



Das Psych-Entgeltsystem versorgungsorientiert neu definieren

Aus Sicht der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) sollte die anstehende Reform von einem Entgeltsystem mit landeseinheitlichen Preisen abrücken. Individuell vor Ort zu verhandelnde Budgets sollen künftig regionale Besonderheiten berücksichtigen und ein neu zu entwickelnder Krankenhausvergleich Leistungstransparenz schaffen.

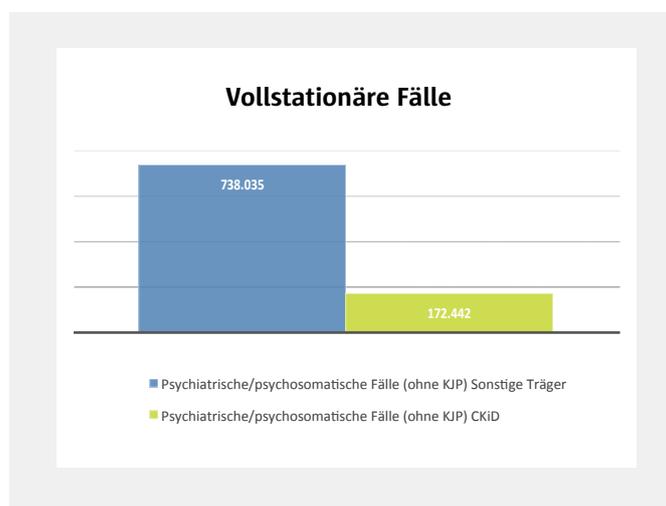
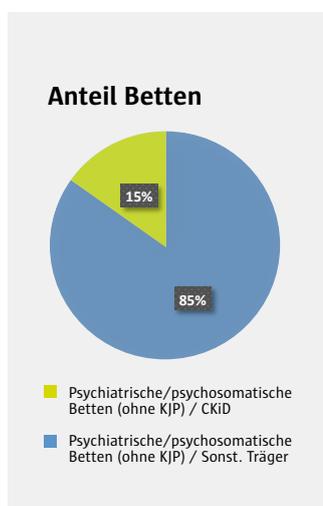
Die Behandlung psychisch kranker Menschen darf nicht einer überwiegend betriebswirtschaftlichen, auf Kostensenkung fokussierten Finanzierungslogik folgen. Anderenfalls wären Fehlentwicklungen und Fehlanreize analog zum DRG-System vorgezeichnet. Entscheidend ist dabei ein neu strukturiertes Budgetsystem mit klarer Trennung von Budgetfindung auf der örtlichen Verhandlungsebene und der Abrechnung der Behandlungsleistungen. Bei den künftigen Budgetverhandlungen müssen regionale Besonderheiten in der Versorgung und klinikspezifische Behandlungskonzepte berücksichtigt werden. Zum Zwecke der Abrechnung und der Leistungstransparenz kann der neu zu kalkulierende, bundeseinheitliche Relativgewichtekatalog verwendet werden. Der damit verbundene Dokumentationsaufwand muss aus Sicht der CKiD erheblich reduziert werden.

Mit Blick auf Qualität und Patientenorientierung sind Vorgaben zur Personalausstattung auf Grundlage der

Psychiatrie-Personalverordnung und wissenschaftlicher Leitlinien umzusetzen. Die damit verbundenen Kosten sind dauerhaft verlässlich zu refinanzieren. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen muss zusätzlich zu empirischen Daten entsprechende normative Elemente berücksichtigen. Zukünftig werden die Kliniken über die Qualität und Vielfalt des Leistungsspektrums gemessen werden. Der neue bundeseinheitliche Krankenhausvergleich könnte dabei auch unterschiedliche Behandlungsansätze der Kliniken transparent machen. Sektorenübergreifende Behandlungskonzepte, die dem Patienten den Verbleib im häuslichen Umfeld ermöglichen, wie etwa „Hometreatment“, sind Behandlungsformen, die christliche Krankenhäuser auf Grundlage individueller Vereinbarungen bereits heute in die Praxis umsetzen. Insbesondere solche Behandlungskonzepte sollten durch die neue Vergütungssystematik befördert werden. □

Die Christlichen Krankenhäuser in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland: Anteil an psychiatrisch-psychosomatischen Betten und an vollstationären Fällen (ohne KJP)

Quelle: DESTIMIS, Grunddaten der Krankenhäuser 2013 | eigene Auswertung



Mehr zum Thema

- Plädoyer** **2**
PEPP: relativ schwer
- Best Practice** **4**
*Hometreatment
Immanuel KH Rüdersdorf*
- Standpunkte** **5**
Personal statt Bürokratie
- Kontakt** **6**
Daten und Fakten

Plädoyer: Mehr oder weniger PEPP im neuen Vergütungssystem

Auch wenn Gesundheitsminister Hermann Gröhe gemeinsam mit Gesundheitspolitikern der beiden Regierungsparteien Anfang des Jahres ein vielversprechendes Eckpunktetpapier zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vorgelegt hat, bleibt noch offen, wie die Themen Leistungsorientierung und Transparenz, abgebildet über eine weitgehend empirische Kalkulation von Relativgewichten, umgesetzt werden.

Die zentrale Frage für die weitere Bedeutung der bisherigen Pauschalisierten Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) im System ist, in welcher Form das Budget eines psychiatrischen Krankenhauses gebildet werden soll. Die bisherige vereinfachte Vorstellung in Anlehnung an das DRG-System war: Die Summe der erbrachten Relativgewichte multipliziert mit einem Landesentgeltwert ergibt das entsprechende Krankenhausbudget. Die Bildung des Budgets ist damit geprägt durch die erbrachten PEPPs und den auf Landesebene gebildeten Preis.

Import der Probleme aus dem DRG-System

Die inzwischen von der Politik erkannten Probleme des DRG-Systems sind damit in der Psychiatrie ebenfalls vorprogrammiert. Mengeneffekte, drohender Personalabbau, sinkende Landesentgeltwerte und Weiteres sind die Irrlichter am Horizont. Gegengesteuert werden soll nun durch die Einführung verbindlicher Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Als Vorgabe für die Kalkulationshäuser dient eine hundertprozentige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Ohne verpflichtende Finanzierung dieser Personalausstattung wird es schwer werden, in Zukunft noch genügend Kalkulationshäuser zu finden. Am Ende werden dadurch aber nur die Relativgewichte untereinander den normativen Vorgaben angepasst. Für einen Krankenhausvergleich wäre dies eine gute Ausgangslage. Verharrt jedoch die Budgetfindung auf dieser Basis, scheinen die Irrlichter allerdings weiter, dafür aber etwas „gerechter“.

Mindestvorgabe wird zu Maximalwert

Hinzu kommen wird, dass die Mindestvorgabe im Personal nach kurzer Zeit zur Maximalvorgabe für Personal gerät. Erfahrungen mit einer definierten Mindestfachkraftquote im SGB XI-Bereich zeigen dies nur überdeutlich. Die gelegentlich zu hörende Idee, die dann neu kalkulierte bundes- >>



„Offen bleibt, wie die Themen Leistungsorientierung und Transparenz umgesetzt werden.“

Thomas Brobeil ist Geschäftsführer der Vinzenz von Paul Hospital gGmbH, Rottweil

Vinzenz von Paul-Hospital Rottweil

Mit mehr als 1.300 Mitarbeitern sowie rund 100 Ausbildungsplätzen gehört das Vinzenz von Paul-Hospital Rottweil zu den bedeutenden Trägern sozial-caritativer Dienste in der Region. Ein Netzwerk an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten deckt die gesamte Versorgungskette der Patienten ab. Die modernen Zentren für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, Neurologie mit 467 Betten sind für die psychiatrisch-neurologische Versorgung von vier Landkreisen mit rund 600.000 Einwohnern zuständig. Ergänzt wird das Leistungsspektrum durch ein Wohn- und Pflegeheim für psychisch kranke Menschen und ein Altenpflegeheim sowie fünf PIA-Standorte. Die Fertigstellung eines Zentrums für Altersmedizin in 2016 erweitert das Versorgungsangebot für Alterspatienten.

>> einheitliche Bezugsgröße als bundeseinheitlichen Preis zu nehmen und zur Budgetfindung mit den jeweils erbrachten Relativgewichten zu multiplizieren, wäre letztendlich die Umsetzung der bundesweiten Anpassung in einem Schritt. So könnte der Wegfall der Konvergenz auch verstanden werden. Weil dies aber nicht der politische Wille ist, kann die bundeseinheitliche Bezugsgröße nur als Referenzwert dienen.

Personalausstattung nicht über Relativgewichte

Soll die im Eckpunktepapier angedachte verbesserte Personalausstattung wirklich in den Budgets finanzwirksam ankommen, darf der direkte Weg zur Budgetfindung über Relativgewichte nicht gegangen werden. Pflegeförderprogramme wären auch hier die Folge. Richtig ist, normativ kalkulierte Relativgewichte schaffen genormte Verteilungsgerechtigkeit, sie können Orientierung zur Findung eines leistungsgerechten Budgets sein.

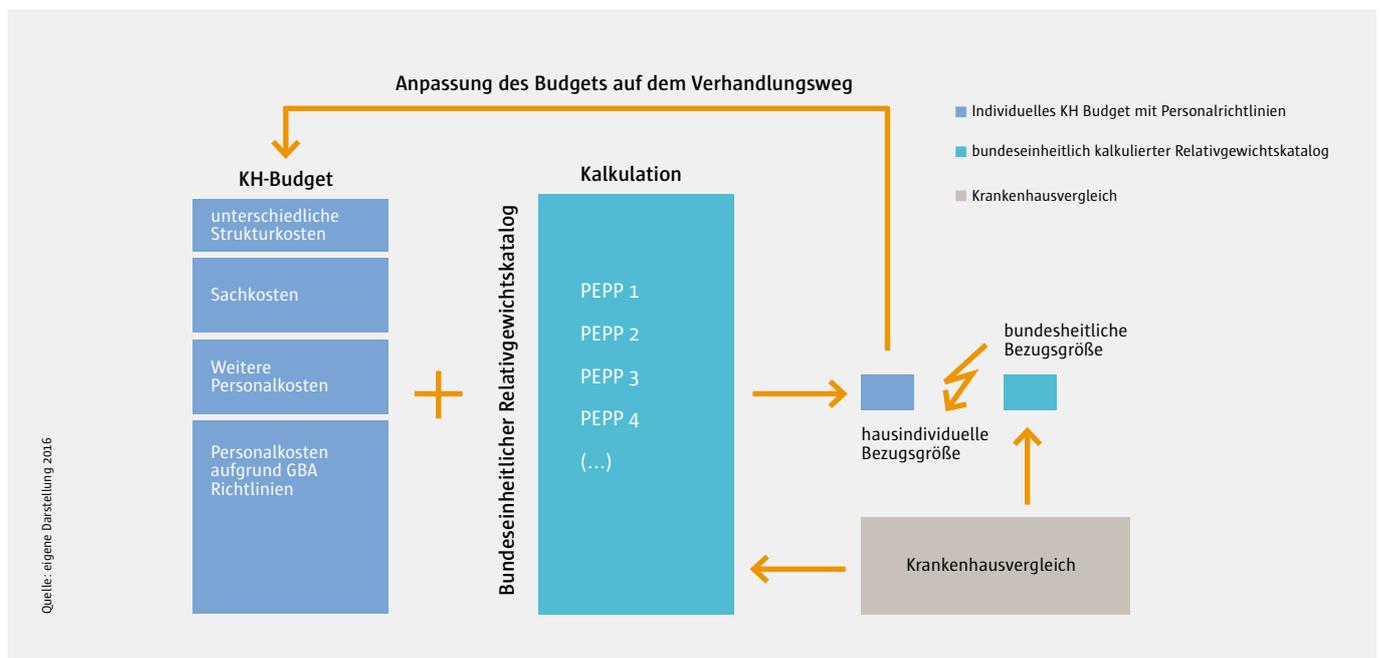
Die Psychiatrischen und Psychosomatischen Einrichtungen haben unter anderem die höchsten Personalkostenanteile. Vorgaben über eine verbindliche Mindestausstattung in den therapeutischen Bereichen müssen dauerhaft direkt in den Budgets finanziert werden. Schon allein deshalb muss dies der Schwerpunkt einer zukünftigen Budgetfindung sein. In unserer Einrichtung wären damit zwischen 60 und 70 Prozent der Personalkosten von außen bestimmt. Auch wenn es nicht

gern gehört wird, die Personalvorgaben bedeuten eine teilweise Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Das Budget sollte wie bisher, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, auf Basis der Personal- und Sachkosten kalkuliert werden. In Verbindung mit den in der Einrichtung geleisteten Relativgewichten ergäbe sich dann eine hausindividuelle Bezugsgröße, die mit der bundesweiten Bezugsgröße verglichen werden könnte. So entstünde eine Orientierungsgröße für die Budgetverhandlungen vor Ort und für eventuelle Anpassungen der Budgets.

Der bundeseinheitlich kalkulierte Relativgewichtekatalog bildete weiterhin die Grundlage für eine leistungsorientierte Budgetverhandlung und würde zudem die geforderte Transparenz herstellen. Mit Blick auf die in den Optionshäusern dramatisch gestiegenen MDK-Prüfungen wäre auch hier eine deutliche Verbesserung möglich. Denn die direkte Wirkung auf die Vergütung entfele. Der Prüfaufwand sowie der darauf fußende Kodier- und Dokumentationsaufwand könnten wieder reduziert werden. In dieser Systematik könnte dann auch die Abrechnung über die überarbeiteten PEPPs erfolgen, da sie dann lediglich eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget darstellen.

Man darf gespannt sein, wie das Bundesgesundheitsministerium die verschiedenen Elemente des Eckpunktepapiers zu einem Ganzen zusammenfügt. □

Schematische Darstellung eines denkbaren Zusammenwirkens der drei wesentlichen Bausteine im Eckpunktepapier:



Best Practice: Hometreatment und ambulante Krankenhausversorgung

Trotz ambulanter Behandlungsalternativen in unserem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem bleibt die Versorgung von schwer Erkrankten, zum Beispiel akut psychotischen oder entzügigen Patienten, dem Krankenhaus vorbehalten. Zeigt sich ein komplexer und aufwendiger Behandlungsbedarf, so besteht oft keine Alternative zur stationären Aufnahme. Denn im gegenwärtigen Finanzierungssystem können hoch aufwendige ambulante Behandlungsleistungen schlecht abgebildet werden. Zwar verfügen alle psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken über eine Institutsambulanz. Aus den Versorgungspauschalen ist eine intensiv ambulante Behandlung oder auch eine aufsuchende Behandlung durch das Krankenhaus (Hometreatment) nur in wenigen Fällen zu finanzieren. Damit stehen eher ökonomische als medizinische Gründe der Möglichkeit entgegen, Patienten eine intensive Behandlung anzubieten, ohne dass der Patient im Krankenhaus übernachtet.

Im Rahmen eines Modellprojektes unserer Klinik mit zwei Krankenkassen konnten notwendige komplexe ambulante Leistungen für unsere Patienten und die Kurzaufenthalte in der Akuttagesklinik ausreichend finanziert werden. Denn Modellprojekte verfügen über ein Gesamtbudget, das anstelle von stationären Leistungen auch komplex-ambulante Leistungen mit ausreichender Vergütung ausstattet. Handelt es sich um im engeren Sinne stationärsersetzende Leistungen durch das Krankenhaus, sind diese Leistungen durch eine reale Verschiebung aus dem stationären in das ambulante Krankenhausbudget gegenfinanziert. Kliniken der Regelversorgung können dagegen stationärsersetzende Komplexleistungen, entweder komplex-ambulant im Krankenhaus oder auch aufsuchend im Sinne des Hometreatments, in der Regel nicht in ihrem Budget darstellen.

Im Eckpunktepapier des Gesundheitsministeriums wird angekündigt, dass insbesondere das Hometreatment auch außerhalb von Modellprojekten finanziert werden soll. Allerdings ist die Definition noch unklar. Die Erfahrungen unserer Klinik haben gezeigt, dass viele Patienten trotz des bestehenden Angebotes eines Hometreatments lieber täglich für komplexe Behandlungsleistungen in die Klinik kommen, so dass die komplex-ambulante Behandlung durch das Krankenhaus in verschiedenen Formen realisiert werden kann. □



„Eine komplex-ambulante Behandlung im Krankenhaus oder aufsuchend durch das Krankenhaus bietet in vielen Fällen eine gute Alternative zur stationären Aufnahme.“

Martin Heinze, Ltd. Chefarzt
Immanuel Klinik Rüdersdorf,
Professur für Psychiatrie
und Psychotherapie der
Medizinischen Hochschule
Brandenburg
Kontakt: 033638-83501,
m.heinze@immanuel.de

Immanuel Klinik Rüdersdorf

Die Immanuel Klinik Rüdersdorf ist ein Krankenhaus der Akut- und Regelversorgung mit 402 Betten. Fachabteilungen für die medizinische Versorgung der Region sind Innere Medizin, Palliativmedizin, Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neurologie und Schmerztherapie, Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesiologie und Intensivtherapie sowie die Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit psychiatrischen Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen. Träger der Klinik ist die Immanuel Diakonie, die Arztpraxen, Einrichtungen für Senioren sowie der Suchtkranken- und Behindertenhilfe und Beratungsstellen an bundesweit rund 50 Standorten betreibt. Sitz des Unternehmens mit insgesamt circa 3.000 Mitarbeitenden ist Berlin. Alleinige Gesellschafterin ist die Evangelisch-Freikirchliche Gemeinde Berlin-Schöneberg

Standpunkte: Statt Bürokratielast braucht psychiatrische Versorgung adäquate Personalstandards

In der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen spielen direkte Zuwendung und genügend Zeit eine wesentliche Rolle. Der G-BA ist nun gefordert, auf empirischer Grundlage geeignete Vorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln. Klinikträger dürfen nicht vor dem Dilemma stehen, Personalanforderungen ohne gesicherte Finanzierung umsetzen zu müssen.



Dietmar Volk ist Kaufmännischer Direktor der Evangelischen Stiftung Tannenhof mit psychiatrischen Fachkliniken in Wuppertal, Remscheid und Velbert-Langenberg mit einem Versorgungsauftrag für eine halbe Million Menschen.



Dr. Iris Hauth ist Geschäftsführerin und Ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin – Weißensee sowie Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

„Die Arbeit der Ärzte darf nicht schrittweise vom ‚Bett‘ zum ‚Schreibtisch‘ wandern, also weg vom Patienten.“

Die neue leistungsbezogene Vergütung in der Psychiatrie verlangt eine detaillierte und umfassende Dokumentation aller am Patienten erbrachten Leistungen. Dummerweise wird diese bürokratische Leistung auch dem Arzt abverlangt. Doch in der Psychiatrie garantieren der persönliche, intensive Kontakt mit dem Patienten und die sprachliche Fachkompetenz der Mitarbeitenden den Therapieerfolg.

Wenn die ärztlichen Leistungen mit einem immer größer werdenden Verwaltungsaufwand verbunden sind, wandern diese schrittweise vom ‚Bett‘ zum ‚Schreibtisch‘, also weg vom Patienten. Dies frustriert alle Beteiligten, am meisten jedoch Ärzte und Patienten. Es kann nicht sein, dass ein Arzt genötigt wird, bei seinen täglichen Patientenkontakten zusätzlich die sogenannten Intensivmerkmale im Blick zu haben, die dann für eventuell „Ergänzende Tagesentgelte“ von großer finanzieller, ja existenzieller Bedeutung für die Klinik sind. Genau dies fordert die Politik mit der neuen leistungsbezogenen Vergütung in der Psychiatrie!

Wenn Geld nur der dokumentierten Leistung folgt, geht das eindeutig zu Lasten der Qualität in der Patientenbehandlung. Die Pflicht zur Dokumentation in der Krankenhausbehandlung darf nicht zur Dokumentationswut anwachsen. Mit dem Wechsel des Vergütungssystems in der Psychiatrie werden die Weichen entweder hin zu einer patientenorientierten Krankenhausbehandlung gestellt, für die Ärzte gern tätig sein wollen. Oder zu einem unattraktiven, Bürokratie intensiven Arbeitsplatz, für den Ärzte nicht viele Jahre studieren wollen! ☐

„Zeit für Gespräche ist in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen der wesentliche Wirkfaktor.“

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag erhalten, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen. Um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, ist diese Zielsetzung zu begrüßen. Denn ausreichendes und qualifiziertes Personal in den Fachgebieten der Psychiatrie und Psychosomatik ist wesentlicher Wirkfaktor der Therapie.

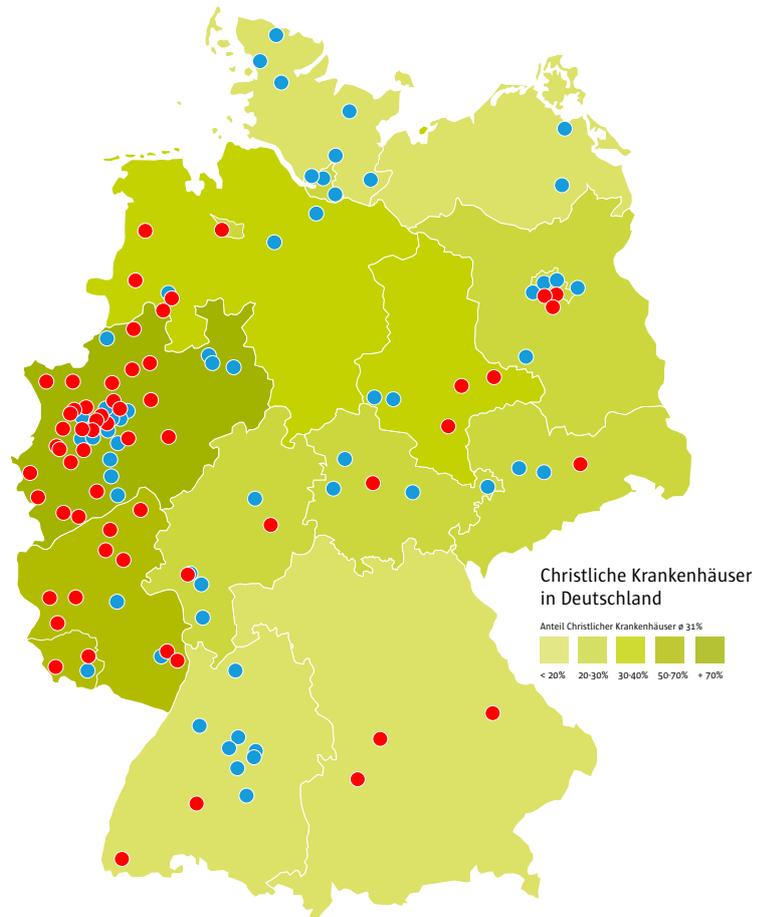
Da eine evidenzbasierte Ableitung von Personalstandards anhand der diagnosebezogenen Leitlinien nicht möglich ist, wird es darauf ankommen, dass der G-BA unter Hinzuziehung von Experten eine Bewertung auf empirischer Grundlage entwickelt. Vor allem müssen die personellen Ressourcen, die notwendig sind, um den medizinisch-therapeutischen Fortschritt der letzten 25 Jahre umzusetzen, ergänzt werden. Für alle Erkrankungsbilder werden Psychotherapie und psychosoziale Intervention empfohlen. Zudem gilt es, den klinisch therapeutischen Aufwand in besonderen Settings wie bei Akutstationen, Konzeptstationen und Patienten mit psychischen und somatischen Komorbiditäten zu berücksichtigen. Da die meisten Kliniken eine weit unter hundertprozentige Umsetzung des Personals nach Psych-PV haben, muss allerdings zunächst diese Differenz ermittelt und dann on top der Aufwand für den wissenschaftlichen Fortschritt definiert werden. Dies ist eine komplexe und ambitionierte Aufgabe, die der G-BA mit Expertenhilfe sicher bis 2019 leisten wird.

Wesentlich für die fachgerechte und qualitätssichernde Umsetzung der Mindestvorgaben wird die Verankerung der vollständigen Finanzierung im neuen Psych-Entgeltgesetz sein. ☐

Über uns: Christliche Krankenhäuser in Deutschland – zukunftsweisend menschlich

Christliche Krankenhäuser sind ein wichtiger Stützpfeiler der Krankenhausversorgung in Deutschland: Rund jedes dritte deutsche Krankenhaus befindet sich in christlicher Trägerschaft. Große Bedeutung kommt dabei auch der Versorgung von psychisch kranken Menschen in allen Lebensaltern zu. 30 Prozent der psychiatrisch-psychosomatischen Klinikstandorte in Deutschland werden von christlichen Trägern betrieben. Im Jahr 2013 übernahmen überdies 110 der 122 Kliniken die Versorgungsverantwortung für die Bevölkerung ihrer Region. 3.100 tagesklinische Behandlungsplätze stehen für die teilstationäre und wohnortnahe Versorgung von jährlich rund 33.000 Patienten zur Verfügung. Institutsambulanzen werden an fast allen Standorten, zum Teil sogar mit indikationsspezifischem Behandlungsschwerpunkt (wie z.B. Sucht, Demenz, Psychose), betrieben. Somit sind die christlichen Krankenhäuser ein fester und verlässlicher Bestandteil von regionalen psychiatrischen Versorgungsnetzwerken. Mit dem Ziel, eine gute sektorenübergreifende und patientenorientierte Behandlung zu gewährleisten.

Weitere Informationen: www.christliche-krankenhaeuser.de



- Katholische Krankenhäuser (Psych.)
- Evangelische Krankenhäuser (Psych.)

Standorte christlicher Krankenhäuser in Deutschland mit psychiatrisch-psychosomatischem Versorgungsangebot. Quelle: eigene Darstellung 2016



KKVD
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Ansprechpartnerin (V.i.S.d.P.):
Bernadette Rummelin (MPH), Geschäftsführerin
Telefon: 030. 28 44 47 – 30
E-Mail: kkvd@caritas.de
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
www.kkvd.de



DEKV
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.

Ansprechpartner (V.i.S.d.P.):
Norbert Groß (Pastor), Verbandsdirektor
Telefon: 030. 80 19 86 – 0
E-Mail: info@dekv.de
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
www.dekv.de

Kontakt zur Redaktion: Georg Stamelos
info@gs-media.net, Mobil: 0170. 3411699
Hinweis: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde in den Texten auf die weibliche Sprachform verzichtet.

