

---

## **ENTGELTSYSTEM IN DER PSYCHIATRIE - CHANCEN UND RISIKEN -**

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel  
Aktion Psychisch Kranke E. V. Bonn  
[www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

Münster, 14. Oktober 2011  
Bundeskongress: Sozialarbeit im Gesundheitswesen,  
Ressourcen nutzen - Potentiale entfalten

1

---

---

### **Übersicht:**

1. Warum dieses Thema?
2. § 17d-Entgelt: Psych-Patienten,  
was ist anders als bei DRG-Patienten?
3. Exkurs zu Effizienz als Ziel der Ökonomie:  
Mit vorgegebenen Mitteln möglichst großen Nutzen bewirken
4. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)  
und ihre Wirkung
5. Schlussfolgerungen
6. Literatur

2

---

## 1. Warum dieses Thema?

Weil dies nicht nur die DKG & die Spitzenverbände der Krankenkassen allenfalls noch die Klinikleitungen und die Kassen angeht, sondern auch: Klinik-Therapeuten & die anderen gemeindepsychiatrischen Dienstleister bis zu Patienten & Angehörigen & Politik

- Das KHRG 2009 - **KrankenHausfinanzierungsReformGesetz** - Beginn einer Umbruchphase wie Psych-PV 1991  
KHRG regelt:
  - KHG § 17 d NEU, ähnlich § 17 b >> DRG-Einführung
  - BpflV geändert, Ziel Erfüllung des Psych-PV-Solls als Start für § 17 d Entwicklung
- **Chancen:**
  - Strukturqualität der Personalausstattung nach Psych-PV wieder erreichen
  - mehr individuelle Flexibilisierung, Beziehungskontinuität und Bezug zum Lebensfelddurch **integrierte Behandlung, gefördert durch die Klinikfinanzierung nach § 17 d**
- **Risiken:**
  - das IST wird nur anders erfasst und finanziert, aber höherer „Mißtrauensaufwand“
  - Psych-DRGs mit gravierenden Fehlanreizen(DRG = diagnose related groups = Diagnose bezogene Fallpauschalen, somatische Klinikbehandlung)

3

AOLG:

Beschluss der AG der Obersten Landes-Gesundheitsbehörden am 16.11. 2007 in Wiesloch/BaWü, Position der Länder zum Entwurf des KHRG:

- „... ist zu beachten, dass die **Kliniken** aktuell und perspektivisch in die Lage versetzt werden, **ihrer Verantwortung im System der regionalen Versorgung** nachzukommen. Dazu gehört ... die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung erfüllen zu können.“
- „Begründung: ... Verschlechtert sich die Behandlungsqualität und /oder die Qualität der Überleitung in den außerklinischen Prozess, so ist in der Folge mit höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand ... zu rechnen. Dies bezieht sich auf **alle Felder des Hilfesystems**, insbesondere ... **Teilhabe** am Leben in der Gemeinschaft ... aber auch auf die **forensische Psychiatrie** ...“

Quelle: siehe Anhang 14 im Psych-PV-Buch, dazu letzte Abbildung

Siehe Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) 30. Juni 2011 in Frankfurt >> 6. Literatur: Aktion Psychisch Kranke 2011

4

## Warum KHRG? 1. Kritik /Ausgangslage für Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

*Das bisherige Finanzierungssystem, die BPfV, hat gravierende Nachteile und zu Fehlsteuerungen geführt, insbesondere:*

- Einseitige Bevorzugung der voll-stationären Behandlung,
- zu wenig Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen,
- zu wenig flexibel dem individuellen Bedarf angepasste Organisation der Behandlung,
- Lebensfeld des Patienten nur unzureichend einbezogen,
- therapeutische Beziehungen durch Wechsel des institutionellen Behandlungsrahmens unnötig abgebrochen,
- strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen,
- Qualitätseinbußen durch langjährige Budgetdeckelungen trotz steigender Anforderungen,
- enormer bürokratischer Aufwand durch Kontrollen des Leistungsgeschehens („Misstrauensaufwand“).

5

## Warum KHRG? 2. ZIELE des KHRG

- Der Ansatz des Gesetzes bietet die Chance einer schrittweisen Entwicklung i.S. eines „lernenden Systems“, verbunden mit einer Verbesserung der Personalausstattung nach PsychPV
- Entwicklung tagesbezogener Entgelte – Stufe 1 = „**Entwicklung**“
- Einbeziehung der PIA/Institutsambulanz und „anderer Abrechnungseinheiten“ – Stufe 2 = „**Einführung**“,
- **Einführung:** Durch die Neuregelung der Finanzierung können **Anreize** gesetzt werden,
  - >> die „Dosis Krankenhausbehandlung“ auf der Basis verlässlicher therapeutischer Beziehungen flexibel – und damit kostengünstig – dem individuellen Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten anzupassen
  - >> Krankenhausbehandlung wirksamer zu organisieren durch stärkeren Bezug zum Lebensfeld oder Behandlung im Lebensfeld („hometreatment“) und die Vernetzung mit professionellen Diensten in der Region

**Anreize: Finanzierung steuert Versorgung - in beabsichtigte oder nicht beabsichtigte Richtungen**

6

## Problem der Systemsteuerung für die Psych-Entgelt-Entwicklung: Akteure mit eigenen Interessen und 17b/DRG Erfahrungen

- **BMG:** Bundesministerium für Gesundheit  
**DIMDI:** Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, dem BMG nach geordnete Behörde
- Selbstverwaltungspartner, vom Gesetzgeber mit der Entwicklung der neuen Psych-Entgelte beauftragt in § 17d KHG:
  - **DKG:** Deutsche Krankenhausgesellschaft
  - **Spitzenverbände der Krankenkassen**
  - **InEK** GmbH, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, je 50% Anteil DKG & Spitzenverbände Kassen, beauftragen InEK
- Die Fachkräfte der Institutionen kennen sich aus 10-jähriger Gremienarbeit zur Einführung des DRG-Systems, aber *Psychiatrie ist für sie neu*
- In der DKG überwiegt die Sorge um die Erlöse das Interesse an innovativer Gestaltung des neuen Entgelts
- Der GKV-Spitzenverband Kassen orientiert sich an den Kontrollmöglichkeiten nach dem Vorbild des DRG-Systems, wichtige Kassenverbände (Bundes-/Landesebene) zeigen differenziertes Interesse

7

## Zwischenbilanz zum Einführungsprozess - Was bringt das Gesetz zur „Einführung des neuen Entgeltsystems ab 2013? das bis zum Sommer 2012 verabschiedet sein muss

- DKG und Spitzenverband Kassen haben sich Dez. 2009 auf den kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt,
  - Fokus: das neue *Finanzierungssystem*
  - ausgeklammert: „jede Finanzierung steuert das *Versorgungssystem*“
    - >> beabsichtigt oder nicht beabsichtigt: *Chancen und Risiken*
- Die neuen Dokumentationsanforderungen differenzieren aufwändig in Bereichen, die voraussichtlich für Kalkulation kaum (?) wichtig sind.
- Manche Kliniken passen schon jetzt ihr Behandlungsprogramm dem an, was vermeintlich die besten Erlöse bringen wird (voraus eilende Fehlanpassung!)
- Klinikenmanagement und fachliche Leitung z. T. unterschiedlich:
  - beklagen Qualitätseinbußen in Folge von unzureichender Psych-PV-Erfüllung u./o. stark gestiegenem Dokumentationsaufwand zu Lasten der für Patienten verfügbaren Zeit
  - fordern ein, die konstruktiven Perspektiven des neuen Entgeltsystems in Verbindung mit Psych-PV-Erfüllung endlich auf die Tagesordnung zu setzen: „*Chancen*“

8

## 2. § 17d- Entgelt:

### PSYCH-Patienten - was ist anders als bei DRG-Patienten?

#### *Was folgt daraus für das neue Entgeltsystem?*

Das DRG-System konnte von ICD 10 /Australischen DRGs ausgehen

Kein Vorbild international für 17d Entgeltsystem

- Psychische Erkrankungen
- Pauschalen mit Tagesbezug
- Krankenhausentgelt mit ambulanter Behandlung

Aus der internationalen Literatur ist für psychiatrische Krankenhausbehandlung die fehlsteuernde Wirkung von Pauschalen, die sich auf Diagnosen und „Fälle“ beziehen, seit langem belegt. Deshalb wurde im § 17d KHG der Tagesbezug (statt Bezug auf „Fälle“) gewählt, der der hohen Variabilität von Behandlungsverläufen, insbesondere der Dauer, besser gerecht wird.

9

## Psychische Funktionen für Begreifen und Beurteilen der Erkrankung:

- nicht beeinträchtigt bei somatischen Erkrankungen  
wie Hüftgelenk-Arthrose, Zuckerkrankheit

- *beeinträchtigt, je schwerer die psychische Erkrankung:*

**Patient**                      **Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Stimmung, Urteilen ...**

depressiv                      „ich bin ein Versager, bin schuld, mir kann niemand helfen“

manisch                        auf Wolke 7: „mir geht es prima, so soll es bleiben“

krankhaftes  
Mißtrauen                      zu Hause/ in der Klinik: „die wollen mich vergiften ...  
mich auf immer wegsperren“

---

Patienten,  
Bezugspersonen  
Professionelle                      mentale Barrieren:  
Vorurteile, Stigma: „das 2. Leiden“

10

---

## Patienten-Rolle übernehmen:

- Selbst-Definition: „ich bin krank“ - deshalb:
- Selbst-Definition: „ich suche professionelle Hilfe“
- Entpflichtung akzeptieren: „ich kann meine Aufgaben z. Zt. nicht erfüllen“
- Die *Rollenpartner*: verhalten sich nur dann entsprechend, wenn sie die Verhaltensstörung als Krankheit erkennen

### ***beeinträchtigt durch die Störung der psychischen Funktionen, Folgen:***

- schwierige Kooperation bei der Behandlung, z. B. Abbruch
- Vermeidung von Behandlung, soziale Folgen, Kündigung Arbeit ...
- Zwangsbehandlung bei Selbst- und Fremdgefährdung, möglichst Vermeidung des Zwangs durch niederschwellige Motivation vor der Zuspitzung

11

---

---

## Wechselwirkungen zwischen ICF-Ebenen:

bio-psycho-soziales *Krankheits*-Modell, nicht nur für Reha:

- Krankheitsprozess
- Person als Subjekt mit Biographie
- Partizipation in Lebensbereichen
- ***Personale Ebene:***  
wie erlebt und verarbeitet der Patient die Veränderung seiner Psyche durch die Krankheit und die Behandlung? Verzweiflung, Scham, Vorwürfe an andere  
Interaktion zwischen gesunden und kranken Anteilen der Person? Therapie z. B.:  
gesunde Anteile stärken, Zweifel sähen i. B. a. krankhafte Gewissheiten (Wahn, Halluzinationen ...)
- ***Partizipation, Sozialer Kontext:*** Angehörige/privater Bereich, Nachbarschaft, Schule, Bildung, Arbeit, Vereine ...  
Wichtige Bezugspersonen sind einflussreich, entweder
  - ***hilfreich:*** Verständnis, Grenzen setzend, Toleranz und Distanz, unterstützend und beschützend
  - ***Probleme verschärfend:*** häufig forcierte Kritik, Nach-Erziehung, fürsorglich gemeinte Warnung vor der „Pillenkeule“, bei Sucht: Folgen vertuschen, um zu helfen

12

---

---

## Behandlungsbedarf individuell und im Zeitverlauf oft wechselnd, „Dosis“ Krankenhaus *individuell flexibel anpassen* nach Intensität und Dauer

**komplexe Wechselwirkungen** in / zwischen den 5 Bereichen, kein einfach linearer Zusammenhang zwischen Symptomausprägung und Behandlungsbedarf:

- >> **Krankheitsprozess** individuell sehr verschieden
- >> **Psychopharmaka, Psychotherapie** - individuell Wirkungen und Nebenwirkungen unterschiedlich
- >> **subjektive Verarbeitung** der Erkrankung und Behandlung:  
konstruktiv oder destruktiv
- >> **Angehörige** und andere Bezugspersonen:  
es gibt keine (mehr),  
sie tragen zur Lösung der Probleme bei,  
oder sie sind ein Teil des Problems
- >> **Teilhabe/Inkusion:**  
private Kontakte, Arbeit, Vereine ... wie erwünscht vom Patienten  
oder beeinträchtigt: **Exklusion**

13

---

---

## Behandlungsziel: selbst gesteuertes Gleichgewicht Patient wird zum Experten für seine Erkrankung und Behandlung in seinem Lebenskontext

- **somatisch: z. B. Zuckerkrankheit**  
Ziel: Blutzucker im Normbereich, früher im Kontext Krankenhaus, heute Kontext eigenes Leben  
durch abgestimmte Wechselwirkungen zwischen
  - Ernährung
  - Bewegung
  - Medikamenten-Dosierung, selber situativ angepasst
- **psychisch: z. B. schizophrene Psychose**  
Ziel: Balance zwischen Reizüberflutung und reduzierter Symptomatik
  - psychosoziale Steuerung: Nähe - Distanz, Unter-/Überforderung regulieren, zu komplexe Situationen meiden, eigene Kompetenz im vertrauten Kontext entfalten
  - Psychopharmaka: zur erlebten Normalisierung der psychischen Funktionen, möglichst keine Nebenwirkungen, Feindosierung situativ selbst bestimmen

14

---

---

## Anforderungen an das neue PSYCH-Entgeltsystem - Teil 1

- **Regionale Versorgungsverpflichtung:**
  - damit die Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf eine Klinik kennen, die sie wohnortnah aufnimmt
  - bindet einseitig die Klinik, **kein Monopol!**
  - Patienten können die Klinik wählen, fördert ihre Bereitschaft zur Behandlung
- **Erhalt von Wohnung, Nachbarschaft und Arbeitsplatz**
- **Kontinuität der therapeutischen Beziehungen wichtig:**
  - wegen der Komplexität der Behandlung,
  - infolge der Krankheit für Patient schwierig, ein Behandlungsbündnis einzugehen / durchzuhalten,
  - z. B. 2 Bezugstherapeuten zuständig (teil-)stationär und ambulant zuständig für Patient, seine Angehörigen und wichtige Bezugspersonen in den Lebensbereichen
- **Kontinuität der Kooperationen** mit Klinik-externen Dienstleistern:
  - Fachpraxen und anderen psychiatrischen Diensten für Behandlung, Rehabilitation/Teilhabe und Pflege
  - Selbsthilfe-Gruppen
  - ambulante und stationäre somatische Medizin
  - nicht-medizinische Dienstleister für (Folge-)Probleme mit Familie/Erziehung, Wohnung, Schulden, Schule/Bildung, Arbeit/Beschäftigung, Sport/Freizeit ...

15

---

---

## Anforderungen an das neue PSYCH-Entgeltsystem - Teil 2

- **SOLL:**
  - Flexible Individualisierung der Institutionellen „Dosis“ Klinikbehandlung = Bewertungsrelationen/Tag von 0.1 - 2.5**
  - als Kontinuum**, weil Patienten aus einer Versorgungsregion individuell verschiedenen und wechselnden Behandlungsbedarf haben
- **IST:**
  - Verteilung von Patienten scheinbar klar auf **stationär, teilstationär, ambulant = ein Artefakt des fragmentierten Finanzierungssystems**
  - Gefahr der Fehlanreize
    - Fragmentierung, die die Nachhaltigkeit der Behandlung beeinträchtigt
    - zu umfangreiche Behandlung wird in Anspruch genommen, wenn die niedrigere Stufe nicht ausreicht, weil die Abstände / die Schnittstellenprobleme zwischen den Stufen zu groß sind
    - stationäre Behandlung zieht auch überregional Patienten an, die wohnortnah ambulant oder teilstationär behandelt werden *könnten*

16

---

### **Wieviel OPS brauchen wir als „Kostentrenner“?**

um „medizinisch unterscheidbare Patientengruppen abzubilden - praktikabel“?  
zur Kalkulation der Bewertungsrelationen?

#### ***Relevante Bezugsgrößen für Krankenhauskosten:***

1. Anzahl Krankenhausbehandlungstage in 365 Tagen
2. Differenzierung der Entgelte pro Tag / pro Zeitstrecke  
> Bewertungsrelationen: Spreizung von 0.1 - 2.5? mit Stufen von 0.1, 0.2 oder 0.3?
3. Psych-PV (Pseudo-OPS) oder Basis-OPS und Zusatzinformationen
4. Anzahl der Therapieeinheiten im 25-Min. Takt, nach Berufsgruppen

Die Reihenfolge entspricht der abnehmenden Bedeutung.

Therapie-Einheiten nur in Randbereichen zusätzliche Relevanz?<sup>17</sup>

#### ***Wann legt InEK empirische Ergebnisse und Bewertung vor?***

### **Die Organisationsstruktur der Klinik ändern, durch die neue Finanzierung unterstützt - Teil 1**

- **Klinikstruktur und Leitung:** *üblich* nach Gleichartigkeit der Behandlungsstufen, getrennt nach ambulant / stationär/ teilstationär  
*besser nach Zielgruppen*, störungsspezifisch u./o. regional,  
*unter einer Leitung* für Behandlung mit allen institutionellen Dosisstufen, in der Klinik und von der Klinik aus im wirklichen Leben des Patienten: Bewährung des Behandlungsergebnisses!
- bisher: ambulant, tagesklinisch, stationär,  
*zukünftig:* von 0.1 - 2.5 nach Bewertungsrelationen
- **Beziehungskontinuität:** *bisher* innerhalb einer Behandlungsstufe, Unterbrechungen an den „Schnittstellen“ der „Behandlungskette“ bewirken Transferverluste  
*zukünftig:* langfristige gemeinsame Erfahrung für weitere Behandlungsplanung orientiert an den individuellen Zielen und Ressourcen des Patienten sowie seines privaten und professionellen Umfeldes
- **Große Bedeutung des Kontextes:**
  - so früh wie möglich Behandlung im realen Leben
  - wichtige Bezugspersonen einbeziehen, aber nicht überfordern
  - aber soviel Schutz- und Schonraum, therapeutisches Milieu in der Klinik wie nötig (auch für somatische Probleme)

---

## Die Organisationsstruktur der Klinik ändern, durch die neue Finanzierung unterstützt - Teil 2

- **Qualitätssicherung:** Ziel-orientierte *Behandlungspfade*  
stationäre/teilstationäre/ambulante Behandlung übergreifend,  
vernetzt mit den externen Kooperationspartnern,  
**Ergebnis: Wirkung der Behandlung insgesamt und erprobt im wirklichen Leben**
- **Abrechnungseinheiten für Behandlungspfade:**  
mit Teilgruppen erproben, statt 100%-Ansatz in einem Schritt  
z. B. Personenbezogene Komplexpauschalen für definierte Zeitstrecken,  
z. B. 1 Jahr, und weniger / mehr  
zur flexibel individualisierten Behandlung  
mit Kontinuum der institutionellen Dosis - ohne Bürokratieaufwand

19

---

---

## „Regionalbudget - funktioniert zwischen den Deichen“, und im Ruhrgebiet?

### *Intelligente Lösungen für individuellen Anspruch auf Behandlung bei Budgetsteuerung*

- für sektorübergreifende Pauschalen zur flexibilisierte individuellen Behandlung
  - für Empirie zur Frage nach Nutzen für Patienten und Kosten für die Kasse
  - für Ausgleiche, wenn Patienten innerhalb der Zeitstrecke einer Pauschale die Klinik wechseln
- Krankenkasse führt „Konto für Behandlungen“ je Versicherten (pseudonymisiert)
  - Klinikbudget für Kalenderjahr
  - Patientenbudget für 365 Tage oder 1 Monat oder 3 Jahre (Abrechnungseinheiten)
  - Krankenkasse: Versicherten bezogenes Regionalbudget, Klinik übergreifend
  - Regionalbudget bezogen auf Population, Kassenarten übergreifend

20

---

---

### 3. Exkurs zu Effizienz als Ziel der Ökonomie: Zum Verhältnis von NUTZEN & KOSTEN

*Minimalprinzip:*

einen vorgegebenen Nutzen mit möglichst geringen Mitteln erreichen

*Maximalprinzip:*

mit vorgegebenen Mitteln einen möglichst großen Nutzen bewirken

Die **Politik** schafft dafür geeignetere Rahmenbedingungen

Die **Kliniken** verbessern ihre Effizienz durch Struktur- und Organisationsoptimierung

21

---

---

#### Politik hat 2 Prüfaufträge erteilt

(§ 17d Abs. 1, siehe auch Amtl. Begründung dazu, die auf das AOLG-Votum und Fachkreise Bezug nimmt)

1. „**andere Abrechnungseinheiten**“ - mögliche Ziele:
  - Anreize für effizientere Organisation von stationär-teilstationär-ambulanter Krankenhausbehandlung
  - Reduktion des „Mißtrauensaufwandes“ (der „Bürokratiekosten“) zwischen Klinken und Kassen

Vorsicht: DRGs durch die Hintertür!?
2. **Institutsambulanz (PIA) einbeziehen** - Voraussetzungen:
  - Leistungen und Kosten § 17d-kompatibel machen
  - gesetzliche Regelung notwendig, die die finanziellen Risiken von Veränderungen der Morbidität in der Bevölkerung und der Inanspruchnahme (Wahlfreiheit) nach sinnvollen Steuerungszielen zwischen Kassen und Kliniken verteilt.

22

---

## Ziel des neuen Entgeltsystems: gleiches Geld für gleiche Leistung

Auf dieser Basis **Wettbewerb** um größeren Nutzen für **Patienten** aus gleichen Mitteln: Kliniken verbessern Effizienz durch Struktur- und Organisations-Optimierung

### Prinzip der Architektur: „Struktur folgt der Funktion“ -

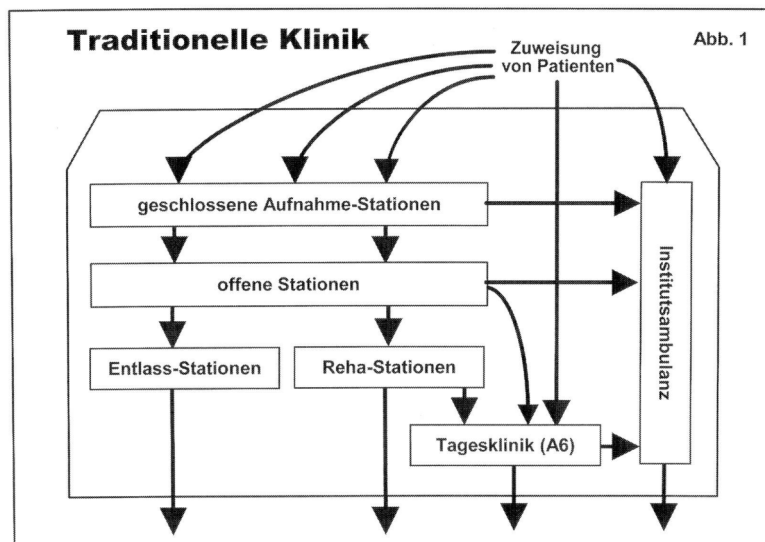
*in Kliniken bisher umgekehrt?! Siehe nächste Folie 24*

*Das betrifft*

- Management, Verwaltung, Servicebetriebe
- *Behandlung*: Maßnahme-bezogen fragmentierte Verantwortung
- **Verantwortung für Personen** > statt ambulante, teil- und vollstationäre „Fälle“ < fördert Kontinuität der Beziehungen zu Patienten in ihrem Lebenskontext, zu Angehörigen und Profis außerhalb der Kliniken, verbessert die Nachhaltigkeit der Therapie-Ergebnisse

23

## Traditionelle Klinik



24

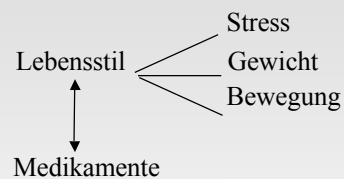
## Betroffene Angehörige und mit Patienten befasst - Einbeziehung und Kontinuität wichtig!

- Familie, incl. Kinder
- Nachbarn / Vermieter
- FreundInnen
- Arbeitgeber / Kollegen
- Hausarzt / Facharzt
- Psychotherapeut
- Somatische Klinik
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Allgemeine soziale Dienste
- Komplementäre Einrichtungen  
Suchthilfe / Altenhilfe
- Dienste und Einrichtungen für  
Menschen mit geistiger Behinderung
- Betreuer / Bevollmächtigter
- Jugendhilfe
- Sozialamt / Wohnungsamt
- Amtsgericht
- M D K
- Krankenkassen

25

## Patienten steuern selber in ihrem wirklichen Leben

- z. B. Blutdruck erhöht



- z. B. Schizophrenie: Reiz-Überflutung bei Über-Sensibilität

- Stress, Reizaufnahme steuern, Kontext anpassen
- Sensibilität für Stress durch Medikamente regulieren

26

---

## Patienten-Orientierung und Ökonomie I

Die traditionellen Alternativen sind obsolet geworden:

- **Unbezahlbar**  
ist eine ausreichend **lange nur stationäre Behandlung**, wie sie nötig wäre, um die Fragmentierung des Therapie-Prozesses zu vermeiden;
- **therapeutisch nicht vertretbar**  
ist die flexible Anpassung der „Dosis Krankenhausbehandlung“ mit **häufiger Fragmentierung** der therapeutisch wichtigen Beziehungen.

27

---

---

## Patienten-Orientierung und Ökonomie II

Beitrag zur **Reduktion der „strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen“**:

- Die Behandlung **wirkt besser**,  
wenn die *reale Lebenswirklichkeit* praktisch und subjektiv in die Therapie einbezogen wird
- Die Behandlung ist **kostengünstiger**,  
wenn die „Dosis Krankenhausbehandlung“ flexibel, wann immer möglich, nach unten angepasst wird, auf der Grundlage *verlässlicher therapeutischer Beziehungen*

28

---

---

## 4. Psych-PV und ihre Wirkung

### Psych-PV - Konzept (1)

- Die Psych-PV definiert für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf (z. B. A1 = Leistungskomplex)
- die typischen BehandlungsZIELE
- die typischerweise notwendigen BehandlungsLEISTUNGEN
- QUALITÄTsanforderungen

und leitet daraus (Expertenurteil) den BEDARF an Personalstellen ab

29

---

---

### PSYCH-PV - KONZEPT (2)

Die wichtigsten QUALITÄTsanforderungen sind:

- regionale Versorgungsverpflichtung

als Therapieziele nicht nur

- bessern von Symptomen und subjektivem Befinden

sondern auch

- Befähigung zur Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung, von Rehabilitation, Pflege und anderen Dienstleistungen

- Befähigung zu möglichst eigenständigem Leben außerhalb von Institutionen

30

---

---

### **Wirkungen der Psych-PV seit 1991:**

- die Personalausstattung grundlegend verbessert
- ein geschlossenes Leistungskonzept vorgelegt
- Qualitätsanforderungen und Prüfprozeduren verankert
- maßgeblichen Beitrag zur *Effizienzverbesserung* geleistet (siehe nächste Abbildung):
  - Bettenabbau
  - Verweildauerrückgang
  - Enthospitalisierung

zur **Strukturklarheit**: Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Nichtbehandlungsfällen = sog. „Pflegefällen“

zur **Konvergenz** von Fachkrankenhäusern und Psychiatrischen Abteilungen

31

---

---

### **Effizienzsteigerung, bessere Akzeptanz von Klinikbehandlung**

Die Psych-PV hat – trotz der tagesgleichen Pflegesätze (mit Anreiz zu längeren Verweildauern) gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) – zur Fallzahlerhöhung und zur Verweildauerverkürzung sowie zur Bettenreduktion beigetragen: *Leistungsverdichtung*

In der nächsten Abbildung geht es um die %-Zahlen in der vorletzten Spalte rechts: %-Veränderung von 1991 bis 2004 psychiatrische Kliniken Erwachsenen-Psychiatrie, vergleichbarer Trend in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie

32

---

**Leistungsverdichtung 1991 bis 2004**  
in psychiatrisch -psychotherapeutischen und somatischen Kliniken

	<i>1991 = 100 %</i>		<i>2004: Veränderung (%)</i>	
	<i>Psychiatrie</i>	<i>Somatik</i>	<i>Psychiatrie</i>	<i>Somatik</i>
Fallzahl	396.131	14.180.482	+ 80 %	+ 13.5 %
Verweildauer	66.5	12.5	- 63 %	- 36 %
Berechnungstg.	26.361.050	177.842.479	- 33 %	-27.4 %
Betten (aufgestellt)	84.048	581.517	- 37 %	- 17.7 %

Aktion Psychisch Kranke 2007, Seite 54

33

**Unterfinanzierung der Psych-PV -  
„Deckel“ der BPfIV seit 1996**

**Psych-PV-Erfüllung in 2004** (Quelle: APK Evaluation)

A) Kliniken für Erwachsene:

90 % und weniger für die Hälfte der Betten

85 % und weniger für ca. 1/3 der Betten

B) Kliniken für Kinder und Jugendliche:

88 % und weniger für die Hälfte der Betten

80 % und weniger für knapp 1/4 der Betten

**„Sinkflug“ unter dem Deckel - Fortsetzung bis 2009 - und weiter? Oder bringt die Änderung der BPfIV im KHRG die Trendwende?**

34

---

**Qualitätsanforderungen der Psych-PV sind - noch - gültig  
Forderung: auch mit dem neuen Entgeltsystem realisieren !**

***regionale Versorgungsverpflichtung***

denn je schwerer die psychische Erkrankung,

- desto geringer der Wunsch nach Behandlung
- umso größer die Gefahr der Zerstörung der Beziehungen zu Angehörigen und externen Therapeuten
- Stigma - das „2. Leiden“

***Befähigung der Patienten***

- zu ambulanter Behandlung sowie ggf. Rehabilitation/Eingliederung und Pflege
- zum selbständigen Leben außerhalb von Institutionen
- Angehörige und externe Therapeuten einbeziehen

35

---

---

***Was folgt daraus ?***

**Strategische Aufgaben zur Umsetzung des  
KHRG/KrankenHausfinanzierungsReformGesetz**

- Personalausstattung nach Psych-PV wieder herstellen - als Voraussetzung für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems (Änderung der BpflV im KHRG)
- § 17d (1): Leistungsbeschreibung für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen: „praktikable Differenzierung“ und Kalkulation entsprechender Tagespauschalen
- Prüfaufträge des § 17d (1) KHG (KrankenHausfinanzierungsGesetz): „andere Abrechnungseinheiten“ und Institutsambulanz (PIA) einbeziehen
- „Begleitforschung“ (17d (8)): zu den Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, „lernendes System“ verstetigen zur Gesundheitsberichterstattung Bund, Länder, Kommunen

36

---

---

## Personalausstattung nach Psych-PV wieder herstellen - als Voraussetzung für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems - WARUM?

*Normative* Setzung der Psych-PV: Minutenwerte §§ 5 & 9 für  
therapeutisches Personal - Strukturqualität therapeutisches Personal -  
wird mit § 17 d KHG außer Kraft gesetzt (mit Einführungsgesetz ab 2014 ?)

>> <<

*Empirische* Ermittlung der Tagespauschalen: IST-Vollkostenrechnung, die  
Kosten für Leistungen/pro Tag pro Patient in Relativgewichten darstellt

- 
- **verhindern:** Das zu niedrige Personal-IST in Folge Unterfinanzierung darf nicht als **SOLL** im neuen Entgeltsystem auf Dauer **zementiert** werden!  
Also Änderungen der BpflV im KHRG umsetzen!
  - **berücksichtigen:** Leistungsverdichtung und neue Aufgaben

37

---

---

## 5. Schlussfolgerungen:

- Das Ergebnis der Entwicklung des neuen Psych-Entgelts betrifft nicht nur die Kliniken
- Überlassen Sie die Entwicklung des neuen Entgeltsystems nicht nur den „Selbstverwaltungspartnern“
- Unterstützen Sie die Politikerinnen und Politiker auf Bundes- und Landesebene, die sich für die Patienten-orientierten Perspektiven des neuen Entgeltsystems einsetzen
- Formulieren Sie konkret ihre Anforderungen an die Kliniken zur gemeindpsychiatrischen Kooperation im Interesse der Patienten und Angehörigen
- Unterstützen Sie die Kliniken, verbünden Sie sich mit Ihnen in Bezug auf die gemeinsamen Ziele, insbesondere wenn die Kliniken *systembedingt* diese Ziele nicht erreichen können

38

---

---

## 6. Literatur-Hinweise:

### 1. Kunze/Kaltenbach/Kupfer (Hrsg.)

Psychiatrie-Personalverordnung, Verlag W. Kohlhammer, 6. Aufl. 2010

Siehe dort **Vorwort** sowie **IV. Anhang:**

2000-2003: Zum Fallpauschalengesetz aus psychiatrischer Sicht, Anhang 9-11,

2009: Zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems gemäß § 17d KHG, Anhang 12-20, insbesondere: Wichtige KHRG-§§ und Amtliche Begründung siehe Anhang 15

### 2. Aktion Psychisch Kranke, Weiss P, Kunze H, Roeder N (Hrsg.):

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG. Dokumentation des Expertenworkshops am 04. Juli 2011 in Berlin. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2011  
siehe auch [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de), *dort auch weitere Texte*

### 3. Kunze H, Kukla R: Chancen für die Psychiatrie, f&w 1/2011, S. 66-70 (f&w = Führen und Wirtschaften, Bibliomed-Verlag Melsungen)

### 4. Munk, Ingrid: Grundrauschen im Prokrustesbett: Zur Umsetzung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie Editorial in: Psychiatrische Praxis 2011, 38: 267-269