



**ackpa**



arbeitskreis der  
chefärztinnen und chefärzte der  
kliniken für  
psychiatrie und psychotherapie an  
allgemeinkrankenhäusern in deutschland



## **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**

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 (Bundespfllegesatzverordnung, BPfIV) als auch der bisherigen Ansätze zur Ausgestaltung des § 17d 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 § 17d 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 § 17d 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 § 17d 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 Leis-

tungsbeschreibungen 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 Bedienung der Leistungsveränderungen und deren Ausmass geben (s. Punkt 4). Ebenfalls muss innerhalb der budgetneutralen Phase eine Optimierung der bestehenden OPS erfolgen (s. Punkt 7 a). 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.