

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Fachgruppe
Psychiatrie

Tagung am 03. März 2016, LVR-Klinik Köln:
Neuer Entgeltkatalog 2016
– wie können die Krankenhäuser das alles noch bewältigen?

Was passiert nach den „Eckpunkten...“ vom 18.02.2016?

Heinrich Kunze

Vortrag überarbeitet, Stand 14.03.16

Einleitung

„Was passiert bei Wegfall der Psych-PV?“ Das war der ursprünglich geplante Titel. Er wurde aktualisiert, nachdem Minister Gröhe am 18. Februar 2016 „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vorgestellt hatte, deren Ziel eine „Neuausrichtung“ sei.

Der Minister hatte die Eckpunkte zuvor mit den maßgeblichen Gesundheitspolitikern der Regierungskoalition abgestimmt, sodass sie am 18.02. in der Diskussion erläutert aber nicht verändert wurden. - „Zeitzeugen“ von den hier Anwesenden waren nur Herr Brobeil und ich.

Mit den „Eckpunkten...“ war das geplante Vortragsthema überholt. Aber die Psych-PV und eine entsprechende Nachfolgeregelung sind zentral wichtig für die Entgeltentwicklung nach dem Konzept der „Eckpunkte...“.

Unsere Begleitung der Psych-Entgeltentwicklung ist an den Zielen und Anforderungen der **Abb. 1** orientiert.

TEIL A: Die Eckpunkte

Der Koalitionsvertrag sieht vor, „... an dem Grundsatz von Leistungsorientierung und mehr Transparenz festzuhalten und zugleich notwendige systematische Veränderungen zu prüfen. Zugleich wird die Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung angestrebt.“

Die „Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems“ (Eckpunkte I) geht vom *Budget* aus, das „bedarfs- und leistungsgerecht“ zu vereinbaren ist. – Man beachte: „Bedarf“ wird zuerst genannt. Die Verhandlungspartner vor Ort sollen gestärkt werden, um „regionale Bedingungen und hausindividuelle Besonderheiten“ zu berücksichtigen.

Gute Versorgungsqualität und verbesserte Personalausstattung sind zentrale Anliegen der Eckpunkte.

Die Budgetbasierung des neuen Entgeltsystems ist zu begrüßen: Mit ihr verbunden ist die Abkehr vom Festpreissystem und der Wegfall der „schematischen Konvergenz“. „An der Leistungsorientierung der Vergütung und der empirischen Kalkulation wird festgehalten.“

Das Kürzel „PEPP“ kommt nicht vor, auch nicht dessen Langfassung.

Aber Vorsicht ist geboten: Es gibt verschiedene Formulierungen die zur Befürchtung Anlass geben können, dass aus den Eckpunkten doch ein PEPP-Festpreissystem in anderer Verkleidung wieder auftauchen könnte. Die Verwendung von „Kalkulation“ muß man sich genau ansehen, und die Verwendung für Budgetfindung und Abrechnung unterscheiden.

An der jetzigen Wegscheide geht es um folgende Unterschiede der Kursrichtungen:

- Die Weiterentwicklung der Leistungsorientierung und Transparenz, ausgehend von der bisherigen Budgetbasierung, und die Abkehr vom Festpreissystem für Einzelleistungen wegen Fehlsteuerung der Versorgung und dem eskalierendem Misstrauensaufwand auf beiden Seiten.
- Die Bedarfsorientierung des Budgets wird in der Verhandlung vor Ort vereinbart, statt der „schematischen Konvergenz“ empirischer Mittelwerte für Einzelleistungen.
- Die normativ-empirischen Fortentwicklung der bisherigen Strukturqualität therapeutisches Personal in Verbindung mit qualitätssichernder Finanzierung, statt das insgesamt unzureichende IST durch empirische Mittelwertbildung für Einzelleistungen faktisch zur Norm zu machen, und den medizinischen Fortschritt zu verhindern.
- Die individuelle Behandlungssteuerung orientiert sich am Wohle der Patienten. Das Budget schirmt sie ab von den Anreizen (zur Ausweitung von Leistungen und Kontrollen), die von den Festpreisen jeder einzelnen PEPP ausgehen.

„II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem“

Das Budget der einzelnen Einrichtung wird vereinbart:

- auf der „Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten *Entgeltkatalogs*“
- „unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z.B. regionale Versorgungsverpflichtung“).

Bei „Entgeltkatalog“ denkt man zunächst an PEPPs in der „Währung“ von EURO.

Verschiedene Textstellen lassen nur den Schluss zu: Entgeltkatalog mit Bewertungsrelationen - *ohne Festpreise, z. B.:*

„Die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Anstelle der schematischen Konvergenz ... wird die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt.“ (Siehe Überschrift für II.2. sowie den Absatz zu „Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen“)

Nicht geklärt bisher ist die Relation von Struktur- und „Leistungs“anteil im Budget, deren beider Vorkommen im Budget durch die Eckpunkte – entgegen einem auf PEPP reduzierten Verständnis – festgelegt ist.

Eine Allianz von Anhängern des PEPP-Systems auf Seiten der Kliniken und Kassen könnten versuchen, die Bewertungsrelationen wieder wie PEPPs möglichst genau zu „vermessen“ und mit € zu bewerten: Kliniken zur Erlössteigerung und Kassen zur Minderung ihres Anteils am Erlösbudget. Die Budgetfindung könnte sich auf die Summe der Erlösrechnungen aus bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen mit €-Bewertung stützen.

Zur Ausstattung mit therapeutischem Personal gibt es Aussagen in den zwei folgenden Abschnitten:

II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen

Wir begrüßen nachdrücklich die Anforderung einer guten Versorgungs- und Datenqualität an die Kalkulationshäuser:

- ✓ In der Übergangsphase 100% Umsetzung der Psych-PV für Kalkulationshäuser
- ✓ Erfüllung von Qualitätsvorgaben des G-BA, insbesondere i. B. auf die Personalausstattung, speziell Mindestvorgaben für „Indikationen ... für die es bereits jetzt evidenzbasiert S3-Leitlinien gibt“. Auch für psychosoziale Behandlungsformen existieren Leitlinien, die ebenfalls eine personelle Voraussetzungen für die Umsetzung benötigen
- ✓ Repräsentative Kalkulationsgrundlage; bisher keine Berücksichtigung von regionaler Versorgungspflicht, Art der Krankenhausträger (z. B. Überwiegen von Universitätskliniken in der Stichprobe).

Zu dem vorgesehen Verzicht auf „schematische Konvergenz“ empfehlen wir auch: keine mathematischen Annahmen über Verteilungen, keine Berücksichtigung von Überliegern. Für Budgetfindung und Abrechnung gibt es nur „Fälle“ mit der Krankenhausbehandlungsdauer von Personen/ Versicherten mit minimal 1 Tag bis maximal 365 Tage pro Kalenderjahr, die Tage werden gewichtet mit dem Spektrum der Bewertungsrelationen, ggf. zusammengefasst als DMI/ Zeitstrecke im Kalenderjahr.

Für Qualitätssicherung ist der Personenbezug der Daten auch über den Jahreswechsel hinaus vorzusehen.

Für die IT-Wirtschaft ist ein klares Signal notwendig, das der bisherige sektorale Fallbezug nicht mehr ausreicht, siehe programmatische Überschrift II.5.

II.3 Verbesserte Personalausstattung

Der GBA wird beauftragt, bis 2020 *verbindliche Mindestvorgaben* für die stationären Einrichtungen festzulegen. Die Anforderungen der Psych-PV sind zur Orientierung heranzuziehen. Wenn als Basis hohe Evidenzgrade und Leitlinien unzureichend sind, kann der G-BA auch externe Expertise heranziehen.

Die Regelung für die „Übergangsphase 100% Umsetzung der Psych-PV für Kalkulationshäuser“ muss für die Regel-Einrichtungen ebenso gelten.

Empfehlung: Das „Verfallsdatum“ der Psych-PV muss geändert werden, aktuell gilt: 31.12.2018. Das Datum sollte nicht wieder als fix gesetzt werden, sondern als Voraussetzung sollte die eingeführte Sicherung der Strukturqualität für therapeutisches Personal gesetzlich verankert werden. Nach § 136 SGB V (bis 2015 § 137) ist das Aufgabe des G-BA.

Eine zentrale Schwachstelle steckt in den zwei Worten „verbindliche Mindestvorgaben“. Die bisherige Bedeutung von „verbindlich“ für die Vorgaben der Psych-PV bezieht sich auf die zu vereinbarenden Stellen, deren dauerhafte Finanzierung über die BPflV aber nicht gesichert ist. Seit der Einführung der Psych-PV 1991 gab es nur zeitlich befristete Abschnitte für die Ausnahme vom „Budgetdeckel“.

Welche Krankenhausleistungen umfasst das Budget?

Genannt werden „stationäre und teilstationäre Leistungen“. Der Verzicht auf die ambulanten Leistungen des Krankenhauses hat wohl den Zweck, einen Sicherheitsabstand zum „Vertragsärztlichen Bereich“ zu erhalten (z. Zt. unvermeidlich zur Vermeidung schwieriger Streitereien um Budgetausgliederungen zwischen Krankenhaus- und dem KV-Bereich??). Gesetzlich sollte klargestellt werden, dass „Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld“ (II.5) sowie andere „stationsersetzende“ oder „stationsäquivalente“ Behandlungsformen im Kontext von Finanzierung und Qualitätssicherung zur „Krankenhausbehandlung“ gehören. Für diese sind dann auch Bewertungsrelationen zu kalkulieren. Bis entsprechende empirische Ergebnisse vorliegen sind diese ggf. vor Ort in der Budgetverhandlung zu vereinbaren. Entgegen anders lautenden Behauptungen sei klargestellt: Was in den Eckpunkten „Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld“ genannt wird gibt es in Deutschland schon vielerorts, erstmals als Projekt des Gesundheitsministeriums in den 1990-er Jahren¹

Damit stehen zwei Entwicklungsrichtungen für den Katalog von Bewertungsrelationen auf der Agenda:

- Vervollständigung des Kataloges von Krankenhausleistungen: Der bisher Betten-zentrierte Ausschnitt wird um innovativ flexibilisierte Behandlungsformen erweitert (**Abb. 2**)
- Erhebliche Vereinfachung der Dokumentation für die BR: starke Begrenzung der Anzahl, nur 1 Stelle hinter dem Komma, statt der Pseudogenauigkeit mit vier.

Je einfacher die Leistungen abgebildet werden, umso mehr streitfreie Räume bleiben. Je weniger die Abbildungen bei der Einzelabrechnung relevant sind für das Jahresergebnis des Krankenhauses, um so eher wird es möglich, inhaltlich gehaltvolle Beschreibungen

¹ Horn A, Dietz R, et al. (1999) „Integrative Psychiatrische Behandlung“ („IPB“) – Erste Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung eines vom Alexianer-Krankenhaus Krefeld durchgeführten Modells. In: Kauder V, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) Qualität und Steuerung in der regionalen Versorgung. Bd. 26. Rheinland-Verlag: Köln.

von Leistungskomplexen zu verwenden, siehe Psych-PV als Pseudo-OPS 9-98 f. und „Gemeinsame Empfehlung für die Eingruppierung...“ in Schlottmann (Hrsg.) (2011), S. 69-94. Deshalb ist ein möglichst großer Abstand zwischen der *Budgetfindung* für die Jahresleistung des Krankenhauses und der *Abrechnung* der Einzelleistungen vorzusehen:

- ✓ Die *Budgetfindung* berücksichtigt die beiden Teilbudgets für die Leistungen des therapeutischen Personals und die Serviceleistungen, sowie ggf. Zuschläge.
- ✓ Die Personalbemessung unterscheidet zwischen Patienten aus der regionalen Pflichtversorgung und Andere.
- ✓ Die Personalbemessung für die Jahresleistung an Behandlungstagen - nach Psych-PV oder Nachfolgeregelung – geht mit realistischen Preisen / Durchschnittsgehältern der verschiedenen Berufsgruppen als Teilbudget in das Gesamtbudget ein.
- ✓ Hinzu kommen ggf. Zuschläge zum Budget für regionalspezifische und hausindividuelle Besonderheiten / Strukturmerkmalen
- ✓ Das *Teilbudget für Serviceleistungen* kann aus den Kalkulationsdaten des InEK für Krankenhausleistungen ohne Leistungen für Behandlung (bundeseinheitliche Bewertungsrelationen und Preise für Service) gebildet werden.

Die *Abrechnung* verwendet die BR (tagesbezogen, ggf. den DMI) für Behandlung der einzelnen Patienten, multipliziert mit dem hausindividuellen BasisEntgeltWert.

Anreize zur Fehlsteuerung der Versorgung und zum grenzenlos eskalierenden Misstrauensaufwand können weitgehend vermieden werden,

- wenn für den Jahreserlös das vereinbarte Budget aus den vereinbarten Krankenhausleistungen und den Strukturmerkmalen maßgeblich ist und schiedsstellenfähig bleibt
- wenn die leistungsbezogenen Abrechnungen der einzelnen Behandlungen möglichst wenig Anreize bieten zu Veränderungen nach oben (Kliniken) oder nach unten (Kassen). Der wirtschaftliche Anreiz dazu kann neutralisiert werden, indem die Mehr- oder Minderausgleiche möglichst gegen 100% gehen.
- wenn folgender Fehlanreiz für Kassen, die Kosten auf andere Kassen zu verschieben, neutralisiert wird: Einer Kasse, die Abrechnungen runter prüft, bleibt die Ersparnis ganz, aber der Minderausgleich zu Gunsten der geprüften Klinik trifft die prüfende Kasse kaum, weil der Betrag im nächsten Budget auf alle Kassen verteilt wird.

Zusammenfassend formuliert: Das verhandelte Budget ist die Vorgabe für die Abrechnung als Abschlag auf das Budget. Das Budget wird nicht aus der Summe der geprüften Abrechnungen gebildet.

II.4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

Dieser soll die örtliche Verhandlungsebene stärken zur Bemessung leistungsorientierter Budgets vor Ort, denn im Abschnitt II.1 entfällt die bisher vorgesehene „schematische“ Konvergenz“ zu landeseinheitlichen Preisen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen mit der Entwicklung beauftragt werden.

Dieser Auftrag sollte die Erfahrungen mit der leistungsorientierten Budgetfindung auf der Grundlage der Psych-PV berücksichtigen – siehe Exkurs (S. 10) unten zur Systemprüfung zur Umsetzung der Psych-PV (**Abb. 3**) im Rahmen der Vorbereitung der Budgetverhandlung (§ 4 Absatz 4 Psych-PV in Hessen, Ernst 2015)

Die Kliniken erhalten, wie in der bisherigen Optionsphase, zunächst ihr historisch entstandenes hausindividuelles Budget. Nach den Eckpunkten können sie dieses unter Bezug auf Mindestanforderungen für therapeutisches Personal anheben. Auf der Basis eines zu entwickelnden Krankenhausvergleichs lautet die Leitfrage:

Wie können Kliniken mit guter Versorgungs- und Behandlungsqualität bei *vergleichbaren*

-- Versorgungsaufträgen

-- hausindividuellen sowie regionalen Besonderheiten

in der *Budgetausstattung konvergieren?* (**Abb. 4**)

Das Konvergenz-Konzept des PEPP-Systems würde die historischen Unterschiede der Budgets nivellieren, ohne zu prüfen, ob diese Unterschiede qualitätsrelevant sind oder Folge von unwirtschaftlicher Betriebsführung.

Dieser Ansatz ist zu unterscheiden von dem Krankenhaus-*Betriebsvergleich* mit der Ziel Konvergenz im unteren Kosten-Quantil.

Konvergenz soll als Qualitäts- statt Kostenwettbewerb gestaltet werden.

II.5 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

Mit innovativer Veränderung der Krankenhausbehandlung soll die „Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht“ werden. Krankenhaus Behandlung kann auch im häuslichen Umfeld stattfinden, also ohne ein Bett im Krankenhaus, was stationäre Aufenthalte in der Klinik vermeiden oder verkürzen kann. - Das Vorbild sind Erfahrungen in Deutschland seit fast 2 Jahrzehnten, und international noch länger.

Die *Budgetbasierung* kann die sektorenübergreifende Behandlung erleichtern. (**Abb. 5, 6 & 7**, vgl. Kunze 2015. S. 90) Dazu dient die Abkehr von Fällen nach Massnahmeformen mit Verweildauer-adjustierter Depression. Vereinbart wird die Summe der im Kalenderjahr behandelten Patienten / Versicherten (mit Korridor). Für den Krankenhausvergleich kann die Gewichtung der Anzahl der Patienten erfolgen durch die kumulierten BR/tagesbezogen (Kennzahl DMI) für die Dauer der Krankenhausbehandlung (im Kalenderjahr, ohne Überlieger). Weiter sind definierte Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Für die Qualitätssicherung sollten die personenbezogenen, sektorenübergreifenden Behandlungspfade über die Jahresgrenze hinweg verfügbar werden.

Die Budgetverhandlung vor Ort kann dafür sorgen:

Krankenhäusern mit auskömmlichem Budget wird das Budget für eine definierte Periode gesichert, wenn sie ihre Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung verbessern mit dem Ziel „individuell passgenaue Behandlung“.

Krankenhäuser mit historisch zu niedrigem Budget können über die Umsetzung der Mindestvorgaben für therapeutisches Personal und die Verhandlung von Zuschlägen für hausindividuelle und regionale Besonderheiten ein leistungsgerechtes Budget verhandeln, zur Realisierung der Qualität „individuell passgenauen Behandlung“.

Das würde zu einem Qualitätswettbewerb zwischen den Kliniken führen, aber auch zwischen den Kassen. Dazu müssten Patienten und Angehörige sowie Einweisern sinnvolle Kennzahlen zur Verfügung stehen: Werden die Patienten individuell ausreichend (Dauer, Aufwand) behandelt, aber so wenig wie möglich stationär? Wird die Kontinuität von Beziehungen mit gewachsenem Vertrauen unterstützt? Dazu sind die herkömmliche Kennzahlen für stationärer Behandlung, „Fälle“ (sektoral unterteilt) usw. ungeeignet.

In den Verantwortungsbereich Krankenhaus kommen *faktisch* viele Patienten, die im „vertragsärztlichen Bereich“ nicht rechtzeitig oder nicht ausreichend behandelt werden können. Ein Teil davon benötigt nicht stationäre Behandlung. Wenn aber die Krankenhäuser über unzureichende Möglichkeiten der nichtstationären Krankenhausbehandlung verfügen, dann behandeln sie diese Patienten stationär. Deshalb erwarten die Länder bessere Voraussetzungen für ihre Landeskrankenhausplanungen im Sinne von „Umbau statt Ausbau“.

Deshalb sollten die nicht-stationären Behandlungsmöglichkeiten substantiell verbessert werden. Dazu eröffnet der Abschnitt „II.5 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung“ und „Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen“ eine ganz wichtige Perspektive. In der Ausführung der „Eckpunkte ...“ muss gesetzlich geregelt werden, dass diese neuen Formen von Krankenhausbehandlung regelhaft und nicht nur den Modellen nach § 64b (V) verfügbar sind, rechtlich und finanziert.

- Im rechtlichen Kontext von Finanzierung und Qualitätssicherung (betreffend Patienten mit psychischen Erkrankungen) sollte „ambulant“ für die „vertragsärztlicher Versorgung“ reserviert bleiben und der Begriff „stationär“ für alle Leistungen durch „zugelassenen Krankenhäuser“ gelten. Dies entspricht § 136 (1) SGB V, (bisher § 137) in Verbindung mit § 92 (1) SGB V. An der so markierten Sektorgrenze kommt es immer wieder zu Interessen geleiteten Missverständnissen, wenn bei fachlicher Beschreibung von Krankenhausleistungen der Begriff „ambulant“ verwendet wird. (Siehe unten Anhang 1, 2. Stationär – ambulant)
- Um der Definition von „stationär“ in Abgrenzung von „ambulant“ Nachdruck zu verleihen, betont das Eckpunktepapier hometreatment für „schwere psychische Erkrankungen“. Es sollte jedoch mittelfristig für Indikationen zur Krankenhausbehandlung generell als Möglichkeit für individuell passgenaue

Behandlung verfügbar sein², wie im OPS vorgesehen:

„Die Behandlung erfolgt als ärztlich indizierte Diagnostik und Therapie ggf. auch im Lebensumfeld des Patienten“

- Sektorenübergreifende Behandlungspfade:
 - Die unterschiedlichen Relativgewichte werden nicht nur nach Gleichartigkeit, sondern auch *personenbezogen aggregiert*: das ergibt Kennzahlen für Setting-übergreifende Behandlungspfade des Krankenhauses.
 - Damit wird das Krankenhaus in die Lage versetzt, personenbezogene Behandlungspfade mit ambulanter Behandlung im vertragsärztlichen und anderen ambulanten Bereichen zu verknüpfen, außerdem mit Jugendhilfe, Pflege sowie Rehabilitation und Eingliederung. (Vgl. Anhang1, 3. Sektorenübergreifende Behandlung

Diese sektorenübergreifenden Behandlungs- bzw. Versorgungspfade verbessern die Versorgungsqualität der Behandlung und sind für Untersuchungen nach Ressourcenverbrauch und Ergebnisqualität relevant.

TEIL B

ZUSAMMENSCHAU: **Budgetfindung, Abrechnung und Qualität der individuellen Behandlungssteuerung**

Anfällig für Missbrauch sind die Prinzipien der Bedarfsdeckung und der Pauschalierung, je auf den beiden Ebenen der Einrichtung und des Einzelbehandlung.

Auf der Einrichtungsebene kann die Systemprüfung bewältigt werden, auf der Ebene der individuellen Behandlungen kann der Misstrauensaufwand unbegrenzt eskalieren (PEPP-System)(Raab E (2015) „Im Detail verloren“ f&w Heft 2: S. 26-28)

Das Finanzierungssystem seit 1991 mit Psych-PV und BpFV ist von interessierter Seite in Verruf gebracht worden: die Unterschiede der Tagespflegesätze seien willkürlich und sachlich nicht erklärbar, die tagesgleichen Pflegesätze würden starke Anreize zur Verlängerung der stationären Verweildauer setzen.

Leistungsgerechtigkeit und Transparenz sollten durch die möglichst genaue Vermessung jeder einzelnen Behandlung erreicht werden.

Die Suche nach „Kostentrennern“ war aber enttäuschend. Der Misstrauensaufwand eskalierte, immer mehr Details verschütteten für Patienten und Therapeuten den therapeutischen Sinn der Behandlung. Die systemischen Anreize fördern Konzentrationsprozesse in Bettenburgen.

Die normative Strukturqualität Personal ist dem empirischen PEPP-Ansatz systemfremd. Außerdem würde die Anwendung einer Personalnorm auf der

² siehe OPS Version 2016 Kapitel 9, 9-960..., „Hinw.“ Satz 2; <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/block-9-60...9-64.htm>; siehe auch S. 13, 2. Stationär - ambulant

Einzelfallebene den Bürokratieaufwand gegen Unendlich steigern und die Realisierung der individuell flexibilisierten und sektorenübergreifenden Behandlung verkomplizieren.

Die Ernüchterung förderte die Bereitschaft wahrzunehmen, dass das bisherige Finanzierungssystem zur Verbesserung des Versorgungssystems für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche und der Behandlungsqualität viel erreicht hat (**Abb. 8, 9a+b & 10**). Und das bereitete den Boden für den Kurswechsel in der Psych-Entgeltentwicklung, das vorhandene Systems nach 25 Jahren weiter zu entwickeln, und dazu konstruktive Komponenten des „lernenden PEPP-Systems“ zu nutzen.

Das bisherige Budgetsystem wird weiter entwickelt:
Maßgeblich für den Jahreserlös der Klinik ist die Budgetvereinbarung.

Das **Budget** ist das Entgelt für die *Gesamtleistung des Krankenhauses*:
Das *Teilbudget für therapeutisches Personal* ist der Preis für die therapeutischen Leistungen auf der Einrichtungsebene: Behandelte Personen /Versicherte im Kalenderjahr, gewichtet nach BR u.a. Merkmalen.

Dabei ist perspektivisch das gesamte Spektrum von Behandlungsformen zu berücksichtigen, z. B. auch Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld, Akut- oder Rehabilitative teilstationäre Behandlung, ½ tagesklinische Dosis . - Bis die innovativen Behandlungsformen empirisch bewertet sind, empfiehlt es sich, vorläufig normativ bewertete Relativgewichte zu benutzen, vgl. **Abb. 1** Matrix von Behandlungsformen. So kann die Flexibilisierung der Behandlung mit dem Ziel der individuell passgenaueren Behandlung vorangebracht werden.

Zu empfehlen ist auch, allen Kliniken und nicht nur den Modellhäusern zu ermöglichen, im Rahmen des vereinbarten Gesamtbudgets dieses in Schritten zu flexibilisieren orientiert am passgenaueren Behandlungspfaden.

Der *Budgetanteil für Service und Verwaltung* kann aus den InEK-Berechnungen zum Budget kommen. (RG mit Preis = PEPP Service & Verwaltung ??)

Perspektivisch kommen Zuschläge zum Budget für regionale und hausspezifische Besonderheiten hinzu, die den Bundesdurchschnitt übersteigen.

Das Einrichtungsbudget ist die Summe aus den beiden Teilbudget für therapeutisches Personal sowie Service und Verwaltung.

Aus dem Einrichtungsbudget wird der hausindividuelle BasisEntgeltwert ermittelt durch Division mit der Summe der BR.

Die Budgetebene ermöglicht, die Preise für *bedarfsorientierte Kosten* (therapeutisches Personal) und *pauschalisierte Kosten* (für die Serviceleistungen) zusammen zuführen. Daraus können möglichst wenige ausreichend leistungsorientierte Pauschalen für die Abrechnung abgeleitet werden – und nicht umgekehrt!

Für die **Abrechnung** reichen vereinfachte Bewertungsrelation („PEPP light“: möglichst wenige, nicht 4 Stellen nach dem Komma pseudogenau.), denn ihre zwei Funktionen sind

- die Klinik realisiert für ihr vereinbartes Leistungsspektrum ihr Budget
- die Kassen erhalten eine leistungsorientierte und transparente Rechnung zur Behandlung ihrer Versicherten.

Bei einem Einrichtungsbudget (**Abb. 11**) kann der Missbrauch des Selbstkostendeckungsprinzip durch die Systemprüfung neutralisiert werden. In der Psych-PV ist das seit 1991 vorgesehen (§ 4, Abs. 4) Nur in Hessen wenden die Kassen / der MDK sowie die Krankenhausträger diese Regelung an.
Dieses Konzept der Systemprüfung – statt Prüfung der Einzelfälle – sollte weiter entwickelt werden.

Exkurs (Abb. 3):

*Die Psych-PV definiert den Personalbedarf für die Einrichtung und nicht für die einzelnen Fälle. Die **Systemprüfung des MDK** zur Vorbereitung der Budgetverhandlung erstreckt sich auf folgende Themen:*

- Anzahl der Fälle im Kalenderjahr, und ihre Gewichtung durch die Verteilung der Behandlungsbereiche an vereinbarten Stichtagen
- Fälle aus der regionalen Versorgungspflicht und aus anderen Gebieten
- Realisierung der Strukturqualität therapeutisches Personal
- Prozessqualität: Umsetzung in Behandlungskonzepte nach Psych-PV, nach Diagnose-Gruppen, nach Subsektoren, die Krankenhausleistungen als kooperierender Teil der regionalen Versorgung ... Konzepte und ggf. Fallbeispiele können herangezogen werden. Vgl. Präambeln der Expertengruppen (Erwachsene & KJ, z. B. „therapeutische Kontinuität: Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen“).

Die in Hessen seit bald 20 Jahren praktizierte Evaluation der Psych-PV-Umsetzung durch den MDK sollte fortentwickelt werden. Sie scheint in Hessen dazu geführt zu haben dass die Psych-PV-Auslastung in Hessen höher liegt als sie das im Bundesdurchschnitt anhand der VIPP-Daten tut (siehe Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfrage der Grünen 1/2016 vs. Löhr et al. 2015).

Die Alternative wäre: Auf der Grundlage einer Vollkostenkalkulation werden bepreiste bundesweite BR errechnet zur Abrechnung, plus Zuschläge in der Abrechnung (für die Erfüllung der geltenden Personalanforderungen sowie hausindividuelle und regionale Besonderheiten). Dann müsste klärbar sein, wieviel in den bepreisten Bewertungsrelationen schon enthalten ist für die Kosten, die durch Zuschläge aufgestockt werden sollen. Dann wäre man bei PEPPs + Zuschläge, was den Bürokratieaufwand und das Streitpotential erheblich steigert.

Den *Interessenstreit zwischen Kassen und Klinik (Abb. 11)* mit überschaubarem Aufwand und fristgerecht zum tragfähigen Kompromiss einer Budgetvereinbarung zu führen, ist zwar aufwändig aber machbar.

Wenn aber der Interessenstreit aus Anlass einer jeder abgerechneten PEPP ausgetragen werden soll, wie jetzt in der Optionsphase unter dem Schutz von „Budgetneutralität“

geübt wird, dann würde der Misstrauensaufwand mit der „Scharfstellung“ des PEPP-Systems ohne Grenzen eskalieren (**Abb. 11**)

Dass die Erwartungen an die Leistungsbeschreibung nach dem PEPP-System sich bis zum vorgesehenen Beginn der Konvergenzphase nicht ausreichend erfüllt haben und diese Anforderung absehbar auch nicht erfüllt werden kann, hat die DKG in ihren Schreiben an den Gesundheitsminister überzeugend begründet (16.06.2015 und 18.11.2014)

Die Anreize zur Leistungsausweitung (Kliniken) oder zur Leistungskürzung (Kassen) können minimiert werden, wenn die Rechnung im Einzelfall „nur“ ein Abschlag aufs Budget ist, flankiert von geeigneten Ausgleichsregelungen. Grundlage ist der *Budget-Kompromiss* zum wirtschaftlichen Interessenkonflikt Kassen – Klinik. (siehe **Abb. 11** und unten Anhang 2)

Die *Qualität der patientenorientierten* Behandlung wird möglich, wenn die Behandlungssteuerung im Einzelfall *abgeschirmt ist vom Druck zur Erlösoptimierung bei jeder Behandlung*.

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

Die Dokumentation dient der Behandlungssteuerung und nicht primär der Erlössicherung.

Daten auf der Basis von „*Beurteilung*“ statt „*Vermessung*“ sind umso weniger strategiefähig, je weniger ihr Ergebnis unmittelbare finanzielle Konsequenzen hat. Z. B.: Wie stark finanzielle Interessen selbst objektiv messbare Daten bestimmen können, zeigt die Kurve der Gewichte (in Gramm) von Frühgeborenen am Übergang von einer DRG-Stufe zur nächsten.

Es geht um Behandlung primär zum Wohle der Patienten und nicht primär zum wirtschaftlichen Wohl der Klinik. (Kunze 2015, Kap. 3.10)

Weiterentwicklung der Versorgungs- und Qualitätsziele

Die APK konsentiert in einem BMG-Projekt (APK 2013) folgende Grundsätze: Psychisch erkrankte Personen haben Anspruch auf *individuell passgenaue* Behandlung (**Abb. 12**) – statt ihren Bedarf den historischen Strukturen und Prozessen der Krankenhäuser und dem PEPP-System anzupassen.

Voraussetzung dafür ist die Weiterentwicklung der Prozessqualität: *Flexibilisierung*

- der institutionellen „Dosis“,
- der Orte der Behandlung, auch im Lebensfeld,
- der Zeitmuster,

-- in Verbindung mit therapeutischer *Kontinuität* zu wichtigen Bezugspersonen im privaten und Profi-Bereich.

Eine wichtige Voraussetzung, um dies zu ermöglichen, ist das Organisationsprinzip: *Die Verantwortung für Personen integriert die Zuständigkeit für Behandlungsformen.*

Psychiatrische Klinik: *Leitung* für Einheiten / Abteilungen nach Personengruppen:

Kriterien: (Sub-)Region, Krankheitsgruppen,

Integrierte Behandlung: stationär – teilstationär – ambulant / in der Klinik und durch die Klinik im Lebenskontext / vernetzt mit professionellen Diensten in der Region.

Finanzierung muss dies fördern statt behindern (Kunze 2015, Kap. 3.3f).

Die Organisation von individuell passgenauen Behandlungspfaden ist auch schon mit der Psych-PV möglich, allerdings in den Grenzen der Sektorbudgets je für stationäre, teilstationäre und institutsambulante Behandlung. Das sektorübergreifende Einrichtungsbudget für alle Krankenhausleistungen im neuen Entgeltsystem würde die Realisierung von individuell passgenauerer Behandlung erleichtern.

Zum Abschluss ein Kommentar von Dieter Grupp, ZfP Südwürttemberg:

„Wesentlicher Inhalt des Eckpunktepapiers ist die innovative Perspektive. Psychiatrie als Vorreiter für eine bessere Gesundheitsversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen - sektorenübergreifend, Hometreatment usw. Kein Zurückstutzen auf die somatische Realität mit den wettbewerbsbezogenen, alles andere niederwalzenden Paradigmen, sondern eine Hauch von Werteorientierung, normativen Elementen. Der Markt regelt halt doch nicht alles.

In der weiteren Diskussion werden die Details und die bürokratischen Reglementierungen wieder in den Vordergrund treten und hingebungsvoll zerstritten. Mir ist wichtig, dass die Grundideen und die Werteorientierung nicht verloren gehen: Mut zur normativen Vorgabe durch die Politik; gute Versorgung als Ziel; Bekenntnis zur regionalen Vielfalt der Lösungen und Qualitäten; Innovation über Sektoren und Traditionen hinweg. Kernaufgabe bleibt darzulegen was gute Qualität sein kann. Das kann regional sehr unterschiedlich sein. Gefragt sind nicht nur der G-BA oder die Fachverbände, sondern diejenigen, die bereits gute Lösungen und gute Qualitäten realisieren konnten.“

TEXTBAUSTEINE ggf. zur Diskussion

Anhang 1: Begriffsklärungen - Versorgungsziele, Qualität und Finanzierung

1.) *Versorgungspflicht*: Das Anrecht auf wohnortnahe Behandlung ist besonders wichtig für viele schwerer Erkrankte, bei denen die Gefahr besteht, dass für sie gerade immer dann kein Behandlungsplatz verfügbar ist, wenn sie dringend Behandlung benötigen. Psychosoziale Folgen der Erkrankung beeinträchtigen ihre Integration im Lebensfeld und damit auch die Nachhaltigkeit der Behandlungsfortschritte.

Regionale Versorgungspflicht bindet einseitig die Klinik, sie begründet kein regionales Monopol, weil für die Patienten die Wahlfreiheit gilt. Für die meisten Patienten ist mindestens eine benachbarte Klinik wohnortnah erreichbar (**Abb.8**).

Für Kinder und Jugendliche (und ihre Eltern) ist die Wohnortnähe nur eingeschränkt realisiert.

2.) *Stationär – ambulant*: Die inhaltliche Bedeutung ist verschieden in fachlichen und sozialrechtliche Kreisen, was zu Missverständnissen und Konflikten führt (siehe S. 7). In § 136 Abs. 1, Satz 1 heißt es: „Der G-BA bestimmt ... einheitlich für *alle* Patienten“, und unterscheidet diese „alle“ nach Zuständigkeit „vertragsärztlicher Versorgung und ... zugelassene Krankenhäusern...“. Die Kriterien zur Unterscheidung sind die Verantwortung für die Gewährleistung und Finanzierung sowie die institutionelle und fachliche Realisierung. Räumliche Merkmale „auf Station“, „im Bett“ sind ebenso nebensächlich für „stationär“ wie umgekehrt „ambulante“ Behandlung nicht „stationär“ bezeichnet wird, weil die Behandlung in den Räumen einer Institution stattfindet: einer Praxis oder eines MVZ.

Im OPS (siehe S. 8, Fußnote 2) z. B. Version 2016: 9-60...9-64) steht „Die Behandlung erfolgt (...) ggf. auch im Lebensumfeld des Patienten.“

Die sozialrechtliche Definition im § 39 muss für die Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dem medizinischen Fortschritt angepasst werden.

3.) *Sektorenübergreifend*: Lösungen der 1. und der 2. Stufe sind zu unterscheiden. In der 1. Stufe geht es darum, die hausinterne Sektorengrenzen zwischen Leistungsformen – oder Settingstufen - des Krankenhauses zu überwinden. Bisher werden Fälle von Krankenhausbehandlung unterschieden nach ihrer stationären, teilstationären und (instituts-)ambulanten Organisationsform. Die Fälle werden nach Gleichartigkeit zusammengefasst, nicht nach dem Behandlungsprozess von Personen. Die 1. Stufe für „sektorenübergreifend“ richtet den Blick auf Kosten, Prozessqualität (z.B. Kontinuität von Beziehungen) und Ergebnisqualität von Behandlungsformen des Krankenhauses.

In einer zweiten Stufe geht es um die Schnittstellen zu den Bereichen ambulant Behandlung in der KV-Zuständigkeit, Rehabilitation und Eingliederung sowie Pflege. Die Orientierung an Personen / Versicherten – nicht Fällen nach Maßnahmeformen! - ist die Voraussetzung für die Beschreibung des Leistungsgeschehens, die Analyse der Kosten und Erlöse, die Bewertung der Qualität und damit auch der Effizienz. – Dafür muss endlich auch die notwendige IT-Technik geschaffen werden.

Anhang 2: Aus den *bisherigen Funktionen der Psych-PV lernen* (Kunze 2015, Kap. 3)

Die Psych-PV definiert als Versorgungsziel: Patienten befähigen, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben selbst zu gestalten, dazu ihren bisherigen sozialen Kontext zu unterstützen, oder ggf. sie wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Patienten haben den Anspruch auf wohnortnahe Krankenhausbehandlung.

Zur Befähigung der Kliniken haben diese Anspruch auf die Ausstattung mit therapeutischem Personal nach Psych-PV, plus hausindividuell vereinbarte Nacht- und Bereitschaftsdienste.

Tagesklinische Behandlung wurde als Regelbehandlung eingeführt.

Die Anzahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern stieg erheblich. Die regionale Pflichtversorgung übernahmen fast alle: das bewirkte die Verkleinerung der bis dahin viel zu großen Pflichtversorgungsgebiete psychiatrischer Fachkrankenhäuser.

Die Psych-PV hat also nicht nur die Personalausstattung auf den von Experten für 1991 notwendigen Qualitätsstandard gebracht. Sie förderte auch den Strukturwandel zur wohnortnahen Versorgungspflicht, den die Enquête (1975) und die Empfehlungen der Expertenkommission... (1988) gefordert hatten. **(Abb. 8)**

Die verbesserte Wohnortnähe sowie die bessere Behandlungsqualität - Personalausstattung, therapeutisches Milieu und bauliche Standards - trugen entscheidend zum Stigma-Abbau bei und zum Anstieg der Inanspruchnahme von psychiatrischer Krankenhausbehandlung.

Von 1991 bis 2004 fand eine unerwartet starke Leistungsverdichtung statt, entgegen dem der BpflV zugeschriebenen Anreiz der „tagesgleichen Pflegesätze“. **(Abb. 9a + b)**

Ergebnisse der 2. Evaluation der Psych-PV im Auftrag des BMG

Erwachsenenpsychiatrie:	Veränderung 1991 – 2004
Fallzahl	+ 80%
Verweildauer	-- 63%
Pflegetage	-- 33%
Betten („aufgestellt“)	-- 37%

Die Ergebnisse für die Kinder- und Jugendpsychiatrie waren sehr ähnlich **(Abb.10)**.

In beiden Fachgebieten der Psychiatrie – Erwachsene & Kinder und Jugendliche - war die Zielorientierung der meisten Akteure in Übereinstimmung mit den Zielen der Psychiatriereform seit 1975. *Die Patienten-orientierte Behandlungssteuerung konnte wirken, abgeschirmt von wirtschaftlichen Anreizen* (Abb. 3, 4 & 5)

Entscheidend für den Interessenkonflikt zwischen Klinik und Kassen ist das Ergebnis der **Budget**verhandlung. Die Kassen / MDKs prüften ggf. nur die Dauer der Behandlung. Der Misstrauensaufwand war gering im Vergleich zu PEPP.

Ich gehe auf die Interpretation dieser Veränderungen ausdrücklich ein, weil diese Erfahrungen für die Frage der Anreizwirkungen eines neuen Psych-Entgeltsystems wichtig sind.

Zum „Black Box“-Vorwurf als Rechtfertigung für PEPP

Von interessierter Seite wurde verbreitet, das „Psych-PV-Budget“ sei eine „Black Box“. Das trifft auch zu, wenn Kassen-Verbände und Klinik-Träger einvernehmlich die Regelungen der Psych-PV ignorieren. Davon zu unterscheiden sind

a) die Budgets, die zustande kommen auf der Basis der Psych-PV-Regelungen, die Leistungsbezug und Transparenz vorschreiben, siehe Systemprüfung nach § 4 Abs .4: Psych-PV: Behandlungstage im Kalenderjahr, gewichtet nach „Behandlungsbereichen“ u.a.m. siehe Abb. 3, Kunze (2015), S. 94 f.

b) die Abrechnung nach der BpflV: die Anzahl der Tage differenziert stark, deren tagesgleiche Pflegesätze sind nach stationär und teilstationär gestuft, die Leistungsdifferenzierung durch die Behandlungsbereiche, die für die Budgetfindung von großer Bedeutung sind, wird für die Differenzierung der Abrechnung nicht genutzt.

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.
Fachgruppe Psychiatrie
Tagung am 03. März 2016, LVR-Klinik Köln

Neuer Entgeltkatalog 2016
– wie können die Krankenhäuser das alles noch bewältigen?

Was passiert nach den „Eckpunkten...“ vom 18.02.2016?
Das geplante Thema verändert: Was passiert bei Wegfall der Psych-PV?

Heinrich Kunze, Kassel
Prof. Dr. med. habil, Dipl.-Soz.
kunze@apk-ev.de

(Stand: 13.03.2016, © für die Abbildungen beim Autor)

Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn
www.apk-ev.de

1. Ziele und Anforderungen: Übersicht

- Grundsatz: Die Zeit des therapeutischen Personals für die Patienten ist der entscheidende Wirkfaktor.
- Kein neues Entgeltsystem ohne Norm für die Strukturqualität therapeutisches Personal.
- Ziel ist die flexible, individuell passgenaue Krankenhausbehandlung, Teilhabe-orientiert und nachhaltig.
- Die therapeutische Qualität der Behandlungssteuerung zum Wohl der Patienten kann funktionieren, wenn sie nicht dem Wohl der Klinik untergeordnet wird: nicht den wirtschaftlichen Interessen eines Festpreissystems.
- Dies wird möglich mit einem Budget für die Gesamtleistung des Krankenhauses, wenn die Abrechnung der Patientenbehandlungen als Abschläge auf das Budget erfolgt, mit geeigneten Ausgleichsregeln.
- Die Strukturqualität therapeutisches Personal kann in ein Klinikbudget eingepreist werden. Zur Budgetverhandlung kann die sachgerechte Umsetzung der Ziele und der finanzierten Personalstellen auf der Systemebene geprüft werden, statt mit endlosen Einzelprüfungen von PEPP Abrechnungen.

2. Zukünftige Leistungsbeschreibung für Krankenhausbehandlung

Matrix (Entwurf): Fachgebiete/Teilgebiete X Behandlungsbereiche
(2016)

Fach/Teil- Gebiete	Regel	Intensiv	Psychoth.	Teilstat.	Home Tr.	Stat-ers.	PIA
Erwachs. Allg.-Psych							
Erwachs. Sucht-Pat.							
Erwachs. Geronto-P							
Psycho- somat.							
KJPP							

Dies ist nur ein Vorschlag, der die Richtung andeuten soll. Die Konkretisierung müsste einer Expertengruppe übertragen werden.

3. Systemprüfung nach Psych-PV §4 (4) Psych-PV

z. B. MDK Hessen: **Leistungsbezug des Budgets**

- Anzahl der Patienten mit Jahresprofil der Behandlungsbereiche (statistische Vergleiche, Stichprobe prüfen)
- Regionale Versorgungsverpflichtung: sichert für die psychisch erkrankten Personen den *Anspruch auf wohnortnahe* Krankenhausbehandlung, besonders für die schwer Erkrankten.
- Strukturqualität therapeutisches Personal nach Psych-PV realisiert
- Prozessqualität: Umsetzung in ein Behandlungskonzept nach PsychPV, vgl. Präambeln der Expertengruppen (Erwachsene & KJ, z. B. „therapeutische Kontinuität: Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen“

4. Konvergenz vom historischen zum zukünftigen Budget?

- Alternative zur Konvergenz auf Mittelwerte im PEPP-System?
- Wie können Kliniken mit vergleichbaren
 - Versorgungsaufträgen
 - hausindividuellen sowie regionalen Besonderheiten***in der Budgetausstattung konvergieren?***

5. Zwei Beispiele, nächste 2 Abb.

Flexibilisierte, individuell passgenaue Behandlung:

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

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

Es geht nicht darum, was immer, überall und für Alle das einzig richtig sein soll, sondern um die Ausweitung der Möglichkeiten zur individuell passgenauen Behandlung.

Aber die bisherigen sektoralen Budgets:

stationär, teilstationär & ambulant

und ihre separate Verfügbarkeit behindern die Flexibilisierung zur individuell passgenauen Behandlung von Personen

6. Flexibilisierung von Behandlungsverläufen Beispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung

- A** 16 Tage vollstationär = **16 Berechnungstage (BT)**, **2 ½ Wo Behandlung**
- B** 7 Tage vollstationär + 11 Tage teilstationär = **15,8 vollstat. BT**,
3 ½ Wochen Behandlung
- C** 2 Tage vollstationäre Krisenintervention + 7 Tage teilstationär + 3 Tage
intermittierend teilstationär (jeden zweiten Tag) + 3 Tage vollstationär
Krisenintervention + 1 Tag teilstationär + 5 Tage intermittierend
halbtagesklinisch = **15,8 Berechnungstage**, **8 ½ Wochen Behandlung**

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

7. Flexibilisierung z. B. Akutbehandlung Alkoholiker: Modellrechnung A, B & C, BR = Bewertungsrelationen – Sektoren übergreifend

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

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

8. Entwicklung des Versorgungssystems seit 1991

- 1991 bis 1995 Anstieg die Personalausstattung der Kliniken gemäß Psych-PV um 24 %. - Die Psych-PV wurde 2 mal evaluiert (Publikationen 1998 & 2007)
- Die Anzahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern stieg erheblich. Die regionale Pflichtversorgung übernahmen fast alle: Verkleinerung der bis dahin viel zu großen Pflichtversorgungsgebiete psychiatrischer Fachkrankenhäuser.
- Für die Bevölkerung wurde fast überall wohnortnah mindestens eine psychiatrische Klinik erreichbar und aufnahmepflichtig, für Kinder und Jugendliche gilt das nur eingeschränkt.
- Tagesklinische Behandlung wurde als Regelbehandlung eingeführt.
- Die Psych-PV und die Institutsambulanz befähigten die „Landeskrankenhäuser“, ihre „Langzeitbereiche“ aufzulösen, die Langzeitpatienten wurden „ent- oder umhospitalisiert“.
- Institutsambulanzen: Ab dem Jahr 2000 erhielten die psychiatrischen Abteilungen die Institutsambulanzen (Fachkrankenhäuser 20 Jahre zuvor).
Psych-Entgeltgesetz (2012): Institutsambulanzen für Psychosomatischen Kliniken

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

9a. Leistungsverdichtung: Psychiatrische Kliniken

Erwachsene	1991=100%	2004	1991-2004 Veränderung
Fallzahl	396.131	712.533	+ 80%
Verweildauer	66,5	24,7	-- 63%
Pflegetage	26.361.050	17.575.818	-- 33%
Betten (aufgest.)	84.048	53.021	-- 37%

(APK 2007: 2. Evaluation der Psych-PV, S. 54)

- Unerwartet hohe Leistungsverdichtung, entgegen dem der BPfIV zugeschriebenen Anreiz der tagesgleichen Pflegesätze
- **Die Patienten-orientierte Behandlungssteuerung konnte wirken, abgeschirmt von wirtschaftlichen Anreizen:**
 - Entscheidend für den Interessenkonflikt zwischen Klinik und Kassen ist das Ergebnis der **Budget**verhandlung. Die **Abrechnung** der Patientenbehandlungen erfolgt als **Abschläge auf das Budget**, mit Ausgleichsregeln, die den Anreiz zur Leistungsausweitung (Klinik) oder Leistungskürzung (Kassen) in Verbindung mit der Abrechnung weitgehend neutralisieren.
 - Misstrauensaufwand viel geringer als bei PEPP: Streit möglich um jede Behandlung

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

9b. Leistungsverdichtung: Somatische Kliniken

	1991=100%	Veränderung 1991-2004
Fallzahl	14.180.482	+ 13.5%
Verweildauer	12.5	-- 36.0%
Pflegetage	177.842.479	-- 27.4%
Betten (aufgest.)	581.517	-- 17.7%

Quelle: Kunze & Schmidt-Michel (2007) Die Erosion der Psych-PV und die zukünftige Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nervenarzt 78: 1460-1464, Tabelle 1 S. 1461

Daten aus: www.dkgev.de, Zahlen und Fakten, Krankenhauskennzahlen 1990-2005
Somatik: Krankenhaus – Psychiatrie-Kennzahlen

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

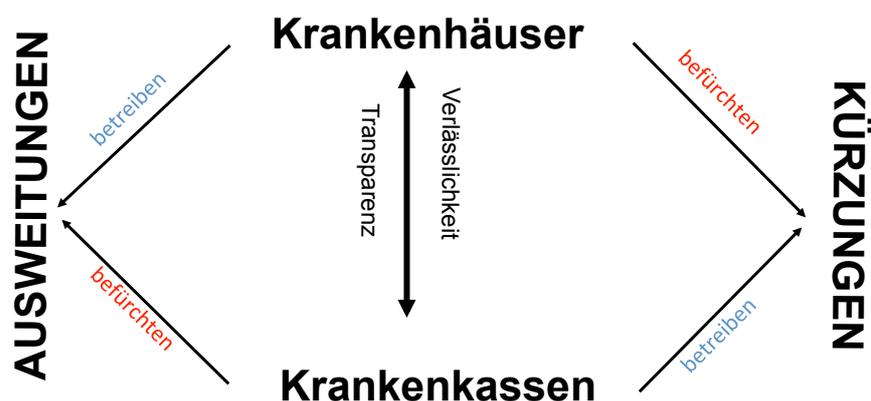
10. Bettenabbau und Leistungsverdichtung KJPP (von Renate Schepker, ZfP Südwürttemberg)

	1991	1995	2005	2013	1991-2013 Veränd.
Fallzahl	20.108	23.302	37.699	55.633	+277 %
Verweildauer Tage	126,3	63,4	43,2	36,2	- 71 %
Berechnungs-/Beleg.tage	2.539.894	1.478.076	1.626.719	2.011564	- 21 %
Betten, aufgest.	8.316	4.858	4.921	5.941*	- 29 %

Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, und eig. Berechnungen
* = Zuwachs bedingt durch moderaten Ausbau a) ortsnahe Einrichtungen sowie Nachbesserungen im Bereich unterversorgter Gebiete und b) spezieller Angebote wie z.B. für die Suchtbehandlung Jugendlicher

renate.schepker@zfp-zentrum.de

11. Komplementäre Interessen: Streit um das Budget oder alle Einzelfälle?



12. Ziel für moderne Krankenhausbehandlung: *Individuell passgenau*

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

- ✓ **Dosis:** die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant
- ✓ **Ort** der Krankenhausbehandlung:
in der Klinik und durch die Klinik im Lebensfeld (Home Treatment),
auch als individualisierter *Mix*
- ✓ **Zeitmuster:** auch *intermittierende* Behandlungsprozesse (Intervalltherapie)
- ✓ **Kontinuität** oder Wechsel: Veränderungen der therapeutisch wichtigen Beziehungen nur aus therapeutischen Gründen, nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung.
- ✓ **Aufwand:** *soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich*
- ✓ **möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung**

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

13. DANKE für's zuhören

Literatur:

Kunze H (2015) Psychisch krank in Deutschland - Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart

Kunze H, Burmann T, Grupp D, Schepker R, Weiß P, Wöhrmann S (9/2015) PEPP-System – Budget oder Festpreis, f&w Heft 9, S. 740 – 741

Ernst R (2015) Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen ... in Hessen. 7. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf

Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg.) (2010) Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage, Kohlhammer-Verlag: Stuttgart

Schlottmann (Hrsg.) (2011) Pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik – Materialien und Erläuterungen, S. 69-94: „Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung ...“

Tulloch S, Priebe S (2010) Population-based indices for the funding of mental health care: a review and implications. J. of public mental health, vol. 9 issue 2, p. 15-22

Kunze H, Schepker R, Malzahn J, Beine K-H, Deister A, Heinz A, Wöhrmann S (2/2012) Gutes muss nicht teurer sein. f&w S. 176-181
(Hinweis auf weitere Beiträge in f&w 2011 - 2014)