

Ab jetzt wird alles besser?

Auswirkungen des neuen Psychiatrieentgeltgesetzes

von Arno Deister¹

ABSTRACT

Die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik stellt eine große Herausforderung dar. Berücksichtigt werden müssen ein verstärkter Versorgungsbedarf, die Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit und der Wunsch nach einer Weiterentwicklung der Behandlungsformen. Das neue Entgeltgesetz gibt eine tagesbezogene Pauschalierung vor. Es sollen kostentrennende Faktoren ermittelt und Einzelleistungen definiert werden. Ein Diagnosenbezug wie im DRG-System ist primär nicht vorgesehen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit zu Modellvorhaben zur Entwicklung neuer Behandlungsformen festgeschrieben. Das Gesetz setzt weiterhin einen Anreiz zur stationären Versorgung und begrenzt die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen. Sektorenübergreifende Finanzierungsformen sind zunächst nicht vorgesehen. Die bisherige Kalkulation von Relativgewichten hat gezeigt, dass durch die Erfassung von Einzelleistungen nur ein geringer Teil der Kostenvarianz geklärt werden kann. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen durch den GBA entwickelt werden. Die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden nicht durchgehend berücksichtigt.

Schlüsselwörter: Psychiatrie, Entgeltsystem, Finanzierung, PsychEntgG, innovative Versorgungsformen

The development of a new payment system for psychiatry, psychotherapy and psychosomatic medicine is a great challenge. An increased demand for care has to be taken into consideration, benefit distribution should be more equitable and the various forms of treatment should be further developed. The new law provides for a per diem lump sum, divisive factors yet to be determined and individual services to be defined. A diagnostic reference as in the DRG system is not primarily intended. Additionally, the possibility of model projects for the development of new treatments is codified. Furthermore, the law includes incentives for inpatient care and limits financial resources. Cross-sectoral financing is not initially provided for. The present calculation of relative weights has shown that only a small fraction of cost variance can be explained by documenting individual services. Quality assurance measures are to be developed by the Federal Joint Committee (GBA). However, special needs of people with mental disorders are not continuously considered.

Keywords: psychiatry, payment system, financing, PsychEntgG, innovative forms of care

1 Ausgangssituation

Mit der Einführung der fallbezogenen Pauschalierung von stationären Krankenhausleistungen (Diagnosis Related Groups, DRG) in Deutschland im Jahr 2003 wurde versucht, Steuerungs- und Anreizwirkungen zu setzen, die zu einer Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus und damit zu einem effizienteren Ressourceneinsatz führen sollten (Neubauer und Nowy 2000). Das Fachgebiet der Psychiatrie und

Psychotherapie (und teilweise auch das der Psychosomatik) war von Beginn an aus den DRG-Regelungen bei somatischen Erkrankungen ausgenommen. Der wesentliche Grund dafür war die Tatsache, dass psychische Erkrankungen eine (noch) höhere Heterogenität als die meisten somatischen Erkrankungen aufweisen und somit durch eine fallbezogene Pauschalierung nicht adäquat abzubilden sind. Darüber hinaus herrscht gesundheitspolitisch weitgehende Einigkeit darüber, dass bei der Behandlung von Menschen mit psychi-

¹Prof. Dr. med. Arno Deister, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe · Robert-Koch-Straße 2 · 25524 Itzehoe · Telefon: 04821 772-2801
Telefax: 04821 772-2809 · E-Mail: a.deister@kh-itzehoe.de

schen Erkrankungen deren besondere Bedürfnisse beachtet werden müssen (vgl. Paragraf 27 Abs. 1 SGB V) (Wilms et al. 2012).

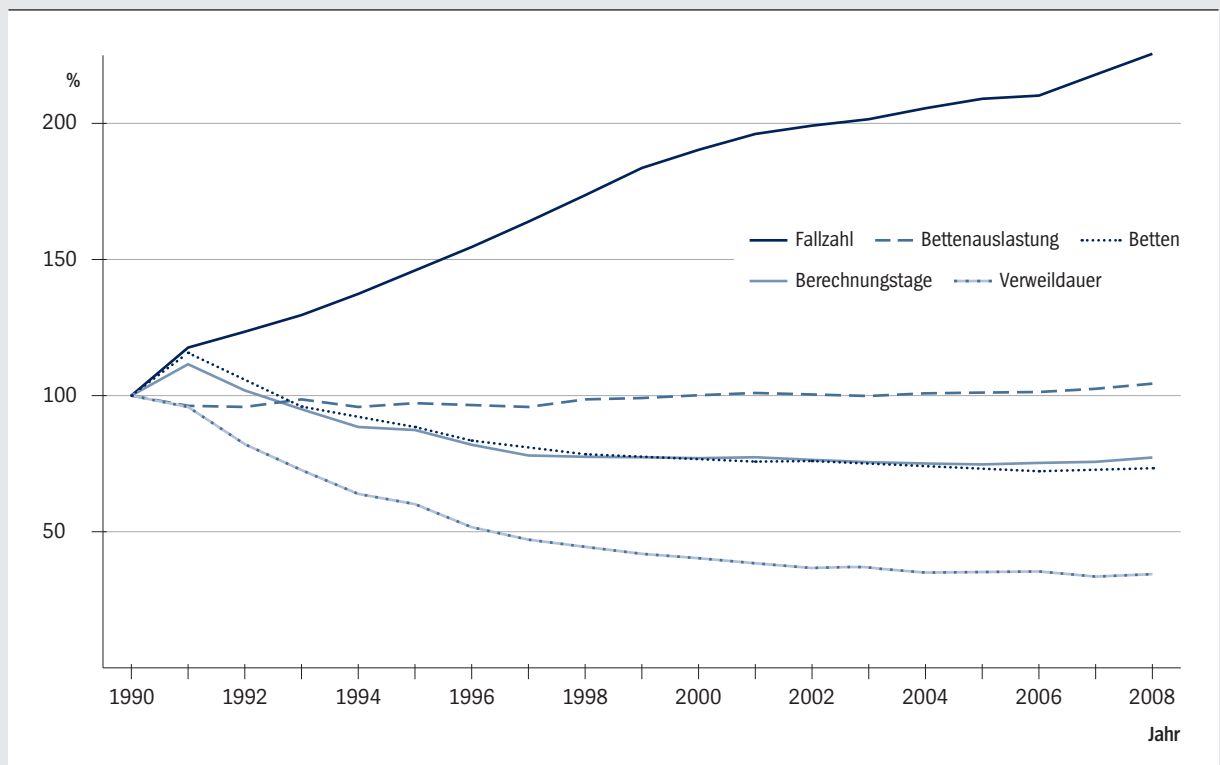
Die psychiatrische Versorgungslandschaft steht aktuell vor großen Herausforderungen. Psychische Störungen gehören zu denjenigen Erkrankungen, die zunehmend häufiger verantwortlich sind für langfristige Arbeitsunfähigkeit, wiederholte Krankenhausaufenthalte und frühzeitige Berentungen. Rund 32 Prozent der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren erfüllen innerhalb eines Jahres die Kriterien für mindestens eine psychische Störung (Schneider et al. 2011). Aktuell werden für die Diagnostik dieser Erkrankungen und die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen insgesamt etwa elf Prozent der direkten Krankheitskosten in Deutschland aufgewendet. Die indirekten Kosten für die Gesellschaft werden als noch einmal doppelt so hoch eingeschätzt. Gleichzeitig rücken die sozialen Folgen von psychischen Erkrankungen immer mehr in das Blickfeld der Öffentlichkeit (Schneider et al. 2011). Die Zahl der Behandlungsfälle in psychiatrisch-psychotherapeutischen

Kliniken hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt, gleichzeitig ist die Zahl der zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten deutlich rückläufig (Abbildung 1).

In keinem anderen medizinischen Fachgebiet ist die Notwendigkeit einer am ganzen Menschen orientierten integrativen Versorgung deutlicher als im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Dafür werden geeignete Konzepte zwar zunehmend entwickelt, ihre Umsetzung scheitert aber allzu oft an der ökonomischen Realität. Die seit 1990 geltende Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) hat zu vielen positiven Veränderungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in den Krankenhäusern geführt (Kunze und Kaltenbach 2005). Die PsychPV definiert auf der Basis von Querschnittsdaten die Zahl der durch die Krankenkassen zu finanzierenden Personalstellen für unterschiedliche Behandlungsformen (u. a. psychiatrische Regel- beziehungsweise Intensivbehandlung, tagesklinische Behandlung) und Diagnosenbereiche (Allgemeinpsychiatrie, Suchterkrankungen, Gerontopsychiatrie). Die so errechneten Stellen entsprechen inzwischen aber nicht mehr dem

ABBILDUNG 1

Entwicklung der Leistungsdaten psychiatrischer Kliniken 1990–2008 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt; Schneider et al. 2011; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

tatsächlichen Bedarf, der sich durch die überproportionale Zunahme der Behandlungsfälle und die Weiterentwicklung von Behandlungsmaßnahmen im tagesklinischen und ambulanten Bereich deutlich verändert hat. Hinzu kommt, dass die nach PsychPV berechneten Personalstellen durch die Kostenträger längst nicht mehr in allen Kliniken vollständig finanziert werden (*Deister et al. 2011; Kruckenberg et al. 2009; Wilms et al. 2012*). Darüber hinaus behindern die im bestehenden Vergütungssystem weitgehend starren Grenzen zwischen den verschiedenen Sektoren psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung – also stationär, tagesklinisch, ambulant in der Klinik, zu Hause und in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – in besonderer Weise eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte integrative Versorgung. In dieser Situation empfiehlt unter anderen der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen den grundsätzlichen Wechsel vom traditionellen anbieter- und sektorenorientierten Versorgungssystem hin zu einem zukunftsweisenden populationsorientierten und sektorübergreifenden Versorgungssystem (*Deutscher Bundestag 2009*).

Gesucht wird nach einer Form der Pauschalierung der Behandlungskosten für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die geeignet ist, die Finanzierung stärker an den tatsächlich erbrachten Therapieleistungen zu orientieren, die Ausrichtung der Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu verbessern und die Integration verschiedener Behandlungsformen zu erreichen (Tabelle 1).

Diskutiert wurde im Wesentlichen über eine Pauschalierung mit Tagesbezug (Pauschale pro Behandlungstag), mit Patientenbezug (Pauschale für die Behandlung eines Menschen pro Jahr) oder mit regionalem Bezug (Pauschale für die Versorgung einer definierten Versorgungsregion) (*Deister 2011*). Parallel dazu wurden in Deutschland verschiedene Modellprojekte umgesetzt und evaluiert, die alternative Steuerungs- und Anreizmechanismen erprobt haben (*Deister et al. 2010*). Tatsächlich eingeführt wird jetzt ab dem Jahr 2013 ein neues Finanzierungssystem für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, das in der Kalkulation weitgehend auf der Erfassung von Einzelleistungen beruht und tagesbezogene Entgelte vorsieht.

2 Die gesetzlichen Grundlagen

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009 schreibt vor, für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ einzufüh-

ren. Dabei hat das neue Vergütungssystem den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter „medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen“ (die im Gesetz allerdings nicht näher definiert sind) abzubilden. Darüber hinaus ist vorgesehen zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche, zum Beispiel die Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen, andere Abrechnungseinheiten wie beispielsweise Jahrespauschalen eingeführt werden können und ob auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen in das neue System einbezogen werden können (Paragraf 17d Abs. 1 KHRG). Mit der Entwicklung des Entgeltsystems wurden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung. Mit der Entwicklung der Abrechnungssystematik und der Kalkulation der Abrechnungseinheiten wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt.

Das jetzt verabschiedete „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Psych-Entgeltsystems – PsychEntgG“ soll nach dem Willen des Gesetzgebers dazu führen, dass die Transparenz über die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen der Krankenhäuser verbessert sowie durch die leistungsorientierte Ausgestaltung die Möglichkeit eröffnet wird, Versorgungsstrukturen zu analysieren und zu optimieren. Als erwartete Folge wird formuliert, dass die Vergleichbarkeit von Einrichtungen auf der Grundlage ihrer Leistungen zunehmen werde und die Verknüpfung von Leistungen mit der Vergütung dazu beitragen solle, dass die Ressourcen krankenhausesintern wie auch krankenhausesübergreifend effizienter eingesetzt würden. Zugleich sei mit dem neuen Entgeltsystem auch die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen verbunden: Einrichtungen, die aufwendige Leistungen erbringen, sollten diese auch höher vergütet bekommen als Einrichtungen, die weniger aufwendige Patientinnen und Patienten versorgen. Das Geld solle somit den Leistungen folgen. Durch die sowohl für Krankenhäuser als auch Krankenkassen gestärkte Transparenz sei davon auszugehen, dass auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gestärkt werde.

Die Kalkulation von sogenannten Relativgewichten (Beschreibung des Ressourceneinsatzes für definierte Einzelleistungen) für Gruppen mit möglichst gleichem Behandlungsaufwand soll insbesondere im Bereich psychotherapeutischer Maßnahmen erfolgen. Außerdem sollen geeignete Gewichtungsmuster angewendet werden, um den darüber hinausgehenden Ressourcenaufwand sach- und leistungsgerecht abzubilden. Die Einführung der neuen Entgeltregeln erfolgt stufenweise; ein „lernendes System“ wird angestrebt. Das System soll unter weitgehend „geschützten Bedingungen“ eingeführt werden: Die Jahre 2013–2016 umfassen eine budgetneutrale Phase, in der die neuen Regelungen zwar schrittweise

angewendet werden, die ökonomischen Auswirkungen auf die Krankenhäuser aber durch Bezug auf die bisher bestehenden Budgets weitgehend begrenzt werden. Die Krankenhäuser erhalten jedoch die Möglichkeit, freiwillig bereits früher in das neue System umzusteigen (Optionsregelung). Die „Scharfschaltung“ des Finanzierungssystems erfolgt dann ab dem Jahr 2017. Für die Jahre bis 2021 ist ein schrittweiser Konvergenzprozess hin zu landeseinheitlichen Preisen vorgesehen. Die bisherigen Regeln der PsychPV werden ab 2017 außer Kraft gesetzt (Abbildung 2). Angelehnt an die Systematik des Krankenhausentgeltgesetzes sind Zusatzentgelte, krankenhausesindividuelle Entgelte sowie Zu- und Abschläge abrechenbar.

Parallel zu diesem Finanzierungssystem räumt das Gesetz über die Formulierung eines neuen Paragraphen 64b SGB V die Möglichkeit der Durchführung von Modellprojekten ein. Diese sollen die Möglichkeit zu einer (Finanzierungs-)Sektoren übergreifenden Behandlung geben und deren Steuerungswirkung erproben. Möglich sind Modellvorhaben zum Beispiel zur optimierten Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereich, zu neuen Formen der Leistungserbringung wie zum Beispiel Home Treatment oder zur Versorgung auf der Grundlage von regionalen Budgets.

Bezüglich der Auswirkungen auf die Finanzsituation der Krankenkassen stellt der Gesetzgeber fest, dass durch die Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen lediglich eine stärker leistungsorientierte Verteilung der bereits bislang verausgabten Mittel erfolge und sich finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt daher nicht ergeben werden.

3 Die Auswirkungen

Der in Paragraph 17d KHRG formulierte politische Auftrag, für die Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ein neues Entgeltsystem zu entwerfen, war und ist eine große Chance, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Finanzierungsebene zu berücksichtigen und damit ein zukunftsfähiges und qualitätsgesichertes Entgeltsystem zu entwickeln. Gleichzeitig besteht die Herausforderung, eine höhere Verteilungsgerechtigkeit und Anreize zu stärker an der Lebenssituation der Patienten orientierten Behandlungsformen zu schaffen. In der Diskussion über die Umsetzung dieser Vorgaben hat sich

TABELLE 1

Erforderliche Rahmenbedingungen für ein Finanzierungssystem, das die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt

Formale Rahmenbedingungen	Inhaltliche Rahmenbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Prinzips „ambulant vor stationär“ • Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlungsmöglichkeiten durch größere Durchlässigkeit des Behandlungssystems • Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsqualität • Vernetzung mit unterstützenden psychiatrischen Angeboten in der Gemeinde • Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten • Begrenzung des Kostenanstiegs durch Zunahme der Bettenkapazität • Reduktion der Notwendigkeit von kurzfristigen Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) • Reduktion der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichst weitgehende Besserung der Symptome psychischer Erkrankungen • Erhalt beziehungsweise Verbesserung der Fähigkeit zur Teilhabe am Leben • Aktivierung von Ressourcen im Alltag und Förderung der Motivation im sozialen Umfeld • Förderung der Eigeninitiative von Menschen mit psychischen Erkrankungen • Erhalt beziehungsweise Ausbau stabiler sozialer Kontakte • Gemeinsame (partizipative) Entscheidungsfindung von Patienten und Therapeuten • Konstanz der Bezugspersonen in der Therapie über längere Zeit • Vermeidung von häufigen Wiederaufnahmen durch Brüche in der therapeutischen Kontinuität

Quelle: Wilms et al. 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

jedoch frühzeitig gezeigt, dass sich die Akteure in einem mehrfachen Spannungsfeld bewegen: zwischen dem Ziel eindeutiger ordnungspolitischer Regelungen und der Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Versorgungssystems, zwischen steigendem Finanzierungsbedarf durch die epidemiologische Entwicklung und der Vorgabe von Beitragssatzstabilität, zwischen stationärer Behandlung im Krankenhaus und ambulanter Behandlung durch das Krankenhaus im Lebensumfeld der Patienten, zwischen der Bedeutung von Einzelleistungen und der Berücksichtigung von Ergebnisqualität.

Die Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutisch- psychosomatischer Versorgung ist bisher nicht ausreichend auf Leistungsparameter ausgerichtet. Die Unterschiede zwischen den jeweiligen Behandlungsregionen sind ausgeprägt. Auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist nicht ausreichend (*Melchinger 2009*). Insofern ist die Suche nach effektiven und effizienten Parametern zur Leistungsbeschreibung und Ressourcenzumessung gerade in den „Psycho-Fächern“ überfällig. Es war die von vorneherein erklärte Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit, mit der neuen Gesetzgebung in erster Linie einen ordnungspolitischen Rahmen zu setzen und die Verteilung der vorhandenen finanziellen Mittel zu regulieren (*Piepenburg et al. 2012*). Die Übernahme von relevanten Prinzipien aus der DRG-Systematik war dadurch bereits prinzipiell angelegt und wurde weitgehend konsequent umgesetzt. Der mit dem PsychEntg geplante Ersatz einer fallbezogenen Pauschale durch ein tagesgleiches Entgelt betont zwar stärker die Tatsache, dass psychische Erkrankungen bezüglich der notwendigen Behandlungsdauer eine sehr hohe Heterogenität aufweisen, führt aber nicht zu einer grundlegend anderen Steuerungswirkung. Analog zum DRG-System wurde nur der stationäre und (mit Einschränkungen) der tagesklinische Bereich berücksichtigt. Es besteht somit weiterhin kein ausreichender Anreiz, stationäre Leistungen durch innovative Krankenhaus-Behandlungsleistungen im ambulanten Umfeld der Patienten zu ersetzen.

Die Weiterentwicklung des Versorgungssystems durch veränderte Steuerungs- und Anreizmechanismen (wie zum Beispiel eine adäquate Finanzierung ambulanter Behandlungsformen, die stationäre Behandlung ersetzen können) ist nicht Ziel der gesetzlichen Vorgaben. Die in den letzten Jahren entwickelten innovativen Behandlungsformen wie beispielsweise Home Treatment und integrative Versorgungsformen werden nicht unterstützt; das gilt auch für präventive Maßnahmen. Damit wird der seit einigen Jahren wieder bestehende Trend zu einer Zunahme von Betten im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich nicht gebrochen. Es besteht sogar die Gefahr, dass dem ökonomischen Anreiz folgend ein Interesse am Aufbau zusätzlicher Betten in einigen Kliniken resultiert. Gleichzeitig besteht jedoch auch die Problematik, dass bei einer weiteren Zunahme

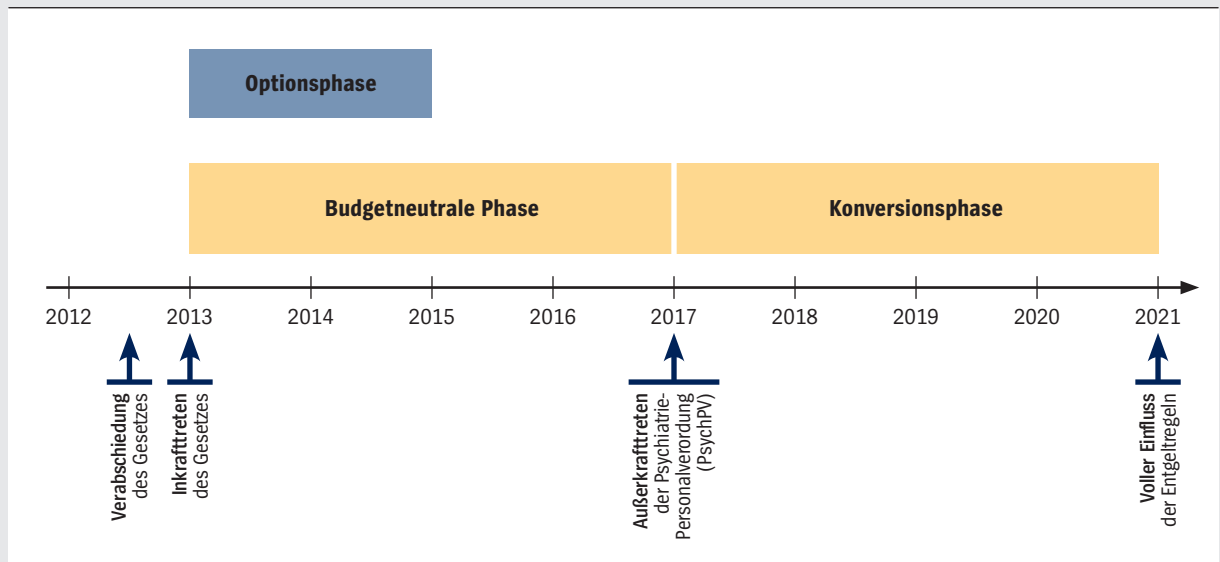
der (epidemiologisch begründeten) Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen die pro Patient verfügbaren Ressourcen reduziert werden. Es ist realistisch davon auszugehen, dass die (voll-)stationäre Behandlung im Krankenhaus die scheinbar rational und ökonomisch sinnvolle – und bei fehlenden alternativen Behandlungsmöglichkeiten auch die oft einzig verfügbare – Behandlungsalternative bleibt (*Kunze et al. 2012*). Dies widerspricht jedoch den weitgehend einheitlichen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Notwendigkeit der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die in den letzten zehn Jahren in Deutschland entwickelten alternativen Anreiz- und Steuerungssysteme in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung konnten belegen, dass die einseitige Finanzierung von stationären Behandlungskapazitäten nicht der einzig gangbare Weg ist. In verschiedenen Modellprojekten der Integrierten Versorgung konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, auch mit einer verstärkten ambulanten Versorgung im und durch das Krankenhaus sowohl das vereinbarte Budget zu sichern beziehungsweise zu begrenzen als auch eine qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren („Das Geld löst sich vom Bett“). In inzwischen sechs Regionen in Deutschland mit zusammen etwa einer Million Einwohner erfolgt die Finanzierung nicht mehr nach der Zahl der behandelten Fälle, der Behandlungstage oder der Diagnosenverteilung, sondern allein nach dem bestehenden regionalen Versorgungsbedarf (gemessen insbesondere an der Zahl der Einwohner in der jeweiligen Region). In diesen Regionen wurde die Zahl der Betten zugunsten der teilstationären (tagesklinischen) und ambulanten Behandlung bei gleichem Ressourceneinsatz stark reduziert. In einigen Regionen mit regionalem Budget werden inzwischen bis zur Hälfte der Krankenhaus-Behandlungsleistungen teilstationär erbracht. Die wissenschaftliche Begleitforschung dieser Modellprojekte hat gezeigt, dass bei unveränderter Behandlungsqualität die soziale Integration der Patientinnen und Patienten signifikant verbessert wurde (*Deister et al. 2010; König et al. 2010*). Auch weitere Modelle der Integrierten Versorgung (zum Beispiel integrative Behandlung von Patienten mit Psychosen in Hamburg oder mit depressiven Störungen in Aachen) sind inzwischen bezüglich ihrer Wirksamkeit und auch bezüglich ihres effizienten Umgangs mit finanziellen und personellen Ressourcen gut evaluiert (*Berhe et al. 2005; Weinmann et al. 2009*).

Die Erfahrungen aus Modellvorhaben wären grundsätzlich geeignet, im Sinne des so benannten „lernenden Systems“ ein wirklich zukunftsfähiges Finanzierungssystem für die „Psycho-Fächer“ zu entwickeln. Dies wurde vom Grundsatz her im PsychEntg in Form einer neuen SGB-V-Bestimmung zu Modellvorhaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung berücksichtigt. Erforderlich für einen wirklichen „Lerneffekt“ ist jedoch eine ausreichend große

ABBILDUNG 2

Zeitablauf der Einführung des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntG)



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

Zahl von Regionen mit Modellvorhaben. Um dies zu gewährleisten, müssen zusätzlich zu den gesetzlichen Bestimmungen weitere Anreize gegeben werden wie zum Beispiel eine Sicherstellung der bisherigen Krankenhausbudgets auch bei verstärkter ambulanter Behandlung sowie eine (neutrale) wissenschaftliche Begleitforschung, die alle Modellprojekte umfasst und insbesondere die Veränderungsdynamik betrachtet. Dies umzusetzen wird eine weitere Aufgabe der Selbstverwaltungspartner sein.

Einen ganz zentralen Punkt der Diskussion – der gleichzeitig wohl auch der umstrittenste ist – stellt die Frage dar, wie die zukünftigen Preise beziehungsweise Tagesentgelte kalkuliert werden sollen. Die Partner der Selbstverwaltung haben hier gemäß dem gesetzlichen Auftrag auf das InEK zugegriffen. Im Rahmen von Pretest- und Kalkulationsverfahren wurde versucht, Kostentrenner zu identifizieren, die zu adäquaten tagesbezogenen Entgelten führen sollen. Dieser Prozess hat sich als äußerst schwierig und unsicher erwiesen und ist noch längst nicht abgeschlossen. Es hat sich gezeigt, dass mit der Erfassung von (psychotherapeutischen) Einzelleistungen wie der Zahl der durchgeführten Einzelgespräche oder der Gruppenbehandlungen (in Form der Beschreibung von Prozeduren; Pseudo-OPS beziehungsweise OPS) allenfalls ein sehr geringer Anteil der unterschiedlichen Kostenstrukturen erklärt werden kann. Insbesondere in der Akutpsychiatrie

entsteht der weitaus größere Teil der Kosten durch allgemeine Behandlungsmaßnahmen (allgemeine pflegerische und ärztliche Maßnahmen, Milieugestaltung, Schutzmaßnahmen für die Patienten, Koordination im Team etc.). Dieser Bereich lässt sich allenfalls über verschiedene Gewichtungsmodelle, die auf der Basis von Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung und spezifischen Behandlungsnotwendigkeiten gebildet werden, erfassen. Somit steht die Grundannahme der Gesetzgebung – die Identifikation von kostentrennenden Strukturen als Basis für Tagespauschalen – infrage.

Die Berücksichtigung des Behandlungserfolgs als Parameter für die Budgetbemessung ist bisher nicht vorgesehen. Präferiert wird aus sozialpsychiatrischer Sicht im Sinne einer integrativen Behandlung weiterhin die Evaluation der Behandlungsqualität. Diese muss auf der Ebene des Patienten, der behandelnden Institution und des vernetzten gemeindenahen Behandlungssystems erfolgen. Voraussetzung dafür ist eine Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wie zum Beispiel unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit im städtischen und ländlichen Umfeld oder der Einfluss der sozialen Schichtung.

Ungeklärt ist weiterhin die Frage, wie mit der im Grundsatz allgemein anerkannten anhaltenden Zunahme der Nachfrage nach psychiatrisch-psychotherapeutischen

psychosomatischen Behandlungsleistungen umzugehen ist. Grundlage für diese bereits seit Längerem zu beobachtende Entwicklung sind die demografischen Verschiebungen, die zunehmende Diagnose von psychischen Störungen und auch die insgesamt verbesserten Behandlungsmöglichkeiten. Eine Berücksichtigung des dadurch entstehenden Kosten- und Leistungsdrucks bei der Budgetbemessung ist in den gesetzlich vorgegebenen zukünftigen Strukturen nur marginal vorgesehen. Befürchtet wird vonseiten der Leistungserbringer eine verschärfte „Hamsterrad-Situation“ (eine Zunahme der Leistungen bei unverändertem Gesamtbudget) mit einem Preisverfall der einzelnen Leistungen. Maßnahmen zur effizienteren und effektiveren Nutzung der vorhandenen finanziellen Mittel wären eine Förderung „stationersetzender“ ambulanter Leistungen sowie eine deutliche Reduzierung der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Es war ein historisches Verdienst der Psychiatrie-Personalverordnung, über die Formulierung klarer Strukturvorgaben und Aufgabenbeschreibungen der unterschiedlichen Berufsgruppen qualitative Standards vorgegeben zu haben. Die nach dem PsychEntg durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnden Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen erst zum 1. Januar 2017 eingeführt werden. Es besteht die Gefahr, dass die jetzt vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität hinter den Anforderungen, die aufgrund der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgegeben sind, zurückbleiben (vgl. Tabelle 1). Sie folgen einem Qualitätsbegriff, der primär an Strukturen und Prozessen in der jeweils behandelnden Einrichtung und des jeweiligen Behandlungssettings orientiert ist. Einrichtungs- und settingübergreifende Maßnahmen werden zwar benannt, die Vorgaben bleiben aber völlig unscharf; die Ergebnisqualität steht nicht im Mittelpunkt. Konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung sind nach noch zu entwickelnden Regeln des Gemeinsamen Bundesausschusses erst für das Jahr 2017 vorgesehen.

4 Fazit

Die Entwicklung eines zukunftsfähigen und qualitätsgesicherten Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik stellt eine Chance dar, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu berücksichtigen sowie mehr Leistungsgerechtigkeit und Leistungstransparenz zu schaffen. Das Gesetz wird diesem Anspruch nur sehr bedingt gerecht. Positiv ist, dass kein Diagnosenbezug – wie im DRG-System – vorgegeben ist. Problematisch erscheint der Anreiz zur weiteren Betonung der stationären Versorgung gegenüber der stationersetzenden

Behandlung im sozialen Umfeld des Patienten. Damit der Anspruch eines „lernenden Systems“ erfüllt werden kann, muss die Durchführung von Modellprojekten gestärkt und Ergebnisse innovativer sektorenübergreifender Versorgung müssen in die Abrechnungssystematik aufgenommen werden. Darüber hinaus müssen Regelungen zur Berücksichtigung des steigenden Nachfragebedarfs nach psychosozialen Behandlungsleistungen gefunden werden.

Literatur

Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T (2005): „Home Treatment“ für psychische Erkrankungen. *Nervenarzt*, Band 76, Heft 7, 822–831

Deister A (2011): Pauschalierung als Basis für die Finanzierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Zur Diskussion über ein neues Entgeltsystem in Deutschland. *PSY&PSY Bulletin*, Heft I/II, 5–6

Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ (2010): Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Psychiatric-budget. *Psychiat Prax*, Jg. 37, Heft 7, 335–342

Deister A, Heinze M, Kieser C, Wilms B (2011): Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, Jg. 64, Heft 3, 64–69

Deutscher Bundestag (2009): Bundestagsdrucksache 16/13770: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin

König HH, Heinrich S, Heider D et al. (2010): Das Regionale Psychiatrie-Budget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? *Psychiat Prax*, Jg. 37, Heft 1, 34–42

Kruckenberg P, Beine K, Aderhold V et al. (2009): Psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung durch das Krankenhaus. Rahmenbedingungen zur Entwicklung eines

sektorübergreifenden Budgets für die regionale Pflichtversorgung. *Psychiat Prax*, Jg. 36, Heft 5, 246–251

Kunze H, Kaltenbach L (2005): Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart: Kohlhammer

Kunze H, Schepker R, Malzahn J et al. (2012): Gutes muss nicht teurer sein. *f&w*, Heft 2, 176–181

Melchinger H (2009): Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. *Z Allg Med*, Jg. 85, Heft 6, 247–253

Neubauer G, Nowy R (2000): Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für operative und konservative Krankenhausleistungen in Deutschland – Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (IGF-Studie). München: Institut für Gesundheitsökonomik

Piepenburg M, Klever-Deichert G, Rau F (2012): Leistungsorientierte Vergütung. *f&w*, Heft 1, 49–55

Schneider F, Falkai P, Maier W (2011): Psychiatrie 2020. Berlin, Heidelberg: Springer 2011

Weinmann S, Puschner B, Becker T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt*, Jg. 80, Heft 1, 31–39

Wilms B, Becker T, Lambert M, Deister A (2012): Modelle für eine zukunftsfähige psychiatrische Versorgung. *Die Psychiatrie*, Jg. 9, Heft 1, 4–13

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Arno Deister, Jahrgang 1957, Medizinstudium in Aachen und Köln, Facharztanerkennung für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie. Von 1982 bis 1996 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Oberarzt an den Universitäten Köln und Bonn. Habilitation 1994. Seit 1996 Chefarzt des Zentrums für

Psychosoziale Medizin sowie seit 2006 Ärztlicher Direktor des Klinikums Itzehoe. Außerplanmäßiger Professor der Christian-Albrecht-Universität Kiel. Wissenschaftliche Schwerpunkte: psychotische Erkrankungen, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie.