

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (Hg.)

# **Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG**

**Dokumentation des Expertenworkshops  
am 04. Juli 2011 in Berlin**

gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Herausgegeben von  
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.  
Peter Weiß  
Heinrich Kunze  
Norbert Roeder

Psychiatrie Verlag

**Aktion Psychisch Kranke e.V., Peter Weiß, Heinrich Kunze, Norbert Roeder (Hg.).**

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische  
und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG

Psychiatrie Verlag, Bonn

ISBN 978-3-88414-546-3

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

1. Auflage 2011

© Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung  
der Herausgeberin vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Herstellung: Psychiatrie Verlag, Bonn

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: Himmer AG, Augsburg

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

<b>Begrüßung</b>	5
Peter Weiß	
<b>Grußwort</b>	8
Annette Widmann-Mauz	
<b>A Beiträge der Referenten</b>	
<b>Einführung des Moderators</b>	14
Norbert Roeder	
<b>Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem</b>	16
Wulf-Dietrich Leber	
<b>Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem</b>	36
Georg Baum	
<b>Transparenz des Versorgungsgeschehens psychisch kranker Menschen</b>	40
Jürgen Fritze, Jürgen Zielasek, Wolfgang Gaebel	
<b>Die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE</b>	61
Heinrich Kunze, Rainer Kukla	
<b>Pauschalierende Entgelte für Psych-Leistungen: Internationaler Vergleich</b>	78
Peter Dirschedl	
<b>Aktueller Stand bei der Entwicklung des Psych-Entgeltsystems</b>	82
Frank Heimig	
<b>Praktische Erfahrungen eines Kalkulationshauses</b>	103
Thomas Brobeil	
<b>B Statements</b>	
<b>Position der Länder/Gesundheitsministerkonferenz 2011</b>	114
Andreas Hauk	
<b>Entgeltsystem- als Versorgungssystem</b>	119
Stefan Wöhrmann	
<b>IV-Projekt Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf</b>	122
Thomas Bock, Gunda Ohm	
<b>Erfahrungen und Erwartungen aus Sicht der Regionen mit integrativen Versorgungskonzepten (Regionales Budget)</b>	128
Arno Deister	

<b>... aus Sicht einer Angehörigen</b>	131
Gudrun Schliebener	
<b>... aus Sicht des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)</b>	133
Karl H. Beine	
<b>... mit Vorschlägen zur Weiterentwicklung des KHRG-Prozesses</b>	137
Peter Kruckenberg	
<b>... aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)</b>	140
Matthias Rosemann	
<b>Schlusswort</b>	141
Norbert Roeder	
<b>C Anhang</b>	
<b>Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems auf der Grundlage des gemeinsamen Eckpunkte-papiers »Neustart für § 17 d KHG: Sektorenübergreifende Versorgung für psychisch Kranke« von ackpa, APK, vdek und AOK-Bundesverband (Stand: 24.05.2011)</b>	144
<b>Die Weiterentwicklung der psychiatrisch- psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung Empfehlungen der APK zur Umsetzung des KHRG - Mai 2010</b>	151
<b>Folgende Stellungnahmen der apk finden Sie im Internet unter <a href="http://www.apk.de">www.apk.de</a>:</b>	
17.01.2011 Heinrich Kunze, Rainer Kukla: Chancen für die Psychiatrie	
17.01.2011 H. Kunze – Entwicklung der klinischen Versorgung	
10.01.2011 Stellungnahme zum OPS-Verfahren für 2011	
14.12.2010 APK Stellungnahme zur Umsetzung des KHRG	
02.09.2010 Entwicklung eines neuen Entgeltsystems nach § 17 d KHRG	
25.06.2010 Vorschlag der APK an DIMDI für 2011 zu PSY-OPS Komplexcodes	
28.10.2008 APK-Stellungnahme zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG-E)	
<b>Autorinnen und Autoren</b>	159

# Begrüßung

Peter Weiß

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich zu diesem Workshop hier in Berlin.

Warum haben wir die Katholische Akademie Berlin als Tagungsort ausgesucht? Im benachbarten Bundesministerium für Gesundheit gibt es keinen entsprechend großen Raum. Wem das zu banal ist, bieten wir noch eine andere Begründung: Zwar weht der Geist wo er will, aber vielleicht findet er besonders hier Eingang: im Tagungszentrum der Katholischen Akademie im Hotel Aquino.

Wir wollen mit diesem Workshop einen konstruktiven Beitrag leisten zur Überwindung von Grenzen und Spannungen zwischen verschiedene Lagern, insbesondere zwischen den vom Gesetzgeber beauftragten Akteuren des Entgeltentwicklungsprozesses einerseits und andererseits den unterschiedlichen Gruppen von am Entwicklungsprozess Beteiligten und von ihm Betroffenen. Wir Abgeordnete des Bundestages sind der Auffassung, dass wir mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 ein gutes Gesetz gemacht haben. Wir nehmen aber mit Sorge zur Kenntnis, dass diese Einschätzung von vielen Beteiligten und Betroffenen immer weniger geteilt wird, je weiter die Vorbereitungen für das neue Entgeltsystem vorangetrieben werden.

Ich möchte mich herzlich bedanken, dass der Herr Bundesgesundheitsminister und das Bundesministerium für Gesundheit sich auf unseren Vorschlag eingelassen haben, zu der heftig diskutierten und in der heißen Phase befindlichen Entwicklung des neuen Entgeltsystems für die Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einen Workshop zu veranstalten, der die unterschiedlichen Positionen zusammenführt, die sonst eher in separaten Zirkeln bearbeitet werden. Uns geht es insbesondere darum, den Diskurs über die mittel- und langfristigen Ziele voran zu bringen, für die es sich zu engagieren lohnt und um neue Motivation zu schaffen, den aufwändigen Entwicklungsprozess aus Überzeugung zu unterstützen.

Ich möchte Sie, Frau Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, herzlich begrüßen und Ihnen danken, dass Sie diesen Workshop mit ihrem Grußwort eröffnen und Sie bitten, dem Minister und den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseren Dank für die Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu überbringen.

Ich begrüße auch zwei meiner Abgeordneten-Kolleginnen, nämlich Frau Volkmer und Frau Klein-Schmeink, und danke Ihnen herzlich, dass Sie sich an diesem Workshop beteiligen.

Dann möchte ich Ihnen, den zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die ich nicht alle persönlich begrüßen kann, meinen Dank aussprechen, dass Sie sich die Zeit nehmen, durch Referate, Diskussionsbeiträge und durch gemeinsames Mitüberlegen die Thematik des Workshops zu bearbeiten.

Wie sie ja alle wissen, hat der Gesetzgeber mit dem KHRG von 2009 die Weichen gestellt für eine Neuordnung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. Und Sie wissen auch, dass damit die große Hoffnung verbunden ist, diese Finanzierung in Deutschland auf neue, zukunftsfähige und, was vor allem die Qualität anbelangt, verbesserte Grundlagen zu stellen.

Den Ausgangspunkt zu einer flächendeckend therapeutisch geprägten Krankenhausbehandlung mit deutlich kürzeren stationären Behandlungszeiten hat bereits die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gelegt. In der Amtlichen Begründung stand, dass damit der Weg von einer »Verwehr-Psychiatrie zu einer Behandlungspsychiatrie« eröffnet und geebnet werden sollte. Die Psych-PV hat uns in den vergangenen 20 Jahren gute Dienste geleistet. Allerdings zeigte eine Untersuchung – und das war auch ein Projekt, das die Aktion Psychisch Kranke in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt hat –, dass es mit der Umsetzung der Psych-PV Probleme gibt. Denn die Psych-PV liefert zwar die Grundlagen für die Bemessung der notwendigen Stellen für das therapeutische Personal, aber deren Finanzierung – als Teil der Finanzierung der gesamten pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhausbehandlung – richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Damit sind wir mit dem Strukturproblem konfrontiert, dass die Wirkung der einen Verordnung den Anspruch auf Behandlung nach den Qualitätsstandards der anderen Verordnung aushöhlt. Die Untersuchung hat ein sehr differenziertes, in vielen Bereichen unseres Landes eher erschreckendes Ergebnis ergeben.

Das war letztendlich auch der Anlass für den Gesetzgeber – sprich für uns Bundestagsabgeordnete – die Forderung aus der Fachwelt aufzugreifen, als Startvoraussetzung für die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems festzulegen, dass die Erfüllung der Personalausstattung nach der Psych-PV vorzusehen ist, damit das erodierte Psych-PV-IST nicht für die Zukunft zementiert wird. Deshalb wurde im KHRG auch entsprechend die BpflV geändert und nicht nur der § 17 d KHG eingeführt. Dessen Umsetzung liegt nun zunächst in den Händen der Selbstverwaltung. Wir Abgeordnete verfolgen aufmerksam den Entwicklungsprozess, denn wir haben bald das erste Gesetz zur Einführung der Vorschläge der nach § 17 d beauftragten Selbstverwaltungspartner zu beschließen.

Wie wir alle wissen, ist der laufende Entwicklungsprozess mit vielen Befürchtungen und auch Schmerzen in den Häusern verbunden, insbesondere

wegen der zusätzlich zu sammelnden Daten, deren Sinnhaftigkeit empirisch nicht erwiesen ist, und wegen der längerfristigen Chancen und Risiken des neuen Entgeltsystems. Der Gesetzgeber hat ja eigentlich viel Zeit gegeben, die Neuordnung in sinnvoller Weise vorzubereiten und umzusetzen, und so wünsche ich mir, dass der heutige Workshop einen Beitrag dazu leistet, insbesondere hinsichtlich der Ziele der Umgestaltung, aber auch über den Weg, der zu diesen Zielen führen wird.

Noch mal herzlich willkommen hier in der Katholischen Akademie in Berlin zu diesem Workshop und das Wort hat nunmehr die Frau Parlamentarische Staatssekretärin.

Vielen Dank.

# Grußwort

**Annette Widmann-Mauz**

Sehr geehrter Herr Kollege Weiß,  
sehr geehrter Herr Prof. Roeder,  
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen des Deutschen Bundestages,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

mit der Entwicklung leistungsorientierter Entgeltsysteme haben wir in Deutschland gute Erfahrungen gemacht. Nachdem wir das Entgeltsystem in der Somatik erfolgreich umgestellt haben, soll nun auch im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik ein leistungsorientiertes Entgeltsystem entwickelt und eingeführt werden.

Dabei ist das von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene bis 2012 für voll- und teilstationäre Leistungen zu entwickelnde Psych-Entgeltsystem als »lernendes System« angelegt. Es ist damit – auch über die Einführungsphase hinaus – auf das Know-how und den Sachverstand aller Beteiligten angewiesen. Nur im Dialog, und dass ist meine feste Überzeugung, werden wir die Basis für ein solides Entgeltsystem legen, das den Anforderungen an eine zukunftsfähige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gerecht wird.

Daher freue ich mich, dass hier und heute maßgebliche Akteure der Psych-Versorgungslandschaft zusammengekommen sind, um den bisherigen Entwicklungsstand des Psych-Entgeltsystems zu erörtern.

Der APK, die zu der heutigen Veranstaltung eingeladen hat, danke ich für die Ausrichtung der Veranstaltung. Die APK begleitet den Entwicklungsprozess konstruktiv-kritisch, wie sie dies bei zahlreichen Reformschritten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in der Vergangenheit getan hat. Sie hat sich dabei immer auch als Interessenvertretung der psychisch kranken Menschen verstanden.

Meine Damen und Herren, uns allen ist bekannt, dass psychische Erkrankungen weltweit an Bedeutung zunehmen. Der Anteil psychischer Erkrankungen am Diagnose- und Behandlungsspektrum hat auch in Deutschland in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen. Alleine 8,6 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gingen im Jahr 2010 auf psychische Erkrankungen zurück. Seit 1997 ist dies fast eine Verdoppelung. Neben Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen psychische Erkrankungen den häufigsten Grund für eine Frühberentung dar.

Demgegenüber steht ein leistungsfähiges, flächendeckendes, differenziertes System der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. Dieses System müssen wir an zukünftige Herausforderungen anpassen. Und es muss – wie in anderen medizinischen Disziplinen – finanzierbar sein und bleiben. Dazu müssen wir für eine wirtschaftliche Leistungserbringung sorgen.

Grundvoraussetzung hierfür ist zunächst Transparenz über das Leistungsgeschehen. Hier besteht im Psych-Bereich Handlungsbedarf. Dazu gehört auch, dass Behandlungen leistungsgerecht vergütet werden. Krankenhäuser, die aufwändiger zu versorgende Patientinnen und Patienten versorgen, sollen die entsprechende Leistung auch besser vergütet bekommen, als Einrichtungen, die weniger aufwändige Patienten versorgen.

Meine Damen und Herren, warum brauchen wir ein neues Entgeltsystem? Wir alle wissen, dass im System der heutigen Pflegesatzverhandlungen die Leistungsorientierung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verbesserungsbedürftig ist. Die Leistungserbringung und der damit verbundene Aufwand stellt sich – pointiert formuliert – als »Black Box« dar. Rückschlüsse auf Leistungsgerechtigkeit fehlen.

Der Fehlanreiz liegt darin, dass für leichte Fälle die gleichen Erlöse erzielt werden wie für hochaufwändige, schwere Fälle. Dies schafft bei leichten Fällen Anreize zur medizinisch nicht erforderlichen Leistungsausweitung. Für Patienten mit hohem Behandlungsaufwand kann dagegen eine Unterfinanzierung oder auch im Einzelfall Unterversorgung entstehen.

Mit dem neuen Entgeltsystem sollen die beschriebenen Nachteile für Patientinnen und Patienten und für die Leistungserbringer behoben werden. Damit kann das neue Entgeltsystem zu einer Win-Win-Situation führen. Leistungserbringer werden ihrem Behandlungsaufwand entsprechend vergütet. Patienten können dagegen mit einer noch stärker am medizinischen Bedarf orientierten Leistungserbringung rechnen.

Um dies zu erreichen, hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner beauftragt, für den Psych-Bereich, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem zu entwickeln.

Das neue Entgeltsystem setzt an den bestehenden Mängeln an. Mit der Reform des Psych-Entgeltsystems bringen wir Transparenz in das Leistungsgeschehen. Anhand empirischer Daten wird dabei in einem ersten Schritt der unterschiedliche Behandlungsaufwand medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abgebildet. Ziel ist es, gleiche Leistungen gleich zu vergüten.

Sie alle wissen, dass die Selbstverwaltungspartner sich bereits im November 2009 auf die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen geeinigt haben. Wesentliche In-

halte dieser Vereinbarung sind in Vorbereitung oder bereits umgesetzt. Zu dem durchgeführten Pretest, der Probekalkulation und der Begleitforschung sowie weiteren Arbeitsschritten werden wir sicherlich heute in den weiteren Vorträgen nähere Details erfahren. Alles in allem liegen wir gut im Zeitplan und wir sollten in unseren Anstrengungen nicht nachlassen, die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems nachhaltig voranzubringen.

Auch wenn das neue Psych-Entgeltsystem viele Parallelen zu dem Erfolgsmodell der DRG-Einführung aufweist, geht es darum, durch das separate Entgeltsystem den Besonderheiten der Psychiatrie gegenüber der Somatik Rechnung zu tragen. So soll das neue Entgeltsystem z. B. grundsätzlich auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten entwickelt werden, da die Verweildauern bei gleichen Diagnosen stark variieren können. Allerdings hat der Gesetzgeber auch den Prüfauftrag erteilt, wo möglich auch andere Abrechnungseinheiten heranzuziehen. Inwieweit diesem Prüfauftrag Rechnung getragen werden kann, wird sich erst auf der Grundlage empirischer Kalkulationsdaten im Laufe der Zeit beantworten lassen.

Ein weiterer Prüfauftrag bezieht sich auf die Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) in das Entgeltsystem. Selbstverständlich ist die Verfügbarkeit der erforderlichen Daten in einem empirischen, datenbasierten Entgeltsystem Voraussetzung für den Einbezug in die Kalkulation. Diese Voraussetzung ist bislang nicht hinreichend erfüllt. Durch eine Verschiebung des Prüfauftrags wird die Ausgangssituation nicht verbessert. Die Selbstverwaltungspartner sind daher gefordert, schnellstmöglich die erforderliche Datengrundlage zur Umsetzung des PIA-Prüfauftrags zu schaffen.

Ähnlich wie bei der Einführung des DRG-Systems sind noch zahlreiche Aspekte der Ausgestaltung des Entgeltsystems offen. Anders als beim DRG-System können wir beim Psych-Entgeltsystem jedoch nicht auf das vorhandene Entgeltsystem eines anderen Staates aufbauen. Wir übernehmen hier weitgehend eine Pionierrolle. Insofern stehen wir erst am Anfang eines neuen Weges. Es gibt noch viele offene Fragen. Es ist absehbar, dass dadurch Änderungen und Anpassungen erforderlich werden.

Ich habe großes Verständnis für die Sorgen und Ängste, die mit den erforderlichen Veränderungen verbunden sind. Mit den noch auszugestaltenden weiteren gesetzlichen Rahmenbedingungen haben wir es in der Hand, unzumutbare Härten zu vermeiden.

Damit kann den Beteiligten die erforderliche Zeit für Anpassungen eingeräumt werden. Die Forderung, hinreichend Zeit für die Einführung zu haben, nehmen wir sehr ernst. Keine Einrichtung soll aufgrund fehlender Übergangszeiten an dem Einführungsprozess scheitern. Es gilt weiterhin das »lernende System« – und zwar für das Entgeltsystem wie für die weiteren gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Meine Damen und Herren, dies funktioniert natürlich nur dann, wenn dafür vorgesehene Zeiten auch tatsächlich für Anpassungen und Veränderungen an die neuen Spielregeln genutzt werden. Bei allen bestehenden Unterschieden zu Detailfragen bin ich überzeugt, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wir sollten also grundsätzlich an dem gesetzlich vorgegebenen Zeitplan für die Einführung des neuen Entgeltsystems festhalten. Das schließt nicht aus, den Einrichtungen die für Anpassungen und Veränderungen erforderlichen Zeiten einzuräumen. Dem Entwicklungsstand des Entgeltsystems und dem Vorbereitungsstand der psychiatrischen Einrichtungen kann durch die Ausgestaltung des weiteren gesetzlichen Rahmens Rechnung getragen werden.

Nur wer sich auf den Weg macht, kann ankommen. Dazu brauchen wir Beteiligung und Dialog, denn nur so kann die Basis für ein solides Entgeltsystem entstehen, das auch flexibel weiterentwickelt werden kann.

In diesem Sinne erwarte ich von der heutigen Veranstaltung, dass die Pro und Kontras zur Sprache kommen, Missverständnisse ausgeräumt werden können und damit ein Beitrag zur erfolgreichen Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems geleistet wird.

Ich wünsche uns heute eine interessante Veranstaltung, viele ggf. auch neue Erkenntnisse und einen bereichernden Dialog.



## A Beiträge der Referenten

# Einführung des Moderators

Norbert Roeder

Bis 2013 soll ein neues Krankenhaus-Entgeltsystem für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt werden, nachdem seit 1991 die Finanzierung der Personalstellen für das therapeutischen Personal über die so genannte Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) in der Psychiatrie und über ein verhandeltes, medizinisch leistungsgerechtes Budget in der Psychosomatik erfolgt. Für beide Bereiche gilt die Bundespflegesatzverordnung. Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems soll auch für diese Fachgebiete der Weg nachgezeichnet werden, der in der Somatik bereits erfolgreich beschritten wurde. Ziel ist es, Transparenz herzustellen und auf dieser Basis eine leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen.

Die Entwicklung des neuen Vergütungssystems fällt zusammen mit der Feststellung, dass der Bedarf an psychiatrischer Versorgungsleistung, insbesondere stationärer Versorgungsleistung in den letzten Jahren erheblich ansteigt. Dieser Anstieg ist auf einen Mehrbedarf durch die Zunahme insbesondere der Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen in unserer Bevölkerung zurückzuführen. Dabei ist strittig, ob alle stationären Behandlungen auch stationär erbracht werden müssen. Evtl. könnte ein Teil dieser Behandlungen auch teilstationär oder ambulant erbracht werden, wenn hierfür mehr Versorgungskapazitäten zur Verfügung stünden. Aus diesem Grunde wird von der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) und Anderen gefordert, die Einführung des neuen Vergütungssystems mit einer Neustrukturierung der Versorgungsangebote zu verknüpfen. Dieser Vorschlag wird von einem Teil der Kostenträger unterstützt, da sie hierin eine Möglichkeit sehen, den steigenden Bedarf durch die gleichzeitige Steigerung kostengünstigerer Leistungsangebote wirtschaftlich zu kompensieren.

Eine auf einer Patientenklassifikation basierende sachgerechte Vergütung macht es notwendig, dass Patientenmerkmale detaillierter und umfangreicher als bisher für jeden Behandlungsfall dokumentiert werden. Hierzu gibt es unterschiedliche Perspektiven. Während »Systementwickler« dafür plädieren, vielversprechende Merkmale zur Patientencharakterisierung und aus der Patientenbehandlung zu dokumentieren, sieht zumindest ein Teil der Leistungserbringer hierin eine unnötige Bürokratisierung der psychosozialen Medizin.

Der Anspruch der APK, die psychiatrische Krankenhausbehandlung effizienter zu gestalten mit all ihren Facetten (vollstationär, teilstationär, PIA),

qualitativ zu verbessern und durch eine bessere Verzahnung dieser Behandlungsbereiche auch die psychiatrische Versorgung in Deutschland zu verbessern ist sehr zu begrüßen. Es ist jedoch zu prüfen, inwieweit die Entwicklung und Einführung des neuen Vergütungssystems und eine Umstrukturierung der Versorgungspfade parallelisiert werden können.

Zunächst muss eine empirische Aufwandserhebung erfolgen. Hierzu ist es notwendig, Diagnosen und diagnosebezogene Leistungen differenzierter als bisher zu erfassen. Für die Fachgebiete der psychosozialen Medizin ist die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren im nun erforderlichen Detaillierungsgrad ebenso Neuland, wie die intensive Beschäftigung mit der Effizienz der medizinischen Leistungsprozesse unter wirtschaftlichem Druck. Bisher sicherte die Psychiatrie-Personalverordnung weitgehend einen Personalbestand strukturell ab, mit dem die erforderlichen Leistungen mehr oder weniger gut erbracht werden konnten. Das Budget bot weitgehend Planungssicherheit.

Im Spannungsfeld der oben dargelegten Kontroversen haben sich die Positionen der unterschiedlichsten Interessenträger sehr verfestigt, was eine konstruktive Diskussion erschwert und die notwendige Auseinandersetzung mit den wichtigen Fragen teilweise behindert. Die APK hat daher wesentliche Interessensvertreter am 4. Juli 2011 zu einem Workshop eingeladen, auf dem die unterschiedlichen Positionen auch im Hinblick auf die zukünftige Ausgestaltung des Vergütungssystems dargestellt und diskutiert werden konnten. Ziel war, den konstruktiven Anteil der Diskussion stärker zu betonen, die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten und zur Reduktion noch fortbestehender Gegensätze Lösungen zu erarbeiten. Das BMG als institutioneller Förderer der APK hat diese Veranstaltung unterstützt und ihr mit der Eröffnung durch die Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz einen entsprechenden Rahmen gegeben. Die Beiträge in diesem Workshopband dokumentieren hochaktuell die Perspektiven zum Veranstaltungszeitpunkt im Sinne einer Bestandsaufnahme sowie das Ergebnis der Diskussion dieser Perspektiven.

Ich wünsche der psychosozialen Medizin und insbesondere den von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten einen erfolgreichen Fortgang dieser Diskussion und der Entwicklung des neuen Entgeltsystems. Letztendlich sind es die Patientinnen und Patienten, die von einer weiterhin guten Versorgung als Ergebnis einer sachgerechten Leistungsfinanzierung profitieren sollen und müssen.

# Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem

Wulf-Dietrich Leber

## § 17 d-Entwicklungsschritte

Überraschende Neuigkeiten sind von einem Symposium über die Reform der Psychiatrie-Entgelte inzwischen nicht mehr zu erwarten. Die Reformbeteiligten sind zu einer Art Diskussionsgemeinde zusammengewachsen und die Auseinandersetzungen haben fast schon den Charakter langjähriger innerfamiliärer Zwistigkeiten erreicht. Schließlich besteht der Auftrag seit über zwei Jahren in § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Für die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und psychosomatische Medizin soll ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten eingeführt werden.

Dies ist fast im Wortlaut eine Neuauflage der DRG-Einführung, mit dem einen Unterschied, dass nicht vornehmlich Fallkosten, sondern Tagessätze vergütet werden sollen. Die zum Teil aufgrund historischer Zufälligkeiten entstandenen, einrichtungsbezogenen Tagessätze sollen durch patienten- bzw. krankheitsgruppenbezogene Tagessätze substituiert werden. Die einrichtungsbezogenen Tagessätze zeigen eine durchaus beachtliche Varianz (Abbildung 1).

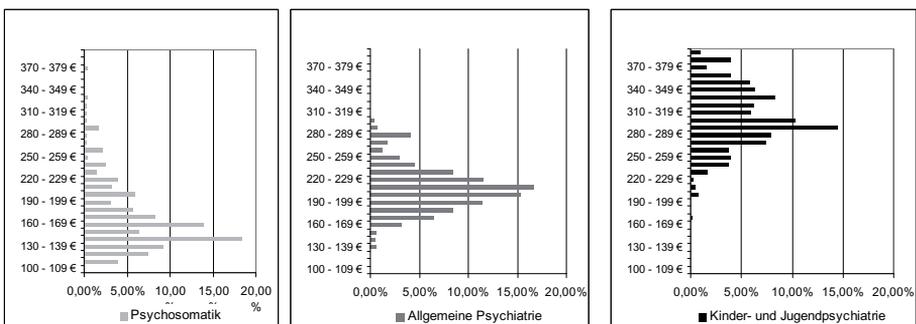


Abb. 1: Tagesgleiche Pflegesätze (Häufigkeitsverteilung gewichtet nach Abrechnungstagen 2008); Quelle: Entgeltstrukturdatei der Krankenkassen (ESE-DB) 2008, eigene Darstellung, (vgl. [1])

Der Zeitplan für die Selbstverwaltungspartner ist vom Gesetzgeber vergleichsweise klar vorstrukturiert und berücksichtigt, dass die Entwicklung von Entgelten einem dreijährigen Zyklus folgt. Im Jahr 1 werden die Daten erhoben, im Jahr 2 werden sie ausgewertet und im Jahr 3 angewendet. Sieht man vom Prätest ab, so ist 2010 (bzw. dessen zweite Hälfte) die erste Datenbasis, die sinnvoll für die Entwicklung der Psych-Entgelte ausgewertet werden kann.

Idealerweise führt dies zu einem Grouper, der als Testversion in 2012 eingesetzt werden kann. Keinesfalls sollte der budgetneutrale Umstieg im Jahre 2013 ohne eine solche Testversion erfolgen. Ob sie bereits aussagefähige Relativgewichte enthält, ist derzeit noch nicht absehbar. Das laufende Jahr 2011 ist die wesentliche Basis für den budgetneutralen Umstieg in 2013. Um die Umstiegsängste ein wenig zu dämpfen, sei darauf hingewiesen, dass dies lediglich der Beginn des lernenden Systems ist. Schon 2014 wird auf einer verbesserten Kalkulationsbasis vergütet. Die tiefgreifenden Änderungen während der DRG-Entwicklung haben gezeigt, dass die Formel vom »lernenden System« nicht nur eine Worthülse, sondern gelebte Vertragspartnerpolitik ist.

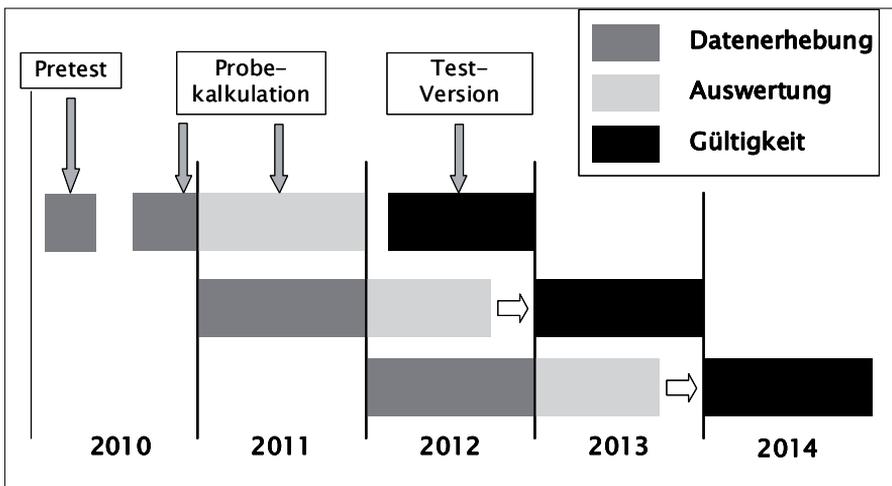


Abb. 2: Zeitplan; Quelle: Eigene Darstellung

Gemäß der gesetzlichen Vorgabe erfolgte zwischen den Spitzenverbandspartnern in 2009 die Vereinbarung über die Grundstrukturen zur Entwicklung des Psych-Entgeltsystems. Sie enthält im Wesentlichen die Aufforderung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), mit der Arbeit zu beginnen. Das InEK ist diese Aufgabe beherzt angegangen und hat inzwischen eine funktionierende Arbeitsatmosphäre mit den kalkulierenden Häusern ge-

schaffen. Es bestehen kaum Zweifel, dass 2013 ein budgetneutraler Umstieg möglich ist.

Spürbare Auswirkung der Entgeltreform ist die Kodierung von Leistungen – ein nicht gerade erhebender, aber notwendiger Vorgang. Die Einführung eines leistungsorientierten Systems bedeutet, dass die Leistungen erfasst – sprich kodiert – werden müssen. Ein Blick auf den gegenwärtigen Kodierstatus lässt eine erhebliche Untererfassung vermuten. Das gilt natürlich in erster Linie für die Prozeduren, wo entsprechende Abbildungsmöglichkeiten erst für 2010 geschaffen wurden. Es gilt aber auch für Diagnosen. Obwohl die Einschätzung der Psychiater von einem erheblichen Maß an Multimorbidität ausgeht, zeigen die kodierten Diagnosen aus psychiatrische Fachkliniken einen Anteil von 40 % mit nur einer Diagnose (Tabelle 1, Spalte 2). Zum Vergleich: Nach zehn Jahren DRG-Einführung ist dieser Anteil in der Unfallchirurgie auf 13 % und in der Inneren Medizin auf 7 % gesunken.

Tab. 1: Kodierquantität Diagnosen (Anteil in % aller Fälle);

Quelle: Daten gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Psychiatrie	Nur Haupt-Diagnose	Nebendiagnosen				
		1	2	3	4	< 4
<b>Fachkliniken</b>						
Allgemein	40%	26%	15%	8%	5%	6%
Kinder/Jugend	49%	31%	13%	5%	2%	1%
Psychosomatik	34%	15%	14%	11%	8%	18%
<b>Fachabteilungen</b>						
Allgemein	35%	25%	16%	9%	6%	9%
Kinder/Jugend	45%	30%	15%	6%	3%	2%
Psychosomatik	23%	24%	19%	13%	8%	14%
<b>Gesamt</b>						
Psychiatrie	37%	25%	15%	9%	5%	8%
<b>Zum Vergleich (DRG-Bereich)</b>						
Unfallchirurgie	13%	19%	15%	13%	10%	31%
Innere Medizin	7%	9%	11%	11%	11%	51%

Der OPS 2010 enthält erstmals ein breiteres Kapitel zur Abbildung psychiatrischer Leistungen und er wird verwendet, um Einstufungen gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) via § 301-Daten zu übermitteln. Im Vorgriff auf den Vortrag von Dr. Heimig sei die im Jahr 2010 stark zunehmende Kodierung dargestellt (Abbildung 3). Der zögerliche Beginn mag darin begründet sein, dass Untererfassung gemäß einer Spitzenverbandsvereinbarung im ersten Halbjahr 2011 sanktionsfrei gestellt wurde. Es ist davon auszugehen, dass der Prozess des Right-Codings noch einige Zeit in Anspruch

nehmen wird. Gleichwohl ist das Wissen über das Leistungsgeschehen schon um Dimensionen größer als vor dem Start des Reformprozesses.

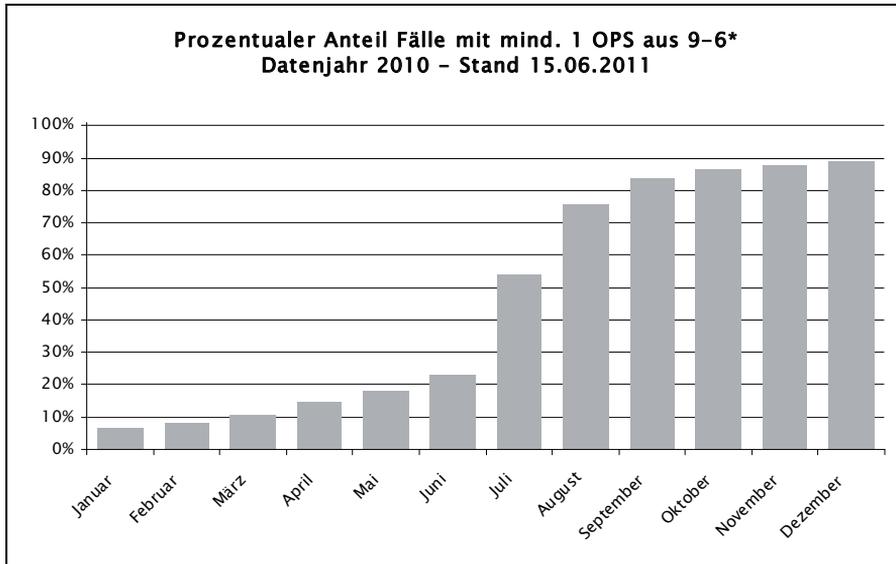


Abb. 3: Kodierung Psych-OPS in 2010; Quelle: InEK-Vortrag zur Weiterentwicklung Entgeltsystem 2012, DRG-Dialog am 28.06.2011

Ernsthafte Diskussionen über die Grundstruktur des DRG-Systems haben leider noch nicht stattgefunden. Als Beispiel für eine noch zu klärende Frage sei die »Volatilität« des Systems genannt. Der Gesetzgeber hat zwar festgelegt, dass die Entgelte vornehmlich tagesbezogen sein sollen. Er hat aber offengelassen, ob dies täglich wechselnde oder für einen Fall gleichbleibende Tagessätze sein sollen. Ein täglich wechselnder Pflegesatz würde das Konfliktpotential zwischen Krankenhäusern und Kassen (bzw. MDK) maximieren. Je nachdem, ob der Therapeut an diesem Tage tätig gewesen wäre, gäbe es einen höheren oder niedrigeren Pflegesatz. Andererseits bringt auch ein über Monate gleichbleibender Pflegesatz Schwierigkeiten mit sich, wenn bspw. nur in den ersten Tagen eine intensive 1 : 1-Betreuung stattgefunden hat. Die GKV hält eine wöchentliche Anpassung für sinnvoll. Ein Blick auf viele Therapieschemata und auf den OPS zeigt (etwas flapsig ausgedrückt): Die Psychiatrie tickt im Wochenrhythmus (Abbildung 4).

Unklar war allerdings im letzten OPS, wie denn nun genau der Datumsbezug zu verstehen ist. Soll die erste oder die letzte Therapieeinheit als maßgeblich angesehen werden. Die Auswertungen im Prätest zeigten hier ein totales Kuddelmuddel. Die Selbstverwaltungspartner haben deshalb in den Kodierrichtlinien 2011 eine Regelung getroffen (PB005b): Bei Wochen-

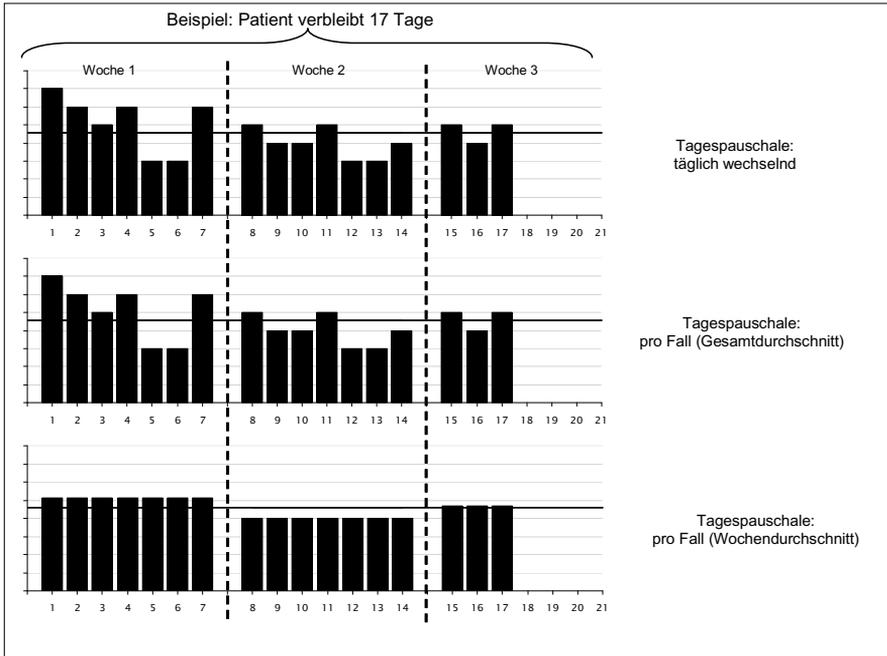


Abb. 4: Vergütungsvarianten der Tagespauschale (Tages-, Wochen- oder Fallgruppierung);  
Quelle: Eigene Darstellung

kodes »ist als Bezugsdatum für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der erste Tag der vom Kode bestimmten Periode anzugeben«. (Alle meine Versuche, hier sprachpflegerisch tätig zu werden und diese Formulierung zu verhindern, sind leider vergeblich gewesen). Vereinfacht gesagt ist das Setting für das Datum entscheidend: Der erste Tag einer Intensivbetreuung ist als Datum anzugeben.

Insgesamt fällt eine Bewertung des Psych-OPS durch die GKV gemischt aus. Immerhin ist ein Anfang gemacht. Aber der Kode ist medizinisch nicht gerade gehaltvoll. Akribisch wird der Zeitaufwand erfasst (Stichwort »schwäbischer Lohnbuchhalter«), aber die Inhalte bleiben unklar – so als würde man bei Operationen erfassen, wie viele Ärzte wie lange am OP-Tisch gestanden haben, ohne aber etwas darüber auszusagen, ob denn nun eine Hüft-Endoprothese oder eine Darmoperation durchgeführt worden ist.

Die GKV hat zwischenzeitlich Vorschläge vorgelegt, um den OPS künftig medizinisch gehaltvoll zu machen. So könnte bspw. bei Depressionen der Wechsel des Schweregrades der Symptome erfasst werden. Dem Kode liegt die Hamilton-Depressions-Skala zugrunde. Der Kode ist bei depressiven Störungen verpflichtend anzugeben:

X-XXX2.1 Wechsel von schwer in mittelschwer (HAMD < 24)

X-XXX2.2 Wechsel von mittelschwer in leicht (HAMD < 16)

X-XXX2.3 Erreichen der Vollremission (HAMD < 8)

Ein weiteres Beispiel für eine vernünftige Weiterentwicklung, die gegenwärtig bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf Ablehnung stößt, ist eine Übermittlung der »gesetzlichen Unterbringung« (Zwangseinweisung). Wahrscheinlich verursachen Patienten mit gesetzlicher Unterbringung erhöhte Kosten, so dass dies – um es zumindest untersuchen zu können – in den Abrechnungsdaten mitgeteilt werden müsste. Technisch könnte dies durch die Angabe einer Pseudofachabteilung im gegenwärtigen Datenträgeraustausch geschehen. Die Verwendung eines neuen Aufnahmegrundes wäre nicht geeignet, weil von einem längeren Aufenthalt oft nur ein begrenzter Zeitabschnitt als gesetzliche Unterbringung erfolgt. Der Trenner »gesetzliche Unterbringung« wäre in besonderer Weise geeignet, weil er nicht Gegenstand unerfreulicher Upcoding-Debatten werden kann. Hier legt eine externe Instanz den Kode fest und jede Streiterei mit dem MDK erübrigt sich. Für 2011 hat es leider keine Einigung auf Spitzenverbandsebene gegeben, so dass wir nun Albernheiten wie »Gespräche mit Richtern« als Therapieeinheit im OPS 2011 haben.

## Tages-, Fall- und Zeitpauschalen

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung den Auftrag gegeben, neben dem Tag auch andere Einheiten auf ihre Verwendbarkeit im künftigen Entgeltsystem zu prüfen. Zu denken ist an Fallpauschalen aber auch an Zeitpauschalen (z. B. Jahrespauschalen). In der Tat sind Tage als Entgelteinheit problematisch. Die GKV hat – nicht zuletzt im Zusammenhang mit der starken Inputorientierung – auf folgendes Problem hingewiesen:

»Wer ein tagespauschalierendes System mit Anreiz zur Maximierung von Psychiatrie-Tagen schafft und wer dann noch ein Abrechnungssystem mit Anreiz zur Maximierung des Aufwands je Tag schafft, der braucht sich nicht zu wundern, wenn am Ende zu wenig Geld für die Kranken zur Verfügung steht.«

Die GKV ist hochgradig beunruhigt, weil bei gegenläufiger Entwicklung von Fallzahl und Verweildauer die Anzahl der Belegungstage in der Psychiatrie in letzter Zeit wieder ansteigt (Abbildung 5).

Dies ist höchstwahrscheinlich nicht durch die demografische Entwicklung zu erklären, da sich diese auch außerhalb der Psychiatrie niederschlagen müsste. Die Somatik zeigt jedoch insgesamt eine sinkende Zahl von Belegungstagen (Abbildung 6). Der Verweildauerrückgang wirkt stärker als die Fallzahlsteigerung. Die ökonomische Konsequenz liegt auf der Hand: Wer die Psychiatrie »dehospitalisieren« will, der sollte offen sein für Entgeltsysteme jenseits des Tagesbezuges.

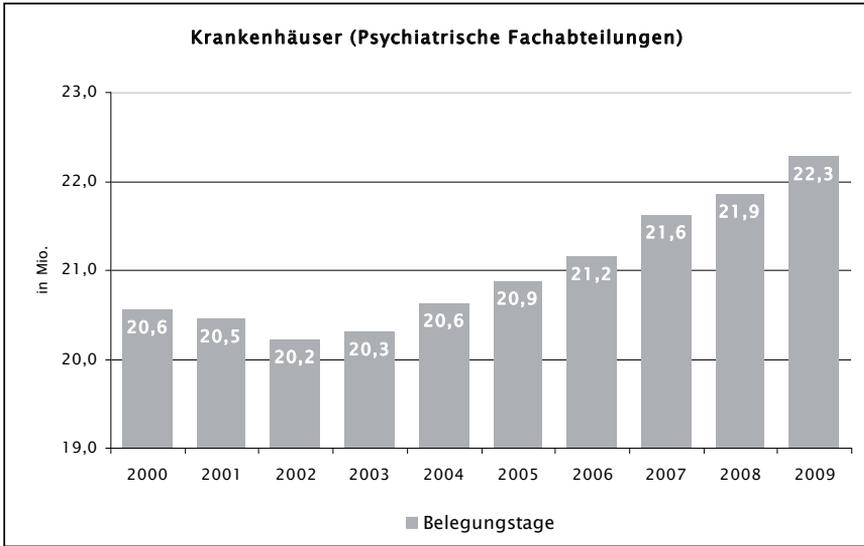


Abb. 5: Belegungstage psychiatrische Fachabteilungen; Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserien 12, Grunddaten der Krankenhäuser abgefragt über gbe-bund.de, eigene Darstellung

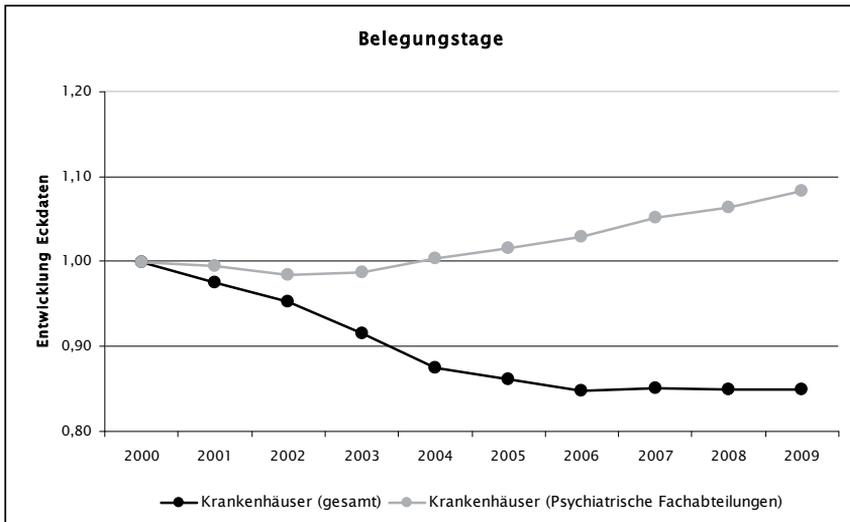


Abb. 6: Belegungstage in Psychiatrie und Somatik; Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserien 12, Grunddaten der Krankenhäuser abgefragt über gbe-bund.de, eigene Darstellung

Am Beispiel der ICD-Diagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) lässt sich bezüglich möglicher Zeitpauschalen gut verdeut-

lichen, wie unterschiedlich die Wahrnehmung der beteiligten Akteure sein kann und wie differenziert daher die Analyse sein muss, um zu klären, ob eine Zeitpauschale sinnvoll wäre oder nicht: Aus Sicht der Kostenträger werden 63 % der Versicherten mit der Hauptdiagnose F10 nur einmal im Jahr vollstationär behandelt und aufgrund dieser hohen Anzahl würde sich aus dieser Perspektive eine Zeitpauschale nicht lohnen. Der behandelnde Stationsarzt hingegen erlebt in seinem Berufsalltag, dass rund 62 % der Behandlungsfälle mit F10 mehrmals pro Jahr stationär sind und könnte so zu dem Schluss kommen, eine Zeitpauschale wäre sinnvoll. Es wird also u. a. Aufgabe der nächsten Monate sein, den diesbezüglichen Prüfauftrag des Gesetzgebers mittels differenzierter Datenanalyse und Fachexpertise zu bearbeiten, um zu klären, in welchen Fällen welche Art von Pauschale sinnvoll eingesetzt werden kann.

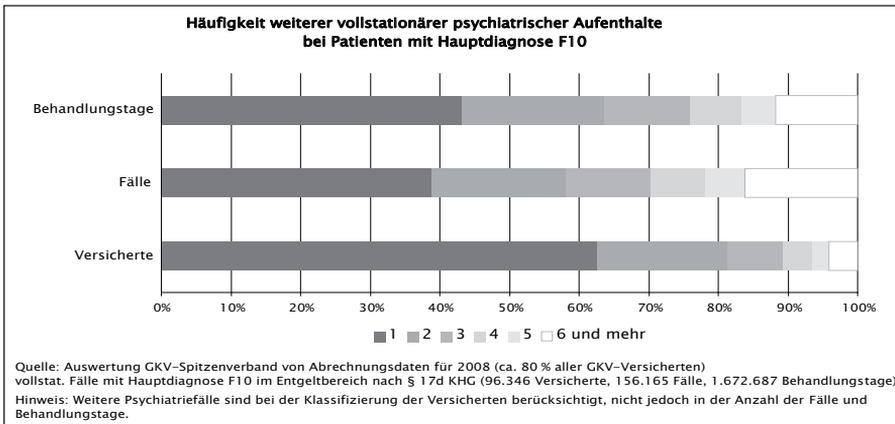


Abb. 7: Mehrfachaufenthalte (Beispiel F10 »Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol«)

Im Zusammenhang mit gesonderten Vergütungs- und Vertragsformen spielen in der Diskussion die sogenannten Regionalbudgets eine herausragende Rolle. De facto handelt es sich um Einrichtungsbudgets mit implizitem Regionalbezug. Einige Modellprojekte mit Regionalbudgets zeigen ambulantes Potential und alternative Behandlungskonzepte auf. Im Vorgriff auf die weiter unten geführte Diskussion zum ordnungspolitischen Rahmen spricht sich die GKV für gesetzliche Regelungen aus, die solche Regionalbudgets ermöglichen. Dafür braucht man eine Herauslösung aus der Landesentgeltsumme und klare Regelungen zur Aufrechterhaltung der Kodierung sowie zur Einhaltung bundeseinheitlicher, qualitätssichernder Maßnahmen.

Gegenwärtig – insbesondere ohne PIA-Dokumentation – besteht wenig Klarheit über das Leistungsgeschehen, das im Rahmen solcher Regional-

budgets vertraglich vereinbart wird. Als einer der großen Vorteile solcher Regionalbudgets wird unter anderem der sektorübergreifende Ansatz ins Feld geführt, der Patienten eine durchgehende Betreuung vom voll- über den teilstationären Aufenthalt bis hin zur Nachsorge in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ermöglicht. Eine Auswertung des Regionalbudgets, die von Prof. Deister dankenswerterweise zur Verfügung gestellt wurde, zeigt, dass dieses Argument zwar zutrifft, dass aber nur ein sehr kleiner Prozentsatz (5,2 %) von Patienten betroffen ist (Tabelle 2). Deutlich gestiegen ist vor allem der Anteil der Patienten, die ausschließlich ambulant (also in der PIA) behandelt werden, was auch ein Zeichen für eine Substitution vertragsärztlicher Versorgung durch die PIA sein könnte. Für eine rationale Entscheidung zugunsten solcher Regionalbudgets und für eine rationale Fortschreibung solcher Budgets bedarf es einer solchen patientenbezogenen Transparenz. Im Abschnitt zur PIA-Problematik wird dies erneut aufgegriffen.

Tab. 2: Volumina-Veränderungen in den Behandlungssettings nach Einführung eines regionalen Psychiatricbudgets im Kreis Steinburg (RB = regionales Budget);  
Quelle: Daten des Klinikums Itzehoe, eigene Darstellung

Patienten pro Behandlungsart in %	2002 (vor Einführung RB)	2007 (5. Jahr nach Einführung RB)	Differenz
ambulant	14,1 %	22,8 %	+ 8,7 %
ambulant + stationär	9,5 %	7,8 %	- 1,7 %
ambulant + teilstationär	1,6 %	2,8 %	+ 1,2 %
ambulant + teilstationär + stationär	2,7 %	5,2 %	+ 2,5 %
stationär	69,8 %	53,9 %	- 15,9 %
teilstationär	0,8 %	1,8 %	+ 1,0 %
teilstationär + stationär	1,5 %	5,7 %	+ 4,2 %

So sieht die GKV-Bewertung zu Regionalbudgets derzeit aus: Als starkes Pro-Argument ist die Tatsache zu werten, dass Budgets besser beherrschbar sind als mengenmäßig ungesteuerte Leistungsvergütungen. Außerdem gibt es Anreize für Einrichtungen, mehr ambulant zu behandeln. Als starkes Kontra-Argument ist der Fakt zu werten, dass es keine klare Abgrenzung der Versorgungsregionen gibt. Was zwischen den Deichen funktioniert, muss in überschneidenden Versorgungsregionen (Beispiel Ruhrgebiet) noch lange nicht funktionieren.

Kritisch muss auch die mangelnde Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung gewertet werden. In den uns bekannten Projekten wird sie nicht einbezogen. Warnend sei noch angeführt, dass die Regionalbudgets möglicherweise (für Kassenverhandler und Budgetverwalter) nicht so einfach zu managen sind, wie es am Anfang erscheint. Sobald Veränderungen in der

Leistungsstruktur auch Budgetänderungen nach sich ziehen (was ja im gesetzlich vorgegebenen, leistungsorientierten System zwingend ist), wird man einer Einzelleistungsvergütung wieder ziemlich ähnlich.

Insgesamt ist die Diskussion über alternative Abrechnungspauschalen erst am Anfang. Die GKV-Position hierzu lautet: Nicht alle psychiatrischen Krankheiten sind gleich. Wahrscheinlich wird es deshalb ein Nebeneinander von Tages-, Fall- und möglicherweise auch Zeitpauschalen geben. Eventuell ist für bipolare Depressionen der Tagesbezug richtig, für Sucht aber eher die Fallpauschale und für einige besonders schwere Fälle von Schizophrenie eine sektorübergreifende Ganzjahrespauschale geeignet. Wer allerdings solche Jahrespauschalen definieren will, der muss den Kreis der »unheilbar psychisch Kranken« definieren – kein triviales Unterfangen.

Regionalbudgets sind für bestimmte Regionen denkbar, aber auch sie müssen »leistungsgerecht« sein. Abgerechnet würde mit dem gleichen bundesweit gültigen Pauschalensystem. Und noch einmal: Erster Schritt für solche »sektorübergreifenden« Modelle ist immer die Transparenz der ambulanten Leistungen – und ihr Zusammenhang mit den stationären Fällen.

## Das PIA-Problem

Der zweite gesetzliche Prüfauftrag bezieht sich auf die Einbeziehung der PIAs in das Psych-Entgeltsystem. Alliterativ drängte sich hier die Überschrift »PIA-Problem« auf. Aber sinnvoller wäre es eigentlich, von »PIA-Chance« zu reden. Es besteht die Möglichkeit, ein sektorübergreifendes oder zumindest ein über die Sektorgrenzen hinweg abgestimmtes Vergütungssystem zu schaffen.

In der Grundlagenvereinbarung zwischen GKV und DKG vom 17.11.2009 wurde in § 8 vereinbart, den PIA-Prüfauftrag anzugehen. Dieser Konsens wurde inzwischen durch die DKG aufgekündigt. Selbst zu Beginn des Jahres 2012 wird es möglicherweise noch keine bundesweite Kodierung geben.

Eine bundesweite Dokumentation über das Leistungsgeschehen ist jedoch für den Prüfauftrag unabdingbar. Es macht schließlich einen Unterschied, ob in der PIA ein Zehn-Minuten-Kontakt zur Prolongation einer Arzneimittelverschreibung erfolgt oder ob eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Außerdem ist es von großer Bedeutung, ob in den PIAs eine Art poststationäre Behandlung erfolgt oder ob es sich um einen eigenständigen ambulanten Versorgungsbereich mit wenigen Berührungspunkten zum stationären Geschehen handelt.

Die Transparenz zum Leistungsgeschehen ist aufgrund unterschiedlicher Landesvereinbarungen ausgesprochen heterogen (Tabelle 3). Länder, in de-

nen ausschließlich Quartalspauschalen abgerechnet werden, haben keinerlei Transparenz über das Leistungsgeschehen. Die beste Abbildung des Versorgungsgeschehens gibt es im bayerischen System der Einzelleistungserfassung und in jenen Ländern, die das bayerische System analog anwenden. Allerdings lässt auch das bayerische System keinen Zusammenhang zwischen ambulanten und stationären Fällen erkennen. Misslich ist auch, dass über die PIA-Versorgung in Bayern keine Frequenzstatistiken und detaillierten Analysen öffentlich verfügbar sind.

Tab. 3: PIA-Vergütung nach Bundesländern; Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007, Vergütung: eigene Erhebung des GKV-Spitzenverbandes 2010

	Anzahl der PIA	Fachkliniken und Fachabt.	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale (Einmalkontakt/Mehrfachbeh.)	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	Landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	Landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale (einmalige Behandlung, Notfall)	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	Einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpom.	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	Landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	Landesweit
Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale (gesondert Notfallbehandlung)	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	Landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen (Leistungskatalog analog Bayern)	Einzelverträge + Landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale(+ EBM, +Tagespauschale)	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + Landesweit
Gesamt	418	434		

Der GKV-Spitzenverband hält eine zügige bundesweite PIA-Dokumentation für unabdingbar, um den gesetzlichen Prüfauftrag zu erfüllen. Sollte dies nicht auf Ebene einer Spitzenverbandsvereinbarung gelingen, so muss der Weg über eine gesetzlich vorbereitete Ersatzvornahme funktionieren.

Der GKV-Spitzenverband hat in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) Vorschläge für eine bundesweite PIA-Dokumentation entwickelt (vgl. [2]). Ausgangsbasis ist das bayerische System. Es erfasst berufsgruppen- und zeitaufwandsbezogen die wesentlichen Leistungen der PIAs (Tabelle 4, die quantitativ bedeutsamen Leistungen sind fett gedruckt).

Gegen das bayerische System können ähnliche Vorwürfe erhoben werden wie gegen den gegenwärtigen Psych-OPS: Es ist stark inputorientiert und medizinisch wenig gehaltvoll. Eine medizinisch aussagekräftige Weiterentwicklung würde ein System darstellen, das im folgenden mit »Bayern medical« bezeichnet wird (Tabelle 5). Es differenziert psychiatrische Interventionen und unterscheidet, ob z. B. Psychotherapie oder Kompetenztraining Inhalt der Behandlung ist.

Tab. 4: »Bayern classic«; Quelle: Eigene Darstellung (fett gedruckt: häufig abgerechnete Leistungen in drei ausgewerteten PIA aus Bayern 2010)

Leistungsart	Minuten	Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungs-therapeuten
Dokumentation		<b>101</b>	201			
Einzeltherapie	10	<b>110</b>	210	<b>310</b>	410	
	20	<b>111</b>	211	<b>311</b>	411	511
	40	<b>112</b>	212	<b>312</b>	412	512
	60	<b>113</b>	<b>213</b>	<b>313</b>	413	513
	90	<b>114</b>	214	314	414	514
	120	115	215	315	415	515
	180	116	216	316	416	516
Kleingruppe	60	143	243	343	443	543
	90	144	244	344	444	544
	120	145	245	345	445	545
	180			346	446	546
Großgruppe	60	153	253	353	453	553
	90	154	254	354	454	554
	120	155	255	355	455	555
	180			356	456	<b>556</b>
	240					<b>557</b>
	300					558
Fahrzeit	10	160	260	360	460	560
	20	<b>161</b>	261	<b>361</b>	461	561
	40	162	262	362	462	562
	60	163	263	363	463	563
	90	164	264	364	464	564
	120	165	265	365	465	565
	180	166	266	366	466	566
Labor -Standard				<b>170</b>		
Spiegelbestimmung				171		
Stäbchentest				172		
quant. Bestimmung				173		
CT				180		
NMR				190		
Fallbespr.	10			<b>600</b>		
	20			609		
Personal appar. Diagnostik	10			770		
	20			771		
	40			772		
	60			773		

Nachteil der Systematik »Bayern medical« ist der hohe Komplexitätsgrad. Man würde ihn eventuell zunächst im stationären Bereich vorsehen – also als Weiterentwicklung des OPS. Als weniger komplexes System wurde des Weiteren eine Variante »Bayern light« entwickelt, die als Einstieg eine stark vereinfachte Minimaldokumentation darstellt (Tabelle 6). Der große Vorteil wäre, dass keine doppelte Dokumentation für jene Länder erfolgen müsste, die jetzt schon nach bayerischem Modell dokumentieren. Wichtig wäre für beide Varianten, dass das Patientepseudonym identisch mit dem stationären Sektor ist. Nur so lassen sich später sektorübergreifende Entgeltvarianten entwickeln. Technisch umsetzbar ist die Dokumentation als vertraglich vereinbarte OPS-Ergänzung, was allerdings ein Datumsfeld im § 301-Ambo-Datensatz erfordert.

Tab. 5: »Bayern medical«; Quelle: Eigene Darstellung

Setting	Leistungsart	Ärzte (1)	Psychologen (2)	Pflege (3)	Sozialpädagogen (4)	Beschäftigungs-therapeuten (5)
<b>Dokumentation</b>	Dokumentation AnEBADO <sup>1</sup>	100	200	600		
<b>Falbesprechung</b>	interdisziplinär <sup>2</sup>	600				
<b>Labor/Diagnostik</b>	Labor <sup>3</sup>	700				
<b>Einzeltherapie (0 und 1)</b>	(1) nicht näher bezeichnet	101.1 - .3	201.1 - .3	301.1 - .3	401.1 - .3	501.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert <sup>4</sup>	102.1 - .3	202.1 - .3			
	(3) Psychotherapie <sup>5</sup>	103.1 - .3	203.1 - .3			
	(4) alltagspezifisches Kompetenztraining			304.1 - .3	404.1 - .3	504.1 - .3
	(5) Soziotherapie				405.1 - .3	
	(6) übende Verfahren <sup>6</sup>	106.1 - .3	206.1 - .3	306.1 - .3	406.1 - .3	506.1 - .3
	(7) spezifisches Therapieverfahren <sup>7</sup>					507.1 - .3
	(9) Pflege-Diagnostik <sup>8</sup>			309.1 - .3		
	(10) spezifische Testverfahren	110.1 - .3	210.1 - .3			
	(11) vertiefte Exploration	111.1 - .3	211.1 - .3	311.1 - .3	411.1 - .3	511.1 - .3
	(12) sozialpsychiatrische Grundversorgung <sup>9</sup>	112.1 - .3	212.1 - .3	312.1 - .3	412.1 - .3	512.1 - .3
	(13) Besprechung mit Bezugspersonen <sup>10</sup>	113.1 - .3	213.1 - .3	313.1 - .3	413.1 - .3	513.1 - .3
	(14) Krisenintervention	114.1 - .3	214.1 - .3	314.1 - .3	414.1 - .3	514.1 - .3
	(15) medikamentöse Einstellung / Umstellung	115.1 - .3				
	(16) medikamentöse Begleitung + Beratung			316.1 - .3		
	(17) administrative Tätigkeiten <sup>11</sup>	117.1 - .3	217.1 - .3	317.1 - .3	417.1 - .3	517.1 - .3
	<b>Kleingruppe (2 bis zu 5 Patienten)</b>	(1) nicht näher bezeichnet	121.1 - .3	221.1 - .3	321.1 - .3	421.1 - .3
(2) Psychotherapie definiert <sup>4</sup>		122.1 - .3	222.1 - .3			
(3) Psychotherapie <sup>5</sup>		123.1 - .3	223.1 - .3			
(4) alltagspezifisches Kompetenztraining				324.1 - .3	424.1 - .3	524.1 - .3
(5) Soziotherapie					425.1 - .3	
(6) übende Verfahren <sup>6</sup>		126.1 - .3	226.1 - .3	326.1 - .3	426.1 - .3	
(7) spezifisches Therapieverfahren <sup>7</sup>						527.1 - .3
(8) co-therapeutische Tätigkeiten		128.1 - .3	228.1 - .3	328.1 - .3	428.1 - .3	528.1 - .3
<b>Großgruppe (3 mehr als 5 Patienten, höchstens 12 Patienten)</b>	(1) nicht näher bezeichnet	131.1 - .3	231.1 - .3	331.1 - .3	431.1 - .3	531.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert <sup>4</sup>	132.1 - .3	232.1 - .3			
	(3) Psychotherapie <sup>5</sup>	133.1 - .3	233.1 - .3			
	(4) alltagspezifisches Kompetenztraining			334.1 - .3	434.1 - .3	534.1 - .3
	(5) Soziotherapie				435.1 - .3	
	(6) übende Verfahren <sup>6</sup>	136.1 - .3	236.1 - .3	336.1 - .3	436.1 - .3	
	(7) spezifisches Therapieverfahren <sup>7</sup>					537.1 - .3
	(8) co-therapeutische Tätigkeiten	138.1 - .3	238.1 - .3	338.1 - .3	438.1 - .3	538.1 - .3
<b>Fahrzeit (40)</b>		140.1 - .3	240.1 - .3	340.1 - .3	440.1 - .3	540.1 - .3

<sup>1</sup> einmal jährlich pro Patient  
<sup>2</sup> pro Patient max. 2 x/Jahr  
<sup>3</sup> Routine-Labor, Spiegelbestimmungen u.ä.  
<sup>4</sup> tiefenpsychologische Psychotherapie oder analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie  
<sup>5</sup> andere Verfahren und Methoden  
<sup>6</sup> z.B. Autogenes Training  
<sup>7</sup> z.B. Ergotherapie oder Arbeitstherapie  
<sup>8</sup> inkl. Fremdbeurteilungstests  
<sup>9</sup> z.B. Verlaufsgespräch, Case-Management  
<sup>10</sup> z.B. Telefonat mit Betreuer  
<sup>11</sup> direkt mit / direkt für Patienten, z.B. Behördenkontakt

1. Ziffer: Berufsgruppe  
 2. Ziffer: Setting  
 3. Ziffer: Leistungsart  
 4. Ziffer Minuten:  
 0-20 Minuten = 1  
 20-60 Minuten = 2  
 über 60 Minuten = 3

Tab. 6: »Bayern light«; Quelle: Eigene Darstellung

Leistungsart	Minuten	Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
<b>Dokumentation</b>		101b	201b			
<b>Einzeltherapie</b>	bis 20 Minuten	111b	211b	311b	411b	511b
	bis 60 Minuten	113b	213b	313b	413b	513b
	über 60 Minuten	116b	216b	317b	417b	516b
<b>Gruppentherapie</b>		144b	245b	346b	446b	546b
<b>Fahrzeit</b>	bis 20 Minuten	161b	261b	361b	461b	561b
	über 20 Minuten	166b	266b	366b	466b	566b
<b>Diagnostik</b>		170b				
<b>Fallbestprechung</b>		600b				

## Ordnungspolitischer Rahmen

Die Diskussion über den ordnungspolitischen Rahmen des künftigen Psych-Entgeltsystems steht erst am Anfang. Der GKV-Spitzenverband hat erste Positionen (zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. (PKV)) inzwischen veröffentlicht (vgl. [3]). Leicht divergierende Positionen sind in einem gemeinsamen Papier von AOK-Bundesverband (AOK-BV) und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) formuliert.

Die Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zum ordnungspolitischen Rahmen lauten verkürzt wie folgt:

1. zügiger Umstieg auf die leistungsbezogene Vergütung (längere, budgetneutrale Entwicklungsphase notwendig)
2. Vielfalt von Vergütungsformen (Tages-, Fall-, Zeitpauschalen) auf Basis eines einheitlichen Relativgewichtssystems
3. PIA: bundesweit nach Leistung differenzierte Vergütung, Zuordnung in den spezialärztlichen Bereich (ab 2012 bundeseinheitliche Dokumentation)
4. einheitliches Krankenhausvergütungssystem (Ergänzung des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) um Psych-Regelungen)
5. langfristig einheitlicher Landesentgeltwert für Psychiatrie und Somatik
6. alternative Vergütungsformen (Regionalbudgets) bei Ausgliederung aus dem Landesentgeltvolumen ermöglichen
7. keine selektivvertraglichen Modelle in der psychiatrischen Versorgung
8. kostenneutrale Konvergenz sicherstellen (Fehler bei DRG-Einführung vermeiden)
9. sektorenübergreifende Qualitätssicherung und stärker medizinisch geprägte Prozedurenklassifikation
10. Wahrung der Beitragssatzstabilität über den Landesentgeltwert unter Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen

Der gesetzestechnische Vorgang könnte sich wie folgt darstellen: Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) wird außer Kraft gesetzt. Im KHEntgG werden ergänzende Regelungen für den Bereich der psychiatrischen Versorgung kodifiziert. Dies geschieht insbesondere durch eine Bereinigung von zu stark fallbezogenen Formulierungen (z. B. Landesentgeltwert statt Landesbasisfallwert) sowie durch das Einfügen von Übergangsregeln. Es erfolgt eine Erweiterung des Landesentgeltvolumens (Summe der Bewertungsrelationen um das Spektrum psychiatrischer Krankheiten).

Allerdings ist Vorsicht geboten. Ein allzu schneller Übergang zu einem System, das »leistungsorientiert« die Zahl der Krankenhaustage erhöht, wäre fatal für Kassenfinanzen und Patienten. Erst muss ein Weg (bzw. eine Entgeltsystematik) gefunden werden, der die Substitution stationärer Leistungen

durch ambulante Leistungen ermöglicht. Dann erst ist die Integration in ein umfassendes Vergütungssystem mit Psychiatrie und Somatik sinnvoll.

Unsere Prognose lautet daher, dass es eine längere budgetneutrale Phase (Budgetfestsetzung nach altem Recht, Abrechnung nach neuem Recht) geben wird.

Grundsätzlich gilt im neuen Psych-Entgeltsystem ein Tagesbezug. Das schafft jedoch einen immanenten Anreiz, mehr Tage zu generieren – was schlecht für Versicherte und Kassenfinanzen ist. Das Ziel muss deshalb eine frühe Ausdifferenzierung des Vergütungssystems mit Tages-, Fall- und Zeitpauschalen sein. Alle diese Vergütungsformen sind gleichzeitig in einem Relativgewichtssystem abbildbar. Auch im DRG-System gibt es tages- und fallbezogene Relativgewichte, so dass letztlich alle Vergütungsformen in einem einheitlichen System von Bewertungsrelationen integriert werden könnten. Dies ermöglicht die Konvergenz an ein gemeinsames, landesbezogenes Preisniveau der Somatik und Psychiatrie (Abbildung 8).

$$\frac{\text{Ausgaben}_{\text{Somatik}} + \text{Ausgaben}_{\text{Psych}}}{\text{Casemix}_{\text{Somatik}} + \text{Casemix}_{\text{Psych}}} = \text{Landesentgeltwert}$$

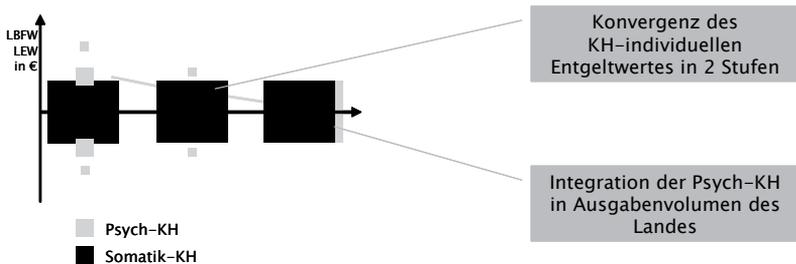


Abb. 8: Konvergenz zum Landesentgeltwert; Quelle: Eigene Darstellung

Bezüglich der Einbeziehung ambulanter Leistungen (PIA-Prüfauftrag) sei auf eine Komplikation hingewiesen, die derzeit im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes diskutiert wird. Es hat sich in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten ein Versorgungsbereich gebildet, in dem gleichermaßen ambulant tätige Krankenhäuser wie Vertragsärzte tätig sind. Dieser wird inzwischen als »spezialärztliche Versorgung« bezeichnet und umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen im Sozialgesetzbuch, so z. B. das ambulante Operieren nach § 115 b SGB V oder hochspezialisierte Leistungen bzw. Behandlungen von Krankheiten mit besonderem Verlauf gemäß § 116 b SGB V. Auch die PIA-Behandlung ist dieser Definition nach spezialärztliche Leistung. Es wird derzeit daran gearbeitet, für den spezialärztlichen Bereich einen Ordnungsrahmen (Ver-

gütung, Zulassung etc.) zu schaffen, der gleichermaßen für Krankenhäuser und Vertragsärzte gültig ist. Die ambulante Versorgungslandschaft würde künftig drei statt zwei Versorgungsbereich umfassen (Abbildung 9).

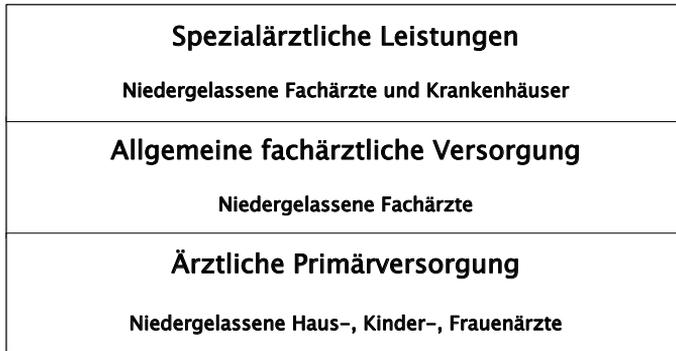


Abb. 9: Dreiteilung der ambulanten Versorgung; Quelle: Eigene Darstellung

Die Vorstellungen der GKV zur Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung können hier nicht en detail dargestellt werden, sind jedoch in einem Positionspapier nachlesbar: [http://www.gkv-spitzenverband.de/KH\\_Ambulante\\_KH\\_Leistungen\\_Spezialaerztliche\\_Versorgung.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Ambulante_KH_Leistungen_Spezialaerztliche_Versorgung.gkvnet)

Alles andere als trivial ist die Abgrenzung des neuen Versorgungsbereiches, weil diese letztlich verlangt, »eine Schneise durch die fachärztliche Versorgung zu schlagen« (Abbildung 10).

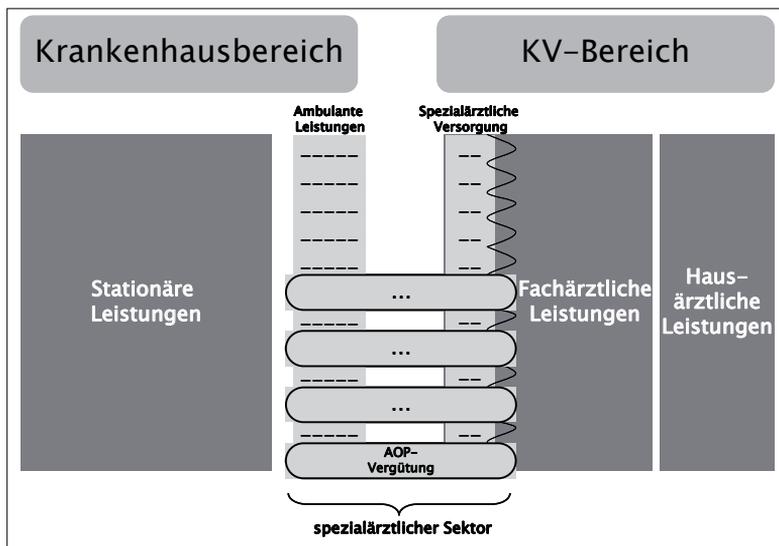


Abb. 10: Leistungsbereiche definieren!; Quelle: Eigene Darstellung

Alle Leistungen müssen letztlich klar einem der Versorgungsbereiche zugeordnet werden. Ein vergleichsweise einfacher Fall ist das ambulante Operieren, weil hier bereits ein vertraglich vereinbarter Katalog existiert. Für die anderen Bereiche müssen Trenner identifiziert werden, so z. B. bei § 116 b HIV alle Leistungen der HIV-Spezialambulanzen.

Ziel der Neuordnung sollte eine gemeinsame Verhandlung und Preisfestsetzung sein, die in einer Art »G-BA-Parität« erfolgen müsste, also einer Verhandlung, bei der die Kassen die eine Seite und die Gesamtheit der Leistungserbringer die andere Seite bilden (Abbildung 11).

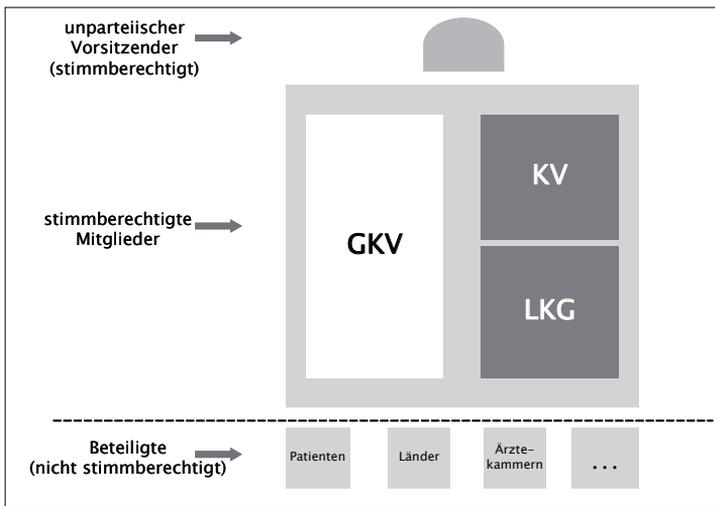


Abb. 11: G-BA-Parität (Verhandlung auf Landes- und Bundesebene);  
Quelle: Eigene Darstellung

Denkt man diese neue Rechtskonstruktion konsequent zu Ende, dann wäre der Bereich spezialisierter psychiatrischer Leistungen gemeinsam mit Kassenärztlichen Vereinigungen und ambulant tätigen Krankenhäusern zu verhandeln.

Es sei abschließend noch die Bemerkung erlaubt, dass unseres Erachtens die im Referentenentwurf für das Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene Verengung der spezialärztlichen Versorgung auf den § 116 b SGB V dem Handlungsbedarf nicht gerecht wird.

**Lassen Sie mich die Leitlinien für den ordnungspolitischen Rahmen zusammenfassen:**

- Ein sofortiger Übergang zur »leistungsbezogenen Vergütung« mit Tagesbezug und Kostenmaximierung hätte fatale Wirkungen für Ausgaben und Qualität der Versorgung.
- Essentiell ist die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen. Die PIA-Leistungen müssen in einem bundesweiten System transparent werden.

Dann müssen sie – möglicherweise im Rahmen eines umfassenden spezialärztlichen Ordnungsrahmens – differenziert vergütet werden.

- Ziel einer Neuordnung muss die Re-Integration der psychiatrischen Versorgung im Gesetzesrahmen eines Krankenhausentgeltgesetzes sein. Am Ende steht ein System von Relativgewichten mit einheitlichem Landesentgeltwert.

## Nächste Schritte

Was sind die nächsten Schritte bei der Entwicklung und Einführung des Psych-Entgeltsystems? Sieht man einmal von den Hauptakteuren – den psychiatrischen Einheiten – ab, dann sind folgende Akteure relevant: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Parlament, die Spitzenverbandspartner DKG und GKV-Spitzenverband (+ PKV), das InEK und die Kalkulationshäuser sowie im Bereich der Qualitätssicherung der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

### BMG und Parlament

Es sind Regelungen zur PIA-Dokumentation als Ersatzvornahme vorzusehen, da eine Zustimmung der DKG zu einer bundesweiten Dokumentation gegenwärtig nicht absehbar ist. Sinnvoll ist eine solche Regelung im Versorgungsstrukturgesetz.

Es sind spätestens Anfang der nächsten Jahre Regelungen für die budgetneutrale Phase zu treffen, damit ein gewisses Maß an Zukunftssicherheit für die psychiatrischen Einrichtungen besteht. Angesichts der noch wenig absehbaren Struktur des künftigen Entgeltsystems und angesichts des noch überhaupt nicht abschätzbaren Konvergenzbedarfs ist derzeit eine Regelung des gesamten ordnungspolitischen Rahmenwerkes eher unwahrscheinlich. Möglicherweise beschränkt sich der Gesetzgeber darauf, im ersten Schritt ausschließlich die budgetneutrale Einführung zu regeln.

Schließlich sind OPS und ICD weiterzuentwickeln, was unter der Obhut des BMG im Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) geschieht (also keine Selbstverwaltungsaufgabe ist). Hier muss das System medizinisch gehaltvoller werden.

### **DKG und GKV-Spitzenverband (+ PKV)**

Damit die beiden Prüfaufträge verantwortungsvoll abgearbeitet werden können, müsste auf Spitzenverbandsebene eine PIA-Dokumentation vereinbart werden. Sinnvoll ist der Start zum 01.01.2012. Gegenwärtig ist der Stand der Verhandlungen nicht ermutigend.

Anders als bei der DRG-Einführung soll die Begleitforschung dieses Mal rechtzeitig auf den Weg gebracht werden. Im Spitzengespräch vom 28.06.2011 ist bereits die Vergabe einer Machbarkeitsstudie erfolgt. Die Vergabe (nach europaweiter Ausschreibung) dürfte 2012 möglich sein.

Wenig absehbar ist derzeit der Prozess, um zu einer Grundstruktur der Psych-Entgelte und der Abrechnungsregeln zu kommen (siehe oben, wöchentliche Tagessatzanpassung etc.). Nicht unwahrscheinlich ist ein eher informeller Abstimmungsprozess mit anschließender Einigung auf einen Vorschlag des InEK. Anders als die beiden Spitzenverbandspartner hat das InEK Einsicht in die Kalkulationsdaten und kann die Wirkung alternativer Szenarien durchspielen.

### **InEK (und Kalkulationshäuser)**

Derzeit (Sommer 2011) findet im InEK die Auswertung der sogenannten Probekalkulation statt. Sie ist Basis für einen ersten Grouper, der um die Jahreswende kommen könnte.

Die Weiterentwicklung des Kalkulationshandbuches (Jahresende 2011) nach den ersten Kalkulationserfahrungen gehört zu den dann schon routinemäßigen Entwicklungsschritten des Psych-Entgeltsystems.

Die Entscheidungen für das erste Psych-Entgeltsystem stehen im Herbst 2012 an. Basis für Grouper und Abrechnungsregeln ist das Datenjahr 2011.

### **G-BA (Qualitätssicherung)**

Bislang gibt es keine externe Qualitätssicherung im Psych-Bereich. Externe Qualitätssicherung wird in Deutschland vorrangig in jenen Bereichen eingeführt, in denen Fallpauschalen und eine qualitätsrelevante Vergütung etabliert wurden. Die Qualitätssicherung folgt gewissermaßen der Vergütung. Sinnvoll ist für die Psychiatrie eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Diese ist jedoch – obwohl seit Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 gesetzlich vorgesehen – mit erheblichen Anlaufschwierigkeiten verbunden. Noch gibt es kein einziges funktionierendes Verfahren und mit ersten belastbaren Zahlen ist erst 2016 zu rechnen.

Aber es gibt erste Vorarbeiten im G-BA – vornehmlich ein Modellprojekt zur Depression – allerdings mit starker Konzentration auf Pharmakotherapie. An anderen Vorarbeiten sind die Entwicklung von Qualitätssicherungsindikatoren für Schizophrenie im Auftrag des AOK-BV und die systematische Übersicht des GKV-Spitzenverbandes in Form eines Qualitätsindikatoren-Thesaurus ([www.Quinth.de](http://www.Quinth.de)) zu nennen.

Wie Sie diesen Ausführungen entnehmen konnten, ist bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems noch vieles offen. Uns ist bewusst, dass dieser Umstand auch zu Unsicherheit führen kann, insbesondere bei den Berufsgruppen vor Ort. Wir nehmen diese Vorbehalte ernst und versuchen so gut wie möglich, Anregungen und Kritik aus dem Kreis der beteiligten Akteure in unsere Überlegungen und Konzepte zu integrieren. Der Entwicklungsprozess ist auf den Weg gebracht und wir sollten gemeinsam die neuen Datenbestände zur Weiterentwicklung nutzen. Neben all den Unwägbarkeiten, die ein solcher Reformprozess mit sich bringt, sehen wir aber auch große Chancen für eine bessere Versorgung der betroffenen Patienten und für den Auf- und Ausbau einer effektiven und effizienten Versorgung.

## Literatur

- 1 HAAS A, LEBER W-D: Konturen künftiger Psych-Entgelte, in: KLAUBER J, GERAEDTS M, FRIEDRICH J, Wasem J (Hg.): Krankenhaus-Report 2011, Stuttgart 2011, 209 ff.
- 2 [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de), LEBER W-D, HAAS A, HAHN J, TOLZIN CJ, MARTINSOHN-SCHITTKOWSKI W: PIA-Dokumentation, Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des KompetenzCentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) zur Erfassung der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), Berlin, 20.04.2011, (Abgerufen: 19.07.2011: [www.gkv-spitzenverband.de/KH\\_Psychiatrie\\_PIA\\_Dokumentation.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_PIA_Dokumentation.gkvnet))
- 3 [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e. V.: Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Berlin/Köln, 29.03.2011, (Abgerufen: 19.07.2011: [www.gkv-spitzenverband.de/KH\\_Psychiatrie\\_Ordnungsrahmen.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_Ordnungsrahmen.gkvnet))

# Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem

Georg Baum

Herr Vorsitzender Abgeordneter Weiß, Frau Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Dr. Volkmer und Frau Klein-Schmeink, meine Damen und Herren,

wir von der DKG laufen immer Gefahr, als diejenigen bezeichnet zu werden, die zur Modernität getragen werden müssen. In Wirklichkeit geht es darum, sorgfältig und behutsam mit Leistungsbereichen umzugehen, die vom Inhalt her schon problematisch sind, die eine große Bedeutung haben und die notwendig machen, mit hoher Sensibilität vorzugehen, aber es geht eben auch um viel Geld für die medizinische Versorgung.

Der Versorgungsbereich umfasst ca. 7 Milliarden Euro. Wir wissen von der Einführung des DRG-Systems, dass – was Prof. Roeder auch schon deutlich gemacht hat – mit jedem Entgeltsystem immer auch Umverteilungseffekte verbunden sind und da geht es nicht von Krankenzimmer zu Krankenzimmer, sondern von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Träger zu Träger und auch um eine beachtliche volkswirtschaftliche Größenordnung. Ähnlich wie seinerzeit bei der Einführung der Fallpauschalen haben wir uns Zeit genommen, um zu klären, ob die Krankenhäuser in das neue Entgeltsystem gehen wollen. Um keine Zweifel im Raum zu lassen, es gibt ein grundsätzliches »Ja« zur Umstellung der Vergütung der stationären psychiatrischen Leistungen im Sinne der Vorgabe des § 17d. Dabei ist die Besonderheit der psychiatrischen Medizin zu beachten. Wir haben kein Versorgungssystem, in dem eine bestimmte Diagnose eine schematische Leistungsabfolge auslöst.

Insofern ist es auch gerechtfertigt einen ganz anderen Ansatz bei der Pauschalierung zu wählen. Ich begrüße es grundsätzlich, dass die Politik den Mut hatte, leistungsorientierte Tagespauschalen als das primäre Finanzierungsmodell in das Gesetz aufzunehmen. Wir verstehen den Auftrag, auch die PIA-Leistungen anlässlich der Überführung des stationären Entgeltsystems mit zu prüfen, als nachrangige Vorgabe. In aller erster Linie geht es um die stationären Leistungen. Der aktuelle Stand ist von Herrn Dr. Leber dargestellt worden. Die Voraussetzungen für die Entwicklung des Systems wurden geschaffen. Ob am Ende, wenn uns die ersten Daten, die Kalkulationen, die Leistungsabgrenzungen vorliegen, dann wirklich schnell weitergemacht werden kann, ist erst möglich zu entscheiden, wenn unsere Prüfkriterien positiv beantwortet werden.

Man muss sich wirklich fragen, wird es möglich sein, mit dem eingesetzten Instrumentarium die psychiatrischen Leistungen medizinisch ausreichend umfassend zu beschreiben. Wird es wirklich möglich sein, die Methodenvielfalt im System sachgerecht abzubilden. Auch wir wollen nicht, dass falsche Anreize gegeben werden und am Ende jeder zweite Fall Gegenstand einer MDK Prüfung wird. Wenn die Leistungsbeschreibungen problematisch sind und die Gefahr einer massiven Prüfungsausweitung besteht, muss in Frage gestellt werden, in ein solches System zu starten. Und selbstverständlich müssen die Auswirkungen auf die Versorgung geprüft werden. Ich bin kein Mediziner, aber für mich ist klar, wenn z. B. der Anreiz besteht, immer nur Einzeltherapie und nie Gruppentherapie zu machen, dann würde das System möglicherweise auch unter Qualitätsgesichtspunkten in die falsche Richtung gehen. Weiter muss das System praktikabel sein. Wir haben mit dem OPS unsere Probleme hinsichtlich Praktikabilität und deshalb ist eine Bereitschaft im DIMDI, die Dinge, die eingebracht werden, auch wirklich zu berücksichtigen, für uns sehr wichtig.

Wenn unsere Prüfungen der Leistungsbeschreibungen und Kalkulationen in 2012 zum Ergebnis führen, dass wesentliche Teile unserer Kriterien nicht positiv beantwortet werden können, kann weitere Vorbereitungszeit erforderlich sein.

Ich hoffe sehr, dass wir positiv entscheiden können und ich gehe davon aus, dass der Gesetzgeber spätestens im Herbst 2012 anfängt, sich Gedanken zu machen, wie ein Krankenhausentgeltgesetz für die psychiatrische Versorgung aussehen kann. Wir alle waren vom Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, bis März Eckpunkte für das neue Entgeltsystemgesetz zu benennen. Das haben wir natürlich auch getan und es verwundert niemanden, wenn an erster Stelle die Erwartung steht, dass das Geld, das im System ist, nach Überführung auch zur Verfügung stehen muss und dazu gehört für uns mit dazu, dass die Psych-PV vollständig ausfinanziert sein muss.

Dann ist für uns wichtig, dass dieses System nicht ähnlich wie das klassische DRG-System von vorn herein die Morbiditätslasten den Krankenhäusern zuweist. Die Morbiditätslast muss dort getragen werden, wo sie hingehört, nämlich zum Versicherer und nicht zum Krankenhausträger. Es kann nicht akzeptiert werden, dass eine ohnehin niedrige gesetzlich vorgegebene Grundlohnrate in den Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Morbiditätslasten gemindert wird.

Wer ein solches System anbietet, kann nicht unsere Zustimmung erwarten. Die Lehre auch aus dem DRG-System ist doch, dass die Finanzierung nicht über die kalkulierten Relativgewichte, sondern über den gesetzlichen Rahmen, zu dem dann hoffentlich der Kostenorientierungswert gehört, und über die Inhalte der Verhandlungen, die im Entgeltgesetz festzulegen sind, erfolgt. Wir

erwarten weiter, dass ein Festpreissystem auf der Basis von Tagesentgelten per Gesetz vorgegeben wird.

Wir wollen ein eigenständiges 17 d Vergütungssystem. Herr Leber vermengt den konventionellen Teil mit dem psychiatrischen Teil zu einem einheitlichen Landesbasisfallwert für alle Leistungen aller Krankenhäuser. Für uns ist klar, es muss ein eigenständiges System mit einem eigenständigen Landestageswert sein. Ansonsten sind die Überführungszeiträume festzulegen. Sinnvoll könnte ein Optionsjahr sein, in dem jede Klinik selbst entscheiden kann, ob sie umsteigt. Sodann budgetneutrale Phasen und eine ausreichend lange Konvergenzphase.

Regionale Budgets sind heute als Öffnung der bestehenden Bundespflegegesetzverordnung für andere Formen der Finanzierung möglich. Über diesen Weg sollten Regionalbudgets weiter möglich bleiben. Das sind unsere wesentlichen Positionen, mit denen wir an den Gesetzgeber für das Krankenhauspsychiatrie-Entgeltgesetz herantreten werden und hoffen, soweit wie möglich Gehör zu finden.

Am Ende stellt sich dann die Frage des Zusammenspiels der stationären Leistungen mit den ambulanten Leistungen der psychiatrischen Ambulanzen. Man kann guten Gewissens in Frage stellen, ob der gesetzliche Auftrag tatsächlich richtig gesetzt ist, die ambulanten Leistungen in der Psychiatrie bei dieser gigantischen Aufgabe der Finanzierungsreform der stationären Leistungen gleich mit abzarbeiten. Hätte jemand im somatischen Bereich vorgegeben, das DRG-System mit relevanten ambulanten Leistungen zu kombinieren, wir befänden uns heute noch im Experimentierfeld und nicht in der Anwendung auf Weltniveau. Insofern muss man sich immer im Klaren sein, was hier methodisch eingefordert wird. Deshalb verstehen wir den gesetzlichen Auftrag dahingehend, dass die ambulanten PIA-Leistungen mit in den Blick zu nehmen sind, was aber keine absolute Vorgabe ist.

Herr Leber hat mit seiner Tabelle gezeigt, dass über 50 % der Patienten in den PIAs keinen stationären Bezug haben. Ich denke, die Quote macht deutlich, wie problematisch es wäre, jetzt stationäre Leistungselemente und ambulante Leistungselemente in kürzester Zeit unter eine Vergütung zu nehmen. Heraus käme womöglich eine ambulant/stationär definierte Fallpauschale, bei der der ambulante Teil nicht bezahlt wird. Insofern kann ich nur davor warnen, übereifrig in eine solche Kombination von ambulant/stationären Leistungsentgelten hineingehen zu wollen. Wenn beim PIA-Auftrag erkennbar wird, dass dadurch die Einigungsmöglichkeiten und auch die Abarbeitungsmöglichkeiten gefährdet werden, sollte der Gesetzgeber rechtzeitig sicherstellen, dass sich alle Beteiligten auf die Einführung des stationären Spektrums konzentrieren können. Aber wir wollen uns der Analyse des Leistungsspektrums nicht entziehen. Es sollte allerdings ausreichen, das Leistungsspektrum anhand von

ausgewählten Modell-PIAs empirisch zu erfassen. Es ist nicht notwendig, sämtliche PIA-Leistungen Deutschlands über OPS zu definieren und über die Abrechnungen an alle Krankenkassen zu liefern. Der Dokumentationsaufwand würde übergebühlich steigen. Auch im Versorgungsgesetzentwurf ist es für die Koalition kein Problem, die niedergelassenen Ärzte aus der Pflicht zur Kodierung zu entlassen. Es gibt somit gute Gründe, unser Angebot anzunehmen mit Modell-PIAs und ohne neue OPS. Dabei kann auch die Vielfalt von Länderregelungen berücksichtigt werden.

Fazit: Wir wollen den Weg gehen, den die Politik fordert, der durchaus Vorteile haben kann. Die Bilanz über die Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems im somatischen Bereich fällt aus Sicht der Krankenhäuser nicht negativ aus. Wir müssen aber unseren Prüfvorbehalt auf das Vorliegen der Ergebnisse in 2012 machen. Wir liegen im Zeitplan. Der ordnungspolitische Rahmen muss pässlich sein und stimmen. Die PIAs können als Prüfauftrag verstanden werden. Die Reform der stationären Vergütung sollte die vordringliche Aufgabe sein.

# Transparenz des Versorgungsgeschehens psychisch kranker Menschen

Jürgen Fritze, Jürgen Zielasek, Wolfgang Gaebel

Das aufgegebenes Thema »Transparenz« scheint auf den ersten Blick nicht – jedenfalls nicht unmittelbar – mit dem Auftrag des § 17d KHG, ein neues Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu entwickeln, zusammenzuhängen. Aber mittelbar: Indem die amtliche Begründung u. a. darauf hinweist, dass »in Fachkreisen die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert wird, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen«, verfolgt der gesetzliche Auftrag jedenfalls implizit das Ziel, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Die Systementwicklung muss also auch den in § 70 SGB V niedergelegten Grundsätzen einer »bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Versicherten ... in der fachlich gebotenen Qualität« unter Wahrung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit genügen. Folglich müssen sich Bürokratieaufwände, die aus dem neuen System und seiner Entwicklung resultieren, durch Nutzen für die Patienten (bessere Outcomes) und höhere Effizienz rechtfertigen. Entsprechend bürokratiearme Vorschläge wurden anderenorts unterbreitet (FRITZE 2009). Ob der derzeitige Stand der Systementwicklung diese Voraussetzung zumindest im Ansatz erfüllt, ist nicht Gegenstand dieses Beitrages.

Um aber Nutzen und Effizienzsteigerung überhaupt erkennen zu können, bedarf es der Transparenz. Im Interesse dieser Transparenz schreibt § 17d Absatz 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Begleitforschung vor, deren Ergebnisse aber – leider – erst im Jahr 2014 erstmals zu veröffentlichen sind. Die Begleitforschung soll die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems insbesondere auf die Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung, aber auch auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen. Jedenfalls logisch wäre zu erwarten, dass solche Auswirkungen, sofern sie unerwünscht sind, schon im Stadium der Systementwicklung, also auch vor dem Jahr 2014, Systemanpassungen induzieren, dass also schon vor der ersten Veröffentlichung die Begleitforschung wirksam werden wird.

Abgesehen von dem Entwicklungsauftrag nach § 17d KHG ist Transparenz auch aus übergeordneten Gründen geboten. Indem sich psychisch kranke Menschen in einer wettbewerblich orientierten Gesellschaft im Wettbewerb

um Ressourcen für ihre gesundheitliche Versorgung befinden und – als Besonderheit psychischer Krankheit – in ihren Fähigkeiten, Ressourcen einzufordern, eingeschränkt sind, kann nur Transparenz von Kennzahlen gewährleisten, etwaige Benachteiligungen zum Beispiel durch heimliche Rationierung frühzeitig erkennen und entsprechend gegensteuern zu können.

## Datenquellen

Um Transparenz zu erreichen, bedarf es entsprechender Datenquellen. Frühere Übersichtsarbeiten zur Versorgung psychisch kranker Menschen (FRITZE et al. 2004, FRITZE 2009, FRITZE & LAUX 2011, Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2003, 2007) offenbarten, dass wesentliche Daten fehlen oder nicht öffentlich zugänglich sind. Immerhin existieren eine Reihe grundsätzlich geeigneter Datenquellen.

Die Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) generiert. Sie enthalten für alle Krankenhausfälle (also unabhängig vom Versichertenstatus) eines Jahres u. a. Diagnose- und Prozedurenkodes, die soziodemographischen Informationen, Aufnahme- und Entlassungsdaten. Indem bisher kein Personenbezug möglich ist, lassen sich Wiederaufnahmen nicht erkennen. Erstmals für das Jahr 2010 sind auch die Fälle psychiatrischer Einrichtungen enthalten. Dateneigner sind die Gesellschafter des InEK (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft DKK). Die Daten werden nur in aggregierter Form als sog. DRG-Browser im Rahmen der Begleitforschung veröffentlicht ([www-g-drg.de](http://www-g-drg.de)). Grundsätzlich damit übereinstimmend stellt das statistische Bundesamt ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)) Grunddaten und tiefgegliederte Diagnosestatistiken der Krankenhäuser im Internet bereit.

Mit diesen Daten stimmen auch die bei der gesetzlichen Krankenversicherung eingehenden Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V grundsätzlich überein. Sie können bei der einzelnen gesetzlichen Krankenkasse mit den Abrechnungsdaten über ambulante Behandlungen nach § 295 SGB V und mit Abrechnungsdaten über Rehabilitationsleistungen und Arzneimittelverordnungen zusammengeführt werden, weil der Personenbezug erhalten ist. Diese Daten erlauben deshalb auch einen regionalen Bezug. Die Daten sind Grundlage und Gegenstand der inzwischen methodisch und inhaltlich beachtlichen Gesundheitsberichte der einzelnen Krankenkassen, die sich auch wiederholt (z. B. Barmer 2009, DAK 2005, TK 2008) spezifisch mit psychischen Krankheiten auseinandergesetzt haben. Die Daten sind aber zwangsläufig nicht öffentlich nutzbar. Schließlich pflegen die gesetzlichen

Krankenkassen Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit und die zugrundeliegenden Krankheiten.

Um diese Daten für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung nutzbar zu machen, wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2003) in §§ 303 a ff. SGB V Aufgaben der Datentransparenz vorgeschrieben. Zur Umsetzung mit konkreten Ergebnissen ist es bisher nicht gekommen. Deshalb sieht der aktuelle Regierungsentwurf des Versorgungsstrukturgesetzes Konkretisierungen vor, um – so die amtliche Begründung – unter Nutzung der ohnehin für den Risikostrukturausgleich zusammengeführten Daten »durch eine nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Entscheidungsprozesse (z. B. Nutzen- und Kostenanalyse) und für die Versorgungsforschung (z. B. Längsschnittanalysen zum Versorgungsgeschehen über längere Zeiträume bezüglich bestimmter Fragestellungen) einen effizienteren Ressourceneinsatz im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen«. Zu den Nutzungsberechtigten sollen neben den Organen der Selbstverwaltung u. a. auch »Hochschulen und sonstige Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen«, gehören.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) grundsätzlich sektorübergreifend zu organisierende Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 SGB V hat gesetzlich Versicherte, privat Krankenversicherte und Beihilfeberechtigte gleichermaßen einzuschließen. Qualitätsindikatoren bei psychischen Krankheiten zu dokumentieren, befindet sich bisher erst in Vorbereitung. Bisher findet Transparenz der Qualitätssicherung nur in psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen und hier nur bezüglich der Strukturqualität und deklaratorisch bezüglich der Prozessqualität in den Qualitätsberichten nach § 137 Absatz 3 SGB V statt.

Gerade für psychisch Kranke spielen Rehabilitationsleistungen unter Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung (insbesondere) eine besondere Rolle: 5,6 % aller stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation galten 2008 Entwöhnungsbehandlungen bei Suchtleiden, 12,6 % den übrigen psychischen Krankheiten. Außerdem ist psychische Krankheit inzwischen der führende Grund für vorzeitige Berentung: der Anteil im Jahr 2008 liegt bei 36 % gegenüber 18 % im Jahr 2000. Hierzu stehen grundsätzlich Datenquellen gemäß § 145 SGB VI (Datenstelle der Träger der Rentenversicherung) i. V. m. § 138 SGB VI (Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung) zur Verfügung. Das pseudonymisierte Zusammenführen der Daten der Rentenversicherung mit denen der Krankenversicherung mit regionalem Benchmarking kann Hinweise auf die Versorgungsqualität liefern.

## Nutzung von GKV-Routinedaten: ein Modellprojekt mit Ersatzkassen

In einem von der Bundesärztekammer geförderten Versorgungsforschungsprojekt gemeinsam mit drei Ersatzkassen (DAK, KKH-Allianz, hkk), dem Verband der Ersatzkassen (VdEK) und der Deutschen Rentenversicherung Bund (GAEBEL et al. 2011) werden derzeit anonymisiert zusammengeführte Daten von Versicherten analysiert, bei denen in den Jahren 2005-2007 mindestens einmal eine psychische Krankheit dokumentiert wurde. Das Projekt liefert weiteren Beleg für die Nutzbarkeit der Routinedaten für die Gesundheitsberichterstattung und belegt erstmals, daß Daten der GKV und RV anonymisiert aber unter Wahrung des Versichertenbezugs zusammengeführt werden können, um Behandlungsverläufe transparent zu machen.

Bei rund einem Drittel der Versicherten wurde innerhalb der 3 Jahre mindestens eine psychische Krankheit aus den ICD-Gruppen F0-F5 als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert. Führend sind mit 70 % neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), gefolgt von Depressionen (F32, F33) mit 44 % (14 % der Versicherten; mehrere Diagnosen je Versicherten sind möglich), Süchten (F1) mit 20 % und organischen Störungen (F0; Demenzen) mit 12 %, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5, hier insbesondere Eßstörungen) mit 10 % und Schizophrenien (F2) mit 4 %.

72 % der Versicherten mit einer Diagnose aus den ICD-Gruppen F0-F5 wurden ambulant ausschließlich von Ärzten ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialisierung behandelt, 25 % zumindest auch von solchen Spezialisten oder psychologischen Psychotherapeuten. 45 % der Behandlungsfälle mit leichten Depressionen, 36 % der Behandlungsfälle mit mittelgradigen Depressionen und 45 % der Behandlungsfälle mit schweren Depressionen wurden ausschließlich von Ärzten für Allgemeinmedizin oder anderen somatischen Fachärzten behandelt. 24 % der Behandlungsfälle mit leichten Depressionen, 37 % der Behandlungsfälle mit mittelgradigen Depressionen und 38 % der Behandlungsfälle mit schweren Depressionen waren zumindest auch in Behandlung bei einem Nervenarzt/Psychiater. 4 % der Behandlungsfälle mit leichten, 6 % der Behandlungsfälle mit mittelgradigen und 2 % der Behandlungsfälle mit schweren Depressionen nahmen (ggf. neben Behandlung bei anderen Fachärzten) Behandlungen bei Psychologischen Psychotherapeuten in Anspruch. 15 % der Behandlungsfälle mit leichter Depression, 15 % der Behandlungsfälle mit mittelgradiger Depression und 3 % der Behandlungsfälle mit schwerer Depression wurden von Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandelt (ggf. neben Behandlungen bei anderen Fachärzten).

## Transparenz für »Underdiagnosing« schaffen

Im deutschen Gesundheitssurvey 1998 (JACOBI et al. 2004a, 2004b) ergab sich eine Behandlungsrate (irgendeine Intervention) von 63,6 % bei denjenigen, bei denen durch strukturierte Interviews eine psychische Krankheit festgestellt wurde, reichend von 30 % bei Suchtleiden bis über 70 % bei psychotischen Störungen. Gerade bei psychischen Krankheiten stellt die Erkennens- und Behandlungsrate einen wichtigen Qualitätsindikator dar. Die skizzierten Ergebnisse bei Versicherten der Ersatzkassen können hierzu durch regionale Vergleiche der Versorgungsprävalenz Hinweise – aber keine harten Daten – liefern, die anderenorts berichtet werden. Die zugrundeliegenden Routinedaten sagen selbstverständlich nichts über die Korrektheit der Diagnosen oder gar zur Angemessenheit der Behandlung. Hinweise zur Erkennensrate als Indikator für Behandlungsqualität lassen sich außerhalb von Studien nur aus regionalen Vergleichen (Benchmarking) ableiten. Dasselbe gilt für die Behandlungsraten mit Psychopharmako- und Psychotherapie, die ebenfalls – wie auch zahlreiche weitere Ergebnisse – anderenorts berichtet werden. Schon der Gesundheitsbericht 2008 der TK hat erhebliche regionale Unterschiede am Beispiel der Depression auch mit zweifelhafter Kongruenz von regionalen Diagnoseraten, Arbeitsunfähigkeiten und Behandlungsraten offenbart, wofür die medizinische Rationalität zu klären bleibt. Das regionale Benchmarking ist ein bedeutsames Instrument im Qualitätssicherungszyklus (PDCA-Zyklus).

## Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielfältigen, auch miteinander interagierenden Faktoren ab und variieren u. a. nach Alter, Geschlecht, Bundesland, Berufszugehörigkeit und Art der Krankenversicherung. Während die Arbeitsunfähigkeiten seit Jahren rückläufig sind, nehmen Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Krankheiten seit Jahren relativ und absolut zu, wobei der Rückgang insbesondere die unverändert führenden muskuloskelettalen Krankheiten und hier insbesondere den Rückenschmerz betrifft. Die Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Gesundheitsstörungen hat von Mitte der 90er Jahre bis etwa 2005 um über 50 % zugenommen und befindet sich seither weitgehend auf einem Plateau. Sie haben bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen mit etwa 5 % Rang 5 und bei den Arbeitsunfähigkeitstagen mit etwa 10 % Rang 4. Die Depression hat inzwischen etwa Rang 3 der häufigsten Einzeldiagnosen als Grund für Arbeitsunfähigkeitstage erreicht. Zwar wird öffentlich die Zunahme anscheinend gern als Ausdruck einer zunehmenden psychischen Morbidität interpretiert; dies wird aber durch wissenschaftliche

Daten kaum gestützt – näherer Aufschluß darf vom neuen Gesundheitssurvey erhofft werden. Zunehmende Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Sicherungssysteme ist nicht gleichzusetzen mit zunehmender psychischer Morbidität. Wahrscheinlich signalisiert die Zunahme eher eine wachsende Akzeptanz psychischer Störungen auf Seiten der Betroffenen wie auch der Ärzteschaft, und damit verbunden eine höhere Erkennensrate und eine höhere Rate, angemessene spezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist also auch als Symptom einer Entstigmatisierung zu begrüßen.

## Suizidale Handlungen

Eine prioritäre Aufgabe medizinischer Versorgung ist, Leben zu bewahren, in der psychiatrischen Versorgung also Suizide zu verhindern. Das statistische Bundesamt pflegt eine inzwischen mehr als 100 Jahre umfassende Suizidstatistik. Im internationalen Vergleich liegt die Suizidrate in Deutschland im Mittelfeld. Jährlich sterben in Deutschland mehr als doppelt so viele Menschen – rund doppelt so viele Männer, insbesondere in höherem Alter, wie Frauen – durch eigene Hand als im Straßenverkehr. Im Jahr 2009 haben sich 9.616 Personen das Leben genommen, 7.228 Männer und 2.388 Frauen (Abb. 1).

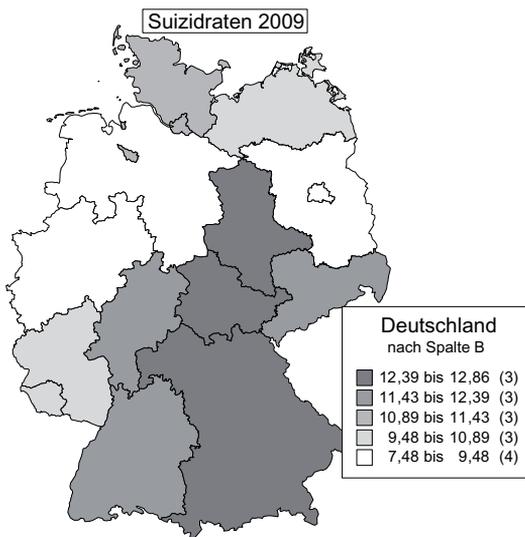


Abb. 1: Suizide je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2009 (statistisches Bundesamt)

Die Suizidrate ist in Deutschland seit der Vereinigung rückläufig, im wesentlichen dank eines Rückgangs in den neuen Bundesländern. Zwar liegen

etwa 90 % der Suizide psychische Krankheiten – insbesondere Depression, Schizophrenie und Suchtleiden – zugrunde. Aber beispielhaft zeigen Schwankungen in der ehemaligen DDR, wo die Suizidrate schon Ende des 19. Jahrhunderts überdurchschnittlich hoch war, Einflüsse externer, hier politischer Ereignisse (Mauerbau, Prager Frühling). Die Suizidrate hängt also von vielfältigen Faktoren ab, ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem psychiatrischen Versorgungsgrad ist nicht erkennbar. Dennoch kann die Suizidrate ein Indikator regionaler Versorgungsqualität sein, nicht nur bezüglich der Suizide im Krankenhaus, sondern auch darüber hinaus, wenn man auch die Entschärfung sog. »Hot Spots« (z. B. Bahnanlagen, Brücken, usw.) auch als Aufgabe der Versorgung begreift. Die Zahl der Suizidversuche, von denen Frauen bevorzugt betroffen sind, wird auf jährlich etwa 200.000 geschätzt; leider werden hierzu keine Routinestatistiken gepflegt.

## Arzneimittel-Verordnungsdaten

Als öffentlich zugängliche Datenquelle bieten die Berichte des GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystems (GAMSi) regionalen Bezug auf jede Kassenärztliche Vereinigung. Diese berichten aber nur über die jeweils 30 umsatzstärksten Fertigarzneimittel, ansonsten nur aggregiert auf Ebene von Indikationsgruppen. GAMSi fasst unter »Psychopharmaka« Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquillanzien, Phasenprophylaktika (z. B. Lithium) und Psychostimulanzien zusammen. Danach gab es bei den verordneten Tagesdosen (DDD) im Jahr 2009 ein Süd-Nord-Gefälle (mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern) mit den höchsten Raten in Bayern, Rheinland-Pfalz und im Saarland (FRITZE 2010). Der Variationskoeffizient zwischen den Bundesländern erreicht für die Tagesdosen je GKV-Versicherten wie auch die Bruttoumsätze (€) je Versicherten rund 8 %. Da Verteilung und Variabilität der Verordnung der Psychopharmaka über die Jahre recht stabil blieb, dürfte es sich eher nicht um zufällige regionale Schwankungen handeln. Da das Verteilungsmuster der gesamten Arzneimittelverordnungen (Abb. 2) eher ein Nord-Süd- und ein Ost-West-Gefälle aufweist, liegt wohl kein generell unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung für Arzneimittel zugrunde. Ohne Indikationen- und Wirkstoffbezug müssen tragfähige Deutungsversuche scheitern; im oben skizzierten Projekt mit den Ersatzkassen werden hingegen Deutungen gelingen und das Benchmarking Hinweise zur Behandlungsqualität liefern.

Auch bei den Parkinsonmitteln zeigen die GAMSi-Daten eine erhebliche Variabilität (VK 16 %) der je GKV-Versicherten verordneten Tagesdosen zwischen den Bundesländern, wobei aber eine gute Übereinstimmung des Verteilungsmusters mit dem des Bevölkerungsanteils der über 64-Jährigen

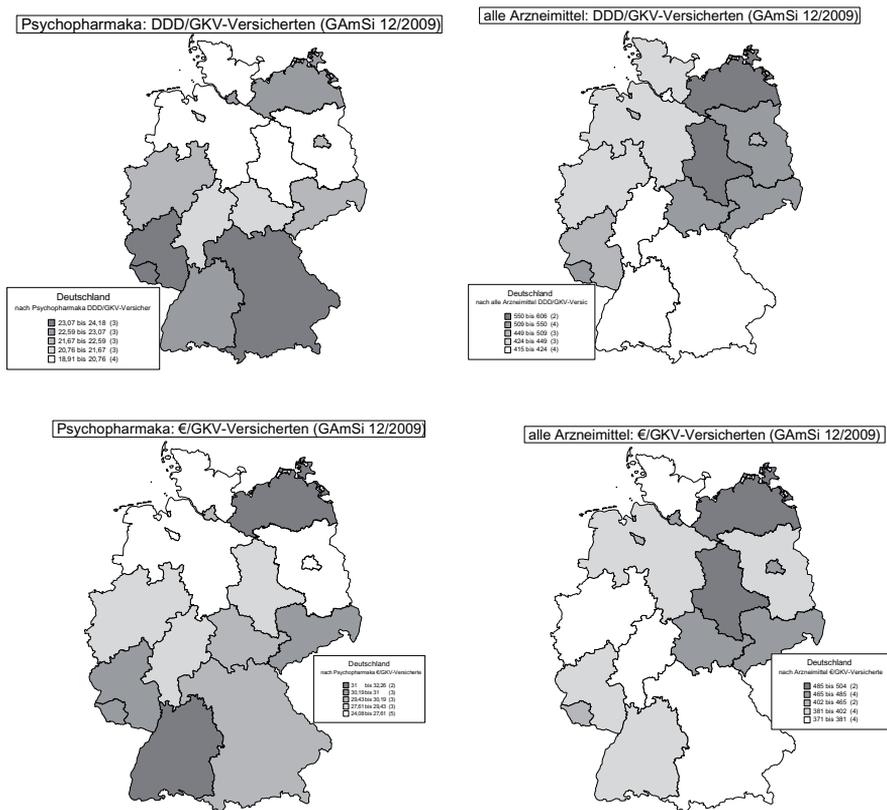


Abb. 2: Verordnungen (DDD) und Ausgaben (brutto) je GKV-Versicherten nach Bundesländern (Stand 12/2009) von Psychopharmaka im Vergleich zu allen Arzneimitteln (GKV-Arzneimittel-Schnellinformation der GKV, GAmSi)

erkennbar ist, so dass die Variabilität grundsätzlich medizinisch plausibel ist. Das davon abweichende Verteilungsmuster der damit verbundenen Ausgaben je GKV-Versicherten (Variationskoeffizient 19 %) ist dagegen erklärungsbedürftig. Für die Variabilität der je GKV-Versicherten verordneten Tagesdosen von Antiepileptika und der dafür investierten Ausgaben (Variationskoeffizient 14 % bzw. 15 %) ist medizinische Plausibilität nicht zu erkennen.

## Ambulante Psychotherapie

Zu den ambulant durchgeführten Psychotherapien gibt es keine öffentlich zugänglichen, übergreifenden Daten (wenn auch sporadisch für einzelne Krankenkassen). Das o.g. Projekt mit den Ersatzkassen gibt Hinweise, wonach leichtere Störungen (hier leichtere Depressionen) präferenziell von psycho-

logischen Psychotherapeuten behandelt werden. Das Projekt wird darüber hinausgehende Transparenz ermöglichen. Die Routinedaten werden durch regionales Benchmarking Hinweise auf die Qualität liefern, aber eine Ergebnisbezogene Qualitätssicherung nicht ersetzen können.

## Institutsambulanzen

Die Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) hat in den letzten 10 Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen, wie schon die Verzehnfachung der GKV-Ausgaben mit etwa 400 Mio. € im Jahr 2009 signalisiert. Eine systematische Transparenz zu den Leistungen fehlt aber. Öffentlich zugänglich sind nur punktuelle Erhebungen z. B. aus Baden-Württemberg (KÖSTER 2005) bezüglich der Diagnosespektren, die zumindest dort erheblich zwischen den Einrichtungen und Einrichtungstypen (Abteilung am Allgemeinkrankenhaus versus Fachklinik) variieren. Um dem Prüfauftrag des Gesetzes genügen zu können, muss Transparenz geschaffen werden. Voraussichtlich wird diese offenbaren, dass nur ein kleiner Teil der von PIAs versorgten Patienten tatsächlich von einem sektorübergreifend organisierten Entgeltsystem und entsprechender Versorgung profitieren könnte, während die Mehrheit ausschließlich ambulant versorgt wird, so daß die PIA hier vermutlich zur Sicherstellung der Versorgung beiträgt und beitragen muss, weil der Versorgungsgrad mit Vertragsärzten regional nicht ausreicht. Aber das müssen erst Daten erweisen.

## Teilstationäre Versorgung

Das Ausmaß teilstationärer – tagesklinischer – Versorgung ergibt sich bisher nicht primär aus den medizinischen Bedingungen und Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen, sondern aus den Strukturen: Der Anteil tagesklinischer Krankenhausfälle bei den Stichtagserhebungen in den Bundesländern in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst) »korreliert« – wie nicht anders zu erwarten – mit dem tagesklinischen Versorgungsgrad (Abb. 3), der aus Strukturvorgaben der Krankenhausplanung resultiert. Tagesklinische Behandlung kann versorgungstechnisch als erste Stufe in Richtung einer sektorübergreifenden Versorgung verstanden werden. Der Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung wird darüber hinaus durch bürokratische Hürden (es entsteht jeweils ein neuer Krankenhausfall) erschwert. Hier zeigt sich, wie Strukturvorgaben patientenzentrierte – sektorübergreifende – Versorgung behindern.

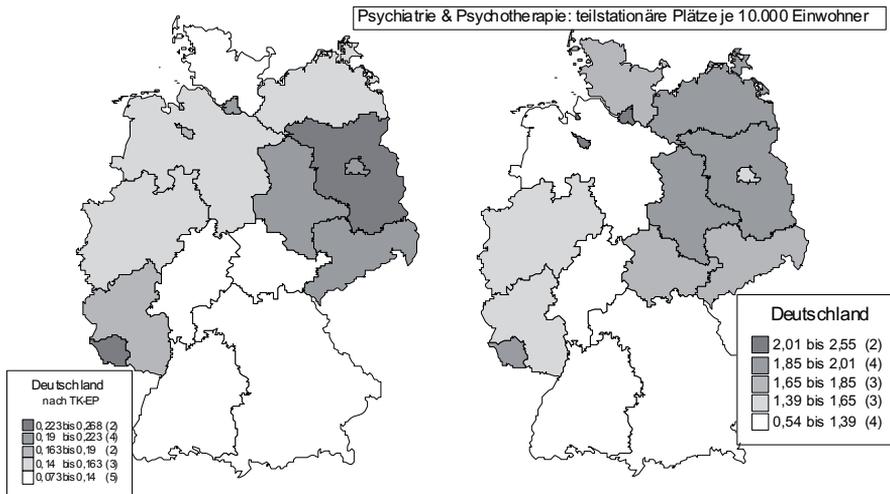
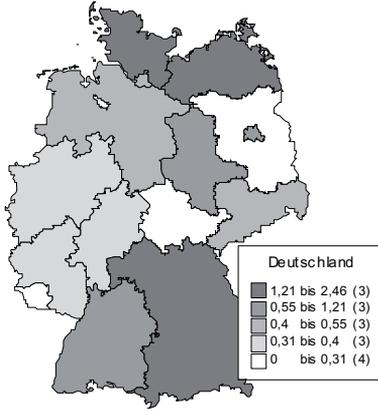


Abb. 3: Anteil tagesklinischer Krankenhaufälle (links) bei den Stichtagserhebungen in den Bundesländern in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst) im Jahr 2008 (Daten einer Kooperationsgemeinschaft von im Jahr 2008 248 Einrichtungen) im Vergleich zu den teilstationären Behandlungsplätzen je 10.000 Einwohner (»Bettenmeßziffer«, rechts) für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie 2008 (Umfrageergebnisse der AOLG)

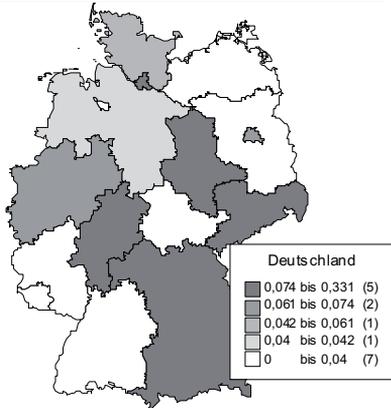
## Psychosomatische Krankenhausversorgung

Die Prägung der Versorgung durch Strukturvorgaben – offensichtlich jenseits der medizinischen Notwendigkeit – zeigt sich auch bei voll- und teilstationären psychosomatischen Einrichtungen. Die insgesamt 6.601 vollstationären Planbetten (Abb. 4) in psychosomatischen Akutkrankenhausabteilungen (gemäß Fachserie 12 Reihe 6.1.1 6.228 aufgestellte Betten) sowie die insgesamt 665 teilstationären psychosomatischen Plätze (Abb. 4) zeigen eine regionale Verteilung, die mit einem akutmedizinischen Versorgungsauftrag schwer vereinbar scheint. In zwei Bundesländern (Brandenburg, Saarland) werden überhaupt keine psychosomatischen Kapazitäten am Krankenhaus ausgewiesen. Entsprechend ist auch die Variabilität der vollstationären Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in psychosomatischen Einrichtungen zwischen den Bundesländern (Abb. 4), die in Bayern und Schleswig-Holstein etwa dreifach über dem Bundesdurchschnitt liegt, kaum mit einem akutmedizinischen, also regionalen Versorgungsauftrag vereinbar.

Psychosomatische Medizin: vollstationäre Betten je 10.000 Einwohner



Psychosomatische Medizin: teilstationäre Plätze je 10.000 Einwohner



Krankenhaustätigkeit Psychosomatik 2007

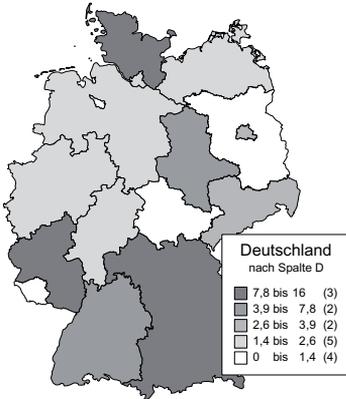


Abb. 4: Vollstationäre (oben) und teilstationäre (Mitte) Behandlungsplätze je 10.000 Einwohner (»Bettenmeßziffer« für psychosomatische Einrichtungen (2008; Umfrageergebnisse der AOLG) sowie vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in psychosomatischen Einrichtungen (2007; statistisches Bundesamt) nach Bundesländern

## Diagnosespektren

Die Diagnosespektren der von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen versorgten Patienten zeigen breite Überlappungen, auch wenn die affektiven Störungen und hier die Depressionen mit etwa 50 % sowie die sog. neurotischen Störungen mit etwa 30 % in psychosomatischen Einrichtungen (in der Erwachsenenpsychiatrie 23 % bzw. 10%) dominieren. Die spezifischen Merkmale auf Seiten der Kranken, aus denen sich die therapeutische Zuständigkeit des einen oder anderen Fachgebietes ergeben könnte, kann bisher nicht transparent gemacht werden. Aus dem o.g. Projekt mit den Ersatzkassen werden sich erstmals zumindest Hinweise ergeben, in welchem Maße die Patienten zwischen den beiden Fachgebieten wechseln. Aus Perspektive einer patientenzentrierten Versorgung bleibt also offen, inwieweit die Versorgung mit psychotherapeutischem Schwerpunkt in psychosomatischen Einrichtungen von den Strukturvorgaben der Institution oder dem medizinischen Bedarf der kranken Menschen geprägt ist. Diese Frage ist nicht trivial, denn damit hängen die Unterschiede der Verweildauern (Psychosomatik im Jahr 2007 40,9 Tage, Psychiatrie 24,1 Tage) zusammen, die sich als Eingriff in das Leben der kranken Menschen wie auch ökonomisch rechtfertigen sollten.

Die Diagnosespektren unterscheiden sich zwischen den stationären Einrichtungen und hier auch zwischen den Bundesländern (Abb. 5) erheblich. Diese Heterogenität kann gute Gründe haben, von – eher unwahrscheinlich – regional unterschiedlicher Morbidität bis zu regional unterschiedlicher Dichte und Erreichbarkeit extramuraler Versorgungsangebote, aber auch schlechte Gründe. Indem der psychiatrischen Diagnostik unverändert externe Validierungskriterien (z. B. Biomarker) weitgehend fehlen, ist sie trotz der Fortschritte in der Operationalisierung anfällig für Unschärfen. Für den Patienten ist es aber nicht banal, ob er irrtümlich z. B. die Diagnose einer Schizophrenie statt bipolarer Störung erhält. Benchmarking von Routinedaten kann zumindest im Sinne des PDCA-Zyklus stimulieren, sich Rechenschaft abzugeben und sich im Qualitätszirkel einer Harmonisierung zu nähern. Das gilt entsprechend für die ambulante Versorgung.

## Krankenhausthäufigkeit und -verweildauer

Die Fallzahlen und Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10.000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose sind gemäß Daten des statistischen Bundesamtes von 1994 (90) bis 2009 (140) um 58 % gestiegen. Die Verweildauer hat in dieser Zeit um 50 % (41 bzw. 20,3 Tage) abgenommen. Zwischen Zunahme der Krankenhaushäufigkeit und Rückgang der Verweildauer be-

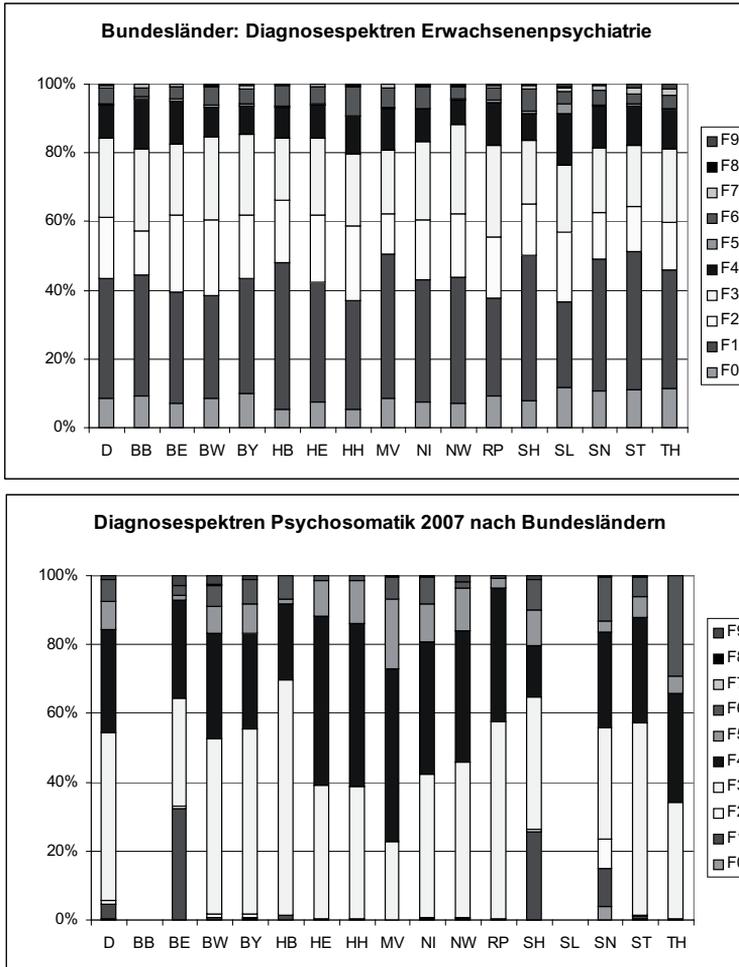


Abb. 5: Diagnosespektren vollstationärer Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in psychiatrischen (oben) und psychosomatischen (unten) Einrichtungen nach Bundesländern (2007; statistisches Bundesamt)

steht ein Zusammenhang: Dank Daten der Krankenkassen (nur hier mit Personenbezug) ergibt sich eine erhebliche Wiederaufnahmerate, indem etwa 40 % innerhalb eines Jahres mindestens einmal wieder aufgenommen werden. Wiederaufnahmeraten einzelner Einrichtungen sind ein Qualitätsindikator, nicht nur der jeweiligen Einrichtung, sondern insbesondere für das gesamte regionale ambulante, akutstationäre und rehabilitative Versorgungsnetz.

Die Entwicklung der Wiederaufnahmerate über die Jahre ist nicht bekannt, weil nur den Daten der Krankenkassen zu entnehmen. Entsprechend ist unbekannt, inwieweit darüber hinaus eine echte Zunahme der Inanspruchnahme

von Krankenhausleistungen wegen psychischer Krankheit zu verzeichnen ist. Als von der Wiederaufnahmerate eher unabhängiger Parameter haben die vollstationären Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose je 10.000 Einwohner (Abb. 6) von 1994 bis 2009 um 21 % abgenommen, wobei sie aber seit 2005 wieder steigen. Es ist unbekannt, ob hierzu eine Zunahme der Morbidität der Bevölkerung beigetragen hat, z. B. durch den demographischen Wandel mit Zunahme der Demenzen.

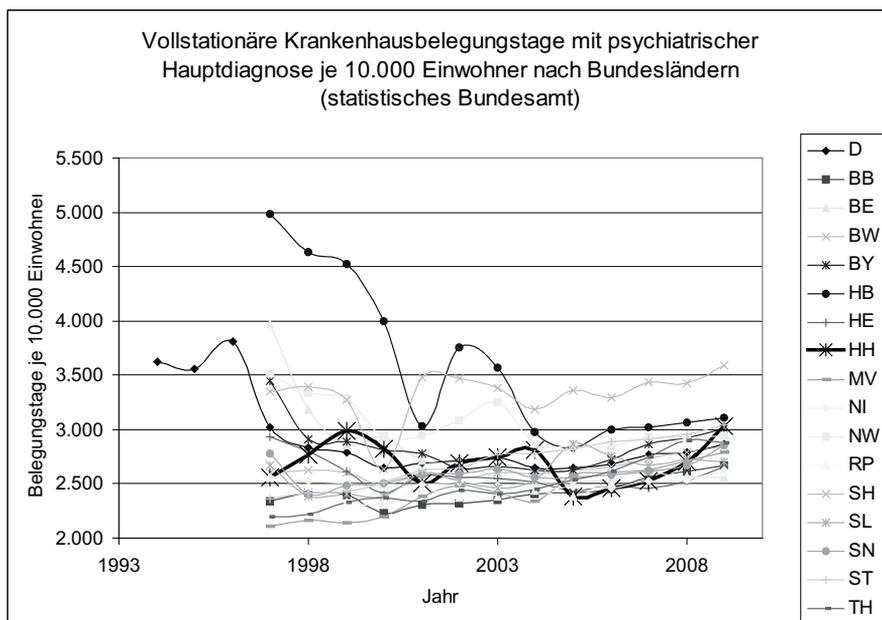


Abb. 6: Vollstationäre Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) je 10.000 Einwohner nach Bundesländern im Zeitverlauf (Daten des statistischen Bundesamtes)

Knapp 30 % der vollstationären Fälle werden – mit erheblicher Variabilität zwischen den Bundesländern: CV=18 % – von somatischen Einrichtungen versorgt; das betrifft insbesondere Suchtkranke. Grundsätzlich ist plausibel, wenn psychisch kranke Menschen mit vitaler Bedrohung, z. B. im Alkoholkonsum, in einer somatischen Einrichtung behandelt werden. Es fehlt aber Transparenz, inwieweit sich die Variabilität zwischen den Bundesländern (und auch innerhalb) tatsächlich durch medizinische Gründe auf Seiten der Kranken – also patientenzentriert – rechtfertigen oder durch welche anderen Gründe.

Die Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10.000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose variiert zwischen den Bundesländern erheblich (2009: CV=11 %, recht stabil über die Jahre), auch die Verweildauer, dies mit er-

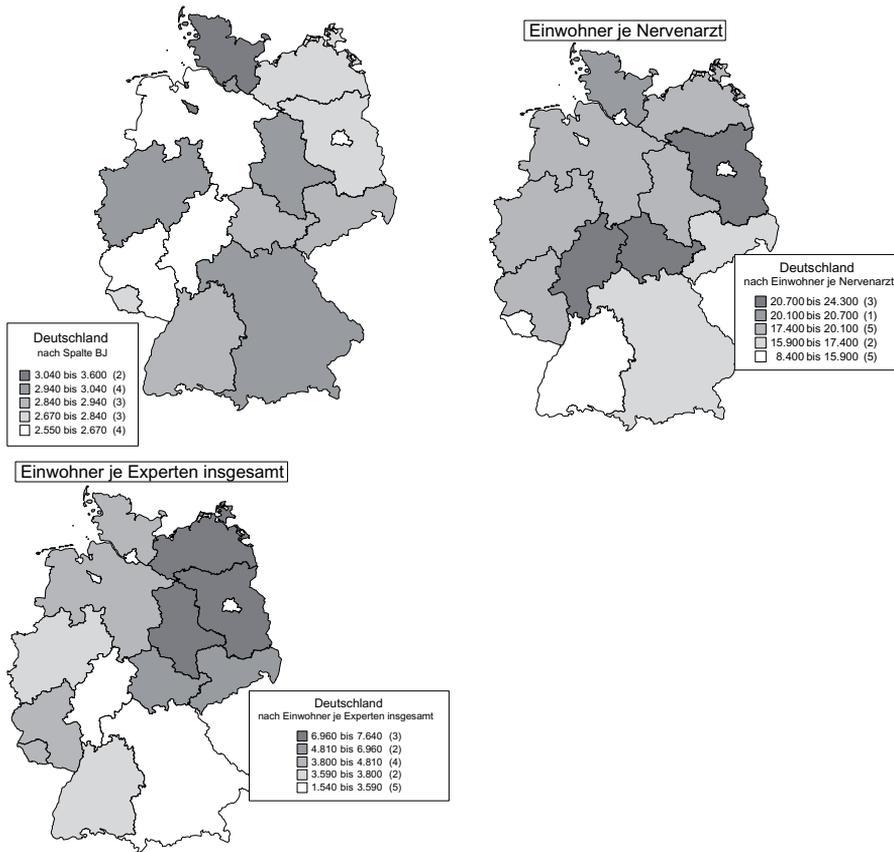
wartungsgemäß über die Jahre abnehmendem Variationskoeffizienten (2009: CV=10 %). Die vollstationären Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose je 10.000 Einwohner variieren zwischen den Bundesländern (und auch innerhalb) erheblich (2009: CV=9 %). Es ist eher unwahrscheinlich, aber nicht auszuschließen und letztlich unbekannt, ob diese Variabilität mit regionalen Unterschieden der Morbidität zusammenhängt.

Inanspruchnahme (und auch Wiederaufnahmerate) könnten abgesehen von der Morbidität vom regionalen Versorgungsgrad mit ambulanten (z. B. Vertragsarztichte) und komplementären Einrichtungen (z. B. betreutes Wohnen) abhängen. Über den Versorgungsgrad mit und die regionale Inanspruchnahme von komplementären Einrichtungen gibt es keine nachhaltig gepflegten Statistiken; die AOLG (2004) mußte eine deutschlandweite Umfrage durchführen (und hat dankenswerterweise den Aufwand nicht gescheut). Vergleicht man – methodisch fragwürdig – die Bundesländer bezüglich Krankenhausbelegungstagen je 10.000 Einwohner (2004) und der Einwohnerzahl je Platz für betreutes Wohnen oder in Heimen (AOLG 2004, jüngere Daten nicht verfügbar), so ergibt sich kein Zusammenhang, schon gar nicht in der eigentlich zu erwartenden Richtung einer Assoziation von weniger Belegungstagen mit höherer Dichte an Betreuungsplätzen. Qualitativ findet sich auch kein Zusammenhang zwischen den Krankenhausbelegungstagen je 10.000 Einwohner (2009) und dem Versorgungsgrad mit Experten für psychische Krankheiten (Abb. 7), soweit solche Betrachtungen methodisch überhaupt zulässig sind.

## Tagespflegesätze

Gemäß der Krankheitskostenstatistik des statistischen Bundesamtes sind die direkten Kosten psychischer Krankheiten (operationalisiert als Kapitel F der ICD-10) von 23,3 Mrd. € im Jahr 2002 auf 28,7 Mrd. € im Jahr 2008 gestiegen. Sie sind mit 23 % stärker als die Gesamtkosten (15 %) gestiegen und machen 11,3 % der Gesamtkosten aus. Sie liegen damit an Rang 3 nach den Kosten der Krankheiten des Kreislaufsystems (2008: 36,9 Mrd. €) und des Verdauungssystems (34,8 Mrd. €) und erstmals knapp vor den muskuloskelettalen Krankheiten (28,5 Mrd. €). Auf niedergelassene Ärzte entfallen bei den Kosten psychischer Krankheiten etwa 7,7 %, auf ambulante Arzneimittelverordnungen 10,8 %, auf Krankenhäuser 26 % (rund 7,5 Mrd. €), auf Rehabilitation 7 %, auf Pflege ambulant 6 % und teil-/stationär 26 % (hier 83 % Demenzen). Inwieweit die Versorgungsqualität mit den bereitgestellten und verbrauchten Ressourcen zusammenhängt, ist unbekannt.

Das neu zu entwickelnde Entgeltsystem soll die bisher krankhausindividuell i. w. anhand der Personalkosten auf Basis der Stichtagserhebungen gemäß



**Abb. 7:** Vollstationäre Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) je 10.000 Einwohner nach Bundesländern im Jahr 2009 (links), Einwohner je Vertragsarzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde (rechts; Grunddaten der KBV für 2008) und Einwohner je vertragsärztlichen Experten (Nervenarzt, Psychiater, ärztlicher Psychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut (unten; Grunddaten der KBV 2008)

Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vereinbarten Tagespflegesätze (als Abschlagszahlungen auf das Jahresbudget) ersetzen durch für unterscheidbare Patientengruppen leistungsgerecht kalkulierte, also unterschiedliche Tagespflegesätze (»Pauschalen«), deren Betrag sich aus dem Produkt aus der jeweiligen Bewertungsrelation der Leistungskategorie und dem Basistageswert ergibt. Details – z. B. ob die Tagespauschalen sich von Tag zu Tag ändern können oder über einen Aufenthalt identisch bleiben – sind noch offen und werden auch von den Kalkulationsergebnissen abhängen. In der budgetneutralen Einführungsphase des Systems wird das Personal-Budget des Krankenhauses unverändert nach Psych-PV ermittelt und der Basistageswert bleibt entsprechend

krankenhausindividuell. Perspektivisch wird der krankenhausindividuelle Basistageswert in einer – gesetzlich bisher nicht definierten – Konvergenzphase schrittweise in einen durchschnittlichen Landesbasistageswert und schließlich möglicherweise einen Bundestageswert überführt.

Derzeit variieren die Abteilungspflegesätze innerhalb und zwischen den Bundesländern erheblich. Dasselbe gilt erstaunlicherweise für die Basispflegesätze. Die Variabilität der vollstationären Basispflegesätze innerhalb der Bundesländer reicht (2009) von CV=13 % in Hamburg bis 30 % in Bremen, die der teilstationären von 20 % in Hamburg bis 50 % im Saarland. Zwischen den Bundesländern liegt der Variationskoeffizient bei 15 % bzw. 9 %. Bei der Interpretation der Variationskoeffizienten ist die mit Größe und Bevölkerungszahl der Bundesländer zusammenhängende jeweilige Zahl der Einrichtungen zu berücksichtigen. Die Variabilität der vollstationären Abteilungspflegesätze innerhalb der Bundesländer reicht für psychosomatische Einrichtungen von 16 % in Thüringen bis 46 % in Bayern, für psychiatrische Einrichtungen von 7 % in Hamburg bis 23 % in Bayern, für kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen von 5 % im Saarland bis 22 % in Nordrhein-Westfalen. Zwischen den Bundesländern liegt der Variationskoeffizient bei 19 %, 6 % bzw. 8 % (Abb. 8). Es kann nicht ermessen werden, inwieweit die Tagespflegesätze die tatsächliche Personalausstattung gemäß Psych-PV widerspiegeln oder eher die »Verhandlungserfolge« der örtlichen Vertragsparteien. Die Rationalität der Variabilität innerhalb und zwischen den Bundesländern wird nicht transparent.

## **Schlussfolgerungen: Transparenz, Qualität und Variabilität psychischer Krankheiten**

Es liegt im Wesen psychischer Krankheiten, dass hier Transparenz des Versorgungsgeschehens in besonderem Maße geboten ist. Grundsätzlich stehen bereits derzeit Datenquellen zur Verfügung, die Transparenz des Versorgungsgeschehens psychisch kranker Menschen zu schaffen erlauben würden. Dies gilt insbesondere für die bei den gesetzlichen Krankenversicherungen und der Rentenversicherung aus Leistungsdaten generierten Datenbasen. Eine Nutzung der Daten für regelmäßige Berichterstattung fehlt bisher. Die Entwicklung des neuen Entgeltsystems nach § 17 d KHG bedarf der Transparenz, entsprechend schreibt § 17 d Absatz 8 KHG eine Begleitforschung vor, für die diese Daten genutzt werden können.

Für psychische Krankheiten fehlt bisher eine systematische Qualitätssicherung im Sinne § 137 SGB V. Die Vorbereitungen wurden aufgenommen. Die Umsetzung wird voraussichtlich nicht vor der Budget-neutralen Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrich-

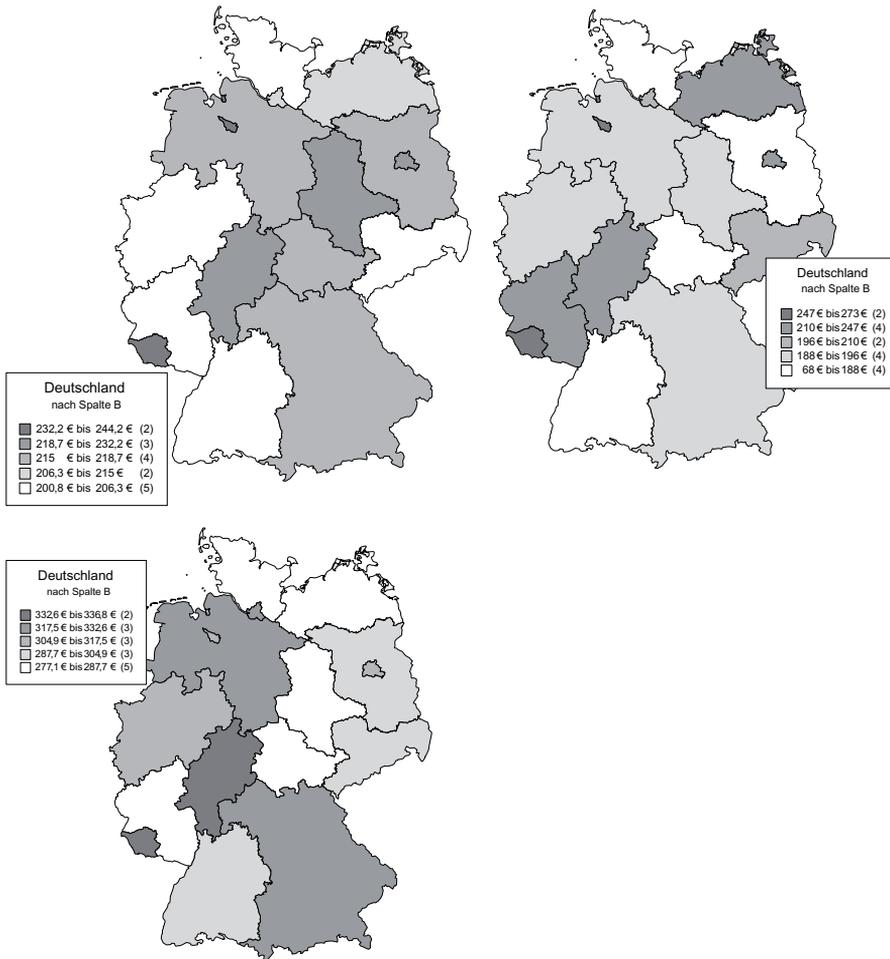


Abb. 8: Mittlere (nicht fallzahlgewichtete) vollstationäre Tagespflegesätze (Basis- + Abteilungspflegesatz) psychiatrischer (links), psychosomatischer (rechts) und kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen 2009 nach Bundesländern

tungen nach § 17d KHG im Jahr 2013 starten. Das ist insofern bedenklich, als – wie schon im Vorfeld der Einführung des DRG-Systems für somatische Einrichtungen – bereits in der Entwicklungsphase des neuen Entgeltsystems – also quasi im Vorgriff – vermeintlich oder tatsächlich berechtigt Umstellungen der Versorgungsstrukturen und -prozesse stattfinden, ohne dass deren Wirkungen durch Qualitätssicherungsmaßnahmen gezügelt bzw. dank geeigneter Indikatoren zumindest wahrnehmbar werden könnten.

Qualitätssicherungskonzepte sind bei psychischen Krankheiten mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Dazu gehört das weitgehende Fehlen

externer Validierungskriterien (z. B. Biomarker) für psychiatrische Diagnosen. Die psychiatrische Diagnostik muß sich i. W. auf den psychopathologischen Befund und den Krankheitsverlauf stützen. Psychopathologische Symptome sind ätiologisch weitgehend unspezifisch. Die Erhebung des psychopathologischen Befundes setzt Erfahrung voraus und bleibt auch dann nicht vollkommen frei vom subjektiven Ermessen des Untersuchers. Wie auch hier gezeigt, werden erhebliche Anteile der psychisch kranken Menschen von Ärzten ohne explizite Expertise auf diesem Gebiet versorgt. Im Einzelfall können die Übergänge zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit fließend sein. Folglich werden psychische Krankheiten häufig nicht oder erst verzögert erkannt. Psychiatrische Diagnosen stellen auch heute noch trotz operationalisierter Diagnostik Konstrukte dar. Folglich sind auch die Grenzen zwischen verschiedenen psychiatrischen Diagnosen nicht derart scharf, dass nicht im Einzelfall auch zwischen Experten kein diagnostischer Konsens bestehen kann.

Für die Mehrzahl psychischer Krankheiten fehlen spezifische, ursächlich wirkende Therapieverfahren. Vielmehr richtet sich die Auswahl der Verfahren (grundsätzlich Psychotherapie, Soziotherapie und Psychopharmakotherapie) im Einzelfall – neben den Präferenzen des Patienten – nach Symptomen und dem Syndrom und wenig nach der Ätiologie. Folglich müssen die Therapieempfehlungen auch Evidenz-basierter Leitlinien breite Handlungskorridore gewähren, d.h. der Spielraum zwischen eindeutig »richtigem« und eindeutig »falschem« Handeln ist groß. Schließlich liegt es im Wesen psychischer Krankheiten, dass die Ergebnisqualität (die Outcomes) neben den therapeutisch beeinflussbaren Faktoren von zahlreichen anderen Faktoren abhängt. Medizinisch geschuldet ist die nach dem Stand der Wissenschaft gebotene Struktur- und Prozessqualität; den psychisch kranken Menschen und den Kostenträger interessieren aber eher die Outcomes.

Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob sich die Aufwände einer Qualitätssicherung, die auf das akribische Erfassen von Indikatoren der Prozessqualität abhebt, tatsächlich rechtfertigen. Die Darlegung von Qualitätsindikatoren kann kein Selbstzweck sein, sondern sie muss sich durch Nutzen für die psychisch kranken Menschen rechtfertigen. Die öffentliche, einrichtungsspezifische Darlegung von Qualitätsindikatoren kann den psychisch kranken Menschen grundsätzlich helfen bei der Auswahl der Einrichtung. Indem aber »im Ernstfall« die Krankheit die Fähigkeit zu freier Wahl kompromittieren kann, bleibt dieser Nutzen begrenzt. Indem die Outcomes von der Leistung des gesamten ambulanten und stationären, multiprofessionellen Versorgungsnetzes und nicht nur der einzelnen Einrichtung – also auch der Qualität der Kooperationen – abhängen, bleibt dem psychisch kranken Menschen womöglich gar keine Wahl, insbesondere in ländlichen Regionen. Also fehlt erneut der praktische Nutzen. Im wohlverstandenen primären Interesse des

psychisch kranken Menschen dürfte eher liegen, dass Qualitätsindikatoren Transparenz über die Leistungsfähigkeit des ganzen Versorgungsnetzes seiner Wohnregion ermöglichen und von den im Netz Wirkenden mit Instrumenten wie Qualitätszirkelarbeit als Motor für fortlaufende Qualitätsverbesserung (PDCA-Zyklus) genutzt werden. Schließlich kann – außerhalb aufwendiger Studien – nur das regionale Benchmarking von Routinedaten »Underdiagnosing« und »Overdiagnosing« als typisches Problem psychischer Krankheiten erkennen helfen.

Aus all dem ergibt sich, primär Routinedaten als Indikatoren für die Qualität des Versorgungsgeschehens psychisch kranker Menschen zu nutzen. Das soll nicht bedeuten, das derzeit verfügbare Set an Routinedaten wäre nicht verbesserungsfähig. Beispielsweise bietet sich an, im Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS sog. Zwangsmaßnahmen – bei denen es sich um Schutzmaßnahmen handeln sollte – wie die gerichtliche Unterbringung gesondert kodierbar zu machen; daraus könnten sich nicht nur sog. Kostentrenner ergeben, sondern auch ein Qualitätsindikator. Jedenfalls ist – auch aber nicht nur im Interesse des Prüfauftrages des § 17 d KHG – die Transparenz über die Leistungen der Institutsambulanzen herbeizuführen.

Exemplarisch wurden oben die Variabilität einiger Indikatoren des Versorgungsgeschehens – potenziell auch der Versorgungsqualität – zwischen den Bundesländern anhand von Routinedaten illustriert. Die Variabilität kann gute Gründe haben, auch wenn das medizinische Rationale derzeit nicht erkennbar ist. Die Daten der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen erlauben grundsätzlich, derartiges Benchmarking auch für regionale Versorgungsnetze anzustellen und dadurch den Versorgungsnetzen und den psychisch kranken Menschen nutzbar zu machen.

Die Routinedaten müssten durch bei den psychisch kranken Menschen selbst (Patientenbefragung) und ihren relevanten Bezugspersonen (Angehörige) erhobene Indikatoren ergänzt werden. Zu den Indikatoren sollten nicht nur Items der Zufriedenheit mit der Versorgung gehören, sondern auch für Patienten relevante Merkmale der Ergebnisqualität (PRO, Patient-Reported-Outcomes), dies sehr wohl im Bewusstsein der damit verbundenen methodischen Probleme. Auf diese hier näher einzugehen, würde den Rahmen sprengen. Jedoch: Die methodisch gut begründete Tatsache, dass die Wirksamkeitsprüfung psychiatrischer Therapieverfahren selten auf Patient-Reported-Outcomes angelegt wurde, kann nicht bedeuten, dass die Qualitätssicherung darauf verzichten muß, zumal sie auch für den Wirksamkeitsnachweis relevant zu werden beginnen (FDA 2006).

## Referenzen

- Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Auftrag der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz): Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedet
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, 1. Auflage, 2007
- FDA (2006) Guidance for Industry: Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Rockville, Md, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, Center for Biologics Evaluation and Research
- FRITZE J, SAß H, SCHMAUß M: Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung – Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). In: BERGER M, FRITZE J, ROTH-SACKENHEIM C, VODERHOLZER U: Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Springer 2004, 83–176
- FRITZE J: Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. In: KLAUBER J, GERAEDTS M, FRIEDRICH J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2010. Schattauer 2009, 181–208
- FRITZE J: Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2009. Psychopharmakotherapie 17 (2010), 240–250
- FRITZE J, LAUX G: Bedeutung psychischer Störungen und Krankheiten. In: MÖLLER H-J, LAUX G, KAPFFHAMMER H-P (Hrsg) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 4. Auflage. Springer, Berlin-Heidelberg 2011, 3–23
- GAEBEL W, ZIELASEK J, KOWITZ S, FRITZE J (2011): Patienten mit psychischen Störungen: Oft am Spezialisten vorbei. Erste Ergebnisse einer umfassenden Versorgungsstudie bestätigen eine zu erwartende hohe Prävalenz. Deutsches Ärzteblatt 108 (26), A1476–1478
- JACOBI F, KLOSE M, WITTCHEN H-U (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47, 736–744
- JACOBI F, WITTCHEN H-U, HÖLTING C, HÖFLER M, PFISTER H, MÜLLER N, LIEB R (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine 34: 1–15
- KÖSTER M. (2005): »Psychiatrische Institutsambulanzen in Baden-Württemberg« Univ. Diss. Tübingen. <http://w210.ub.uni-uebingen.de/dbt/volltexte/2005/1875/p-Aug05Online.pdf>

# Die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Heinrich Kunze, Rainer Kukla

## Einleitung: der Orientierungsrahmen – Zeitliche und Ziel-Perspektiven

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

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

1. Bis 2013 die *Entwicklung* eines neuen Entgeltsystems. »Begleitend« sind dabei die beiden Prüfaufträge zu bearbeiten: andere Abrechnungseinheiten? Psychiatrische Institutsambulanzen einbeziehen? Außerdem steht die Realisierung der Startbedingung »Erfüllung der Psych-PV« an. Dazu wurde im KHRG die BpflV ergänzt.
2. Danach geht es um die *Einführung* des neuen Entgeltsystems bis etwa 2020. Dazu notwendige Regelungen sollen »mit einem weiteren Gesetz vorgenommen werden« (Amtl. Begründung zu § 17 d).

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

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

Das wirft die Fragen auf:

- Beschränkt sich das BMG/der Gesetzgeber auf die notarielle Beglaubigung des kleinsten gemeinsamen Nenners der nach § 17 d zuständigen Selbstverwaltungspartner?
  - Oder gibt es einen darüber hinaus gehenden politischen Gestaltungswillen?
- (1-7)

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

Mit der Psych-PV ist – trotz der problematischen Finanzierung durch die BpflV – in 2 Jahrzehnten viel erreicht worden. (9) Das zeigt auch die erheblich gestiegene Akzeptanz von Krankenhausbehandlung durch Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Leistungsverdichtung und -verbesserung in den Kliniken.

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

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

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

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

### Exkurs: Ökonomie und Zielhierarchien (17)

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

Jedes Handeln einer Organisation kann auch mit Hilfe des »Ökonomischen Prinzips« bewertet werden:

- Ein vorgegebener *Nutzen* ist mit möglichst geringen *Mitteln* zu erreichen (»Minimalprinzip«)  
oder
- mit vorgegebenen *Mitteln* ist ein möglichst großer *Nutzen* zu bewirken (»Maximalprinzip«)

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

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

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

Eine Ausweitung der Bettenkapazität bzw. der stationären Behandlung sollte nur erlaubt sein, wenn alle Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgenutzt sind.

Schon jetzt sind die gesetzlichen Regelungen zu klären, die den Kliniken und den Kassen langfristige Planungssicherheit geben, sich auf den Reformprozess mit Systemvertrauen einzulassen.

## **Anforderungen an die Organisation und Finanzierung von Behandlung<sup>1</sup> – abgeleitet aus den Unterschieden zwischen Patienten mit psychischen und somatischen Erkrankungen**

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

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

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

### **Lebensumfeld einbeziehen**

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

---

1 Behandlung umfasst Diagnostik und Therapie

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

### **Patientenbezogen und nachhaltig**

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

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

### **Artefakte des fragmentierten Finanzierungssystems**

Die derzeitigen Abgrenzungen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung u. a. mehr sind Artefakte des fragmentierten deutschen Finanzierungssystems, das zu »Schnittstellen« führt, die die Behandlungsqualität und den sparsamen Ressourcenverbrauch beeinträchtigen. Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen bleiben Patienten bisher meist zu lange in der nur

zeitweise maximal notwendigen vollstationären Behandlung, was außerdem bei der gegebenen Finanzierung für die Klinik einträglich ist.

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

### Rechtliche Anforderungen

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

*Allgemeines Ziel: Das neue Entgeltsystem muss so ausgestaltet werden, dass Verbesserungen der Effizienz von Krankenhausbehandlung nicht behindert, sondern finanziell belohnt und bürokratische Hindernisse beseitigt werden.*

Dazu mehr in den folgenden drei Abschnitten.

### Ausgangslage: Problematik der bisherige Krankenhausfinanzierung und was verbessert werden sollte

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

- die einseitige Bevorzugung der vollstationären Behandlung,
- zu wenig Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen,
- eine zu wenig flexibel dem individuellen Bedarf angepasste Organisation der Gesamtbehandlung,
- unnötige Abbrüche der therapeutischen Beziehungen durch Wechsel des institutionellen Behandlungsrahmens (Fragmentierung),

- die nur unzureichende Einbeziehung des Lebensfeldes der Patienten,
- Qualitätseinbußen vor allem durch personelle Unterbesetzung wegen der langjährigen Budgetdeckelungen bei gleichzeitig steigenden Anforderungen,
- den enormen bürokratischen Aufwand durch Kontrollen des Leistungsgeschehens (»Misstrauensaufwand«).

### **Falsche Anreize**

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

- ihre Betten füllen (»Jedes Bett schreit so lange, bis jemand drin liegt«) und Patienten möglichst lange und möglichst vollstationär behalten,
- sich auf leichter erkrankte Patienten ausrichten bzw. sich von schwerer beeinträchtigten möglichst fern halten,
- ihre Personalkosten durch (geplante oder unfreiwillige) Unterbesetzung reduzieren,
- mit anderen Diensten in der Region und mit dem sozialen Umfeld der Patienten wenig kooperieren, da dies nicht ausreichend bezahlt wird.
- Die Betten sind immer noch zentraler Schlüsselbegriff für Krankenhäuser. Behandlungsaktivitäten etwa im Lebensfeld des Patienten gelten noch als dem »Krankenhaus« wesensfremd.

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

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

### **Anreize für integrierte Behandlung von Personen**

Für Patienten, die von Vertragsärzten nicht rechtzeitig bzw. nicht ausreichend versorgt werden können, gibt es auch in den psychiatrischen Kliniken i. d. R. nicht genug Kapazitäten unterhalb der vollstationären Behandlung:

Aufwändigere PIA-Behandlung oder geringere »Dosisstufen« tagesklinischer Behandlung und nur tageweise. (Die bessere Finanzierung der ambulanten Behandlung im vertragsärztlichen Bereich ist eine ganz andere Baustelle.) Unter diesen Umständen erfolgt der »Überlauf« der zunehmenden Patientenströme in die teuerste, die vollstationäre Behandlungsform.

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

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

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

- *Niemand sollte deshalb vollstationär in der Klinik behandelt werden müssen, weil andere Hilfen fehlen.*
- *Kein Patient sollte gezwungen sein, wegen seiner komplexen Schwierigkeiten eine Vielzahl von unterschiedlichen (ambulanten) Dienstleistern in Anspruch nehmen zu müssen.*
- *Niemand soll gezwungen sein, außerhalb seiner Stadt, seines Kreises Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (und dadurch seine sozialen Bezüge gefährden) – Spezialangebote ggf. ausgenommen.*

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

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

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

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

### **Effizienzdefizite traditioneller Klinikorganisation**

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

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

### **Vorbild für integrierte Krankenhausbehandlung**

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

Die Zielgruppe (Psychosekranke) dieses IV-Projektes gehört zur Klientel psychiatrischer Versorgung. Der Ansatz kann auf Patienten anderer Diagnosereguppen mit ausgeprägten Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen

und komplexem Hilfebedarf übertragen werden, in Schritten mit empirischer Begleitung.

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

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

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

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

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

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

### Weitere Vorbilder

Dieses Beispiel aus Hamburg steht hier für andere ähnlich orientierte Entwicklungen von Kliniken mit unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen: nicht nur IV-Finanzierung (§ 140 SGB V), sondern auch von Regional- bzw. Einrichtungsbudgets (12) – oder segmentierte Regelfinanzierung (13).

Die Pauschalierung – bezogen auf die Personen oder die Einrichtung – eröffnet Gestaltungsspielräume für einen möglichst individuell passgenauen, sparsamen Ressourceneinsatz. Wegen der Gefahr der Vorenthaltung notwendiger Leistungen zum Nachteil der Patienten kommt der Qualitätssicherung große

Bedeutung zu. Auf die entsprechenden Untersuchungen mit Kontrollgruppe zum IV-Projekt des UKE sowie zum »Regionalbudget« Itzehoe sei verwiesen.

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

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

## **Perspektiven: Konkrete Ziele und Wege für die Einführung des neuen Entgeltsystems ab 2013**

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

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

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

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

1. Die Einführung und jährliche Verbesserung der Leistungsbeschreibung zur Bildung »medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen« und der kalkulierten Bewertungsrelationen für Tagesentgelte für teil- und vollstationäre Krankenhausbehandlung.
2. Die Flexibilisierung der Leistungen »medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen«, um diese bei Veränderungen des individuellen Bedarfs passgenauer und sparsamer anwenden zu können. Es geht um 2 Ebenen:
  - a. *Flexibilisierung der »institutionellen Dosis« Krankenhaus.* Insbesondere der Abstand zwischen Untergrenze teil-/vollstationär und Obergrenze Institutsambulanz ist in den meisten Bundesländern zu groß, dafür sind praktizierte Zwischenstufen in die Leistungsbeschreibung und Kalkulation einzubeziehen.
  - b. *Flexibilisierung des Ortes der Leistungserbringung:* nicht nur im Krankenhaus, sondern auch vom Krankenhaus aus zu Hause oder in anderen Lebensbereichen (mit fließenden Übergängen), wenn dies die Erreichung der Behandlungsziele fördert.
  - c. Die mehrjährige budgetneutrale Phase wird mit der *Anforderung* verbunden, dass die ergänzenden Leistungssegmente zur Bildung von »medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen« § 17 d *kompatibel* und in der entsprechenden »Währung« von tagesbezogenen Bewertungsrelationen mit externer Systementwicklung (InEK oder ein anderes Institut) erfolgt.

Daraus können *zwei Szenarien* gebildet werden:

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

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

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

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

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

Eine Klarstellung, um unnötigen Polarisierungen vorzubeugen: Es geht nicht darum, ob ambulante, tagesklinische oder Zuhausebehandlung *generell* besser

ist als stationäre Behandlung. *Die empfohlene Flexibilisierung und Integration der Behandlung soll zur individuell passgenauen Nutzung der verschiedenen Settings in Verbindung einer settingübergreifenden therapeutischen Gesamtverantwortung auf der Basis einer verlässlichen therapeutischen Beziehung beitragen.*

### **Prüfaufträge**

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

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

### **Qualitätssicherung**

Diese sollte von einem *sektorübergreifenden Ansatz ausgehen und* die zeitbezogenen Komplexpauschalen mit typisierten Behandlungspfaden verknüpfen. (3) Ihre Entwicklung sollte empirisch gestützt zwischen Experten von Seiten

der Kliniken und des MDK schrittweise ausgehandelt werden. Es geht darum, den therapeutischen Nutzen der im Quer- und Längsschnitt erhaltenen Behandlungsleistungen »sektorübergreifend« zu beurteilen, also nicht mehr Qualitätssicherung nur je Maßnahmeart. Die Entwicklung aggregierbarer Merkmale sowie die Erprobung von Stichprobenverfahren für Systemprüfungen steht noch am Anfang.

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

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

### **Dissens über den richtigen Weg**

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

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

Und den Kliniken, die zu den Konvergenzverlierern gehören, fehlt der Gestaltungsspielraum, die bisherige Aufgabe mit weniger Mitteln ohne Qualitätsverluste zu bewältigen.

## Schluss: Empfehlung

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

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

### Beirat

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

Wir hoffen, dass dies auch hier gelingt.

## Literatur

\* = Fundstelle [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de) >> Themen

1. Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems auf der Grundlage des gemeinsamen Eckpunktepapiers »Neustart für § 17d KHG. Sektorenübergreifende Versorgung für psychisch Kranke« von ackpa, APK, vdek und AOK-Bundesverband (Stand: 24.05.2011) \*, siehe Anhang
2. APK-Brief an Dr. Dalhoff, BMG vom 14.03.2011: Zwischenbilanz \*
3. KUNZE H, KUKLA R: Chancen für die Psychiatrie – Die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG aus der Sicht von Akteuren und Betroffenen. f&w 28: 66–70, 2011 \*
4. KUKLA R: Chancen des neuen Entgeltsystems für die Weiterentwicklung der klinischen Versorgung nutzen! Vortrag, 10. DRG-Forum Berlin 10./11.März 2011
5. APK-Stellungnahme an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages: Neuordnung der Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung (Umsetzung des KHRG) Stand 12.12.2010 \*
6. KUNZE H, SCHEPKER R.: Das Ergebnis des OPS-Verfahrens für 2011 ist nicht zielführend! (Manuskript) \*
7. Empfehlungen der APK zur Umsetzung des KHRG – Mai 2010 \*
8. KUNZE H, KALTENBACH L, KUPFER K (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2010
9. AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 1998
10. KUNZE H, SCHMIDT-MICHEL P-O: Zur Erosion der Psych-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 78: 1460–1464, 2007
11. AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hg.): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung – Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Psychiatrie Verlag, Bonn 2007
12. DEISTER A, WEATHERLY JN: Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg. In: WEATHERLY JN, LÄGEL R (Hg.) Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008, 191–198
13. KUNZE H, FRANZ M: Integrierte störungsspezifische Konzepte im klinischen Bereich und darüber hinaus – auch ohne »Integrierte Versorgung« nach § 140 SGB V möglich. In: WEATHERLY J.N., LAEGEL R. (Hsg.): Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009, 213–222 \*
14. Aspekte der Implementierung von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung – Abschlussbericht der Projektgruppe – Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie. Modellverbund, Band 138 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden 2001

15. SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg): Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Tagungsband 28. Psychiatrie Verlag, Bonn 2002
16. Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG. Beschluss der 84. Gesundheitsministerkonferenz am 29./30. Juni in Frankfurt/M \*, siehe Statement A. Hauk
17. Das St. Florian-Prinzip steuert die Maßnahme bezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke – Anstehende Reformen der Rahmenbedingungen für die Finanzierung. KUNZE H, ELSÄSSER-GAIßMAIER H-P, FEGERT JM, HEINZ A, SCHMIDT-MICHEL P-O, WEIß P MdB.  
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. Bonn. Psychiatrische Praxis 38: 45–50, 2011\*
18. LEHMANN G, REDDIG V, MENDEL M, THIEX-KREYE M, SCHILLEN T, FISCHER S: Die finanziellen Anreize werden sich ändern – Das Klinikum Hanau nutzt ein § 17d-kompatibles Finanzierungs- und Behandlungskonzept zur psychiatrischen Versorgung. f&w 28: 389–392, 4/2011  
LOHSTROH E, LEHMANN G, ERNST R: Die finanziellen Anreize müssen sich ändern. f&w 27: 54–58, 2010
19. LAMBERT M, NABER D, BOCK T, MEIGEL-SCHLEIFF C, OHM G et al.: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: Das Hamburger Modell. In: AMELUNG VE, BERGMANN F, FALKAI P, HAUTH <l et al.: Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010, 113–138
20. BMG: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 01/2009. [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

# Pauschalierende Entgelte für Psych-Leistungen: Internationaler Vergleich

Peter Dirschedl

## Einleitung

Pauschalierende Entgelte für die Krankenhaus-Psychiatrie mit Diagnose- bzw. Leistungsbezug finden sich international nur wenige. Die folgende Darstellung gibt einen Einblick in die Vergütungssystematik in den USA, Ungarn und Österreich, in denen entsprechende Vergütungssysteme bereits im Einsatz sind. Darüber hinaus werden die Entwicklungsansätze aus Frankreich und der Schweiz dargestellt, die sich noch im Projektstatus befinden.

## USA

Seit dem Jahr 2005 kommt in den USA das »Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System (IPF PPS)« im Rahmen von Medicare zum Einsatz. Das System basiert auf einem einheitlichen Tages-Basisfallwert, der sich in den Jahren 2005-2011 von 575,95 \$ auf 683,68 \$ gesteigert hat. Dieser Tages-Basisfallwert wird adjustiert im Hinblick auf definierte Einflussfaktoren, dann mit degressiven Verweildauerwerten multipliziert, schließlich aufsummiert und gegebenenfalls noch ergänzt durch Einzelregelungen für Verweildauerausreißer, Fallzusammenführung und Elektrokrampftherapie. Zu den definierten Adjustierungen zählen das Lohn- und Sachkostenniveau der jeweiligen Krankenhausregion, lokale Lebenshaltungskosten, klinikbezogene Faktoren (Notaufnahme/ Lehrkrankenhaus), Hauptdiagnose (psychiatrische DRG), Nebendiagnosen (somatische Komorbiditäten) und das Alter der Patienten. Die degressive Verweildaueradjustierung greift für die ersten 21 Tage des stationären Aufenthaltes, danach bleibt der Wert mit 0,92 konstant. Der Hauptdiagnosebezug (DRG-Adjustment) umfasst 17 definierte DRG, die eine Faktorenspreizung von 0,88 (Alkoholabhängigkeit) bis 1,22 (bestimmte operative Eingriffe) aufweisen. Die Altersadjustierung beginnt mit dem 45. Lebensjahr, für jüngere Patienten beträgt der Adjustierungsfaktoren 1,0 [1, 2]. Trotz der zahlreichen Adjustierungen und dem Diagnose- und Komorbiditätsbezug bleibt in diesem System der bestimmende Faktor für die Vergütung die Verweildauer.

## Ungarn

Die Vergütung der Krankenhaus-Psychiatrie erfolgt in Ungarn seit 1993 im Rahmen eines DRG-Systems (HBCS). Das System basiert auf den AP-DRG und wurde im Zeitverlauf entsprechend an neuere Versionen adaptiert. Es umfasst 16 DRGs für psychiatrische Erkrankungen, jeweils mit definierten Mindest-, Höchst- und Regelverweildauern und entsprechenden Relativgewichten. Es besteht eine Wiederaufnahmeregelung. Die Besonderheit des Systems besteht darin, dass nur ein Teil der Krankenhaus-Psychiatrie über die DRG abgebildet werden (»Akutbetten«), bei längeren Verweildauern erfolgt die Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze (»chronische Betten«). Dies führt dazu, dass lediglich etwa 50 % der Behandlungen in der Krankenhaus-Psychiatrie über dieses System vergütet werden [3, 4].

## Österreich

In Österreich kommt seit 1997 ein eigenes, fallpauschalenbasiertes System mit Einbeziehung der Psychiatrie zur Anwendung (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)). Es handelt sich um ein einheitliches Punktesystem mit leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF). Die Vergütungsgruppen werden entweder über medizinische Einzelleistungen (MEL) oder die Hauptdiagnosen (Hauptdiagnosegruppen (HDG)) definiert. Auch in diesem System spielt die Verweildauer (Tageskomponente) eine wesentliche Rolle. Im Hinblick auf die Psychiatrie gibt es zusätzliche Vergütungen für bestimmte Einzelleistungen (Krisenintervention, Aufnahme nach dem Unterbringungsgesetz etc.) [5, 6, 7].

## Frankreich

Seit dem Jahr 2007 wird in Frankreich das Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information Psychiatrie (PMSI-Psy) für die Erfassung von Leistungen und Ressourcenverbrauch in der Krankenhaus-Psychiatrie eingesetzt. Eine Vergütung über dieses System erfolgt noch nicht. Das System umfasst 18 Hauptdiagnosegruppen (CMD) mit insgesamt 278 Untergruppen. Neben der Hauptdiagnose, Alter, Verweildauer und somatischen Begleiterkrankungen sind in diesem System zusätzlich die globale Erfassung des Funktionsniveaus (Achse V des DSM-IV) und der Pflegebedarf gruppierungsrelevant [8, 9].

## Schweiz

In der Schweiz besteht die gesetzliche Vorgabe, ab dem 01.01.2012 für die Leistungen stationärer Psychiatrie ein national einheitliches Tarifsysteem mit Leistungsbezug einzuführen. Im Rahmen der Entwicklungsarbeit wurden aktuell zwei methodische Ansätze hierfür zusammengeführt. Dabei handelt es sich um die Projekte der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Psychiatrie-Tarif-Projekt/P-TAR), das auf der Evaluation bestimmter Diagnosehauptgruppen (F0 bis F19) basiert. Dieser Ansatz wurde zusammengefasst mit dem Projekt des Spitzenverbandes der schweizer Spitäler (H+), das analog der deutschen Psych-PV den Behandlungsbedarf psychiatrischer Krankenhauspatienten in sechs Großgruppen (Allgemeine Psychiatrie/Abhängigkeitskranke/Gerontopsychiatrie/Kinderpsychiatrie/Jugendpsychiatrie/Forensik) mit jeweils sechs bis acht Untergruppen erfasst [10, 11, 12].

## Zusammenfassung

Alle geschilderten Systeme sind Mischsysteme. Es besteht durchweg ein Diagnosebezug. Die Verweildauer hat in allen betrachteten Ansätzen den größten Einfluss auf die Höhe der Vergütung. Der Behandlungsbedarf wird in neueren methodischen Ansätzen berücksichtigt. Eine tatsächliche Orientierung an den erbrachten Leistungen existiert in den beschriebenen Systemen nur ansatzweise.

## Literatur und Quellennachweis

1. KLOSE P, DIRSCHEDL P, MOHRMANN M: Fallpauschalen in der Krankenhaus-Psychiatrie der USA. Das Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS). *Gesundheitswesen* 2010; 72: 487–491
2. US-Gouvernement: *Federal Register/Volume* 76, 18, 2011
3. MAYLATH E: DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 633–645
4. BONCZ I et al.: Financing of healthcare services in hungary. *European Journal of Health Economics* 2004; 5: 252–258
5. Bundesministerium für Gesundheit: Das österreichische LKF-System, 1. Auflage, Juli 2010
6. Bundesministerium für Gesundheit: *Evaluierungsbericht leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung 1997–2007*. Wien, 2010
7. FRICK U et al.: Fallpauschalen in der stationär-psychiatrischen Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 2010; 28, Sonderheft 1: 555–562
8. [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

9. Ministère de l'emploi et de la solidarité: PMSI Psychiatrie, Présentation generale. 2002
10. Kanton Zürich Gesundheitsdirektion: Tarifsysteem Psychiatrie (TARPSY) auf Kurs. Newsletter, 01.03.2011
11. SwissDRG-AG: Tarifierung in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation. 11.11.2010
12. Kanton Zürich Gesundheitsdirektion: P-TAR mit vereinfachter Fallgruppierung. Projekt P-TAR, April 2010

# Aktueller Stand bei der Entwicklung des Psych-Entgeltsystems

Frank Heimig

## Agenda

1. (Kosten)Varianz erklärende Faktoren in PSY-Systemen
2. Gewichtungsmodelle
3. Aktueller Datenstand

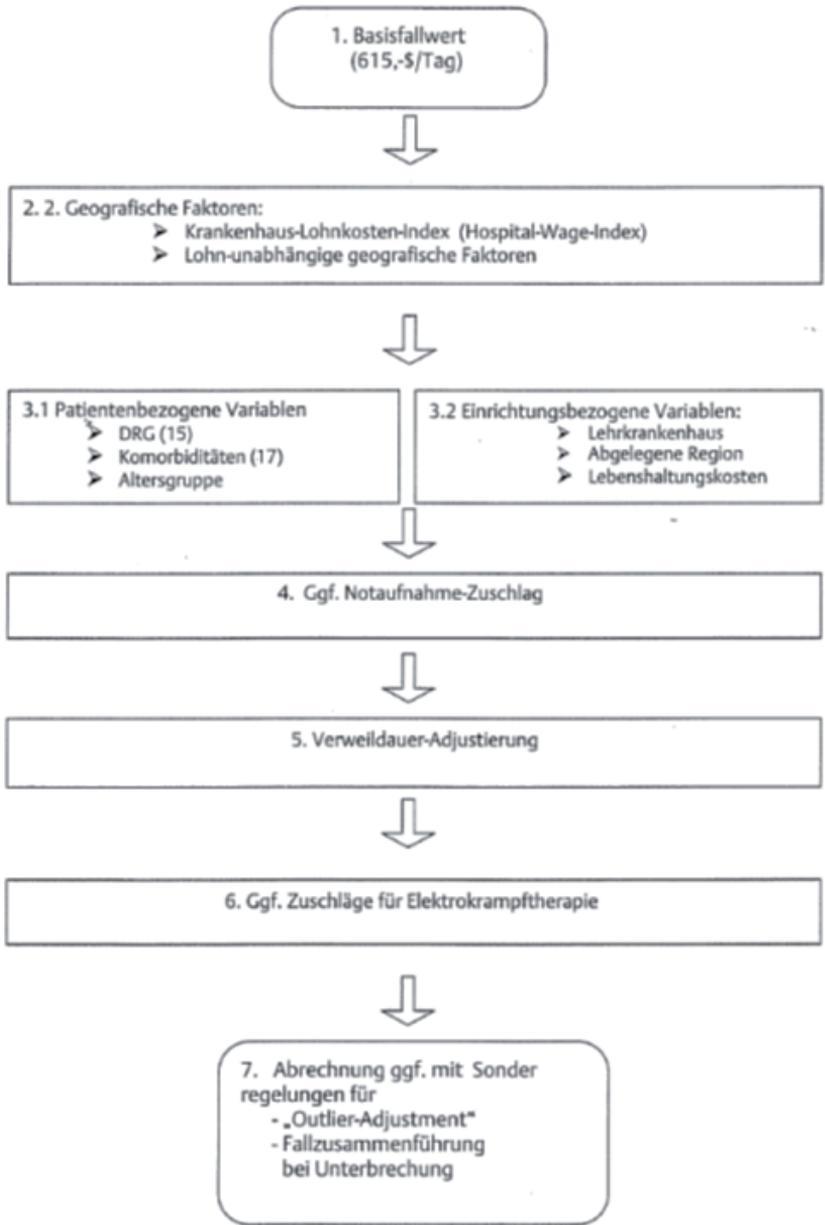
## Ergebnisse einer Literaturrecherche

- 10 Zeitschriftenartikel, publiziert zwischen 2000 und 2010
  - 1 Review der internationalen Literatur zum Thema „Payment by Results in Mental Health“
- 1 Auszug einer Internetseite

## Fallpauschalen in der Krankenhaus-Psychiatrie der USA

Klose et al., 2010; Mason und Goddard 2009

- Angewendetes System: Ja
- Kurzbeschreibung: Darstellung des erstmals 2005 und umfassend seit 2009 in den USA angewendeten Prospective Payment System für Inpatient Psychiatric Facilities (IPF PPS)
- Varianzaufklärung: Keine Angaben



oder Wiederaufnahme < 4d

**Tab. 1** DRGs mit Kostenfaktoren.

DRG	Definition	Faktor
DRG 424	Prozedur mit Haupt-Diagnose psych. Erkrankung	1,22
DRG 425	akute Belastungsstörung	1,05
DRG 426	neurotische Depression	0,99
DRG 427	andere Neurose	1,02
DRG 428	Persönlichkeitsstörung	1,02
DRG 429	organisch bedingte psychische Störung	1,03
DRG 430	Psychose	1,00
DRG 431	Kinder-/Jugendpsychiatrische Erkrankung	0,99
DRG 432	andere psychische Erkrankung	0,92
DRG 433	Alkohol/Drogenabusus, Entlassung gg. ärztlichen Rat	0,97
DRG 521	Alkohol/Drogenabusus mit Komorbidität	1,02
DRG 522	Alkohol/Drogenabusus ohne Komorbiditäten	0,98
DRG 523	Alkohol/Drogenabusus ohne Rehabilitation	0,88
DRG 12	neurodegenerative Erkrankung	1,05
DRG 23	nicht traumatisch bedingter Stupor oder Koma	1,07

**Nutzung des  
ICD09 zur  
Kodierung!**

**Tab. 3** Altersgruppen und Kostenfaktoren.

Alter	Faktor
unter 45	1,0
45–50	1,01
50–55	1,02
55–60	1,04
60–65	1,07
65–70	1,10
70–75	1,13
75–80	1,15
über 80	1,17

Tab. 4 Verweildauer und degressive Tageskosten-Faktoren

Belegungstag	Faktor
1 keine Notaufnahme vorhanden	1,19
- Notaufnahme vorhanden	1,31
2	1,12
3	1,08
4	1,05
5	1,04
6	1,02
7	1,01
8	1,01
9	1,00
10	1,00
11	0,99
12	0,99
13	0,99
14	0,99
15	0,98
16	0,97
17	0,97
18	0,96
19	0,95
20	0,95
21	0,95
22 und mehr	0,92

**Tab. 2** Komorbiditäten mit Kostenfaktoren.

Komorbidität	Faktor
Entwicklungsstörung	1,04
Gerinnungsfaktormangel, Koagulopathie	1,13
Tracheostomie	1,06
Ess- und Verhaltensstörung	1,12
infektiöse Erkrankung	1,07
akutes Nierenversagen	1,11
chronisches Nierenversagen	1,11
onkologische Behandlung	1,07
entgleister Diabetes Mellitus	1,05
Proteinmangelerkrankung	1,13
neuropsychiatrische Folgeerkrankung bei Drogen-/Alkoholabusus	1,03
kardiale Erkrankung	1,11
Gangrän	1,10
COPD	1,12
Anales-/Uro-Stoma	1,08
Muskel-/Kollagenstoffwechselerkrankung	1,09
Intoxikation	1,11

### Niederlande

Mason und Goddard 2009

- Angewendetes System: Ja
- Beschreibung des in den Niederlanden bestehenden DBC-Systems (Diagnose Behandeling Combinatie), das in der aktuellen Form 2009 eingeführt wurde und ab 2011 voll umgesetzt werden soll
- Varianzaufklärung: keine Angaben

Table 2: Dutch DBC codes and tariffs for inpatient medical psychiatric interventions

Treatment category	DBC codes	2009 Tariff (€)	Adjustment factors
		Min	Max
No treatment in 24-hour stay	001	0	0
Initial time	002 to 008	46	1,315
Diagnostics	007 to 012	133	2,124
Other	013 to 017	105	1,997
Short treatment	010 to 020	100	1,614
Attention deficit disorder	027 to 031	1,036	31,072
Neurotic disorders	033 to 038	1,050	27,749
Other childhood disorders	040 to 042	1,080	12,959
Other childhood disorder	135 to 136	950	33,754
Dementia or other dementia	137 to 138	834	30,310
Alcohol	051 to 054	1100	31,300
Other addiction	046 to 050	935	43,015
Schizophrenia	052 to 058	979	34,972
Depression	060 to 078	955	26,052
Bipolar	080 to 081	1000	36,241
Anxiety	100 to 101	1000	29,870
Adjustment	152 to 153	875	26,241
Other Disorders	107 to 112	950	26,430
Other Diagnostics	114 to 119	1,020	37,625
Personality Disorder	121 to 129		

19 Behandlungskategorien (beinhalten 145 „Produktcodes“)

Table 3: Dutch DBC codes and tariffs for inpatient medical psychiatric stay

Length inpatient stay	DBC codes	2009 Tariff (€)	
		Min	Max
No stay	000	0	0
0 to 3 days	011 to 015	195	1,665
3 to 7 days	021 to 025	480	4,246
7 to 14 days	031 to 035	972	7,950
14 to 21 days	041 to 045	1,671	13,528
21 to 42 days	051 to 055	2,983	25,999
42 to 63 days	061 to 065	4,891	40,542
63 to 84 days	071 to 075	5,671	56,552
84 to 126 days	111 to 115	9,377	81,672
126 to 168 days	121 to 125	14,490	123,693
168 to 210 days	131 to 135	19,527	166,696
210 to 252 days	141 to 145	21,372	182,446
252 to 308 days	151 to 155	27,432	234,176
308 to 364 days	161 to 165	31,755	271,079
over 364 days	171 to 175	35,163	271,320

Source: NZA 2009 [56]

15 Kategorien für Behandlungsdauer (beinhalten 70 Codes)

length of stay categories (70 codes, which vary by provider cost) (Table 3). Tariffs vary by treatment duration, therapy received and length of stay and are based on actual labour, material and capital costs that were first collected in 2005 [55]. Providers are paid a fixed price both for the type of intervention and for the length of stay [55-57].

Table 7: Dutch Mental Health Care Packages (ZZP GGZ)

ZZP code	Code Name	Client profile (summary)	Functions and time per client per week				
			Residential care	Day care	Treatment	Total time	
ZZP 10 GGZ	Supervised continuing stay (group B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>psychiatric disorder, mental disorder (including addiction)</li> <li>disorder necessitates institutional care in safe non-demanding environment</li> <li>some loss of self-direction, possibly disturbed circadian rhythm</li> <li>low intensity general daily supervision support in relation to the cognitive / psychological functions, especially in communication, memory and thinking</li> <li>modification and psychosocial well-being</li> <li>treatment objective to facilitate discharge to home or to placement in sheltered accommodation or stabilization and maintenance (for chronic condition)</li> </ul>	General support: yes Personal care: yes Nursing care: yes Average: 4.5 hours	If used: Avg. number of half-days: 4 Avg. group size: 5	When therapist care required Average: 1.1 hours	Excluding day care: 4.5 to 6.5 hours Including day care: 7.5 to 9.5 hours	Setting: treatment department Night: on demand / sleep watch Delivery: according to agreement and on demand
ZZP 2R GGZ	Stay with extensive structured supervision (group B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>psychiatric disorder, mental disorder (including addiction)</li> <li>disorder necessitates institutional care in safe non-demanding supervised environment</li> <li>loss of self-direction and disturbed circadian rhythm</li> <li>clients have problems with social relationships, limited decision making skills, resolution skills and ability to undertake and carry out complex tasks</li> <li>continuous extensive daily assistance with its skills and all cognitive / psychological functions</li> <li>treatment objective to facilitate discharge to home or to placement in sheltered accommodation or stabilization and maintenance (for chronic condition), though condition may deteriorate and manipulative / reactive behaviour may persist.</li> </ul>	General support: yes Personal care: yes Nursing care: yes Average: 9.5 hours	If used: Avg. number of half-days: 4 Avg. group size: 6	When therapist care required Average: 1.1 hours	Excluding day care: 9.5 to 11.5 hours Including day care: 12.0 to 14.5 hours	Setting: treatment department Night: watch whilst awake / in vicinity. Delivery: continuously in vicinity
ZZP	Stay with	psychiatric disorder, mental disorder	General	If used:	When	Excluding	Setting: treatment

**Table 6: 2009 Dutch daily tariffs for Mental Health Care Packages**

Code	Care package	2009 Tariff (€)
Z212	Per day ZZZ 1GGZ-B incl. day care excl. therapy	71.06
Z213	Per day ZZZ 1GGZ-B incl. day care incl. therapy	92.91
Z222	Per day ZZZ 2GGZ-B incl. day care excl. therapy	104.83
Z223	Per day ZZZ 2GGZ-B incl. day care incl. therapy	124.73
Z232	Per day ZZZ 3GGZ-B incl. day care excl. therapy	114.14
Z233	Per day ZZZ 3GGZ-B incl. day care incl. therapy	136.50
Z242	Per day ZZZ 4GGZ-B incl. day care excl. therapy	131.59
Z243	Per day ZZZ 4GGZ-B incl. day care incl. therapy	155.16
Z252	Per day ZZZ 5GGZ-B incl. day care excl. therapy	142.26
Z253	Per day ZZZ 5GGZ-B incl. day care incl. therapy	166.28
Z262	Per day ZZZ 6GGZ-B incl. day care excl. therapy	193.11
Z263	Per day ZZZ 6GGZ-B incl. day care incl. therapy	217.70
Z272	Per day ZZZ 7GGZ-B incl. day care excl. therapy	257.57
Z273	Per day ZZZ 7GGZ-B incl. day care incl. therapy	296.14
Z310	Per day ZZZ 1GGZ-C excl. day care excl. therapy	54.93
Z311	Per day ZZZ 1GGZ-C excl. day care incl. therapy	76.79
Z312	Per day ZZZ 1GGZ-C incl. day care excl. therapy	54.93
Z313	Per day ZZZ 1GGZ-C incl. day care incl. therapy	76.79
Z320	Per day ZZZ 2GGZ-C excl. day care excl. therapy	88.72
Z321	Per day ZZZ 2GGZ-C excl. day care incl. therapy	108.60
Z322	Per day ZZZ 2GGZ-C incl. day care excl. therapy	88.72
Z323	Per day ZZZ 2GGZ-C incl. day care incl. therapy	108.60
Z330	Per day ZZZ 3GGZ-C excl. day care excl. therapy	98.02
Z331	Per day ZZZ 3GGZ-C excl. day care incl. therapy	120.37
Z332	Per day ZZZ 3GGZ-C incl. day care excl. therapy	98.02
Z333	Per day ZZZ 3GGZ-C incl. day care incl. therapy	120.37
Z340	Per day ZZZ 4GGZ-C excl. day care excl. therapy	118.11
Z341	Per day ZZZ 4GGZ-C excl. day care incl. therapy	141.68
Z342	Per day ZZZ 4GGZ-C incl. day care excl. therapy	118.11
Z343	Per day ZZZ 4GGZ-C incl. day care incl. therapy	141.68
Z350	Per day ZZZ 5GGZ-C excl. day care excl. therapy	128.78
Z351	Per day ZZZ 5GGZ-C excl. day care incl. therapy	152.80
Z352	Per day ZZZ 5GGZ-C incl. day care excl. therapy	128.78
Z353	Per day ZZZ 5GGZ-C incl. day care incl. therapy	152.80
Z360	Per day ZZZ 6GGZ-C excl. day care excl. therapy	162.39
Z361	Per day ZZZ 6GGZ-C excl. day care incl. therapy	186.97
Z362	Per day ZZZ 6GGZ-C incl. day care excl. therapy	162.39
Z363	Per day ZZZ 6GGZ-C incl. day care incl. therapy	186.97

### Anmerkungen

- Bisher keine wissenschaftliche Studie zum System
- Nutzung DSM

### **Varianz erklärende Faktoren in angewendeten Systemen**

Mit dem Datensatz nach §21 erfassbar

Mit dem Datensatz nach §21 oder anderen Quellen teilweise erfassbar

- Hauptdiagnose
- (psychiatrische) Komorbiditäten
- Altersgruppen
- Behandlungstag
- Geographische Faktoren
- Krankenhaus-Lohnkosten-Index, Lebenshaltungskosten
- Notaufnahme
- EKT
- Juristischer Aufnahmezustand
- Medizinisch(-psychiatrische) Leistungen
- Psychopathologischer Befund (Orientierung)
- Schweregradbeurteilung
- Krisenintervention

### **Varianz erklärende Faktoren in Studiendesigns**

Mit dem Datensatz nach §21 erfassbar

Mit dem Datensatz nach §21 oder anderen Quellen teilweise erfassbar

- Hauptdiagnose
- (psychiatrische) Komorbiditäten
- Altersgruppen
- Familienstand
- Ökonomischer Status
- Soziale Unterstützung
- Therapiemotivation
- Status als forensischer Patient/Rechtsstatus
- Schweregradbeurteilungen/Symptombelastung (ADL/Hilfebedarf, GAF, psych. Belastung, Suizidalität, Fremdgefährdung, kognitive Einschränkungen, Krankheitseinsicht)
- Anzahl der Voraufnahmen/Erstaufnahme wegen Symptome

## Varianz erklärende Faktoren in Studiendesigns II

Mit dem Datensatz nach §21 erfassbar

Mit dem Datensatz nach §21 oder anderen Quellen teilweise erfassbar

- Therapieresponse/Symptomreduktion
- Komplikationen (NW Medikamente, Infektionen)
- Entzugsbehandlung
- Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“
- Ethnische Zugehörigkeit
- „Hygiene“
- Krankenhausstyp
- Chronifizierung
- Wunsch nach Psychotherapie
- Arbeitsunfähigkeit vor/nach stationärer Behandlung
- Entlassungsform

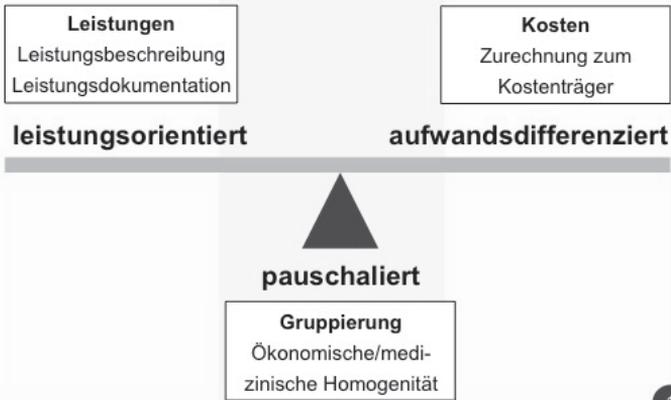
## Schlussfolgerungen

- Angaben zur (Kosten)Varianzaufklärung finden sich in der Literatur nur für nicht angewendete Modelle (3-54%)
- Mit § 21-Datensatz nur ein Teil der laut Literatur angewendeten / geeigneten Faktoren abgedeckt
- Übermittlung weiterer Daten (Familienstand, Rechtsstatus, Zahl der stationären Vorbehandlungen, Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme...) zur Analyse nötig?

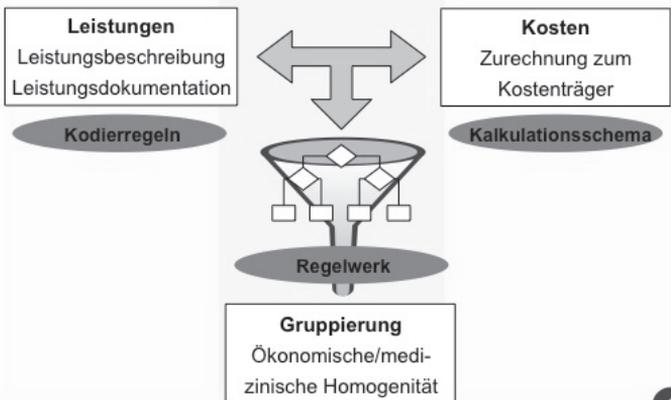
## Agenda

1. (Kosten)Varianz erklärende Faktoren in PSY-Systemen
2. **Gewichtungsmodelle**
3. Aktueller Datenstand

## PSY-Entgeltsystem „Balanceakt“ der Entwicklung



## PSY-Entgeltsystem Grundmodell der Systementwicklung

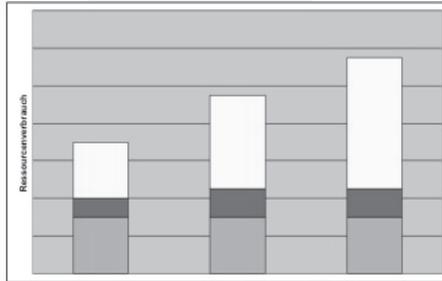


## Kalkulationsgrundsätze

- Kostenzuordnung auf den Kostenträger „Behandlungstag eines Falles“
- Vollkostenansatz auf Istkostenbasis

### Das deutsche PSY-System Ziel: Identifikation des aufwändigen Patienten

- Aufwand: Ressourcenverbrauch auf Tagesebene
- Identifikation von kostentrennenden Faktoren (Patient, Diagnose, Strukturmerkmale des Behandlungssettings...)



20

### Interne Leistungserfassung Leistungsdifferenzierung

Gesamt-Behandlungsumfang		
Stationäre Betreuung	Therapeutische Kernleistung	Körperliche Diagnostik
<b>Leistungsdokumentation</b> Betreuungsintensitätsmodell (BI)	<b>Leistungszeiten</b> Zeitintervalle <b>Leistungskataloge</b> z.T. standardisiert	<b>Leistungskataloge</b> Standard-Tarifwerke
<b>Leistungsbereich Station</b>	<b>Leistungsbereich Therapie</b>	<b>Leistungsbereich Diagnostik</b>

21

## Leistungsbereich Station

Ermittlung Leistungsvolumen (je Berufsgruppe)



## Gewichtungsmodelle Kalkulationshandbuch

9 Beispiele in Anlage 13

7 Beispiele für  
**Allgemeinpsychiatrie,  
 Sucht und/oder  
 Gerontopsychiatrie**

5 tagesvariabel

2 aufenthaltsstabil/  
 tagesvariabel

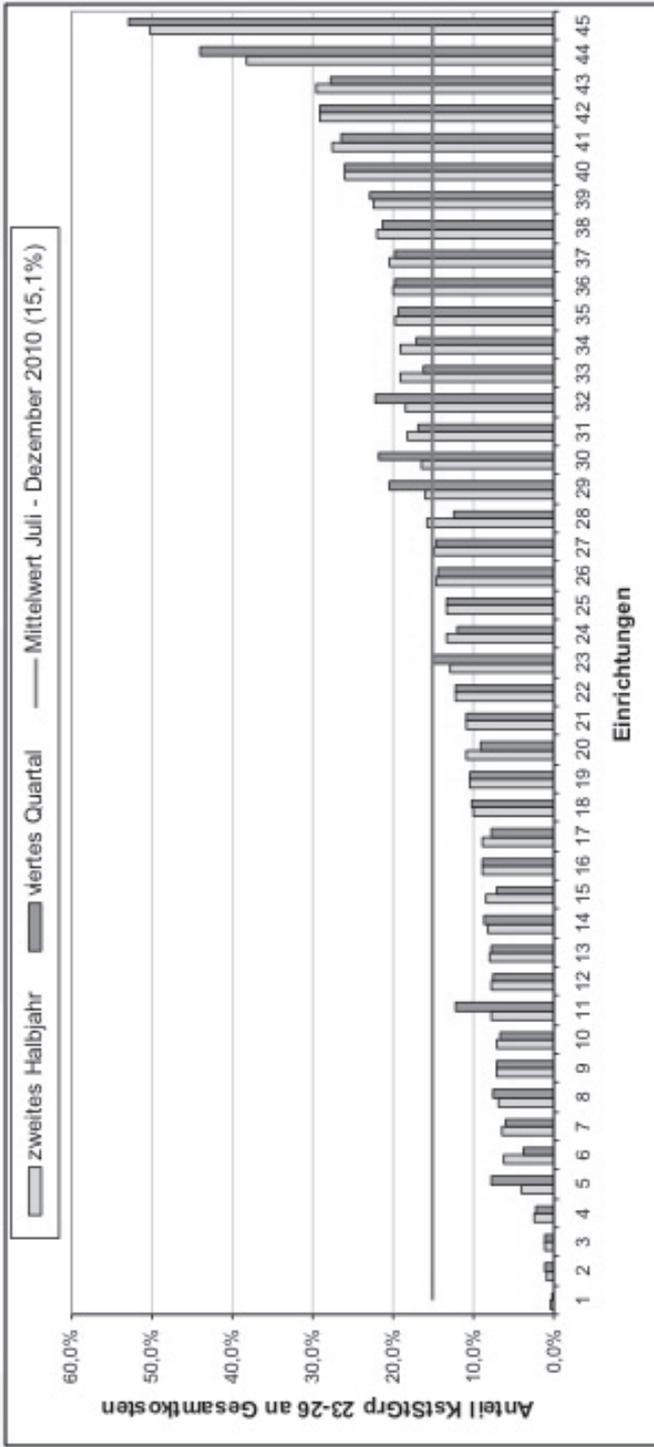
1 Beispiel für  
**Kinder- und  
 Jugend-  
 psychiatrie**

tagesvariabel

1 Beispiel für  
**Psychosomatik**

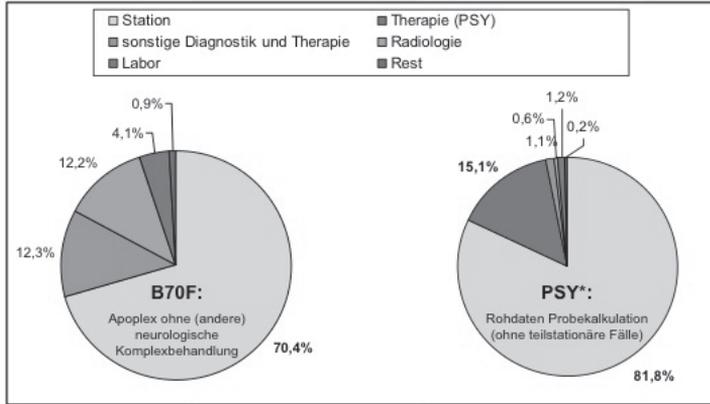
tagesvariabel

# Kostenanteil Therapieeinheiten\*



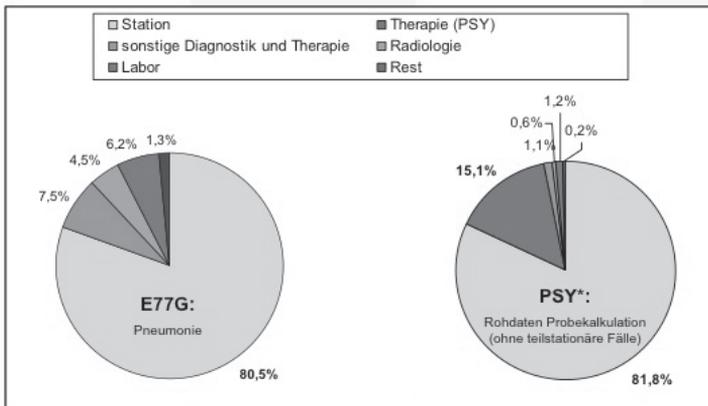
\*: Rohdaten, ohne teilstationäre Fälle

## Kostenverteilung – Anteil an Gesamtkosten -I-



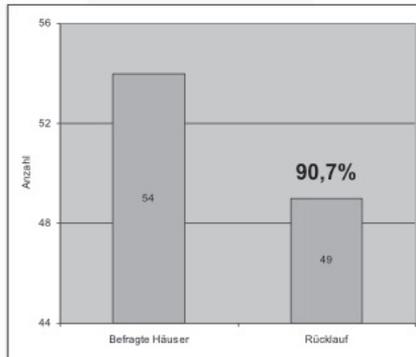
\*: Juli – Dezember 2010

## Kostenverteilung – Anteil an Gesamtkosten -II-



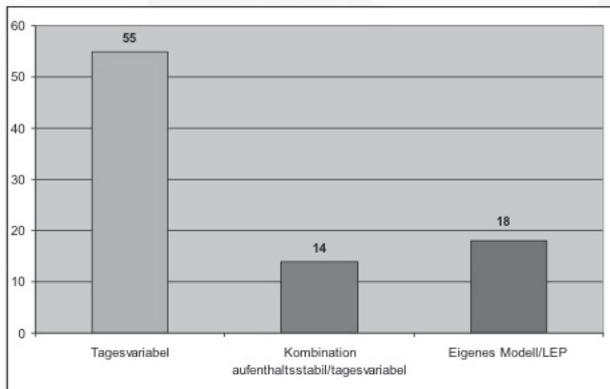
\*: Juli – Dezember 2010

## Gewichtungsmodelle Befragungsrücklauf \*



\*) Schriftliche (Email) Befragung in 04/11 aller Kalkulationshäuser zum Zeitpunkt der (geplanten) Einführung und Art des Gewichtungsmodells

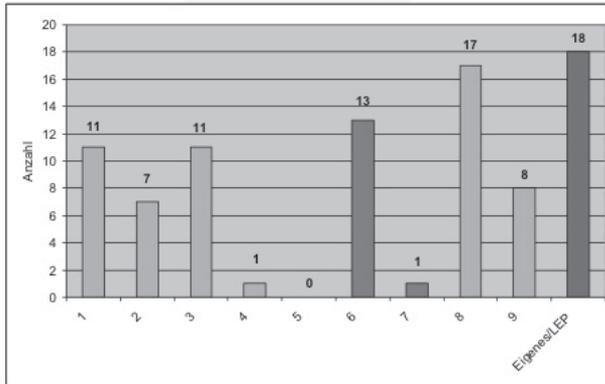
## Gewichtungsmodelle Häufigkeit der Modelle\*



\* n=87 durch Mehrfachnennungen

## Gewichtungsmodelle

### Häufigkeit der Modelle\*



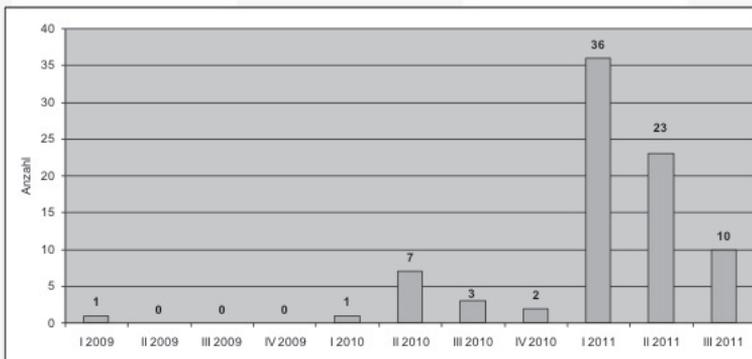
\* n=87 durch Mehrfachnennungen

29

© InEK 2011

## Gewichtungsmodelle

Zeitpunkt der (geplanten) Einführung (n=83)



## Schlussfolgerungen

- Reduktion der vorgeschlagenen Modelle scheint möglich
- Die meisten Häuser mit eigenen Modellen verwenden/planen überwiegend Items, die auch in den InEK-Modellen vorgesehen sind
- Deutlich abweichende Modelle (LEP, GAF, BSS nach Schepank) nur in der Minderzahl der Häuser (<10%)

## Agenda

1. (Kosten)Varianz erklärende Faktoren in PSY-Systemen
2. Gewichtungsmodelle
3. **Aktueller Datenstand**

## Probekalkulation Psychiatrie

### Einrichtungen

➤	Einrichtungen mit Vereinbarung	55
➤	Einrichtungen mit einer Zusage zur Kalkulationsdatenlieferung	49
	- davon Prä-Test Teilnehmer	15
	- davon Teilnehmer DRG-Kalkulation	24
➤	Später Rückzug der Zusage	3
	- Absagegrund: EDV-technische Probleme, fehlende Leistungsdokumentation	

## Probekalkulation Psychiatrie

### Einrichtungen

➤	Einrichtungen mit erfolgter Datenlieferung	46
	- davon als Fachabteilung	23
	- davon als alleinstehendes PSY Krankenhaus	23
	- davon Fachabteilung KJP (inklusive teilstationäre Plätze)	20
	- davon Fachabteilung Psychosomatik (inklusive teilstationäre Plätze)	18

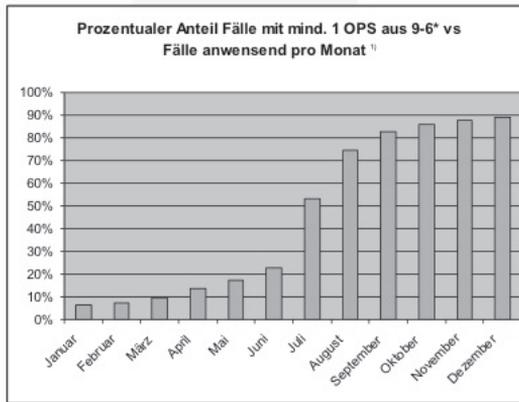
## Datenbasis Datenjahr 2010

Stand 15.06.2011, §21-Daten

- 589 Krankenhäuser/Abteilungen PSY (IK-Nummer)
- 1.048.949 PSY-Fälle
- Im Durchschnitt 2,98 Diagnosen/PSY-Fall (DRG-Bereich: 5,32 Diagnosen/Fall)
  - Patienten > 64 Jahre: 4,14 Diagnosen/Fall
  - Patienten < 65 Jahre: 2,77 Diagnosen/Fall

## OPS-Kodes

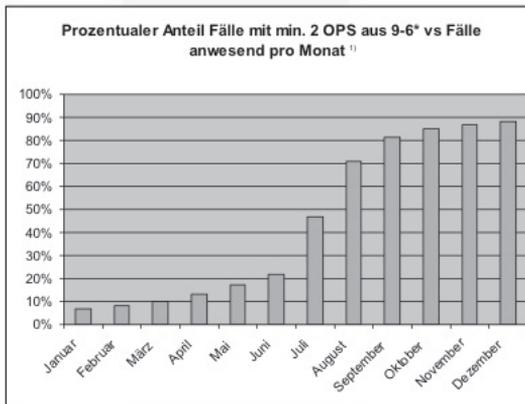
Anwendung im Datenjahr 2010 – Stand 15.06.2011



<sup>1)</sup> gezählt werden alle Fälle mit einer Gesamtverweildauer von mehr als 7 Tagen, die in dem betreffenden Monat entlassen wurden

## OPS-Kodes

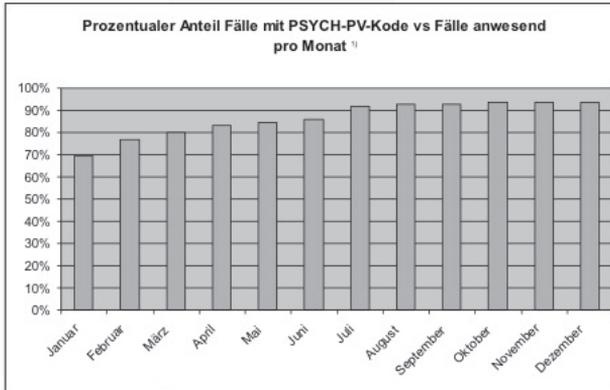
Anwendung im Datenjahr 2010 – Stand 15.06.2011



<sup>1)</sup> gezählt werden alle Fälle mit einer Gesamtverweildauer von mehr als 14 Tagen, die in dem betreffenden Monat entlassen wurden

## OPS-Kodes

Anwendung im Datenjahr 2010 – Stand 15.06.2011



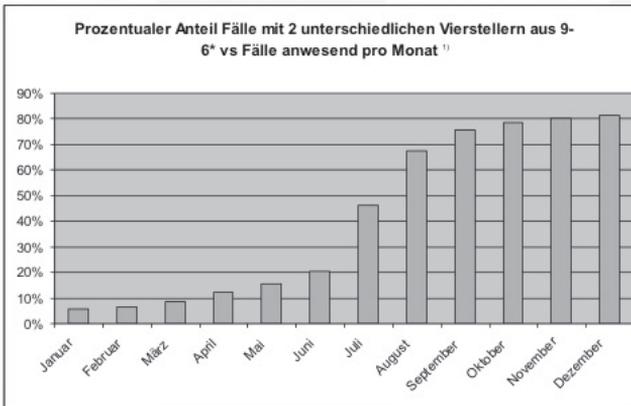
<sup>1)</sup> gezählt werden alle Fälle ohne FAB für Psychosomatik, die in dem betreffenden Monat entlassen wurden

38

© InEK 2011

## OPS-Kodes

Anwendung im Datenjahr 2010 – Stand 15.06.2011



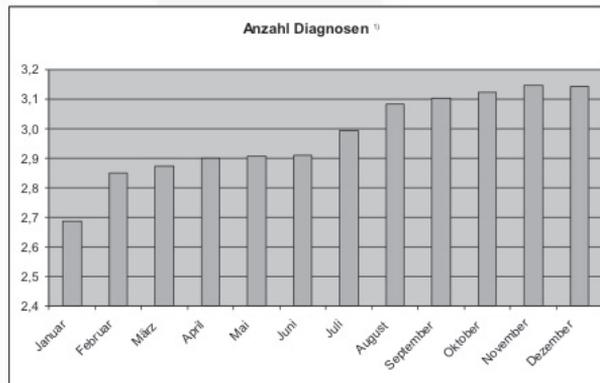
<sup>1)</sup> gezählt werden alle Fälle mit einer Gesamtverweildauer von mehr als 7 Tagen, die in dem betreffenden Monat entlassen wurden

39

© InEK 2011

## ICD-Kodes

Anwendung im Datenjahr 2010 – Stand 15.06.2011



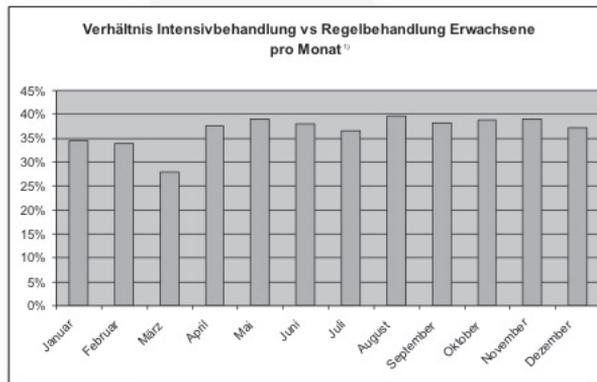
<sup>1)</sup> gezählt werden alle Fälle, die in dem betreffenden Monat entlassen wurden

40

© InEK 2011

## OPS-Kodes

Anwendung im Datenjahr 2010 – Stand 15.06.2011



<sup>1)</sup> gezählt werden alle Fälle mit einer Gesamtverweildauer von mehr als 7 Tagen, die in dem betreffenden Monat entlassen wurden

41

© InEK 2011

# Praktische Erfahrungen eines Kalkulationshauses

Thomas Brobeil

## Vorstellung der Einrichtung

Die Vinzenz von Paul Hospital gGmbH ist eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Neurologie. Das Versorgungsgebiet erstreckt sich über vier Landkreise mit über 640.000 Einwohnern. Neben diesen stationären Angeboten verfügt die Fachklinik als Alleingesellschafter über drei Tagesklinik-Standorte mit 129 teilstationären Plätzen. Dieses voll- bzw. teilstationäre Angebot wird durch ein breites Spektrum ambulanter Settings ergänzt und besteht aus vier Institutsambulanz-Standorten, einem MVZ sowie diverser Gemeindepsychiatrischer Verbände. Neben diesen eher klinischen Angeboten betreibt die Vinzenz von Paul Hospital gGmbH ein Fachpflegeheim für psychisch Kranke und Behinderte sowie Altenpflegeeinrichtungen. Die Organisationsformen dieses regionalen Verbundes erstrecken sich über 100%-Beteiligungen bis hin zu Kooperationsverträgen mit unterschiedlichsten Trägern.

VINZENZ VON PAUL



HOSPITAL gGMBH



### Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Neurologie

441 Betten

Akutpsychiatrie  
Psychotherapie  
Psychosomatik  
Suchtkrankheiten  
Gerontopsychiatrie  
Neurologie

4 Institutsambulanzen, MVZ

Luisenheim, Pflegeheim für psychisch  
Kranke und Behinderte, 241 Plätze

Tageskliniken gGmbH für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Sucht in VS-Villingen, Balingen  
und Spaichingen, 129 Plätze

Gemeindepsychiatrischer Verbund Rottweil  
gGmbH

Gemeindepsychiatrisches Zentrum  
Schwarzwald-Baar-Kreis gGmbH (30%)

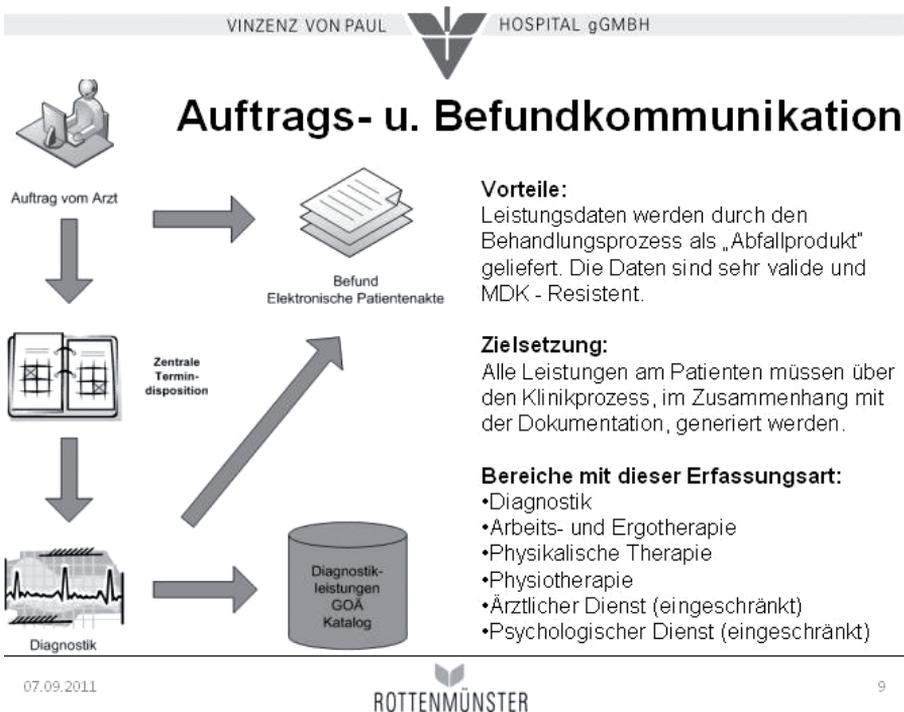
Spital gGmbH, Altenhilfe St. Martin gGmbH  
(50%)

## Erfahrungen als Prätest-Haus

Die Motivation zur Teilnahme an der Kalkulation war der bereits seit vielen Jahren vorhandene hohe Durchdringungsgrad von patientenbezogenen Leistungen sowie die Neugier auf das kommende System, schon allein deshalb, weil in unserer Einrichtung seit vielen Jahren eine auf Leistung basierende Kostenträgerrechnung im Einsatz ist. Diese Kostenträgerrechnung dient neben der internen Steuerung nun als Basis für die Kalkulationsdaten innerhalb des Prätests.

Grundvoraussetzungen für diese Kostenträgerrechnung ist eine entsprechende EDV-gestützte Auftrags- und Befundkommunikation in den Bereichen Diagnostik, Arbeits- und Ergotherapie, Physikalische Therapie, Physiotherapie sowie dem Ärztlichen und Psychologischen Dienst. Im Pflegedienst ist das aus der Schweiz stammende System LEP auf allen Stationen etabliert, mit dem sämtliche Pflegeleistungen patientenbezogen dokumentiert werden.

Es ist unschwer zu erkennen, dass dies eine umfassende EDV-Landschaft im gesamten Haus voraussetzt.



Ziel dieser EDV-gestützten Leistungsdokumentation ist nicht nur die Kalkulation entsprechender Kostendaten, sondern auch, im Hinblick auf die Zukunft, die automatische Ableitung der OPS-Codierung aus dem tatsächlichen Leistungsgeschehen. Zusätzlich wird damit auch die MDK-Überprüfbarkeit intern sichergestellt. Die Kalkulation soll langfristig somit lediglich ein Nebenprodukt der Leistungsdokumentation sein. Im Vordergrund steht die Leistungssteuerung und -sicherung in der Einrichtung.

### **Vorteile von Leistungstransparenz**

1. Leistungstransparenz erhöht das gegenseitige Vertrauen
2. Leistungstransparenz versachlicht die Diskussionen
3. Leistungstransparenz erzeugt Wertschätzung
4. Leistungstransparenz schafft Verteilungsgerechtigkeit
5. Leistungstransparenz schafft eine Kalkulationsbasis
6. Leistungstransparenz macht Gegenargumentation schwierig

Die für die Kalkulation notwendige Kostenträgerrechnung stellt auf Grund des Kalkulationshandbuches des InEK weitaus höhere Anforderungen an die Kostenrechnung als in somatischen Einrichtungen, da entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nicht nur der Kostenbezug pro Fall sondern der Kostenbezug je Behandlungstag und Behandlungsfall abgebildet werden muss.

## **Kostenträger im System**

### **Konsequenzen aus § 17d Abs. 1 KHG**

#### **(Anforderung des InEK)**

Tagesbezogene Entgelte

Einführung der Zeitachse als „Dritte Dimension“ in der Kalkulationssystematik (neben Leistungen und Kosten)

Der individuelle Behandlungstag gilt als Kostenträger. Tage ohne Behandlung werden nicht kalkuliert.

Sowohl die erbrachten Einzelleistungen als auch die damit verbundenen Kosten sind dem einzelnen Behandlungstag zuzuordnen.

Gleichzeitig ist der Fallbezug jedes Behandlungstages sicherzustellen

Umso mehr ist die Kenntnis des tatsächlichen Leistungsgeschehens in der Einrichtung von Bedeutung. Kurz gesagt, ohne Kenntnis der tatsächlichen

Leistung keine Kenntnis der tatsächlichen Kosten und somit keine valide Kostenträgerrechnung zur Kalkulation. Wesentliche Herausforderungen ergaben sich durch diese Anforderungen, trotz seit langem eingeführter Kostenträgerrechnung, auch an uns als Prätest-Haus.

Diese waren vor allem:

1. Herstellung des Tagesbezugs  $\Rightarrow$  tägliche Leistungserfassung notwendig,
2. Trennung einer Station in Regel- und Intensivbehandlung  $\Rightarrow$  Schaffung von virtuellen Kostenstellen,
3. Ausgliederung psychotherapeutischer Leistungen  $\Rightarrow$  Schaffung eigener Kostenstellen innerhalb einer Station für diese Leistungen, sowie fehlende Leistungsdefinition
4. Einzelkosten Medikamente  $\Rightarrow$  Patientenbezogene Einführung einer Materialwirtschaft im Apothekenbereich, Depot
5. Interkurrente Behandlungen  $\Rightarrow$  P Zuordnung von Einzelpositionen in Sammelrechnungen auf einzelne Behandlungstage,
6. Einführung von Gewichtungsmodellen  $\Rightarrow$  hohe Dokumentationsanforderungen und sehr fehleranfällig.

## Interkurrente Behandlungen (Externe Konsile)

Alle externen medizinischen Leistungen (Konto 661800) werden ausnahmslos über Innenaufträge mit Patientenbezug gebucht.

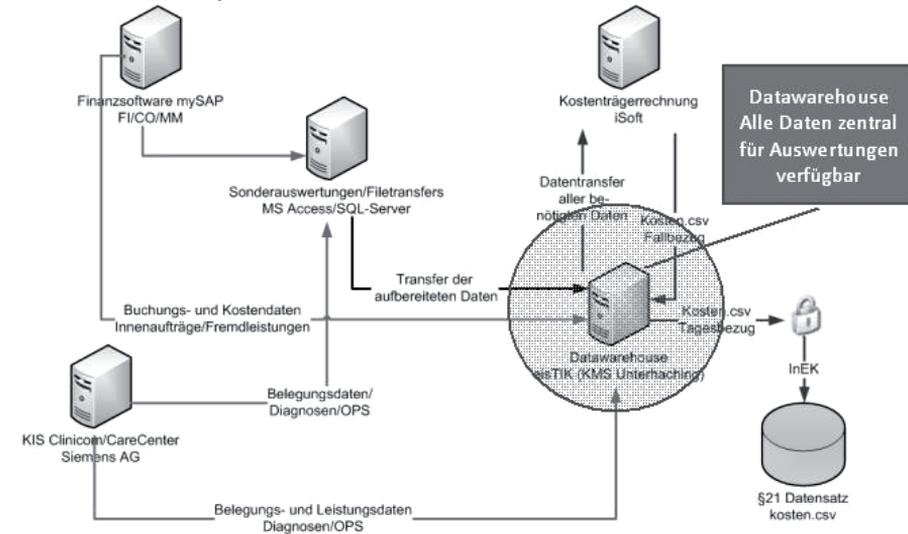
Probleme hierbei:

- ☛ Rechnungsdatum ungleich Leistungsdatum, dadurch aufwendige Umbuchungen in Modul CO notwendig (Datumsumbuchung)
- ☛ Rechnungen kommen erst spät, zum Teil zu spät
- ☛ an OPS Kodierung wird bei diesen Leistungen nicht gedacht

**Lösungen: Wichtige externe Konsile (z.B. Radiologie) an die Auftrags- und Befundkommunikation anschließen. Buchungen in SAP FI mit Leistungsbezug durchführen!**

Zu bewältigen war diese Herausforderung nur mit dem Einsatz eines Data-ware-houses, in dem aus allen EDV-Subsystemen alle Daten zentral für die Auswertungen patientenbezogen verfügbar gehalten wurden.

## Systemlandschaft für die Kalkulation



Das Datawarehouse war Dreh- und Angelpunkt für die notwendige Transparenz

Aufgrund dieser hohen Transparenz und der hohen Datenverfügbarkeit liegt die Rückmeldung über die Fehlerquote der an das InEK abgelieferten Datensätze für die Probekalkulation 2010 nahezu bei 0%. Dadurch kann von einer hohen Datenvalidität ausgegangen werden. Aus den so vorhandenen Leistungs- und Kostendaten können nun Kostenverläufe pro Tag differenziert nach Kostenarten aufgezeigt werden.

## Ergebnisse und Weiterverwertung der Daten

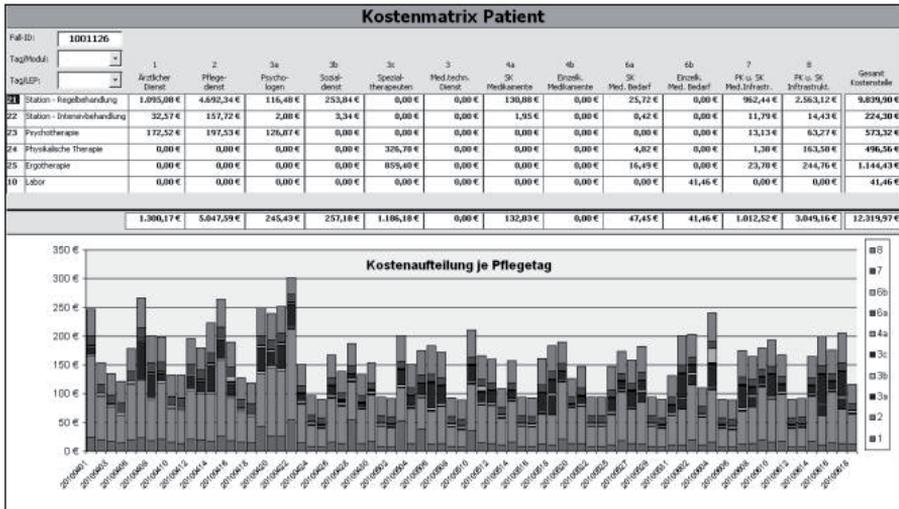
Im folgenden werden Kostenverläufe für zwei Diagnosen unterschiedlicher Patienten exemplarisch dargestellt. In der selben Art und Weise sind Kostenverläufe von ca. 4.500 Patienten im Jahr 2010 vorhanden

### 1. Beispiel : Rezidivierende depressive Störung F 33.2

Die einzelnen Säulen im Diagramm bilden die Gesamtkosten pro Tag für einen Patienten der entsprechenden Diagnose ab. Die entsprechenden Kosten stehen einzelne patientenbezogene bewertete Leistungen gegenüber.

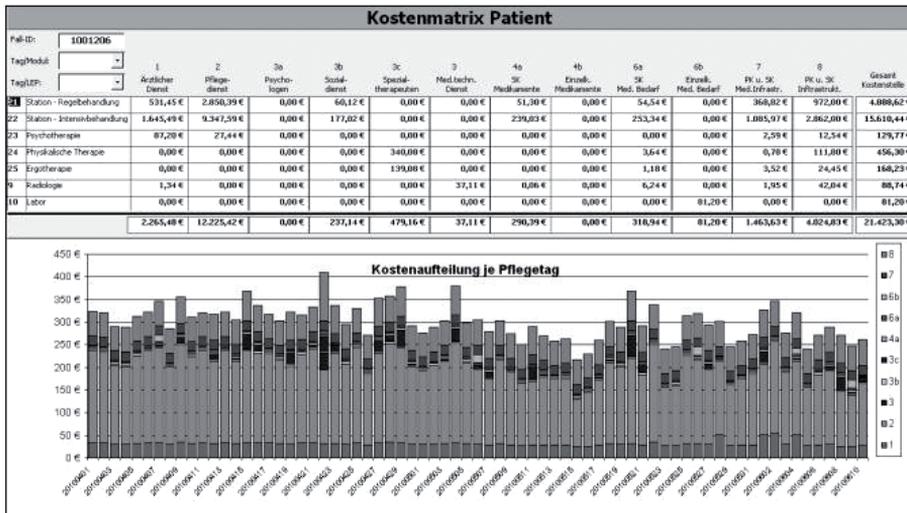
Die Aufteilung der einzelnen Säulen pro Tag entspricht der Kostenartenstruktur der Kostenmatrix des InEK.





**Hauptdiagnose:** F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Auch bei diesem Patient ist erkennbar, dass sich der Pflegeaufwand im Zeitablauf verändert. Im Gegensatz konnte bei diesem Patient, quasi von Beginn an, mit Spezialtherapeuten gearbeitet werden, was im Kostenverlauf durch die violetten Kostenteile erkennbar ist. Bei diesem Kostenverlauf sind die Wochenenden sehr deutlich zu identifizieren, was aber nicht sehr verwundert, da bei den meisten Kliniken am Wochenende weniger Personal im Einsatz ist.

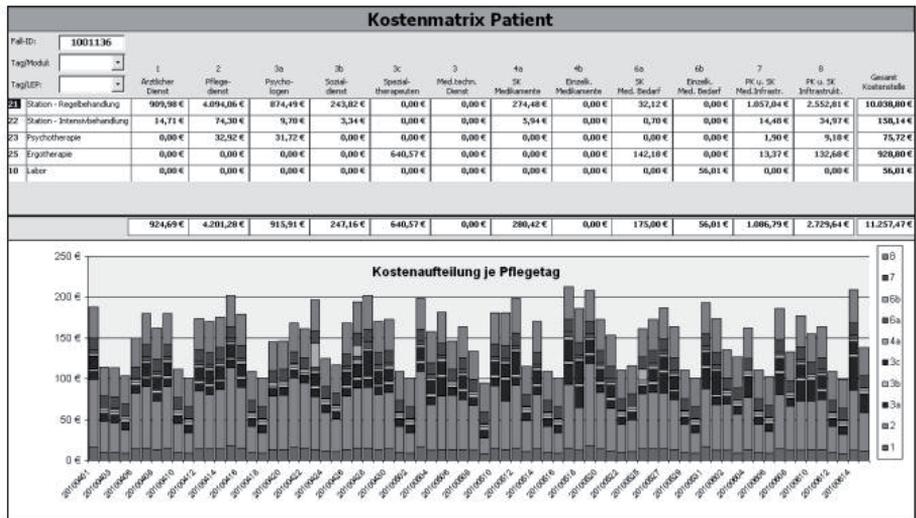


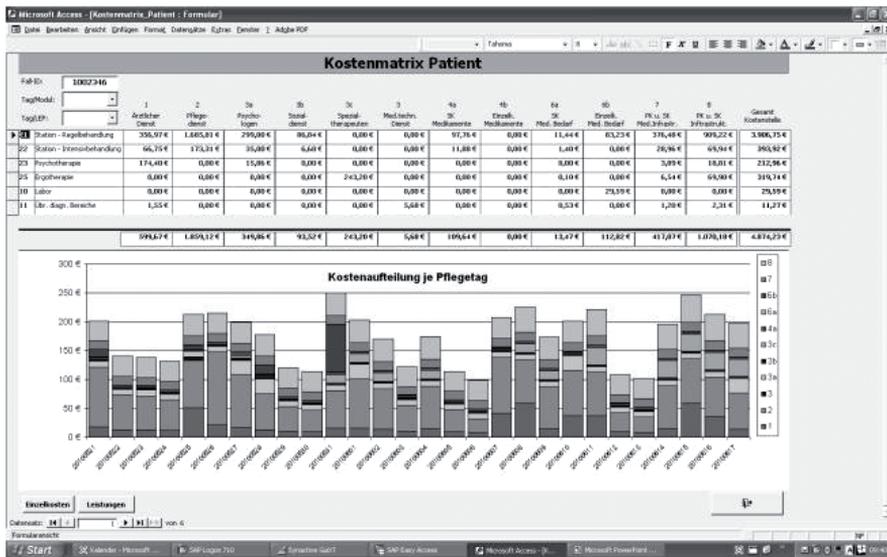
**Hauptdiagnose:** F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Auffallend ist bei der Kostenverteilung dieses Patienten der hohe pflegerische Aufwand, der ebenfalls über einzelne Pflegeleistungen direkt nachgewiesen wird (LEP). Der Wochenbezug ist hier kaum zu erkennen, was aber der Versorgungsrealität auf einer gerontopsychiatrischen Station entspricht. Der hohe Pflegeaufwand resultiert aus dem hohen Hilfebedarf bei der Mobilisation/Lagerung/der Betreuung beim Essen und Trinken sowie bei den Ausscheidungen. Fast gleich hoch ist der zeitliche Aufwand für Gespräche zur Alltagsbewältigung und Instruktionen. Der spezialtherapeutische Aufwand ist dementsprechend geringer, aber trotzdem vorhanden.

**2. Beispiel : Paranoide Schizophrenie F 20.0**

Auch für die nächsten Patienten liegen den Kostenverläufen genaue Leistungsinhalte zugrunde. Auf eine nähere Erläuterung wird an dieser Stelle verzichtet, da es im Wesentlichen um die Kenntlichmachung der den Kostenverläufen zugrunde liegenden Inhalte und deren Verifizierung geht.





### Hauptdiagnose: F20.0 Paranoide Schizophrenie

Aus dem uns vorliegenden bereits erwähnten Datensätzen auf Basis einzelner Diagnosen ist für uns eine Homogenität der Kostenverteilung nicht sofort erkennbar. Hier bedarf es sicher weiterer Analysen und Auswertungen, um echte Kostentrenner ausfindig machen zu können. Der sich sehr schnell erschließende »Wochenrhythmus« ist die Abbildung der bisherigen Arbeitsmodelle in den Kliniken, da am Wochenende aufgrund der Dienstplangestaltung weniger Personal, dafür aber unter der Woche mehr Personal zur Verfügung steht.

Diese Darstellung der Kostenverläufe beschränkt sich auf den einzelnen Patient und seiner Hauptdiagnose. Selbstverständlich lassen sich die Daten auch nach zusammengefassten Strukturen, wie z. B. Störungsbildern, oder Pseudo OPS Gruppen, usw. auswerten, um daraus eventuell weitere oder andere Schlüsse ziehen zu können.

## Zusammenfassung: Unsere aktuelle Einschätzung über den Stand des Entwicklungsprozesses

Die Teilnahme am Kalkulationsprozess als Prätest-Haus hat uns gezeigt, dass die meisten vorhandenen EDV-Systeme für die hohen Anforderungen einer Kostenträgerrechnung mit Tagesbezug derzeit noch überfordert sind.

Diese erforderliche Art der Leistungs- und Kostenerfassung als Ausgangsvoraussetzung für diese Kostenträgerrechnung setzt klar definierte Organisa-

tionsprozesse und Organisationsstrukturen in den Einrichtungen voraus, was derzeit in vielen Einrichtungen noch nicht in entsprechender Weise herausgebildet wird. Ebenso ist die Kenntnis über das gesamte Leistungsspektrum notwendig.

Neben der Herausforderung, den Organisationsgrad massiv zu erhöhen, besteht derzeit eine hohe Verunsicherung bei den Beteiligten, welche Gewichtungsmodelle am Ende tatsächlich zum Einsatz kommen sollen. Daneben sind die Mitarbeiter durch die unterschiedlichen Kodieranforderungen (OPS/Pseudo-OPS/Psych-PV-Erhebung/Gewichtungsmodelle) stark belastet. Dadurch steigt das Risiko, hier Fehlerquoten zu produzieren, auch deshalb, weil in der Psychiatrie, anders wie in der Psychosomatik, keine Vorerfahrungen, wie z. B. über Fallpauschalen und Sonderentgelte vorhanden sind.

Nach unserem derzeitigen Kenntnisstand bilden die bestehenden OPS-Codes die tatsächlich erbrachten Leistungen nicht ab, so dass von Mitarbeitern an der Basis zu Recht die Sinnhaftigkeit der Kodierung immer wieder hinterfragt wird.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang, dass der Bezug zwischen Leistung und Kosten nicht nur über Gewichtungsmodelle hergestellt werden kann (aus Ermangelung aussagefähiger Leistungsdaten), sondern die Ist-Kosten auch die tatsächlichen Leistungen widerspiegeln. Nur unter dieser Voraussetzung gelingt es, sich einer leistungsgerechten Vergütung zu nähern und die geforderte Leistungstransparenz nach innen und außen herzustellen. Dies wird an den oben gezeigten Beispielen sehr deutlich, da hier am Kostenverlauf auch der Behandlungsablauf erkennbar wird.

## **B Statements**

# Position der Länder

Andreas Hauk

Danke an die APK und das BMG für die Einladung zu dieser Veranstaltung heute.

Die Länder sind ja nicht vorrangig an der Entwicklung eines Entgeltsystems beteiligt. Es ist aber so, dass wir die Bedeutung dieses Vorgangs nicht unterschätzen. Deswegen gibt es einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom letzten Donnerstag, der darauf gerichtet ist, dass in der weiteren Entwicklung die Chancen, die in diesem Prozess liegen, auch genutzt werden.

Die GMK bewertet die aktuelle Entwicklung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen kritisch. Derzeit ist nicht erkennbar, wie der gesetzgeberische Auftrag, ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu entwickeln und einzuführen, im Hinblick auf die Durchgängigkeit und Leistungsorientierung hinreichend umgesetzt wird. Die GMK hält insbesondere die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in das Vergütungssystem für unerlässlich. Solange lediglich die stationären und teilstationär erbrachten therapeutischen Kernleistungen und körperliche Diagnostik in den Operationen- und Prozedurenschlüsseln abgebildet werden, ist nur ein geringer Teil der Kosten leistungsgerecht zuzuordnen. Dies entspricht aber nicht der gesetzlich geforderten Leistungsorientierung. Das ist der erste Punkt.

Zum Zweiten kann nach Auffassung der Länder nicht von dem gesetzlich geforderten durchgängigen Entgeltsystem gesprochen werden, solange ambulante Leistungen, sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte und die besonderen Leistungen im Bereich der Kooperation zur Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung unberücksichtigt bleiben. Die GMK appelliert daher an die beteiligten Akteure, den bisherigen Umsetzungsstand ggf. unter Zuziehung eines Forschungsinstituts oder eines Expertengremiums – der Vorschlag der APK, einen Beirat einzubringen geht auch in diese Richtung – kritisch zu überprüfen. Dabei sind die derzeit modellhaft erprobten alternativen sektorübergreifenden Finanzierungsmodelle einzubeziehen.

Noch ein Wort zu den finanziellen Motiven der Gesundheitsministerkonferenz:

Wir haben ja in den Ländern seit einigen Jahren festzustellen, dass die Bettenzahlen in unseren Krankenhausplänen jährlich anwachsen. Das ist fast ausschließlich auf den Aufwuchs der Psychiatrie/Psychosomatik-Betten

zurückzuführen und belastet nicht nur die Kassen, sondern auch die Länderhaushalte bei der Investitionskostenförderung. Dabei gibt es Hinweise dafür – und das ist auch heute deutlich geworden – dass es nicht daran liegt, dass alle Patienten, die vollstationär behandelt werden, diese vollstationäre Behandlung auch wirklich brauchen. In vielen Fällen dürfte danach auch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung in Tagesklinik ausreichend oder sogar wirksamer sein. Was wir brauchen ist also die Beseitigung des finanziellen Fehlanreizes für die vollstationäre Behandlung und ein ausreichendes ausdifferenziertes ambulantes und teilstationäres Behandlungsangebot, um den Anstieg der stationären Behandlungsfälle zu stoppen oder wenigstens zu begrenzen. Das allein wird allerdings nicht ausreichen: Entscheidend wird sein, dass es gelingt, endlich zu einer sektorübergreifenden Lösung zu kommen.

Genau das wird auch der Maßstab sein, an dem die Länder die weitere Entwicklung dieses Entgeltsystems messen werden. Danke schön.

## **84. Gesundheitsministerkonferenz 2011 am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main**

### TOP 6.3

Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17 d KHG  
Antragsteller: A-Länder

#### **Beschluss:**

1. Die GMK bewertet die aktuelle Entwicklung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen nach § 17 d KHG kritisch. Derzeit ist nicht erkennbar, wie der gesetzgeberische Auftrag, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu entwickeln und einzuführen, im Hinblick auf die Durchgängigkeit und Leistungsorientierung hinreichend umgesetzt wird. Die GMK hält die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in das Vergütungssystem für unerlässlich.
2. Die GMK appelliert daher dringend an die beteiligten Selbstverwaltungspartner, das Bundesgesundheitsministerium, das DIMDI sowie die eingebundenen Experten und Fachverbände den bisherigen Umsetzungsstand gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines geeigneten unabhängigen Forschungsinstituts oder einer unabhängigen Expertenkommission im Hinblick auf die Kriterien »Durchgängigkeit« und »Leistungsorientierung« insbesondere auch unter dem Aspekt der Pflichtversorgung kritisch zu

- überprüfen. Dabei sind die derzeit modellhaft erprobten alternativen sektorübergreifenden Finanzierungsmodelle mit einzubeziehen.
3. Die GMK hält es für unerlässlich, dass die Länder von den Selbstverwaltungspartnern in den Prozess der Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17 d KHG aktiv einbezogen werden.

### **Begründung:**

Nach Auffassung der Länder kann nicht von dem gesetzlich geforderten durchgängigen Entgeltsystem gesprochen werden, solange ambulante Leistungen, sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte, sowie die besonderen Leistungen im Bereich der Kooperation zur Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung, unberücksichtigt bleiben.

Solange lediglich stationär und teilstationär erbrachte therapeutische Kernleistungen und körperliche Diagnostik in Operationen- und Prozedurenschlüsseln abgebildet werden, ist nur ein geringer Teil der Kosten leistungsgerecht zuzuordnen und entspricht damit nicht der gesetzlich geforderten Leistungsorientierung.

Es ist zu befürchten, dass die mit dem Neuen Entgeltsystem verbundenen Erwartungen auf dem bisherigen Weg nicht erreicht werden können. Trotz eines erheblichen Dokumentationsaufwandes für die beteiligten Kliniken können derzeit nur etwa 25–30 % der relevanten Leistungen und Kosten mit Hilfe der aktuellen Klassifikationsgrundlagen abgebildet werden. Die codierbaren Leistungen (Therapieeinheiten im 25-Minuten-Takt) bilden vor allem für schwerer erkrankte Patienten den tatsächlichen Behandlungsaufwand nicht ab. Bei der Weiterentwicklung des Systems muss deshalb unbedingt darauf geachtet werden, dass es zu keiner Fehlallokation der Ressourcen zu Lasten dieser Patientinnen und Patienten kommt. Es ist derzeit auch nicht erkennbar, wie die Anschlussfähigkeit des Neuen Entgeltsystems an moderne sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte integrierter Versorgung und regionaler Budgets hergestellt werden kann. Damit ist zu befürchten, dass das Ziel, ein leistungsorientiertes und durchgängiges Vergütungssystem zu entwickeln, verfehlt wird und gleichzeitig die vorhandenen getrennten Behandlungssektoren weiter verfestigt werden und die Anreize zur Leistungsausweitung im stationären Bereich zu Lasten des ambulanten Bereichs fortbestehen bleiben.

Im Einzelnen:

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene durch § 17 d KHG beauftragt, für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen

Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln und im Jahr 2013 erstmals umzusetzen. Es ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.

Die amtliche Begründung verweist hierzu auf das Konzept der AOLG zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung vom 16. November 2007. Hiernach soll »dabei [...] die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden« (Vorschlag Nummer 5, S. 3). Des weiteren wird zur Begründung die Diskussion in Fachkreisen angeführt, die in diesem Zusammenhang die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen vorschlagen, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z. B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser nach § 118 SGB V. Hierzu seien die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können (BT-Drucksache 16/10807, S.25).

Dem wird der bisherige Umsetzungsprozess hinsichtlich der Merkmale der Durchlässigkeit und Leistungsorientierung jedoch nicht gerecht.

a. Völlig unberücksichtigt blieben bislang ambulante Leistungen. Die Einbeziehung der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen in das neue Vergütungssystem ist nach § 8 Abs. 1 der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem) zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 30. November 2009 auf einen unbestimmten späteren Zeitpunkt verschoben worden. Gleichfalls keinerlei Berücksichtigung finden bisher moderne sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte integrierter Versorgung und regionaler Budgets. Es steht damit immer mehr zu befürchten, dass so die vorhandenen getrennten Behandlungssektoren weiter verfestigt werden und gleichzeitig die Anreize zur Leitungsausweitung im stationären Bereich zu Lasten des ambulanten Bereichs fortbestehen bleiben. Die vom Bundesgesetzgeber eröffnete Chance eines Entgeltsystems, das zu einer effizienten Verwendung der vorhanden Finanzmittel anhält und finanzielle

- Steuerungsanreize für eine moderne patientenorientierte Flexibilisierung der Behandlung setzt, droht so langfristig vertan zu werden.
- b. Bislang erschöpft sich die Entwicklung des Entgeltsystems im Erfassen und Abbilden stationär und teilstationär erbrachter psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Leistungen in Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS). Diese stoßen zunehmend auf Widerspruch bei Krankenkassen und Fachverbänden. Letztere halten das jetzt gefundene Konzept der Differenzierung von Therapieeinheiten im Zeittakt von 25 Minuten für ungeeignet zur Abbildung komplexer individueller Therapieleistungen, insbesondere schwer erkrankter Patientinnen und Patienten. Auch zeigten die Erfahrungen der Pretest-Krankenhäuser, dass sich der größte Kostenblock gerade nicht leistungsgerecht zuordnen lasse. Gleichzeitig nicht berücksichtigt wurden diejenigen Bedarfe die aus der regionalen Versorgungsverpflichtung entstehen.

Die kritische Überprüfung des bisherigen Umsetzungsstands, ggf. unter Hinzuziehung eines geeigneten unabhängigen Forschungsinstituts oder einer unabhängigen Expertenkommission im Hinblick auf die Kriterien »Durchgängigkeit« und »Leistungsorientierung« kann nach Auffassung der AOLG die Chance für eine zielführende Umsetzung des Gesetzesauftrags neu eröffnen. Ohne diese Schritte wird die Gefahr gesehen, dass die Interessen der Länder ungenügend berücksichtigt werden.

# Entgeltsystem- als Versorgungssystem

Stefan Wöhrmann

Im nachfolgenden Diskussionsbeitrag soll kurz eine Perspektive zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems dargestellt werden, die eine Arbeitsgruppe mit ackpa, APK, vdek und AOK-Bundesverband entworfen hat. [www.apk.de](http://www.apk.de) >> Themen: »Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems« (Beitrag 145)

Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems stellte sich bereits die Frage, ob die psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser in das neue Abrechnungssystem einbezogen werden sollten. Seinerzeit haben sich die Krankenkassen dagegen ausgesprochen. Einerseits sprach der Fallbezug gegen eine Einbeziehung des psychiatrischen Bereichs, da hier der Krankenhausfall eine ungeeignete Steuerungsgröße ist. Eine psychische Erkrankung ist häufig nicht mit einem Krankenhausaufenthalt beendet, sondern erstreckt sich über einen längeren Zeitraum, in dem ein Patient verschiedene Behandlungsangebote in Anspruch nimmt. Daher ist als Steuerungsgröße für den Abrechnungsbezug ein längerer Zeitraum besser geeignet. Anstatt eines Fall- ist ein Patientenbezug zu wählen. Auch der DRG-Leistungsbezug, der primär durch Diagnosen und Prozeduren geprägt ist, ist für den Psychiatriebereich problematisch. Zum einen ist die Diagnose kein geeigneter Kostentrenner und zum anderen existiert(e) noch kein erprobter Prozedurencode für den Psych-Bereich. Daher wurde bereits damals ein Leistungsbezug mit den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung als bessere Grundlage angesehen.

Aus heutiger Sicht ist ein Leistungsbezug in einem neuen Entgeltsystem nicht nur unter den Abrechnungsgesichtspunkten von Transparenz und Leistungsgerechtigkeit von Relevanz. Ein Leistungsbezug in einem Entgeltsystem für den Psych-Bereich sollte auch für eine Steuerung der Behandlung der Patienten genutzt werden können. Die Modellvorhaben mit den Regionalbudgets haben gezeigt, dass eine Flexibilisierung und Individualisierung des Behandlungsangebotes Effizienzsteigerungen ermöglicht. Der Leistungsbezug in einem neuen Entgeltsystem muss diesen Aspekt aufgreifen. Er muss auch *integrative Behandlungen* abbilden, die die Wahl des Behandlungsangebotes nicht von monetären sektoralen Gesichtspunkten abhängig machen, sondern sich an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten orientiert. Dies kann neben einem voll- und teilstationären Aufenthalt auch die Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz oder eine Behandlung außerhalb der

Klinik im Lebensraum des Patienten sein. Ziel muss es dabei sein, nicht durch Zwang, sondern durch Anreize die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in ihrer Weiterentwicklung zu fördern. Somit soll eine Entwicklung vom überregional zuständigen, bettenorientierten Krankenhaus zum regional aktiven multiprofessionellen Kompetenzzentrum für Krankenhausbehandlung in der Klinik und von der Klinik aus im Lebensraum der Patienten stattfinden. Die Umwidmung des Behandlungsangebotes ist dabei von besonderer Bedeutung. Den Krankenhausträgern müssen Anreize gesetzt werden, in anderen Behandlungsbereichen als in der vollstationären Behandlung verstärkt tätig zu werden, ohne dass dies zu Erlöseinbußen führt. Die mit der Psychiatrie-Personalverordnung eingeleitete Enthospitalisierung soll damit um eine weitere Dimension ergänzt werden.

Die Frage, ob die Steuerung der mit der Systemeinführung verbundenen Ziele durch ein Preis- oder Budgetsystem erfolgen soll, muss im Psych-Bereich anders als in den somatischen Disziplinen beantwortet werden. Im Psychiatriebereich sind etwa 90 Prozent der Betriebskosten Personalkosten. Ein Preissystem darf nicht dazu beitragen, ärztliches oder therapeutisches Personal abzubauen, sondern in weitere Behandlungsbereiche (s. o.) umzuwidmen. Ärztliches und therapeutisches Personal ist in einem Psychiatrie-Entgeltsystem als qualitatives Strukturmerkmal zu verankern. Eine reine Preissteuerung steht dem Anliegen zunächst entgegen. Die Steuerung über Versorgungsbudgets ist daher sinnvoller. Wenn machbar, sind zu gegebener Zeit auch Patientenbudgets vorzusehen. Sie sollen einen Strukturwandel ermöglichen. Erst wenn dieser Wandel abgeschlossen ist, stehen Steuerungsanreize über landesweite Preise zur Disposition. Daher sprechen sich die marktführenden Krankenkassen auch für eine fünfjährige budgetneutrale Phase aus. Bei der DRG-Einführung haben sie diese Phase noch als entbehrlich angesehen. Dies zeigt die fundamental unterschiedliche Herangehensweise bei der Implementierung eines Entgeltsystems für den somatischen und psychiatrischen Bereich. Daher ist auch perspektivisch der DRG- und Psych-Bereich nicht in einem Entgeltsystem zu vereinen. Ein einheitlicher »Landesbasisentgeltwert« scheidet damit aus. Zwei separate Systeme sind beizubehalten.

Mit dem Vorschlag »Versorgungsbudgets« soll neben der regionalen Versorgungsverpflichtung nun auch die regionale Versorgungsverantwortung durch den Krankenhausträger ermöglicht werden. Der Einbezug weiterer Versorgungssektoren (niedergelassener Bereich), ist theoretisch denkbar, sollte sich aber unter pragmatischen Gesichtspunkten am Machbaren orientieren. Die sich vermutlich entflammende Wettbewerbsdiskussion zwischen dem Krankenhaus- und dem vertragsärztlichen Bereich ist solange nicht gerechtfertigt, wie regionale oder bereichsbezogene Unter- oder Mangelversorgung in der psychiatrischen Versorgung noch existent ist.

Der gesetzliche Rahmen zur Einführung eines neuen Psych-Entgeltsystems sieht zwar die Prüfung der Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen vor. Die gesetzliche Vorgabe des § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zielt aber auf die Einführung eines Entgeltsystems primär als Abrechnungssystem ab. Für die Ersatzkassen und den AOK-Bundesverband in Verbindung mit den beiden anderen Verbänden geht es aber um mehr. Sie wollen das Entgeltsystem als Versorgungssystem einsetzen. Sie fordern daher eine gesetzliche Ausweitung des Selbstverwaltungsauftrages im KHG, die den Einsatz von *integrativen Behandlungskonzepten* im Regelbetrieb fördert.

# IV-Projekt Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Thomas Bock, Gunda Ohm

## Teil A

Thomas Bock

### Hamburger Modell der Integrierten Versorgung

#### Ausgangslage in einem gespaltenen Hilfesystem

Das Deutsche Versorgungssystem ist im europäischen Vergleich teuer und nicht besonders effektiv. Wir leisten uns Doppelungen und Trennungen nicht nur in der Schul-, sondern auch in der Gesundheitspolitik: Psychiatrie – Psychosomatik, privat – gesetzlich, ambulant -stationär, klinisch – außerklinisch. Das Nebeneinander beeinflusst auch die Beziehungskultur. Derselbe Bezugstherapeut unabhängig vom Behandlungsstatus? Im Kontext der allgemeinen Krankenhausfinanzierung therapeutische Kontinuitäten zu organisieren, ist fast unmöglich. Die Zersplitterung setzt sich in den lebensweltbezogenen Hilfesystemen fort: Betreutes Wohnen, PPM, ambulante Pflege, Soziotherapie, Medikation – Minutenweise abgerechnet können unterschiedliche Menschen mit abgegrenzten Funktionen zum Einsatz, evtl. auch Besuch kommen, ohne umfassende Wahrnehmung, lebendigen Beziehung oder wirklichen Halt gewährleisten zu können. Beziehung zu gewährleisten. Mitarbeiter/innen in Institutsambulanzen, in psychosozialen Kontaktstellen und Gemeindepsychiatrischen Diensten arbeiten aufopferungsvoll gegen diese Widrigkeiten an.

#### Die wichtigsten Probleme bei der Finanzierung der Hilfen

- Die Krankenhausbehandlungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik unterliegen verschiedenen Finanzierungssystematiken (PsychPV bzw. Entgelt-system Psychiatrie sowie DRGs).
- Behandlungsleistungen und Eingliederungsleistungen unterliegen unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und sind nur schwer miteinander zu verzahnen.

- Weiterhin besteht noch eine weitgehende Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen bezogen auf z. B. die Krankenhausstruktur
- Der überwiegende Teil der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel (7/8 der Mittel) werden durch die stationäre Versorgung gebunden.
- kaum mobile Krisenintervention, wenig Einbezug des Umfelds inkl. Resource.
- Je kränker die Patienten/innen sind, desto weniger Ressourcen stehen für eine ambulante Versorgung zur Verfügung.
- Die Psychotherapie ist für schwer psychisch kranke Menschen eine weitgehend nicht zur Verfügung stehende Behandlungsleistung.

*Bisherige Behandlung von »Drehtür-Patienten«* gekennzeichnet von

- Beziehungsbrüchen (wechselnde Zuständigkeit je nach Behandlungsstatus),
- sehr ungleichen Ressourcen (stationär viel, ambulant wenig)
- kaum mobile Krisenintervention, wenig Einbezug des Umfelds inkl. Ressourcen
- falschen Belohnungsmechanismen (Fixierung auf Liegezeiten, wenig Durchlässigkeit)
- Hochschwelligkeit (jenseits von Notfällen)

### **Hamburger Modell**

Statt Pflegesätze und Institutsambulanzpauschale – Jahrespauschale, die alle Krankenhausleistungen einschließt, die Sektoren durchlässig macht und die niedergelassenen Fachärzte mit einem Bonus einbezieht. Verpflichtung zu Hometreatment und durchgängiger Rufbereitschaft.  
Schwerpunkt F 20 und F 31, spez. Kriterien für Chronizität und Akutheit (BPRS)

### **Etablierung neuer Belohnungsmechanismen**

Das Hamburger Modell der Integrierten Versorgung des UKE ist mit einem neuen Belohnungssystem gekoppelt:

- Statt eines »Full-house«-Prinzips erfolgt eine Belohnung guter ambulanter Arbeit, inklusive Hometreatment
- Stationäre Ressourcen können in ambulante Ressourcen umgewidmet werden.
- Die Zusammenarbeit mit ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern »lohnt« sich.

- Hometreatment *und* Krisenbetten als Perspektive – für die Patienten/innen bedeutet das: Behandeln, wo es am wenigsten Angst macht.

### **Die Vorteile – ein Win-Win-Win-Vertrag**

Für alle Beteiligten ist das Hamburger Modell der Integrierten Versorgung mit Vorteilen verbunden. So entsteht eine Win-Win-Situation für alle.

#### *Auf Seiten der Patienten/innen und Angehörigen*

- Die Behandlung erfolgt in einem anderen Kontext als bisher, die Familie wird verstärkt einbezogen.
- Es entstehen eine größere Kontinuität und Verbindlichkeit. Möglichkeiten einer Krisenintervention durch Hometreatment und Krisenbetten.
- Das Risiko einer Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus und der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen sinkt.

#### *Auf Seiten der Klinik*

- durch den flexiblen Einsatz von Ressourcen
- und eine vergrößerte Planungssicherheit

#### *Auf Seiten der Krankenkassen*

- durch eine Kostendeckelung und –transparenz,
- z. T. Kostenreduktion,
- weniger Risiko

#### *Auf Seiten der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer*

- durch die erhöhte Kooperationsbereitschaft der Klinik

### **Ergebnisse**

- Steigerung ambulanter Kontakte (von durchschnittlich 0,2 auf 2,2 je Woche/x 11)
- Steigerung Anteil Psychotherapie (von durchschnittlich 5 % auf 52 %/x 10)
- Halbierung stationärer Zeiten/Kostenreduktion insgesamt
- Mehr Behandlungstreue/Reduktion Behandlungsabbruch/deutlich weniger Zwangsmaßnahmen
- Anhaltende Abnahme Psychopathologie (CGI u. a.)
- Anhaltende Zunahme Lebensqualität und soz. Funktionsniveau (GAF)
- Deutlich mehr Behandlungszufriedenheit (Patienten und Angehörige)

## Zusammenfassung: Integrierte Versorgung – Chance für alle Beteiligten

»Integrierte Versorgung« bedeutet eine große Chance – für Patienten/innen, Angehörige, Behandler/innen. Doch die Integration darf sich nicht auf formale Strukturen und Finanzierungswege beschränken, sondern muss sich auch auf Inhalte, Verstehensmodelle und die psychiatrische sowie psychotherapeutische Behandlungskultur beziehen. D.h. die Psychiatrie muss reflexiver und dialogischer werden.

## Teil B

Gunda Ohm

Aus unserer Sicht vereinigt das »Hamburger Modell des UKE« 1. Patientenzufriedenheit, 2. medizinische Behandlungsqualität, 3. Nachhaltigkeit der Versorgung und 4. finanzielle Anreize nach dem Grundsatz »Gesunderhalten wird finanziell belohnt«.

Wir übernehmen als Klinikum die langfristige medizinische und finanzielle Verantwortung für die sektorenübergreifende Gesamtversorgung von Patienten. Hierfür beziehen wir die niedergelassenen Nervenärzte ein. Wir erhalten von den Krankenkassen eine Vergütung, die nicht mehr tagesbezogen erfolgt, sondern pauschaliert. Vereinfacht dargestellt: Wir erhalten das Geld, das die Krankenkasse, durchschnittlich für die stationäre und ambulante Behandlung im Krankenhaus für diese Patientengruppe zahlt, in Form einer »Jahrespauschale«. Hieraus erhalten wir regelmäßige Teilzahlungen. Grundlage ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V, der mit vier Krankenkassen abgeschlossen wurde.

Der Grundgedanke des Modells ist folgender: Der Patient muss sich nach einem Aufklärungsgespräch in das Modell »einschreiben«, d.h. er muss einen höheren Nutzen haben als in der Regelbehandlung. Der Patient muss mit der Behandlung zufrieden sein, denn dann ist er langfristig »therapietreu«. Das ist er dann, wenn er qualitativ gut versorgt ist, wenn drohende Rückfälle frühzeitig erkannt und möglichst vermieden werden. Je besser dies gelingt, desto höher ist für uns der finanzielle Erfolg. Es ist in diesem Sinne eine Form »qualitätsorientierter Vergütung«.

Wie funktioniert diese Koppelung und warum ist hierfür eine Nachhaltigkeit der Versorgung bedeutsam? Für die Stabilisierung des Patienten setzen wir gerade in der Anfangsphase hohe Ressourcen ein: Meist erfolgt erst eine stationäre Behandlung, dann eine engmaschige »Zuhausebehandlung«, bis zu mehrfach täglich. Da die Teilzahlungen aber immer gleich hoch sind, haben

wir durch die intensive Behandlung des Patienten in der Anfangsphase höhere Ausgaben als Einnahmen. Eine Kostendeckung, bzw. einen finanziellen Benefit erreichen wir erst dann, wenn der Patient gut stabilisiert ist und potenzielle Rückfälle vermieden wurden. Da wir erst mittelfristig finanziell profitieren, haben wir ein hohes Interesse, dass der Patient mit der Behandlung zufrieden ist und in der Integrierten Versorgung bleibt. Mittlerweile versorgen wir die Patienten über vier Jahre. Durch die gute Stabilisierung der Patienten konnten wir nach zwei Behandlungsjahren die Höhe der Pauschale deutlich senken. Damit profitieren die Krankenkassen zusätzlich finanziell.

Wir fokussieren uns in unserem Modell in erster Linie auf die schwerkranken Patienten, die stationär behandlungsbedürftig sind und einen gewissen Schweregrad haben. Es handelt sich dabei um die typischen »Drehtürpatienten«, die im bisherigen System durch die Behandlungsabbrüche zwischen ambulant und stationär nicht adäquat versorgt sind. Für die Kostenträger sind es vor allem die »Hochkosten-Patienten«. Das bedeutet aber auch, dass das Krankenhaus ins finanzielle Risiko geht. Aus unserer Erfahrung ist dieses Risiko überschaubar, da wir selbst einen guten Einfluss auf die Dauer der stationären Versorgung und damit auf den größten Teil der Behandlungskosten haben.

Warum gehen wir als Uniklinik diese neuen Wege? 1. Wir glauben, dass die sektorenübergreifende Versorgung die Behandlung der Zukunft ist. Die Entwicklung geht unseres Erachtens in eine stärkere ambulante Versorgung und diese wollen wir mit gestalten. 2. Wir halten das finanzielle Risiko in unserem Modell für überschaubar und die Erfahrung gibt uns Recht. 3. Finanzielle Anreize müssen richtig gesetzt sein, langfristig wirken und mit der Behandlungsqualität verbunden sein. 4. Wir halten eine wissenschaftliche Begleitforschung neuer Versorgungsmodelle für unverzichtbar, sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht. Nur die Modelle sollten Bestand haben, die eine bestmögliche Behandlungsqualität im Fokus haben und diese auch nachweisen.

## Literatur zum Hamburger Modell der Integrierten Versorgung

- 1 BOCK T: Und sie bewegt sich doch ... Die Sozialpsychiatrie in der Zeit nach der Enquete. Soziale Psychiatrie 2/2011, 22 ff
- 2 BOCK T: Integrierte Versorgung ist mehr: neues Handeln, anderes Bewusstsein; in.: FAULBAUM-DECKE W, ZECHERT C (Hg.) Ambulant statt stationär – Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung, Psychiatrie Verlag 2010, 58
- 3 LAMBERT M, OHM G, BOCK T, MEIGEL-SCHLEIFF C, NABER D: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: das Hamburger Modell, in: AMELUNG VE et al. (Hg.) Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement, Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010

4. LAMBERT M, NABER D, BOCK T, MEIGEL-SCHLEIFF C, OHM G: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Soziale Psychiatrie 01/2010
5. MELCHINGER H: Ambulante psychiatrische Versorgung – Umsteuerung dringend geboten. Deutsches Ärzteblatt 11/2008, 516–518
6. OHM G, LAMBERT M, MEIGEL-SCHLEIFF C: Integrierte Versorgung für Patienten mit einer psychotischen Erkrankung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, Hrsg.: OGGIER W, WALTER A, REICHLIN S, EGLI M, Update 2010
7. OHM G, LAMBERT M, WEATHERLY JN: Assertive Community Treatment psychotischer Patienten. In: Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Hrsg.: WEATHERLY JN, LÄGEL R, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009
8. OHM G, MEIGEL-SCHLEIFF C, LAMBERT M, NABER D: Integrierte 24-Stunden Betreuung vor Ort – Neue Interventionsform für psychotischen Patienten am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Ku-Sonderheft Integrierte Versorgung 10/2007, S. 34–36

# **Erfahrungen und Erwartungen aus Sicht der Regionen mit integrativen Versorgungskonzepten (Regionales Budget)**

**Arno Deister**

Vergütung, Kostensteuerung und Qualitätssicherung beeinflussen das Verhalten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen ganz erheblich. Damit werden die Strukturen und die Organisation sowie die Ressourcenverteilung sehr direkt beeinflusst.

Die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems ist eine große Chance für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Wir haben damit die konkrete Möglichkeit, ein zukunftsfähiges, qualitätsorientiertes und an den besonderen Erfordernissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtetes Finanzierungssystem zu realisieren, das setting-übergreifend ist (d. h. zur Verbindung von stationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses führt) und damit die Möglichkeit zur Überwindung überkommener und weitgehend starrer Grenzen zwischen den unterschiedlichen Behandlungssettings und Behandlungsformen bietet. So können die vorhandenen Ressourcen effizient und effektiv für die Patientinnen und Patienten genutzt werden.

Ein zukünftiges Entgeltsystem wird sich nicht nur an ökonomischen Maßstäben messen lassen müssen, sondern insbesondere daran, ob und wie es die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur fördern kann. Ein an der Qualität der Versorgung ausgerichtetes zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie muss einer Vielzahl von spezifischen Anforderungen gerecht werden. Dazu gehören in erster Linie die Möglichkeit zu individueller und flexibler Behandlung, die Stärkung der sozialen Bezüge der Patienten und deren Teilhabe am sozialen und Arbeitsleben, die Förderung der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung, die Vernetzung der bestehenden Angebote in der Region und die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen [1].

Wir wollen ein Versorgungssystem erreichen, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht wegen der vorhandenen Strukturen in ein bestimmtes Setting – z. B. eine vollstationäre Behandlung – gezwungen werden, obwohl flexiblere und individuellere Behandlungsformen für diese Menschen sinnvoll und auch grundsätzlich verfügbar – aber bisher nicht ökonomisch darstellbar – wären.

Ein im Wesentlichen auf der Beschreibung von Einzelleistungen basierendes Finanzierungssystem erfüllt diese Bedingungen nicht. Es stärkt einseitig die vorhandenen stationären Behandlungsstrukturen, verhindert therapeutische Flexibilität und verfestigt die getrennten Behandlungssektoren.

Es ist deshalb dringend erforderlich, die Finanzierung psychiatrischer Leistungen von der weitgehenden Bindung an das Krankenhausbett zu entkoppeln, ohne die dafür bisher eingesetzten Ressourcen den Menschen mit psychischen Erkrankungen zu entziehen. Der Maßstab für die Beurteilung der Qualität der erbrachten Behandlungsleistungen muss in erster Linie die Gesundheitsförderung sowie die Ergebnisqualität im medizinisch-psychiatrischen Bereich und die anhaltende Fähigkeit zur Teilhabe am Leben sein.

Entscheidend für die Umsetzung dieser Ziele ist die Schaffung von geeigneten Anreizen und Steuerungsmechanismen in der Region. Es muss ein Anreiz geschaffen werden, setting-übergreifend zu behandeln. Konkret heißt das, es muss möglich sein, ambulante Leistungen durch das Krankenhaus – wenn inhaltlich sinnvoll – statt stationärer Behandlung zu erbringen, ohne durch das Finanzierungssystem dafür ökonomisch bestraft zu werden.

Im Rahmen von Modellprojekten wurden solche Anreize seit Jahren erprobt [2-4]. Regionale Budgets wurden gemeinsam zwischen Krankenkassen und Kliniken vereinbart und umgesetzt. Sie umfassen aktuell etwa 1 Million Einwohner in sechs Regionen. In diesen Projekten werden seit mehr als 8 Jahren Menschen aller psychiatrischen Indikationen und aller Kassenarten in bisher mehr als 45.000 Behandlungsepisoden behandelt. In diesen Behandlungsregionen konnte gezeigt werden, dass die Möglichkeit zur setting-übergreifenden Therapieplanung zu einer konsequenten Umsteuerung von vollstationärer zu tagesklinischer und (stationersetzender) ambulanter Behandlung führt. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden deutlich kürzer als zuvor im stationären Setting behandelt, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet. Es kommt vielmehr dadurch zu einer nachweisbar verbesserten sozialen Integration – ohne Steigerung der Kosten.

Durch eine setting-übergreifende Finanzierung konnten therapeutische Ansätze realisiert werden, die im bisherigen System kaum ökonomisch sinnvoll darstellbar waren und die deshalb meist nicht in ausreichendem Maße umgesetzt werden konnten. Konkrete Beispiele dafür sind eine systemisch fundierte familientherapeutische Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen, eine primär tagesklinisch durchgeführte Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, nachtklinische Angebote oder hochfrequente ambulante Behandlung durch das Krankenhaus von Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen.

Die bisher durchgeführten Modellprojekte zu Regionalen Budgets sind unter den Bedingungen der bisherigen – an der Bundespflegesatzverordnung

orientierten – finanziellen Rahmenbedingungen entstanden. Sie haben gezeigt, zu welchen Veränderungen eine setting-übergreifende Finanzierungsform führt und welche Steuerungseffekte daraus entstehen. Diese Steuerungseffekte müssen in einem zukünftigen Finanzierungssystem auf der Basis des §17 d KHRG gezielt weiter entwickelt werden; die bisherigen Erfahrungen müssen in diesen Entwicklungsprozess integriert werden.

Eine solche Steuerung ist nur unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen regionalen Gegebenheiten und des sozialen Kontextes der Patientinnen und Patienten möglich. Dies schließt sinnvolle überregionale Spezialangebote nicht aus – diese müssen aber in das regionale Versorgungskonzept integriert werden. Wir sind überzeugt, dass wir gesetzlich abgesicherte Rahmenbedingungen benötigen, die durch die Schaffung eines integrativen Finanzierungssystems die Möglichkeiten zur Übernahme regionaler Verantwortung für das Versorgungssystem bieten. Ziel eines integrativen und kooperativen regionalen Finanzierungssystems ist die im Sinne der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten möglichst effektive Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Schaffung von Gesundheit in der Region einschließlich des Ziels einer möglichst weitgehenden Stabilität von Gesundheitsausgaben. Gleichzeitig können damit Kosten, die im Sinne eines Misstrauensaufwandes entstehen, deutlich reduziert werden.

Ein den Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Störungen angemessenes zukünftiges Finanzierungssystem muss die Möglichkeit zu einer Umsteuerung hin zu einer verstärkt teilstationären und ambulanten Behandlung im Krankenhaus und durch das Krankenhaus bieten. Eine realistische Kalkulation ambulanter Behandlung ist nur im Rahmen von Setting- und Sektor-übergreifender Versorgung in der Region möglich. Die wissenschaftliche Evaluation der bisherigen Modellprojekte und der künftig einzurichtenden Versorgungsmodelle soll ein integraler Bestandteil der Kalkulation für ein wirklich zukunftsfähiges Finanzierungssystem werden, das der Zielsetzung des 17 d KHRG entspricht.

## Literatur

- 1 DEISTER A, HEINZE M, KIESER C, WILMS B (2011): Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. Schleswig-Holsteinisches Arzteblatt 64 (3) 64–69
- 2 WEATHERLY JN, LÄGEL R: Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2009
- 3 DEISTER A, ZEICHNER D, WITT T, FORSTER HJ: Veränderungen der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. Psychiatr Prax 2010; 37: 335–342
- 4 KÖNIG HH, HEINRICH S, HEIDER D, DEISTER A, ZEICHNER D, BIRKER T, HIERHOLZER C, ANGERMEYER MC, ROICK C: Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. Psychiatr Prax 2010; 37: 34–42

## ... aus Sicht einer Angehörigen

**Gudrun Schliebener**

Im Zusammenhang mit den bis jetzt bekannten Einzelheiten des neuen Entgelt-systems für psychiatrische Kliniken und Tageskliniken stellen sich uns einige Fragen, die wir bisher an keiner Stelle beantwortet bekommen haben.

Im Rahmen der Begehungen durch die Staatl. Besuchskommission NRW in pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken stellen wir fest, dass das neue Entgeltsystem extrem hohe Anforderungen an die erforderliche Dokumentation stellt, eine entsprechende Erhöhung der Personalausstattung jedoch nicht registriert werden kann.

Frage: Ist die Forderung nach personeller Ausstattung auf 100 % Psych-PV erforderlich, um den erhöhten Dokumentationsaufwand auszugleichen? Sollten die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen nicht in erster Linie zuständig sein für die Versorgung/Behandlung/Begleitung der Patienten/Patientinnen?

Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie soll leistungsgerecht sein, mehr Leistung soll also auch besser honoriert werden. Jedoch: nicht alles, was zählt, kann man auch zählen.

Frage: Wer definiert, was »leistungsgerecht« ist?

Mindestens 80 % einer guten psychiatrischen Behandlung geht über Beziehungsgestaltung.

Frage: Wie wird Beziehungsarbeit gewertet, Aufbau von Beziehung, Kontinuität?

Eine gute psychiatrische Behandlung orientiert sich am Lebensumfeld des Patienten/der Patientin und bezieht dieses mit ein.

Frage: Wie wird Netzwerkarbeit gewertet (Kooperation insbesondere der pflichtversorgenden Kliniken mit den Angehörigen, im Gemeindepsychiatrischen Verbund, mit Gerichten, mit recht-lichen Betreuern, im Hilfeplan-verfahren etc.)?

Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen werden als besonders aufwändige Prozeduren besonders honoriert. Ist hier der Blickwinkel angemessen?

Frage: Wie wird die Arbeit an Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, Gestaltung des Stationsmilieus etc. gewertet?

Patienten/Patientinnen kommen nicht von Wolke 7 in die Klinik und bei Entlassung ziehen sie sich auch nicht dorthin zurück, sondern sie kommen aus einem sozialen Umfeld, mehrheitlich aus dem familiären Umfeld, und kehren bei Entlassung auch dorthin zurück. Bei immer kürzeren Verweildauern in

den psychiatrischen Kliniken wird eine qualifizierte Nachsorge in immer größerem Umfang in die Familien verlagert, ohne daß diese durch entsprechende Schulung und Informationen vorbereitet werden.

Frage: Wie wird familienorientierte Arbeit gewertet?

Wir sind der Meinung, dass es wichtig ist, ein Gremium zu berufen (ob es nun Entgeltkommis-sion oder anders heißt), dem von Fachverbänden offiziell benannte Experten, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige angehören. Aufgabe dieser Expertenkommission sollte es sein, den gesamten Entwicklungsprozess konstruktiv-kritisch zu begleiten, mögliche Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und eigene Vorschläge zum zeitlichen und inhaltlichen Vorgehen zu machen.

# **... aus Sicht des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)**

**Karl H. Beine**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa) vertreten die Auffassung, dass mit der bisherigen Entwicklungsrichtung und den eingeleiteten Maßnahmen der gesetzgeberische Auftrag des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) von März 2009 nur sehr eingeschränkt erfüllt werden kann. Es bedarf eines Neustarts.

Ich will das kurz begründen: Im Paragraph 17 d wird ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten vorgegeben.

Zur Zielerreichung schreibt der Gesetzgeber vor,

1. medizinisch unterscheidbare Patientengruppen abzubilden
2. eine Begleitforschung durchzuführen
3. zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können und
4. zu prüfen, ob Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können.

Diese Dinge hängen zusammen, sie sind ein Paket, das man nicht aufschnüren darf.

Die PsychPV ist seit 1991 in Kraft. Sie hat nach einem umfassenden fachlichen Diskurs damals für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Behandlungsbedarf angemessene Behandlungsziele, die typischerweise dafür erforderlichen Behandlungsleistungen und Qualitätsanforderungen definiert. Daraus leitete die PsychPV den damaligen Bedarf an Personalstellen ab. Die so ermittelten Personalstellen wurden über die Bundespflegesatz-Verordnung (BpflV) über tagesgleiche Pflegesätze vergütet. Ab 1996 wurde die Realisierung der PsychPV zunehmend unterlaufen, so dass bei Verabschiedung des KHRG trotz inzwischen erheblicher Leistungsverdichtung die Personalsituation in der Mehrzahl der Kliniken eher schlechter war als 1990. Erst die vom Gesetzgeber vorgegebene Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß

PsychPV würde eine erträgliche Ausgangslage schaffen. Davon sind wir aber weit entfernt, so dass nach heutigem Stand ein defizitäres »Ist« zum »Soll« in der neuen Vergütung wird.

Für die etwa 200 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa) war das wesentliche Motiv, den Entwicklungsprozess des § 17 d engagiert zu begleiten, die Hoffnung auf eine verbesserte Personalausstattung und verbesserte Möglichkeiten, die Behandlung im und durch das Krankenhaus patientenorientiert und flexibel zu gestalten. Nach einem langen und intensiven Diskussionsprozess hatten sich 13 relevante psychiatrische Verbände und Gesellschaften berufsgruppenübergreifend 2007 auf Eckpunkte verständigt, die wir vor wie nach für unverzichtbar halten.<sup>1</sup>

Damit befinden wir uns im besten Einvernehmen mit dem Willen des Gesetzgebers. Er hat den § 17 d als Ganzes verabschiedet und damit die Möglichkeit eröffnet, finanzielle Anreize zu schaffen für eine flexible und sektorübergreifende Krankenhausbehandlung. Denn durchgängig und leistungsorientiert soll das neue Vergütungssystem sein.

Im Übrigen sieht das auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2009)<sup>2</sup> so, der die Abkehr von dem konventionellen Anbieter- und sektororientierten Versorgungssystem in ein zukunftsweisendes populationsorientiertes und sektorenübergreifendes Versorgungssystem empfiehlt.

Nun schreibt das Gesetz vor, aufwandshomogene, medizinisch unterscheidbare Patientengruppen zu ermitteln. Dabei soll von den Leistungskomplexen ausgegangen werden, die der PsychPV zu Grunde liegen. Diesen Auftrag definieren GKV, PKV, DKG und das BMG mit DIMDI und InEK so, indem allen deutschen Krankenhäusern, die psychisch kranke Personen behandeln, verordnet wird, ausgedachte und unerprobte (Einzel-) Leistungserfassungsinstrumente flächendeckend auf den Alltag ausschließlich im stationären Bereich und in den Tageskliniken anzuwenden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
wir betreiben so mit immensem bürokratischen Aufwand bundesweit ein Verfahren, von dem wir wissen, dass es nicht zielführend sein kann. Nicht einmal für den stationären und tagesklinischen Bereich werden wir mit diesen Instrumenten die vom Gesetzgeber geforderten medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen ermitteln. Vom Bürokratieaufwand ganz zu schweigen.

Absehbar ist, dass die Patienten mit dem höchsten Gesamtaufwand nicht diejenigen sind, die die meisten (Einzel-)Leistungen bekommen. Im Gegenteil: Ein inverser Zusammenhang ist wahrscheinlich. Je schwerer krank ein Patient

1 Online verfügbar: [http://www.ackpa.de/Hauptpraesenz/Dateien/Zukuenftiges\\_Entgeltsystem\\_2007\\_01\\_31.pdf](http://www.ackpa.de/Hauptpraesenz/Dateien/Zukuenftiges_Entgeltsystem_2007_01_31.pdf)

2 Online verfügbar: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>

ist, je mehr Leistungen er bekommt, umso weniger werden sich die Kosten mit den jetzigen OPS-Kodes diesem Patienten zuordnen lassen. Es sind eher elektiv aufgenommene Patienten mit gut erhaltenem psychosozialen Funktionsniveau, die einen höheren Verbrauch an Einzelleistungen haben, die dann in der Folge direkt zugeordnet werden können.

Damit haben die Systementwickler unkritisch die DRG-Logik übernommen – mit schwer einschätzbaren Folgen für psychisch kranke Patientinnen und Patienten. Es mag ja für die Somatik möglich sein, dass nach Abzug der teuersten Einzelleistungen »Diagnostik«, »Operation« und Intensivmedizin« eine »Residualgröße« übrig bleibt, die weder kostentrennend noch kostentreibend ist. Das dies in Psychiatrie und Psychotherapie aber nicht so ist, das war von Anfang an klar.

Das bisherige Procedere stärkt einseitig die vorhandenen stationären Behandlungsstrukturen, fokussiert auf therapeutische Einzelleistungen und verfestigt die vorhandenen getrennten Behandlungssektoren. Die aktuellen Leistungserfassungsinstrumente fördern darüber hinaus die Ausweitung planbarer und zeitlich ausgedehnter diagnostischer und therapeutischer Prozesse. So kann es nicht wirklich verwundern, wenn Kliniken begonnen haben, ihre Therapie-Veranstaltungen im 25-Minuten Intervall zu takten. Das geht so weit, dass selbst Mahlzeiten – wenn sie ärztlich/therapeutisch bzw. pflegerisch begleitet werden – als Therapieeinheiten erfasst werden. Man darf sich nicht wundern, wenn Anbieter von Krankenhausleistungen phantasievoll »aufwändige Leistungen« – nämlich zusammenhängende Therapieeinheiten generieren und erfassen. Man darf ja erwarten, dass die in Zukunft zusätzlich vergütet werden.

Wirklich aufwändige, qualitativ und quantitativ gewichtige Aspekte des Leistungsgeschehens in psychiatrisch/psychotherapeutischen Kliniken entziehen sich aber dieser Verschlüsselung. Es bleiben situationsbezogene, individualisierte, komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen unberücksichtigt. Diese Leistungen müssen patienten- und situationsbezogen erbracht werden. Sie sind kaum planbar, fallen akut an und sind gerade deshalb besonders aufwändig. Die bisherige Systematik lässt diese mit erhöhtem Aufwand verbundenen Leistungen zwangsläufig als weniger aufwändig erscheinen. Unsere Patienten sind akut und schwer krank, häufig in ihrer Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit deutlich eingeschränkt und meist nicht in der Lage, eine 25-minütige Therapieeinheit oder einen zweistündigen strukturierten diagnostischen Prozess zu absolvieren.

Dieser Fehlanreiz wird noch einmal verstärkt durch die erklärte Absicht, »aufwändige Leistungen« besser zu vergüten als »kostengünstigere Leistungen«, ohne Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität. Dies ist die direkte Aufforderung, »teure Leistungen« zu erbringen, nicht aber solche

Leistungen, die primär qualitativen Anforderungen genügen oder aber den Bedürfnissen von Patienten entsprechen. Es werden Daten erhoben, die für die tatsächliche Kostentrennung weitgehend ungeeignet sind, absehbar zu medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitung führen – und das mit unvertretbar hohem bürokratischen Aufwand.

Ein Vergütungssystem, das ambulante Leistungen durch das Krankenhaus, sektorübergreifende Versorgungsformen und Modellprojekte ebenso ignoriert wie die besonders aufwändigen Leistungen im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung, ist weder durchgängig noch leistungsgerecht.

Nach Auffassung der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa) wird durch das bisherige Vorgehen der Selbstverwaltungspartner die Reformabsicht des Gesetzes ins Gegenteil verkehrt.

## ... mit Vorschlägen zur Weiterentwicklung des KHRG-Prozesses

Peter Kruckenberg

Das KHRG ist ein für die Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zukunftsweisendes Gesetz, weil mit dem neuen Finanzierungssystem flexiblere, sektorübergreifende, verstärkt ambulante und besser vernetzte Behandlungsformen entwickelt werden sollen. Der Selbstverwaltung von GKV/PKV und DKG wurden vier mit einander verbindlich verknüpfte Aufträge erteilt:

- Die seit 1996 ständig abgesunkene Personalausstattung sei gemäß der Psych-PV zu 100 % wieder her zu stellen
- Mit Tagespauschalen anstelle eines einheitlichen Pflegesatzes sei ein durchgängiges und leistungsorientiertes Vergütungssystem einzuführen.
- Dabei sei zu prüfen, inwieweit auch die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen und ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können.
- Der KHRG-Prozess soll durch eine umfassende Begleitforschung evaluiert werden.

Nach zwei Jahren Umsetzung durch die Selbstverwaltung, unterstützt durch DIMDI und InEK, ist festzustellen – unter Berücksichtigung der Vielzahl der Stellungnahmen von der GMK, von Fachverbänden, von der Gewerkschaft, von Betroffenen und Angehörigen –, dass die Selbstverwaltung dem Gesetzesauftrag bisher nicht angemessen gerecht wird:

- Die Ausgangsbasis (100 % Psych-PV) für die Ermittlung und Kalkulation der tagesbezogenen Entgelte wurde trotz der ergänzenden Vorgaben des GKVÄndG in den Bundesländern nicht oder nur unzureichend erfüllt.
- Bei der Ermittlung der Tagesentgelte gingen Selbstverwaltung, InEK und DIMDI rigide nach dem Schema der DRG-Bestimmungen aus, ohne die fachlichen und organisatorischen Besonderheiten psychiatrischer Behandlung zu beachten. Bei der Erarbeitung und in der Anwendung blieb die hinsichtlich fachlicher Qualität und Anwendbarkeit ausgewiesene Psych-PV unberücksichtigt.
  - o Gegen fachlichen Rat wurden von DIMDI OPS festgelegt, die vorhersehbar das Leistungsgeschehen weder adäquat abbilden, noch wirksam kostentrennend sind (Ausnahme der kleine Bereich der Psychosomatik). Diese müssen mit immensem, bürokratischem und personellem, Aufwand von jeder Klinik dokumentiert werden. Das hat überall zur Empörung

und Irritation geführt, in manchen Kliniken zu sinnloser Anpassung an erwartete spätere Vergütungsanreize.

- o Das InEK hat aus diesen Gründen versucht, bei der Kalkulation in ausgewählten Kliniken das gesamte Leistungsgeschehens einzubeziehen – aber ohne ein Rahmenkonzept für die Dokumentation vorzugeben. Ohne eine fachlich begründete und empirisch ausgewiesene Kostenkalkulation wird eine belastbare Datenlage für die kostenneutrale Umstellung nicht verfügbar sein.
- Die Prüfaufträge sind praktisch noch nicht angegangen worden:
  - o Hinsichtlich der PIAs beginnt eine Datenerhebung über den Ist-Stand. Ambulante Tagesentgelte, die eine Voraussetzung für sektorübergreifende, flexible Behandlungsformen wären, sind bisher nicht angedacht.
  - o Eine Auswertung internationaler und nationaler Erfahrungen zu fachlich gebotenen und wirtschaftlichen Organisationsformen und dafür erforderlichen Finanzierungsmodellen (»andere Abrechnungseinheiten«) findet bisher nicht statt. Ohne übergreifende Steuerung aber bedeuten stationäre Tagesentgelte einen finanziellen Anreiz, (weiterhin) angebotsorientierte Mehrleistungen zu erbringen.
- Für die Begleitforschung wird gegenwertig erst eine Machbarkeitsstudie beauftragt. An regionale Begleitforschung, ohne die der Effekt der Änderung von Finanzierungssystemen nicht belastbar ermittelt werden kann, wurde bisher nicht gedacht.

## Schlussfolgerungen

Da gegenwärtig keine Anzeichen zu einer wesentlichen Kurskorrektur erkennbar sind und da bisher aus dem BMG keine Intention zu einer Ersatzvornahme (wie 1989 für die Erstellung der Psych-PV) erkennbar ist, ist u. E. der Gesetzgeber gefordert.

Für einen Kurswechsel sollte der Bundestag im KHRG-Anwendungsgesetz eindeutige Vorgaben erlassen zu folgenden, hier nicht im Detail zu erläuternden, Aufgaben der Selbstverwaltung:

1. *Zur Überprüfung des Umsetzungsgrads der Psych-PV sollte* eine Meldepflicht von Krankenhausträgern und Krankenkassen auf lokaler Ebene und die Weiterleitung an die Landesgesundheitsbehörden und von dort an das BMG festgelegt werden, verbunden mit einem umfassenden Überprüfungsrecht, so dass zweifelsfrei Transparenz geschaffen wird.
2. *Voraussetzung für den Einstieg in die budgetneutrale Phase der Umsetzung der Tagesentgelte* ist die vollständige Ausstattung gem. Psych-PV im einzelnen Krankenhaus.

3. *Der Übergang von der budgetneutralen Phase in die Konvergenzphase kann erfolgen, wenn*  
über die Bearbeitung der Prüfaufträge zur Einbeziehung der Institutsambulanzen und anderer Abrechnungseinheiten belastbare, durch die Begleitforschung und den Fachbeirat geprüfte Ergebnisse vorliegen und die GMK zugestimmt hat (um später schwer korrigierbare Fehlsteuerungen zu vermeiden).
4. *Zumindest bis zum Ende der Konvergenzphase wird eine Betten- oder Platzausweitung im Krankenhausbedarfsplanausgesetzt.* Ausnahmen im abschließenden Ermessen der Landesbehörde bei nachgewiesenem Mehrbedarf, der durch ambulante Angebote nicht kompensiert werden kann.
5. *Bearbeitung der Prüfaufträge des KHRG durch innovative Modelle*  
Während der budgetneutralen und der Konvergenzphase der Umsetzung besteht für die Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung die Option, zur Bearbeitung der Prüfaufträge des KHRG innovative Modelle der Flexibilisierung des Leistungsgeschehens unter Einbeziehung der Institutsambulanz und anderer Abrechnungseinheiten (evtl. auch ein Regionalbudget) zu erproben.
6. *Für den Umsetzungsauftrag des KHRG wird- entsprechend der Forderung der meisten Gremien und Verbände – der Selbstverwaltung ein unabhängiger Fachbeirat zur Seite gestellt,* der die Selbstverwaltung berät und öffentlich Stellung nimmt, u. a. zur Umsetzung der Vorgaben bzgl. der Umsetzung der Psych-PV, zu der Sachgerechtigkeit der Tagesentgelte, zu der Beauftragung und der Aussagefähigkeit der Prüfaufträge, zu Organisation und Qualität der Begleitforschung, zum zeitgerechten Beginn der budgetneutralen Phase und der Konvergenzphase.

## ... aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)

Matthias Rosemann

Die bisher vorgetragenen Positionen machen deutlich, dass vielfach die Auffassung besteht, man solle erst einmal Daten über erbrachte Leistungen erfassen, um für die Kostentrennung wesentliche Informationen zu gewinnen. Danach könne man sehen, wie man die Finanzierungsstrukturen und die Versorgungsstrukturen weiter entwickelt.

Die BAG GPV hat hier erhebliche Bedenken. Denn die jetzt in den OPS-Prozeduren erfassten Leistungsmerkmale beziehen sich nur auf einen Teil der aktuellen Wirklichkeit voll- und teilstationärer Behandlung. Sie berücksichtigen weder den ambulanten Behandlungsbereich, noch innovative Behandlungsformen (z.B. Hometreatment). Der erfasste Bereich ist nicht geeignet, sinnvolle Unterscheidungen zwischen Patientengruppen vorzunehmen und lenkt in Richtung standardisierter Behandlung statt individuelle Behandlungsflexibilität zu fördern. Gleichzeitig entfalten aber die heute erfassten OPS bereits Wirkung. Uns erreichen Fortbildungsangebote von Beratungsfirmen, die mit Blick auf die Erfahrungen der Kalkulationshäuser und der neuen OPS bereits helfen sollen, heute so zu dokumentieren, dass sich daraus eine gute Ertragssituation bei der Einführung für das Krankenhaus ergibt. Dies Beispiel zeigt, dass schon Erfassungen präjudizierend auf zukünftiges Behandlungsverhalten wirken.

Es ist also erforderlich, bereits bei der Erfassung der Daten, die wir ebenfalls für richtig halten, die *tatsächliche* Behandlungsrealität abzubilden. Ferner müssen alle Erfassungen mit Blick auf ihre jeweilige Anreizwirkung bedacht werden.

Die bisherigen Schritte bilden weder die Realität hinreichend breit ab, noch erfassen sie tatsächlich kostentrennende Merkmale. Die Anreizwirkung ist nicht reflektiert.

Aus unserer Sicht ist daher die Einsetzung eines Beirats unverzichtbar, um in der aktuellen Situation noch rationale und zukunftsweisende Datenerhebungen und Kalkulationen zu entwickeln. Der Beirat muss breit zusammengesetzt sein und Kooperationspartner von Krankenhäusern mit berücksichtigen. Er muss während des gesamten Entwicklungsverfahrens tätig bleiben.

# Schlusswort

Norbert Roeder

Meine Damen und Herren,

ich habe den Eindruck, dass wir heute viele Gemeinsamkeiten in den Wünschen und Zielen herausarbeiten konnten. Ich spüre aber auch noch einen deutlichen Graben, der sich manifestiert in verschiedenen Fragen wie Fallpauschalierung versus Tagespauschalierung, sektorübergreifend versus vollstationär fokussiert, um nur einige Beispiele zu nennen.

Vom ursprünglich formulierten Ziel, zunächst grundsätzlich tagesbezogen zu vergüten, sollte zunächst nicht abgerückt werden. Die Heterogenität der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ist unter Berücksichtigung der Erkrankungsintensität sehr groß. Die psychiatrische Krankenhausbehandlung lässt sich daher bei vielen psychiatrischen Erkrankungen nicht fallbezogen pauschalieren. Dies wäre lediglich in hochspezialisierten Leistungsbereichen (z. B. der Suchtbehandlung) denkbar.

Wie soll die Dokumentation in der PIA erfolgen und in welchem Umfang? Modell PIAs oder grundlegend nach einem »Bayern-Light-Modell«, wie es Herr Dr. Leber dargestellt hat, in allen PIAs? Das sind Diskussionen, die in der Selbstverwaltung noch geführt werden müssen oder die vielleicht der Gesetzgeber auch noch mit beeinflussen wird. Das werden wir abwarten müssen, aber man sollte – und das werden wir tun – den heutigen Tag zusammenfassen, um eine aktuelle Dokumentation zu haben. Ich kann Ihnen als Vertretern unterschiedlicher Interessensgruppen nur empfehlen, diesen heute grob skizzierten Weg weiterzuentwickeln. Ich habe das Gefühl, da könnte etwas draus werden, was den gesamten weiteren Prozess der Entwicklung und Einführung des neuen Vergütungssystems befruchten kann und vielleicht auch helfen kann, die Vorbehalte, die es an der einen oder anderen Ecke gibt, etwas abzumildern.

Wir haben heute einen Weg – zumindest im Ansatz – gefunden, um den benannten Graben zu schließen. Zu diesem Weg, der heute diskutiert wurde, habe ich keinen Widerspruch von meinen Nachbarn hier auf dem Podium gehört und auch nicht aus dem Auditorium.

Brauchen wir für die Psychiatrie und Psychosomatik nur ein neues Vergütungssystem oder müssen wir mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems gleichzeitig auch die Krankenhausbehandlung als Teil des Versorgungssystems effizienter gestalten? Auch wenn der grundsätzliche Anspruch einer personen- und lebensfeldbezogenen integrierten sektorübergreifenden

Behandlung sehr zu unterstützen ist, muss die zeitnahe Umsetzbarkeit im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie unter Berücksichtigung der Ausgangs- und Rahmenbedingungen realistisch bewertet werden.

Der Vorschlag, einerseits den Einführungsprozess nach Paragraph 17 d fortzusetzen und parallel eine Weiterentwicklung zur Verbesserung der Versorgung in Form von regionalen Modellprojekten zu ermöglichen scheint geeignet, die unterschiedlichen Interessen zu bedienen, und gleichzeitig das neue Vergütungssystem auch so zu entwickeln, wie ursprünglich intendiert. Vielleicht ergeben sich noch Modifikationen aus der Auswertung der Probekalkulation. Da mag sich vielleicht die eine oder andere Veränderung noch heraus kristallisieren.

Ich schlage daher konkret vor, den heute skizzierten Weg im Nachgang zu dieser Veranstaltung mit den unterschiedlichen Vertretern der hier und heute vertretenen Organisationen zu detaillieren und das Ergebnis zu konkretisieren. Der Teufel liegt nämlich auch hier – wie so häufig – im Detail. Vorschläge auf der Makroebene müssen auf der Mikroebene auch umsetzbar sein. Daher sollten die Vorschläge detaillierter ausgearbeitet werden, um die Umsetzbarkeit auch prüfen und bewerten zu können. Am Ende kann ein gemeinsamer Vorschlag für den Gesetzgeber entstehen.

Der Vorschlag Zugangsbedingungen zu Modellprojekten zu erleichtern müsste letztendlich Einzug in die Gesetzgebung finden. Dann könnten Leistungserbringer und Kostenträger vor Ort, wenn sie gemeinsam einer Meinung sind, Strukturänderungen in der Versorgung umsetzen und erproben. Aber eventuell mit der von Herrn Prof. Fritze eingebrachten Prämisse, dass sich diese Kliniken zwangsläufig auch an der 17 d kompatiblen Leistungsbeschreibung und am Kalkulationsverfahren beteiligen. Dabei sehe ich jedoch noch einige zu lösende Probleme in der technischen Umsetzung. Wenn z. B. eine Fachabteilung im Universitätsklinikum sich an so einem Modellprojekt beteiligen möchte, das Gesamtklinikum sich aber nicht an der Kalkulation beteiligt, ist das bisher ein Ausschlusskriterium mindestens für die Teilnahme an der Kalkulation vom InEK. Damit könnte das Modellprojekt auch nicht durchgeführt werden, wenn die Bedingung eine Beteiligung an der Kalkulation ist. Da müsste also noch ein Weg gefunden werden.

Wir werden den Inhalt und das Zwischenergebnis für den heutigen Tag mit Ihrer Hilfe dokumentieren um sie auch den Interessenten zur Verfügung zu stellen, die heute nicht hier sein konnten. Ich bitte alle Referentinnen und Referenten, und auch diejenigen, die Statements abgegeben haben, ihre Ausführungen möglichst kurzfristig zu verschriftlichen. Daraus wird die APK einen Workshop-Band erstellen, der die aktuelle Situation festhält.

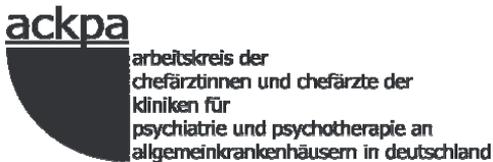
Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen dafür, dass Sie uns den ganzen Tag hier begleitet haben. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachhauseweg!

Denken Sie bitte mal bei der Heimfahrt oder beim Heimflug darüber nach, ob man das nicht zeitnah das umsetzen kann, was ich vorhin empfohlen habe. Wenn man es nicht zeitnah zu einer gemeinsamen Aktivität kommt, dann wird man sich wieder in den verschiedenen Positionen verhärten und nicht die Gunst der Stunde nutzen.

Vielen Dank, dass Sie hier waren.

## C Anhang

### Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems auf der Grundlage des gemeinsamen Eckpunktepapiers »Neustart für § 17 d KHG: Sektorenübergreifende Versorgung für psychisch Kranke« von ackpa, APK, vdek und AOK-Bundesverband (Stand: 24.05.2011)



Ausgehend von dem Ziel, eine patienten- und leistungsgerechtere Behandlung in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen (im Folgenden als Psychiatrie bezeichnet) zu erreichen, fordern die ackpa und APK zusammen mit dem vdek und dem AOK-Bundesverband eine stärkere Berücksichtigung des integrativen Ansatzes bei der Neuausrichtung des Psychiatrie-Entgeltsystems. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den bestehenden sektorenübergreifenden IV-Verträgen und den Modellprojekten mit Krankenhäusern haben Chancen zur Überwindung der Sektorengrenzen eröffnet, die dem besonderen Bedarf psychisch kranker Menschen, besser gerecht werden.

Bei zahlreichen psychischen Störungen gestaltet sich der erforderliche Versorgungsaufwand nach Art und Umfang sehr wechselhaft im Verlauf der Erkrankungsphasen. Beispielsweise sind bei schweren psychotischen Episoden erhebliche Ressourcen zur Stabilisierung des Patienten und zur Gefahrenabwehr erforderlich. Daneben existieren beim gleichen Patienten Erkrankungsphasen, bei denen wenige Behandlungskontakte ausreichend sind. Die Problematik des derzeitigen Finanzierungssystems (Bundespflege-satzverordnung, BPfIV) als auch der bisherigen Ansätze zur Ausgestaltung des § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) besteht darin, die Finanzierung sehr umfangreicher Behandlungsressourcen überwiegend durch voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung bereitzustellen.

Um den wachsenden Behandlungsbedarf bei psychischen Erkrankungen nicht primär durch zusätzliche Krankenhausbetten erfüllen zu müssen, sind

neue stationergänzende Versorgungsformen notwendig (z. B. Home-Treatment, Assertive Community Treatment). Verbindliche Qualitätsindikatoren gewährleisten dabei, dass die psychiatrische Versorgung bedarfsgerecht sichergestellt wird.

Die große Herausforderung besteht darin, die Versorgung psychisch kranker Menschen unter Beachtung der gewonnenen Erkenntnisse aus den IV-Verträgen und Modellprojekten sektorenübergreifend, bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig weiterzuentwickeln. Nur so kann eine optimale Versorgung sichergestellt werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens« aus dem Jahr 2009, den Wechsel von einem traditionellen anbieter- und sektororientierten Versorgungssystem hin zu einem zukunftsweisenden populationsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgungssystem vorzunehmen.

Die folgenden Ausführungen zeigen auf, wie das neue Entgeltsystem in der Weiterentwicklung aussehen sollte. Das oberste Ziel eines zeitgerechten Einstiegs in dieses Entgeltsystem im Jahr 2013 bleibt hiervon unberührt.

Um den vorgenannten Anforderungen gerecht zu werden, ist eine Neujustierung des § 17 d KHG erforderlich. Die konkrete Umsetzung sollte wie folgt ausgestaltet werden:

1. Schaffung von *Versorgungsbudgets*. Hierzu werden die durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen in ein Gesamtbudget einbezogen. Im Vordergrund sollte zunächst der Patient stehen, der einer Behandlung durch ein Krankenhaus bedarf. Zeitlich parallel zum § 17 d Prozess sollten im SGB V Maßnahmen eingeleitet werden, die auch die Integration von settingübergreifenden Leistungen des Krankenhauses und des ambulanten Sektors ermöglichen.

**Begründung:**

So werden den beteiligten Leistungserbringern finanzielle Freiräume zur Überwindung institutioneller Barrieren geschaffen. Diese können zielgerichtet für eine optimale Versorgung genutzt werden. Es wird ein Anreiz geschaffen, die vorhandenen Ressourcen sinnvoll und effizient zu nutzen und einen nachhaltigen Behandlungserfolg unter Berücksichtigung des Lebensumfeldes der Patienten zu sichern. Dazu muss die Personalausstattung vor Ort in den Kliniken den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) entsprechen. Ebenso muss eine zweckfremde Finanzierung, beispielsweise des Investitionsstaus, über den Personalbereich ausgeschlossen werden.

Laut Statistischem Bundesamt (Destatis) sind in der stationären Versorgung seit 2002 die Zahl der Aufnahmen um rund 20 % auf rund 894.476 Fälle

gestiegen. Damit einhergehend ist es zu einem Anstieg der stationären Betten um 6 % (65.478 Betten) und der Belegungstage um 10 % (22.288.367 Belegungstage) gekommen. Ursächlich dafür sind steigende Morbidität, regionale Unterversorgung und eine falsche Anreizwirkung des derzeitigen Vergütungssystems. Die Auslastungsquote der psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen lag im Jahr 2009 bei rund 93 % (Somatik: 77,5 %). Diese hohe Auslastung sorgt dafür, dass seitens der Länder der Eindruck entsteht, dass die Versorgung nicht ausreichend sei und somit weitere stationäre Angebote geschaffen werden müssen.

Für einen Paradigmenwechsel sind die Voraussetzungen in der Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche besonders gegeben. Dabei muss eine gezielte Steuerung der Gesundheitsleistungen für den Patienten in einem regionalen Kontext erfolgen. Nur dieser kann die Voraussetzungen für eine umfassende und fachlich begründete Vernetzung der vorhandenen Angebote schaffen. Dabei sollte eine Berücksichtigung des sozialen Kontextes und eine Förderung langfristiger rehabilitativer Konzepte erfolgen. Eine direkte Verantwortung der Leistungserbringer trägt zu einer hohen Ergebnisqualität bei.

2. Die *budgetneutrale Phase* zur Einführung des Psychiatrie-Entgeltsystems nach § 17 d KHG sollte *fünf Jahre* betragen. Ein Übergang in die Konvergenzphase kann erst dann erfolgen, wenn durch die gesetzten Anreize ein Strukturwandel stattgefunden hat und aufgrund praktikabler Leistungsbeschreibungen belastbare Kalkulationsergebnisse sowie Qualitätsindikatoren vorliegen.

**Begründung:**

Die Adaption eines bereits erprobten Klassifikationssystems ist im Gegensatz zum DRG-System in der Psychiatrie nicht möglich. Um eine sachgerechte Konvergenz zu ermöglichen, darf diese erst eingeleitet werden, wenn aufgrund praktikabler Leistungsbeschreibungen auch belastbare Kalkulationsergebnisse vorliegen sowie der Strukturumbau aufgrund der neu gesetzten Anreize weitestgehend abgeschlossen ist. Daher ist eine budgetneutrale Phase von fünf Jahren erforderlich.

Außerdem ist die Integration ambulant erbringbarer Leistungen zu klären und Leistungskomplexe sind festzulegen. Es ist zu erwarten, dass bis zum voraussichtlichen Start der budgetneutralen Phase keine Kalkulationsergebnisse für die ambulanten psychiatrischen Leistungen vorliegen. Da 2013 mit der budgetneutralen Phase in das neue Entgeltsystem gestartet werden soll, ist es möglich, bis zum Vorliegen der Ergebnisse eine Übergangslösung zu finden. Eine solche Lösung könnte eine Vereinbarung dieser Leistungen im Rahmen einer Gesamtbudgetvereinbarung darstellen.

Bereits im Rahmen der budgetneutralen Phase sollte es einen flexiblen Budgetmechanismus mit einfachen differenzierten Ausgleichsregelungen je nach Art der Bedingung der Leistungsveränderungen und deren Ausmass geben (s. Punkt 4). Ebenfalls muss innerhalb der budgetneutralen Phase eine Optimierung der bestehenden OPS erfolgen (s. Punkt 7a). Auch für den voll- und teilstationären Bereich ist eine Übergangslösung auf Basis einer fachlich begründeten Leistungsbeschreibung umsetzbar.

Um diese Ziele zu erreichen, ist eine ausreichend lange budgetneutrale Phase anzustreben. Diese Überlegungen gefährden den geplanten Umstieg auf ein neues Entgeltsystem zum 01. Januar 2013 nicht.

3. Die *Konvergenzphase* sollte *vier Jahre* betragen. Die Krankenhäuser konvergieren innerhalb eines Bundeslandes an einen einheitlichen Tagesentgeltwert, der sich aus Budget dividiert durch Menge ergibt. Synergieeffekte durch den Strukturumbau verbleiben auch in der Konvergenzphase bei den Krankenhäusern und werden dem System nicht entzogen. Diese Synergieeffekte können u.a. für Strukturverbesserungen und den Mehraufwand durch Steigerung der Morbidität psychisch kranker Menschen genutzt werden.

**Begründung:**

Auch die Konvergenzphase muss so bemessen werden, dass den beteiligten Akteuren ausreichend Zeit eingeräumt wird, ihre Strukturen an das neue System anzupassen. Die Konvergenz muss linear und symmetrisch (d. h. gleiche Anpassungsschritte für »Gewinner« und »Verlierer«) erfolgen, um den Anpassungsprozess sowohl für Leistungserbringer als auch für Kostenträger möglichst risikoneutral zu gestalten.

4. Das Psychiatrie-Entgeltsystem ist ein *Instrument zur rationalen Budgetbemessung*, wobei der Preis nur eine gewichtete Teilzahlung auf das Gesamtbudget darstellt. Die Budgets sind für definierte Regionen aufzustellen, damit eine wohnortnahe individualisierte Behandlung psychisch kranker Menschen ermöglicht werden kann. Dabei ist zu beachten, dass die Versorgungsregionen zur Behandlung von Erwachsenen räumlich nicht mit den Versorgungsregionen von Kindern und Jugendlichen identisch sein müssen und die Budgets die unterschiedlichen Erfordernisse zur Krankenhausbehandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen berücksichtigen.

**Begründung:**

Nur durch einen flexiblen Budgetmechanismus kann das beschriebene Konzept der integrativen Versorgungsverantwortung gewährleistet werden. Es werden ökonomische Rahmenbedingungen geschaffen, um die vorhandenen Ressourcen nach dem Versorgungsbedarf zu verteilen. Anreize müssen daher so gestaltet werden, dass eine individuell angemessene Leistungserbringung in

einer hochwertigen Qualität – unabhängig vom Behandlungssektor – sichergestellt wird. Dies führt dazu, dass Diskussionen über die Leistungsstruktur unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungsnetzes geführt werden und somit eine optimale Steuerung der Behandlung des Patienten ermöglicht wird.

Die Realisierung dieser Anreize ist durch Finanzierungsformen möglich, die den Leistungserbringern eine flexiblere Steuerung und Kontrolle ihres Ressourceneinsatzes ermöglichen. Im Rahmen der Refinanzierung muss dabei die Leistungsgerechtigkeit und Preistransparenz sichergestellt sein.

Leistungsveränderungen, die medizinisch nicht nachvollziehbar sind, aber als veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren sowie als Verweildauerverlängerung je Patient und Jahr dokumentiert werden, dürfen zu keiner Erhöhung des Gesamtbudgets führen.

5. Die Neuordnung der Rahmenbedingungen in den *Budgetverhandlungen* ist erforderlich.

**Begründung:**

Ein integratives Vergütungsmodell für psychisch kranke Menschen erfordert eine differenzierte Betrachtung der Mengen- und Leistungsveränderungen sowie der Erlösausgleiche. Regionale Gegebenheiten, wie bspw. die Pflichtversorgung müssen in der Budgetverhandlung eine größere Rolle spielen.

Ein Konzept, was das medizinisch-leistungsgerechte Gesamtvolumen konkret umfasst und welche Tatbestände erhöhend bzw. mindernd berücksichtigt werden können, ist zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist auch zu regeln, dass sich die Finanzierung zusätzlicher Leistungen im Rahmen der Ausnahmetatbestände stärker am Morbiditätsgrad psychisch kranker Menschen orientiert.

6. Der *Grundsatz der Beitragssatzstabilität* muss sich auf die Vereinbarung des Gesamtvolumens beziehen. Das Morbiditätsrisiko wird von den Krankenkassen getragen.

**Begründung:**

Eine andere Betrachtung wäre nicht sachgerecht, da der Preis lediglich als gewichtete Teilzahlung vom vereinbarten Gesamtvolumen zu betrachten ist. Das Morbiditätsrisiko wird von den Krankenkassen getragen, da zusätzliche Leistungen (z. B. steigende Anzahl behandelter Patienten) in Höhe der variablen Kostenanteile im Gesamtbudget berücksichtigt und nicht durch die Grundlohnrate gekappt werden.

7. *Folgende Regelungen sind zum integrativen Ansatz noch weiter zu entwickeln:*

- a. Anpassung des OPS
- b. besondere Aspekte der Psychosomatik

- c. besondere Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- e. Reduzierung des Aufwands der Abrechnungsprüfung
- f. Erleichterung der Rahmenbedingungen zur Durchführung von Projekten zur Erprobung von individuellen Behandlungsformen

**Begründung:**

*a. Anpassung des OPS*

Die derzeitige Ausgestaltung des OPS mit seiner überwiegenden Darstellung der Einzelleistung (Stichwort »25 min. Therapieeinheiten«) führt zur Ausweitung der Einzelleistungserbringung. Deshalb müssen praktikable OPS gebildet werden, die sich als Kostentrenner eignen. Deren Erprobung sollte zunächst im Rahmen der Kalkulationsstichprobe erfolgen. Der Schwerpunkt in der Leistungsbeschreibung muss sich auf Patientenmerkmale fokussieren und nicht – wie bisher – auf die Abbildung von Einzelleistungen, die den besonderen Therapiebedarf psychisch kranker Menschen nicht darstellen.

*b. besondere Aspekte der Psychosomatik*

In Deutschland ist die Psychosomatik strukturell sehr unterschiedlich ausgestaltet. In der Psychosomatik gibt es bisher keine regionale Versorgungsverpflichtung für alle psychisch kranken Menschen einer Region. Daher müssen hierfür besondere Lösungen entwickelt werden.

*c. besondere Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Auch die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist regional im Verhältnis ambulanter zu stationärer Strukturen sowie der Nachsorgeangebote sehr unterschiedlich aufgestellt.

*d. sektorenübergreifende Qualitätssicherung*

Die Versorgungsqualität ist anhand von sektorenübergreifenden Parametern zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu evaluieren. Hierfür müssen Qualitätskriterien sowohl für die Bemessung von Ressourcen als auch für die damit erzielten Erfolge verwendet werden. Zum Beispiel muss sichergestellt sein, dass der Preis für eine medizinische Leistungserbringung dann finanziert wird, wenn definierte Voraussetzungen vorliegen, z.B. das notwendige ärztlich-therapeutische Personal (Psych-PV Niveau) auch tatsächlich vorgehalten und zu einer optimierten Versorgung eingesetzt wird. Quersubventionierungen müssen durch Offenlegung der Mittelverwendung vermieden werden. Dies ist aus Qualitätssicherungsgründen zwingend erforderlich. Die Ergebnisqualität gewinnt aufgrund der Aufwertung der Versorgungsverpflichtung der Klinik hin zu einer stärkeren Versorgungsverantwortung der Beteiligten an Bedeutung.

Bis zum Abschluss der budgetneutralen Phase sollten daher geeignete Qualitätsindikatoren vorliegen, die hauptsächlich zwei Ebenen (Patientenebene,

Institutionsebene) berücksichtigen. In die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sind die sozialen Betreuungsangebote in den Städten und Kommunen mittelfristig einzubinden.

*e. Reduzierung des Aufwands der Abrechnungsprüfung*

Ein nicht zu unterschätzender Effekt der Finanzierung über ein integratives Gesamtvolumen ist die wesentliche Reduzierung des administrativen Aufwands (Entbürokratisierung). Der Schwerpunkt der Abrechnungsprüfungen und des Fallmanagements kann sich auf die Prüfung von Leistungs- und Strukturinhalten sowie Qualitätsmerkmalen, wie z.B. der Vorhaltung des erforderlichen ärztlich-therapeutischen Personals sowie der Differenzierung der unterschiedlich intendierten Leistungsveränderungen verlagern. In diesem Zusammenhang könnte ein neu gestalteter § 17c KHG für differenzierte Prüfmöglichkeiten genutzt werden.

*f. Erleichterung der Rahmenbedingungen zur Durchführung von Projekten zur Erprobung von individuellen Behandlungsformen*

Die Krankenkassen und die Krankenhäuser sollten mit dem Ziel, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern, weiterhin die Möglichkeit erhalten, Verträge zu Modellvorhaben schließen zu können. Allerdings sollten die Hürden für Modellvorhaben (z.B. Satzungsänderung, zu aufwändige Begleitforschung) abgebaut werden.

# **Die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung**

## **Empfehlungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE**

### **zur Umsetzung des KHRG, Mai 2010**

#### **Einleitung**

Mit dem KHRG wird die Vergütung der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatische Krankenhausbehandlung grundlegend neu geregelt. Bis zur zunächst kostenneutralen Umstellung der Finanzierung im Jahr 2013 sollen die Partner der Selbstverwaltung, GKV/PKV und DKG, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem entwickeln auf der Grundlage der folgenden Aufträge:

- Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß PsychPV
- Ermittlung von Tagesentgelten für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen (Stufe 1)
- Prüfung, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können, und inwieweit auch die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können (Stufe 2)
- Evaluation des KHRG-Prozesses durch Begleitforschung

Aus der Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE ergibt sich aus der Analyse der Gesetzesbegründung auch die Erwartung des Gesetzgebers, dass mit dem Entgeltsystem flexiblere, sektorübergreifende, verstärkt ambulante und besser vernetzte Behandlungsformen entwickelt werden sollen.

Für den dazu erforderlichen fachöffentlichen und gesundheitspolitischen Diskurs hat die APK die folgenden konzeptionellen Grundlagen für die Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung als integraler Teil eines regional vernetzten psychiatrischen Versorgungssystems skizziert und daraus grundsätzliche Empfehlungen für den Umsetzungsprozess abgeleitet.

## **Konzeptionelle Grundlagen für die Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung in einem vernetzten regionalen Versorgungssystem**

Die Konzeption und Organisation des Versorgungssystems, die Qualifikation der Beschäftigten sowie die Planung und Steuerung des Ressourceneinsatzes müssen den Besonderheiten psychischer Erkrankungen Rechnung tragen. Dabei geht es in jedem Einzelfall um die Wechselwirkungen zwischen psychischen Grundfunktionen, den Möglichkeiten zur Alltagsbewältigung und zur Teilhabe in den verschiedenen Lebensfeldern unter Beachtung der individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen und der Kontextbedingungen in der Lebenswelt. Anders als in der Somatik sagt die Diagnose nur wenig über den zu erwartenden Behandlungsaufwand aus.

- Auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung ist von dem personenzentrierten und lebensweltbezogenen Ansatz auszugehen, nach dem Behandlungsplanung und -durchführung berufsübergreifend und eng mit dem Patienten und seinem Umfeld abgestimmt unter Beachtung definierter Qualitätskriterien erbracht werden sollen.
- Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik hat eine zentrale, mehrdimensionale, auf sehr unterschiedliche Anforderungen ausgerichtete Hintergrundfunktion für das gesamte psychiatrische Hilfesystem (den gemeindepsychiatrischen Verbund). Für diese Aufgaben sind flexible Formen der Leistungserbringung zu entwickeln, die bei Bedarf auch in der Lebenswelt des Patienten als Hometreatment geleistet werden.
- Im Gegensatz zu den aus internationalen Erfahrungen ableitbaren Erfordernissen sind die Rahmenbedingungen für das aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem in Deutschland gekennzeichnet durch eine Fragmentierung des Leistungsgeschehens, verursacht durch unverbundene Zuständigkeiten und Finanzierungen.
- Ein besonderes Problem stellt der seit 1996 ständig zunehmende Personalabbau durch die faktische Aussetzung der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) dar, so dass in vielen Kliniken gegenwärtig von einem Personalnotstand gesprochen werden muss.

Aus der konzeptionellen Orientierung für die Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung und den aktuellen Gegebenheiten ergeben sich spezifische Anforderungen an den Umsetzungsprozess des KHRG.

## **Empfehlungen der Aktion Psychisch Kranke für die Planung und Koordination der Umsetzung des KHRG**

Zu Beginn der Umsetzung des KHRG ist aus der Sicht der APK eine gemeinsame Erklärung der Partner der Selbstverwaltung im Einvernehmen mit dem BMG wichtig, dass mit dem KHRG – über die Entwicklung der tagesbezogenen Entgelte hinaus – für die Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik die durch das bisherige Vergütungssystem gegebenen Einschränkungen überwunden werden sollen und eine, dem Stand des internationalen Fachwissens entsprechende, personenbezogene flexible Gestaltung der Behandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund aller Leistungserbringer angestrebt wird.

### **Zielsetzungen**

Zur Vertrauensbildung bei allen Betroffenen und Beteiligten sollten von den Partnern der Selbstverwaltung vorrangige Zielsetzungen vereinbart werden. Aus Sicht der APK sind dies insbesondere

- *die Gewährleistung der regionalen Pflichtversorgung,*
- *die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung,*
- *die Ermöglichung flexibler, bedarfsorientierter, sektorübergreifender, lebensweltbezogener Behandlungsformen (inklusive Hometreatment),*
- *die Reduzierung von Bürokratie und »Misstrauensaufwand«,*
- *die Schaffung finanzieller Anreize für die Verbesserung der Qualität und der Nachhaltigkeit der Behandlung und zur Reduzierung des Bedarfs an stationärer Krankenhausbehandlung bei möglichst sparsamem Ressourcenverbrauch,*
- *die Gewährleistung ausreichender Planungssicherheit für Leistungserbringer und Leistungsträger*
- *die Einbeziehung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention,*
- *und die Sicherstellung einer interessensneutralen Begleitforschung in den Versorgungsregionen sowie übergreifend in den Bundesländern und in der Bundesrepublik.*

### **Umsetzungsprozess**

Bei der Planung und Koordination des komplexen Umsetzungsprozesses schlägt die Aktion Psychisch Kranke den nachfolgenden Orientierungsrahmen vor. Die Umsetzungsempfehlungen betreffen

- die Prozesssteuerung:  
Die parallele und vernetzte Bearbeitung der vier Auftragsbereiche durch die Selbstverwaltung sollte von einer interdisziplinär zusammengesetzten unabhängigen Expertengruppe begleitet werden, mit Veröffentlichung der Zwischenergebnisse
- die Wiederanpassung des Personaleinsatzes an die PsychPV:  
Es sollten umgehend die organisatorischen und falls notwendig gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass jedes Krankenhaus über die Umsetzung der PsychPV verlässlich und kontrollierbar berichtet, mit Aggregation der Daten auf Landes- und Bundesebene. Damit verbunden werden sollte eine Rückzahlungsverpflichtung für finanziertes, aber nicht eingesetztes Personal.
- die Erarbeitung der tagesbezogenen Entgelte in der vollstationären und teilstationären Behandlung:  
Bei der Bestimmung der Relativgewichte, soweit diese durch den Einsatz von therapeutischem Personal bestimmt werden, sollte in der ersten Stufe vereinfachend auch auf die erfahrungsgestützte Personalbemessung nach der PsychPV zurückgegriffen werden, ergänzt durch Festlegungen von Mindestmerkmalen für Nachtwachen, Bereitschaftsdiensten u. a. sowie durch Zu- und Abschläge für extrem aufwendige Behandlungen.  
Die Intensität der milieuthérapeutischen und speziellen therapeutischen Versorgung muss entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung erfasst und berücksichtigt werden, wie z. B. schwere Antriebsstörungen, Desorientiertheit, fehlende Krankheitseinsicht, Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme nur mit Fremdhilfe, Suizidalität, Fremdaggressivität, vitale Gefährdung oder andere psychiatrische Krisen. Dazu gehört auch das Versagen der individuellen Fähigkeit, die Aufgaben des täglichen Lebens bewältigen zu können.  
Die Abgrenzung medizinisch definierter Patientengruppen muss nach Patientenmerkmalen erfolgen, nicht nach der Facharztqualifikation des Chefarztes (Beispiel: OPS 9-63).
- die Prüfung von Steuerungsmöglichkeiten durch die Art der Finanzierung:
  - o Zur Verbesserung von Qualität (inkl. Nachhaltigkeit) und Effizienz, sollten die Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik die dem aktuellen Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten entsprechende Behandlung erbringen und dabei Ort und Intensität nach fachlichen Gesichtspunkten selbst entscheiden können, inklusive der Möglichkeit von Hometreatment und anderer Behandlungsaktivitäten im Lebensfeld während stationärer und teilstationärer Behandlung.
  - o Die Finanzierung der Psychiatrischen Institutsambulanz sollte in das prospektive Jahresbudget der Klinik aufgenommen werden.

- o Fallpauschalen sind weiterhin abzulehnen<sup>1</sup>. Andere Formen der Pauschalierung sollten erprobt und evaluiert werden, insbesondere Jahresbudgets für bestimmte Patientengruppen oder für eine ganze Region im Rahmen der Pflichtversorgung. Die Ergebnisse sollten in das »lernende Entgeltsystem« integriert werden.
- die Implementation von Begleitforschung:  
Begleitforschung sollte in möglichst unabhängigen, interessensbalancierten Organisationsformen auf allen drei Ebenen – Bund, Land, Kommune – institutionalisiert werden. Die Begleitforschung sollte gem. KHRG die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung und auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen. Bis zum ersten Bericht der Begleitforschung zum KHRG 2014 sollten die Ausgangswerte für die bis dahin erhebbaren Daten ermittelt und ein Konzept für die Weiterentwicklung und dauerhafte Implementierung auf den drei Ebenen erstellt werden.  
Die Begleitforschung ist ein Teil des »lernenden Systems«.

## Erläuterung

Durch das im März 2009 in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wird im § 17 d KHG und durch die Änderung der Bundespflegeverordnung (BPfV) die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie grundlegend neu geregelt.

Das Gesetz war dringlich:

- Als im Jahr 2000 die Regelung der Vergütung der Krankenhausleistungen in der Somatik über Fallpauschalen (DRG-G) eingeführt wurde, blieb die BPfV für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken vorläufig weiter bestehen, da für diese Fallpauschalen als ungeeignete Entgelte angesehen wurden. In einem späteren Schritt sollte für Psychiatrie ein stärker leistungsbezogenes Entgeltsystem entwickelt werden.
- Die Grundlage für die Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie, die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) wurde seit 1996 infolge widersprüchlicher Formulierungen in der BPfV in den Budgetver-

---

1 s. § 17 d KHG (Begründung): »Ein Fallbezug wie beim DRG-System erscheint in diesem Versorgungsbereich grundsätzlich nicht geeignet und kann insbesondere bei dieser Patientengruppe zu Fehlanreizen wie einer zu frühen Entlassung führen.«

handlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern immer weniger angewandt. Dadurch bestand bei Verabschiedung des KHRG in den meisten Kliniken eine Notlage hinsichtlich der Personalbesetzung wie Ende der 80er Jahre vor Einführung der PsychPV – dies trotz erheblich gesteigener Leistungsanforderungen aufgrund der erheblichen Zunahme der behandelten Patienten und starker Abnahme der Verweildauer.

Die Selbstverwaltung aus Leistungsträgern (GKV/PKV) und Leistungserbringern (DKG) wurde durch das KHRG beauftragt, die Vorgaben der Psychiatriepersonalverordnung wieder umzusetzen (§ 6 BpflV<sup>2</sup>) und ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen (§ 17d KHG)<sup>3</sup>. Der Auftrag enthält im Wesentlichen vier Aufgaben – siehe S. 1.

Für die vom Bundesgesundheitsministerium zu begleitende Umsetzung sollen sich die Partner der Selbstverwaltung wie bei der Einführung der DRGs der Unterstützung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bedienen.

Bei genauerer Analyse des Gesetzestextes und vor allem der Gesetzesbegründung ist aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) zu erkennen, dass der Gesetzgeber auf eine strukturverändernde Qualifizierung und Weiterentwicklung der Behandlung durch das Krankenhaus im regionalen Versorgungsnetz abzielt:

- Durch die im Gesetzestext aufgegebene und in der Gesetzesbegründung unmissverständlich eingeforderte<sup>4</sup> Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß der PsychPV – des wichtigsten Parameters der Strukturqualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung – sollen die Kliniken wieder in die Lage versetzt werden, ihren Behandlungsauftrag angemessen zu erfüllen.
- Fallpauschalen werden abgelehnt. Angemessene Tagesentgelte für medizinisch definierte Patientengruppen, zunächst ausgehend von den Behandlungsbereichen der PsychPV, sollen leistungsbezogene Vergütung ermöglichen.
- Mit Verweis auf eine Stellungnahme der Länder (AOLG 2007) wird angeregt, die Möglichkeit »flexiblerer Behandlung... durch eine sektorüber-

---

2 Auch als Ausnahme von der Vorgabe der Budgetdeckelung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität. Siehe BpflV § 6 (1) Satz 5, Nr. 4. , dort mit dem Zusatz: »... wobei sicherzustellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird; ...«. Die Sicherstellung wurde aber zumeist nicht überprüft

3 Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.

4 In der Begründung heißt es: Der Personalanspruch bleibe »*unverändert auf 100 % ausgerichtet*«

greifenden Versorgung...z. B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten .....unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen« zu prüfen, in Verbindung mit »im Psychatriebereich derzeit stark diskutierten integrierten Versorgungsansätzen und einer möglichst kurzen vollstationären Behandlungsphase«.

- Die Begleitforschung soll die »Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung« ebenso wie »die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen« untersuchen.

Damit hat die Selbstverwaltung nicht nur den Auftrag zur Erarbeitung einer stärker leistungsbezogenen Verteilung des aktuellen Finanzierungsvolumens erhalten – wie bei der Einführung der DRGs.

Mit dem Entgeltsystem gem. § 17 d KHG sollen darüber hinaus durch geeignete Organisationsformen entwickelt und zielführende Anreize für flexiblere, sektorübergreifende, vermehrt ambulante, besser vernetzte und im Ergebnis nachhaltigere Behandlungsformen gesetzt werden.

Die Umsetzung stellt konzeptionell, organisatorisch und ökonomisch hohe Ansprüche an alle Beteiligten. Die Partner der Selbstverwaltung sind wie das InEK hinsichtlich der Krankenhausfinanzierung stark durch die DRGs geprägt und mit den besonderen Arbeits- und Organisationsformen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung noch wenig vertraut.<sup>5</sup> Die Krankenhausträger waren bisher betriebswirtschaftlich im Wesentlichen auf die Einnahmen aus vollstationärer Behandlung angewiesen. Sie waren durch die zunehmende Unterfinanzierung kaum in der Lage, flexiblere, lebensweltbezogene und regional vernetzte Angebote entsprechend der Zielorientierung der PsychPV und nach inzwischen bewährten Vorbildern z.B. in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern zu entwickeln.

1989/90 bei der Erarbeitung der fachlichen Grundlagen der PsychPV haben heutige Mitglieder des APK-Vorstandes maßgeblich mitgewirkt.<sup>6</sup> Die APK hat sich wiederholt mit der Evaluation der Personalbemessung in der psychiat-

---

5 Die PsychPV war eine Ersatzvornahme des BMG, weil sich GKV und DKG Ende der 80er Jahre nicht auf ein gemeinsames Personalbemessungskonzept einigen konnten. Diese Möglichkeit ist auch jetzt wieder im Gesetz vorgesehen, § 17 d (6). Dabei kann sich das BMG »von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen« (wie damals durch die PsychPV-Kommission).

6 In der PsychPV wurden neben der Verankerung der regionalen Versorgungsverpflichtung Qualitäts-Ziele und die dazu notwendigen Leistungen und Ressourcen definiert, die nicht nur auf der Besserung der Symptome, sondern auch auf die Besserung der Befähigung der Patienten zu eigenständigem Leben außerhalb von Institutionen ausgerichtet sind

risch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung<sup>7</sup> und mit Fragen der Steuerung im psychiatrischen Versorgungssystem<sup>8</sup> befasst.

Vor diesem Hintergrund ist die APK der Auffassung, dass die Verwirklichung der Ziele des KHRG im Sinne der Weiterentwicklung der Psychiatriereform erfordert, dass sich alle Beteiligten – die Partner der Selbstverwaltung, BMG und InEK, die Krankenhausträger und die Beschäftigten sowie die Patienten und Angehörigen in den Selbsthilfeorganisationen – auf ein konzeptionell und in der Umsetzung abgestimmtes Vorgehen einigen.

Dabei sollten auch diejenigen »mitgenommen werden«, die mit den Besonderheiten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wenig vertraut sind, wie diejenigen, die sich mit gesetzlichen Vorgaben für die Steuerung der Finanzierung wenig auskennen. Um den dazu erforderlichen fachöffentlichen und gesundheitspolitischen Diskussionsprozess zu stimulieren, hat die APK dieses Positionspapier erarbeitet.

- 
- 7 AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.: Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Schriftenreihe des BMG: Band 99, Bonn 1998  
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hg): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Bonn 2007
- 8 AKTION PSYCHISCH KRANKE, Regina SCHMIDT-ZADEL, Peter KRUCKENBERG (Hg.), Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, Psychiatrie Verlag, Bonn 2009 (S. 216–217)

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Georg BAUM, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Berlin

Prof. Dr. Karl H. BEINE, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik St. Marien-Hospital Hamm, Vorsitzender des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Hamm

Prof. Dr. Thomas BOCK, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg

Thomas BROBEIL, Dipl. Volkswirt, Geschäftsführer der Vinzenz von Paul gGmbH, Rottenmünster

Prof. Dr. Arno DEISTER, Klinikum Itzehoe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und, psychosomatische Medizin, Itzehoe

Dr. Peter DIRSCHEDL, Stellvertretender Leitender Arzt des MDK Baden-Württemberg, Lahr

Prof. Dr. Jürgen FRITZE, Leitender Arzt des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), Köln

Prof. Dr. Wolfgang GAEBEL, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Andreas HAUKE, Ministerialrat, Leiter des Referats psychiatrische Versorgung, Maßregelvollzug, Sucht im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Potsdam

Dr. Frank HEIMIG, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), Siegburg

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Bremen, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE

Rainer KUKLA, Landesrat a. D., ehem. Leiter des Dezernats Gesundheitspflege und heilpädagogische Heime, Landschaftsverband Rheinland (LVR), Köln

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Kassel, Ehem. Ärztlicher Direktor, stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Dr. Wulf-Dietrich LEBER, Abteilungsleiter Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, Berlin

Dr. Gunda OHM, Strategische Unternehmensentwicklung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Norbert ROEDER, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Münster, DRG-Research-Group, Münster

Matthias ROSEMANN, Geschäftsführer, Träger gGmbH, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV), Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Gudrun SCHLIEBENER, Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Herford

Annette WIDMANN-MAUZ MdB, CDU/CSU-Fraktion, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Peter WEIß, MdB, Emmendingen, CDU/CSU-Fraktion, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Stefan WÖHRMANN, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Abteilungsleiter Stationäre Versorgung, Berlin

PD Dr. Jürgen ZIELASEK, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf