. 1.1 Einleitung

Mein Fokus:

Wechselwirkungen zwischen Behandlungsqualität
sowie Versorgung und Finanzierung
der Krankenhaus-Behandlung

.....

Hinweis auf andere Faktoren, die nicht erörtert werden:

- Personal: Qualifikation und Erfahrung

- Rahmenbedingungen z. B. :
 - Realisierung des notwendigen Personals
 - Geeignete Räume und Lage der Klinik

**Abb. 1.2 Therapeuten u. a. Profis sind in Bezug auf ihre Handlungsziele Konflikten ausgesetzt:
Wer ist verantwortlich für die Hierarchisierung der Ziele?
Die Leitung oder vereinzelt Mitarbeiter?**

- Humanitäre Werte,
 - (Sozial-)Gesetze
 - Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz, Versorgungsforschung, QM
 - Erwartungen von Patienten und Angehörigen
 - Fachöffentlichkeit, regional, national, international
 - usw.
-
- **Ökonomische Rahmenbedingung mit Anreizwirkung / betriebswirtschaftliche Optimierung bei Leistungsträgern und Leistungserbringern**

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

**Abb. 1.3 Komplementäre Interessen:
Streit um das Budget oder alle Einzelfälle?**

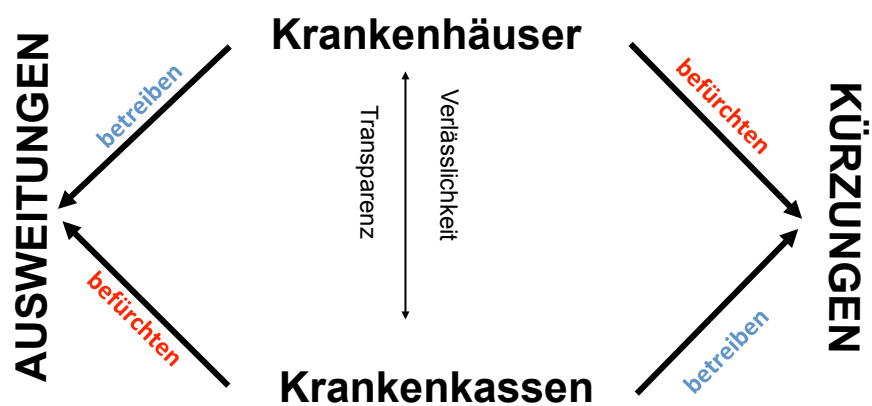


Abb. 2.1 PEPP-System und Versorgungsqualität

- **PEPP ab 2009:** Abrechnung von Einzelleistungen ergibt den Jahreserlös
- Wird stationärer Einzelaufwand finanziert, wird die Dokumentation von stationärem Einzel Aufwand geliefert:

„Was sich nicht rechnet findet nicht statt
Was sich rechnet, findet statt,
auch wenn es dem Patienten nicht nützt“

- Erlösoptimierung und Kostenminimierung steuern die Behandlung – zum Wohle der Klinik, statt zum Wohle der Patienten
- ***Oder stellt sich die Klinik im Zielkonflikt gegen die Fehlanreize des Finanzierungssystems?***

Abb. 2.2 Neues Psych-Entgeltsystem (Stand 2016) - PEPP auf falschem Kurs!

- PEPP zementiert die Betten-zentrierte Krankenhausversorgung und die damit verbundenen Qualitätsmängel
- PEPP verdrängt die wohnortnahe Pflichtversorgung durch Konzentration in überregionalen Großkliniken
- PEPP: ohne Norm für „Strukturqualität therapeutisches Personal“, weil eine solche Norm mit dem rein empirischen System nicht kompatibel ist
- Gefahren: Ausbeutung der Krankenhäuser durch Personal- und Qualitätsabbau

Abb. 3.1 Krankenhausbehandlung: Perspektiven für Qualität

Schon die Psych-PV ermöglicht Beziehungskontinuität, weil die Leistungen **funktional** definiert sind - statt Fragmentierung bei jeder Veränderung der Behandlungsform, weil diese **institutionell** definiert sind mit Schnittstellen

Das PsychVVG **ermöglicht** noch bessere **Patientenorientierung in Richtung:**

- individuell passgenau behandeln
- nach Leitlinien und Evidenz
- von dem Leiden und den Zielen des Patienten und seinem Krankheitsverständnis ausgehend,
- subjektive Erfahrungen mit Behandlung berücksichtigen,
- flexible Behandlungsplanung -- Behandlung verhandeln,
- Behandlung in der Realität erproben, verantwortlich abwarten,
- Teilhabe-orientiert und nachhaltig,
- Aufwand: so wenig wie möglich – aber so viel wie nötig.

Abb. 3.2 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 halbtagesklinisch = **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)

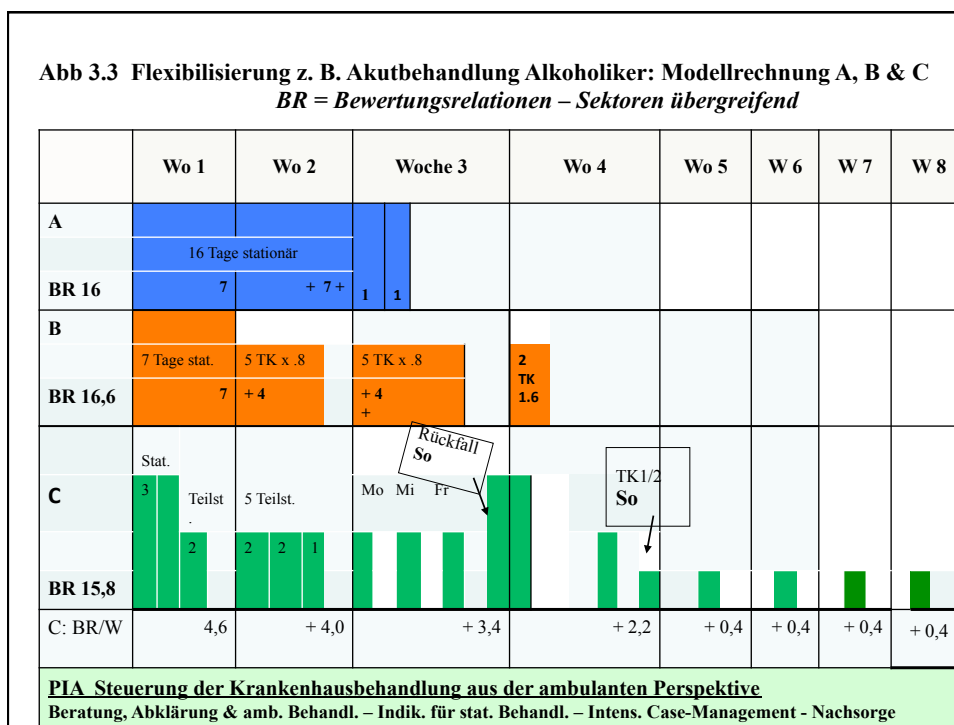


Abb. 3.4 zu den zwei Beispielen (3.2 & 3.3)

Flexibilisierte, individuell passgenaue Behandlung:

Die Zeilen A, B & C stehen für das mögliche Spektrum von individualisierten personenorientierten Behandlungsprozessen.

Die Behandlungsprozesse kann man auch in der andern Richtung lesen: mit PIA oder ½ Tag pro Woche beginnen, und die „institutionelle Dosis“ erhöhen, wenn notwendig.

Es geht nicht darum, was immer, überall und für Alle das einzig richtig sein soll.

Aber die bisherigen Formen: stationär, teilstationär & ambulant und ihre separate budgetierte Verfügbarkeit behindern die Wahlmöglichkeiten für individuell passgenaue Behandlung von Personen

Abb. 3.5 Ziel für moderne Krankenhausbehandlung: *Individuell passgenau*

Voraussetzung ist **die flexibilisierte & integrierte Krankenhausbehandlung** (Prozessqualität):

- ✓ **Dosis:** die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen statt der zu großen Stufen: ambulant = Faktor 1, teilstationär = F 30, stationär = F 90
- ✓ **Ort** der Krankenhausbehandlung:
in der Klinik und durch die Klinik im Lebensfeld (Home Treatment),
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.
- ✓ **Aufwand:** *soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich*
- ✓ **möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung**

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

11

Abb. 4.1 Krankenhausbehandlung: Patienten-orientierte Organisation und Finanzierung

100-jährige Logik des Systems der sozialen Sicherung:

Orientierung an Institutionen statt Personen

„Regionalbudget Oberbergischer Kreis“ (Prognos 1986):
Ohne Folgen!

PEPP-Konzept (seit 2009) „Fälle“: sektoral in stationäre, teilstationäre, ambulante Fälle getrennt: ohne Bezug auf Patienten als Personen

2017 - PsychVVG:

Qualität: -- sektorenübergreifende Behandlungspfade
-- stationsäquivalente Krankenhausbehandlung flexibel

Aufwand: CMI pro Person und Zeitstrecke

= Summe der Bewertungsrelationen / Relativgewichte

Abb. 4.2 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

**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

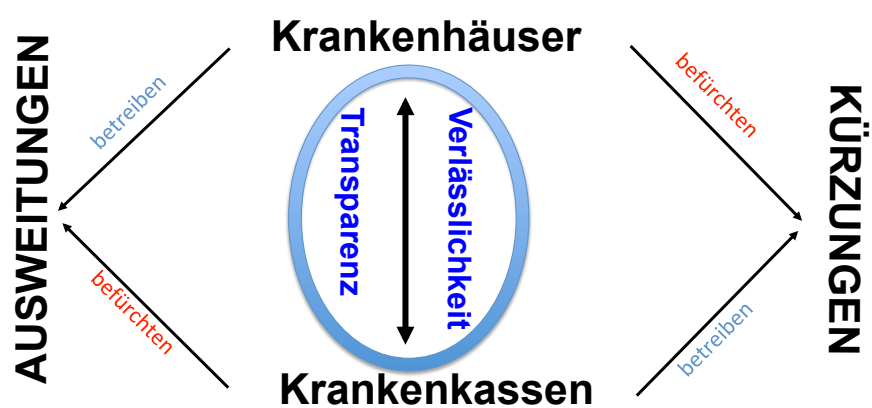
Abb. 4.3 Interne Personalbemessung: Matrix

Berufsgruppen Leistungen	Ärzte	Pflege	Psych. u.a.	VK Summen
X Betten				VK Summe Therapeuten
Y Plätze TK				VK Summe Therapeuten
Z PIA-Fälle (Quartal)				VK Summe Therapeuten
KLINIK	VK Summe Ärzte	VK Summe Pflege	VK Summe Psych... u.a.	VK Summe KLINIK

Abb. 5.1 *Budgetsystem und Qualität*

- **Budget** für die Gesamtleistung des Jahres:
Regionale Verantwortung: Anzahl Personen statt Fälle
Wahlpatienten, Konzeptpatienten
- Zur Budgetverhandlung Prüfung der Struktur- und Prozess-Qualität
- Bundeseinheitlicher Leistungskatalog: bisher stationärer Torso,
weiter differenzieren!
- Budget berücksichtigt Psych-PV, G-BA Personalvorgaben (2020)
Regionale und strukturelle hausindividuelle Besonderheiten
- Budget : Summe Relativgewichte = hausindiv. BasisEntgeltWert
Abrechnung der Einzelbehandlungen = **Abschlag zum Budget**
- **Wenn das Budget ausschlaggebend für den Jahreserlös ist, dann wird die individuelle Behandlungsplanung und ihre Einzelabrechnung vom Anreiz der Erläsoptimierung abgeschirmt. Dann kann die Patienten-orientierte Behandlungsplanung wirken.**

Abb. 5.2 (> 1.3) Komplementäre Interessen:
Budget-Kompromiss >> Vertrauen, als Basis für
individuell passgenaue Behandlung



Literatur

- *Weiss P, Heinz A, Schepker R, Grupp D, Kunze H.* Gewagtes Manöver. **f&w 3/2014**: 262-265
- *Kunze H, Burmann T, Grupp D, Schepker R, Weiß P, Wöhrmann S* (2015) PEPP-System – Budget oder Festpreis. **f&w 9/2015**: 740-741
- *Kunze H, Grupp D, Heinz A, Schepker R, Weiß P:* Neuausrichtung der Psych-Entgeltentwicklung - Das System lernt. **f&w 7/2016**: 628-631
- *Aktion Psychisch Kranke e.V.* Projektbericht: Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung. 2013
http://www.apk-ev-archiv.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf
- *Deister A, Wilms B* (2014) Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Psychiatrie Verlag, Köln
- *Ernst R.* Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen und –gespräche mit den psychiatrischen Einrichtungen in Hessen. 7. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 01.10.2015 in Berlin
https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturprüfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf
- *Kunze H.* Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Stuttgart: Kohlhammer 2015

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Folien für die Diskussion:

Abb. 6.1 ...mit dem PEPP-System – angepasst: überleben

- Ausweitung von unterdurchschnittlich aufwändigen stationären Fällen mit im ambulanten Bereich unterversorgten Patienten
- Elektive Steuerung der Aufnahmen zur gleichmäßigen Auslastung über die Ambulanz
- Vermeidung von überdurchschnittlich aufwändigen Behandlungen (Bezug die PEPP-Mittelwerte)
- Konzentration zu „wirtschaftlichen“ Größen von Stationen und Klinikstandorten.

WIRKUNGEN:

- ***Und was würde aus dem Anrecht der psychisch erkrankten Menschen auf wohnortnahe Krankenhausbehandlung, rechtzeitig und individuell passgenau?***
- ***Therapeuten (Kliniken / MDK) werden von den Fehlanreizen in die innere, ggf. auch die externe Emigration getrieben. Angezogen würde Personal mit anderen Präferenzen.***

Abb. 6.2

Wiedersehen bei PEPP in 5 Jahren?

- ***Frage: kann das Budgetsystem PEPP „zähmen“?***

Weggabelungen zurück zum PEPP-System:

- WENN die G-BA Personalanforderungen unzureichend wirken
- WENN regionale und strukturelle Besonderheiten nicht ins Budget eingehen z.B. regionale Versorgungspflicht
- WENN der bundesweite Leistungskatalog über stationäre Betten nicht hinauskommt
- WENN die Abrechnung der Einzelleistungen und den Jahreserlös bestimmt
- WENN die Erlösoptimierung und die Personalkostenreduzierung die Behandlungssteuerung bestimmt

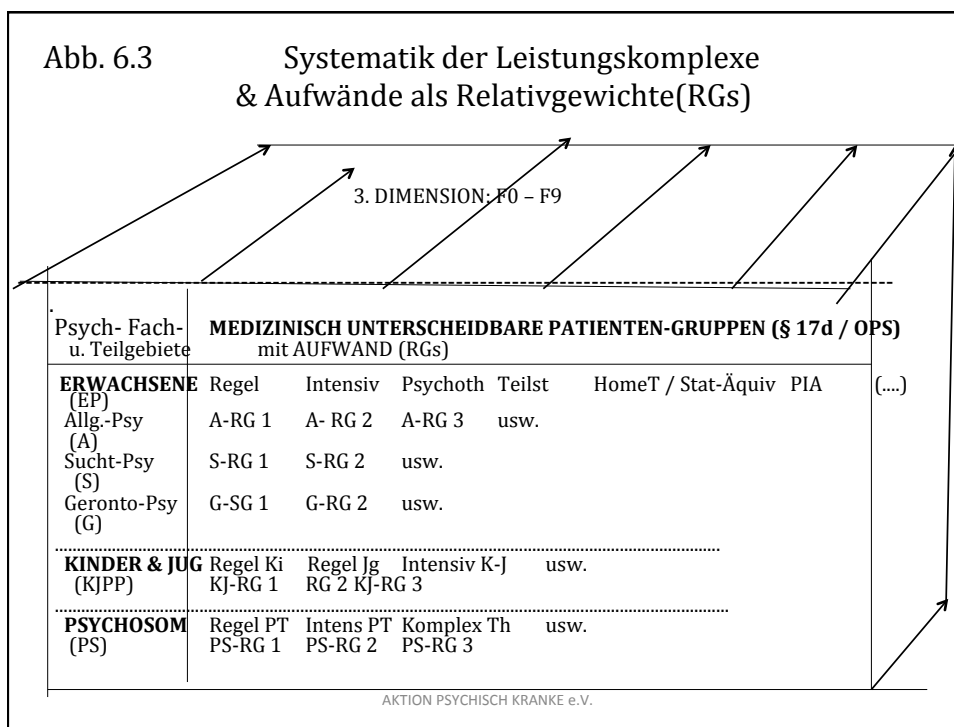


Abb. 6.4 Patienten-orientierte Organisation und Finanzierung

100-jährige Logik des Systems der sozialen Sicherung:

Institutions- statt Personen-Orientierung

„Kosten- und Finanzierungsausschuss“ 1980-85, nur ein Ergebnis:

RPK – *medizinische und berufliche* Rehabilitation,

Das Besondere: 2 Funktionen aus „einer Hand“ mit *Beziehungskontinuum*

Resignativer Satz:

„Wegen der heterogenen Zusammensetzung ... und wegen der *Bindung der Vertreter an die jeweilige Verbandsposition* wurden andere Finanzierungskonzepte nicht mehr entwickelt“ („Empfehlungen der Expertenkommission ...“ BMJFFG 1988)

z. B. „Regionalbudget Oberbergischer Kreis“ (Prognos 1986)

z. B. PEPP-Konzept (2017) „Fälle“, sektoral in stationäre, teilstationäre, ambulante Fälle getrennt: ohne Bezug auf Patienten als Personen

Aber in der Psychiatrie-Personalverordnung 1990 (Psych-PV) wurden die

Leistungen **funktional** definiert,

das ermöglicht die integrierte Organisation von

personenorientierten Behandlungsprozessen