

50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD:
**Die psychiatrische Versorgung in Deutschland -
 aktuelle Entwicklungen**
 27. bis 28. Oktober 2016 - LVR-Klinik Langenfeld

(Stand 27.10.2016)

**Aktuelle Entwicklungen für das Personal –
 Der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

Heinrich Kunze,
 Aktion Psychisch Kranke

Der Titel des Gesetz-Entwurfs (vom 03.08.) ist Programm:
 Von **PEPP** zum **PsychVVG**, „VV“ steht für **V**ersorgung und **V**ergütung.

Eine systematische Darstellung der Absichten des Gesetzgebers kann man in der
 Begründung zum Gesetz-Entwurf finden: „A. Allgemeiner Teil“, S. 19-27
<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett.html>

Was vom Gesetz-Entwurf für mein Thema wichtig ist:

1. *Finanzierung der Strukturqualität therapeutisches Personal*
2. *Budgetfindung und Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort*
3. *Vom bettenlastigen PEPP-Torso zum Gesamtkonzept der Krankenhausleistungen*
4. *Krankenhausvergleich - statt schematische Konvergenz auf stationäre Mittelwerte und Verweildauer abhängige Degression*
5. *Abrechnung – und Reduktion des Mißtrauensaufwands*
6. *Behandlungsqualität und Personalgewinnung*
7. *Zum Schluss: Und was wird in 5 Jahren sein?*

Der Gesetzentwurf gibt allgemeine Ziele vor und verteilt Aufträge.

Die Wirkung dieses Gesetzes hängt davon ab, dass die konkrete Umsetzung der verschiedenen Aufträge im „lernenden System“ zum PsychVVG sowie die konkreten Budgetverhandlungen vor Ort an den Zielen des Gesetzes ausgerichtet werden.
 Ob das Budgetsystem die Fehlanreize von PEPP „zähmen“ kann, ist die spannende Frage.

Das bisherige PEPP-System errechnet Mittelwerte für unterschiedliche Patientengruppen mit ähnlichem therapeutischem Aufwand. Damit würde das defizitäre IST faktisch zur Norm. Der Treppeneffekt abwärts durch die Mittelwerte wird verstärkt durch die regelhafte Unterfinanzierung der Kostensteigerungen im Personalbereich.

Die Folgen gehen die Betroffenen, die Patienten und Angehörigen, sowie die Kooperationspartner in der regionalen Versorgung an. Sie betreffen nicht nur das Selbstverständnis der Klinik:

Die Kliniken könnten mit dem PEPP-System überleben, wenn sie sich diesem System anpassen:

- Ausweitung von unterdurchschnittlich aufwändigen stationären Fällen mit im ambulanten Bereich unterversorgten Patienten
- Elektive Steuerung der Aufnahmen zur gleichmäßigen Auslastung über die Ambulanz
- Vermeidung von überdurchschnittlich aufwändigen Behandlungen
- Konzentration zu „wirtschaftlichen“ Größen von Stationen und Klinikstandorten

Und was wird aus dem Anrecht der psychisch erkrankten Menschen auf wohnortnahe Krankenhausbehandlung, rechtzeitig und dem individuellen Bedarf gemäß?

1.) Finanzierung der Strukturqualität therapeutisches Personal

Mit dem PsychVVG-E sind folgende Verbesserungen vorgesehen:

Der bisher rein empirische Ansatz wird zu einem empirisch-normativen Vorgehen verändert: *qualitätsbasierte Kalkulation eines bundeseinheitlichen Leistungskatalogs „auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität“ (Amtl. Begründung II.5).* Zu unterscheiden ist: der bundeseinheitliche Leistungskatalog enthält die empirisch ermittelten Relativgewichte (RG), die Bewertung in € (Preise) ergibt sich in der budgetneutralen Phase bis 2019 aus dem hausindividuellen Basisentgeltwert durch Division aus dem fortgeschriebenen historischen Budget (bisherige BPfIV). Erst ab 2020 enthält die BPfIV neue Verhandlungsbereiche zur Überschreitung des bisherigen Gesamtbetrags, insbesondere: Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA, regionale und strukturelle Besonderheiten (§ 3 Abs. 3-E BPfIV).

Die Politik versucht, mit einem pauschalierenden Finanzierungssystem eine bedarfsnotwendige Personalausstattung einzuführen, aber dabei das Selbstkostendeckungsprinzip zu vermeiden:

- Vor 2020 „soll“ für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen“ (§ 17d, Abs 1, Satz 7). – Die Finanzierung der Stellen erfolgt aber zunächst weiter nach den Regeln der bisherigen BPfIV.
- Ab 2020 „sollen“ die Kalkulationshäuser die vom G-BA „festgelegten Anforderungen erfüllen“.

Anmerkung: „Soll“- wie verbindlich ist das? Die juristische DickeDaumenRegel lautet: „Soll“ = „Wer kann, der muss“.

- Der Auftrag an den G-BA wird im Gesetz-E präzisiert:
Bisher ist sibyllinisch formuliert „...Richtlinien (als) Empfehlungen“, zukünftig gilt: „...Richtlinien ... verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen

Personal ...“ (§ 136a, Abs. 2-E)

Merkposten: Werden Mindestvorgaben in den örtlichen Verhandlungen zu Obergrenzen?

-- Wenn nicht genügend Kalkulationseinrichtungen die Psych-PV bzw. die Vorgaben der G-BA erfüllen, dann soll eine *Hochrechnung – mit Bezug auf die geltende Personalnorm* - auf der Grundlage der InEK-Daten erfolgen. (Amtl. Begründung zu § 17d, Abs. 1, Satz 4)

Die Bundesregierung weist in einer Gegenäußerung (28.09.2016) zur Stellungnahme des Bundesrats darauf hin, dass die „Kostenentwicklungen“ (> Ziffer 3, § 3, Abs. 3-E BPflV) des einzelnen Krankenhauses und die „Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA“ (> Ziffer 5) im „Gesamtbetrag“ zu berücksichtigen sind (Amtl. Begründung S. 34, 2. Spiegelstrich, sowie Gegenäußerung der Bundesregierung S. 23 oben). Könnten damit auch regionale Besonderheiten der Personalkosten gemeint sein? Nach § 13 BPflV sind diese Streitpunkte schiedsstellenfähig.

Aber Fragen bleiben: Die „Kostenentwicklungen“ im Gesetz-E werden in der Begründung auf „zusätzliche Kosten“ eingeschränkt - ist damit der Nachholbedarf in Folge der jährlich kumulierenden Unterfinanzierung von Personalkostensteigerungen von früheren Budgets abgeschnitten?

Gilt die Nr. 5 (G-BA Personalanforderungen) auch für Psych-PV-Nachholbedarf bis 2019? Was wird aus der unzureichenden Finanzierung von Investitionen durch die Länder, die oft aus dem Budget quersubventioniert werden? Darüber wurde heute schon mehrfach gesprochen.

Mit Vorgaben für notwendige Therapeutenstellen, die vereinbart aber nicht ausreichend finanziert werden, gibt es ja leidvolle Erfahrungen seit 1996.

Die Psych-PV ist als Verordnung ebenso verbindlich wie die „Straßenverkehrsverordnung StVO“, aber stellen Sie sich vor, die StVO würde so „flexibel“ angewendet wie die Psych-PV!

2.) Budgetfindung und Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort

Die Basis zur Budgetfindung bleibt das PEPP-Konzept (siehe auch 5.), aber perspektivisch mit der wichtigen Veränderung der qualitätsbasierten Kalkulation eines bundeseinheitlichen Leistungskatalogs.

a) In der budgetneutralen Phase werden die Leistungsmengen der Klinik gemäß dem bundeseinheitliche Katalog von Relativgewichten nach dem hausindividuellen

Basisentgeltwert in € bewertet. Gesamtbetrag : Summe der RGs.

b) Ab 2020 sind die Vorgaben des G-BA zur Zahl der Stellen – und der Kosten (?) - im Gesamtbetrag zu berücksichtigen, siehe die Aufzählung von 1. – 6. in § 3, Abs. 3-E BPflV (sprachlich gestraft):

Zur Vereinbarung des Gesamtbetrags sind „insbesondere“ folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Leistungen nach dem bundeseinheitlichen Katalog
2. Veränderungen der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten
3. Kostenentwicklungen, Verkürzungen von Verweildauern, Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen
4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4
5. Umsetzung der GBA-Anforderungen zur Ausstattung mit therapeutischen Personal
6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5

Zu 5. – G-BA-Anforderungen - sollten im Gesetz auch die notwendigen Kosten genannt werden, ggf. mit Hinweis auf die „Kostenentwicklungen“ in 3., die bisher einen anderen Bezug haben.

Der vereinbarte *Gesamtbetrag* wird aufgeteilt in

1. das *Erlösbudget* aus den bundesweiten Entgelten des Katalogs
2. die *Erlössumme* aus hausindividuellen Entgelten für Besonderheiten (s.u.)

Diese beiden Kennzahlen sind der Kern des „Leistungsbezogenen Vergleichs“ (nach § 4-E BPflV – dazu später mehr).

Der Absatz 3 (§3-E) enthält auch die Regelung: Wenn „eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.“

Dem Bundesrat gegenüber legt die Bundesregierung Wert darauf, dass „eine basiswirksame Absenkung des Gesamtbetrags *möglich* sein muß. Ob und inwieweit der Gesamtbetrag ...abzusenken ist, vereinbaren ... die Vertragsparteien, (...) so dass den Gegebenheiten vor Ort Rechnung getragen werden kann“.

Die Bundesregierung hat in ihrer „Gegenäußerung“ ein „Ob“ dem „inwieweit“ vorangestellt, das bisher im Gesetzentwurf noch fehlt.

Problem der Refinanzierung von Tarifierhöhungen, die die maßgebliche Obergrenze überschreiten: Die Gegenäußerung verweist aber i. d. Zusammenhang nicht auf „Kostenentwicklungen“ in Nr. 3 von Absatz 3, § 3 BPflV (s.o.)

Bedenklich erscheint uns nach wie vor die große Nähe des neuen Entgeltsystems zu einer kleinteiligen Abrechnung von PEPP-Einzelleistungen, die Fehlanreize zur Versorgung leichter erkrankter Patienten auf Kosten einer flexiblen und personalintensiven Therapie der schwer psychisch Kranken setzen. (siehe auch unten 5. Abrechnung...)

3.) Vom bettenlastigen PEPP-Torso zum Gesamtkonzept der Krankenhausleistungen

Das bisherige PEPP-Konzept wird mit dem PsychVVG „verbindlich für alle Krankenhäuser ...zum 1. Januar 2018 eingeführt ..., bis 2019 budgetneutral ... Ab dem

Jahr 2020 sind der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag“ nach der BPflV anzupassen. (§ 17d Abs. 4 neu KHG)

Gleichzeitig mit dieser Einführung sind erhebliche Veränderungen umzusetzen, der Auftrag in KHG § 17d, Abs. 1, Satz 4 geändert:

„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und die Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt werden.“

Und: § 39 Abs. 1-E beginnt mit der Aufzählung:

„Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht“. – „Ambulante“ Krankenbehandlung gibt es also in der Zuständigkeit von Krankenhäusern und der KBV.

Das sind z. T. seit 2009 verschleppte Anforderungen. Bemerkenswert ist: der Einsatzzweck „Budgetsystem“ wird genannt, die Abrechnung aber nicht, die Begrenzung des Dokumentationsaufwands wird wiederholt.

Die Bedeutungsänderung des Begriffs „stationär“ nimmt die schon eingetretene Entwicklung der Krankenhaus-Versorgung auf. „Stationär“ ist der Oberbegriff für die verschiedenen Formen von Krankenhausbehandlung. Denn der Richtlinienauftrag in Absatz 2-E (§ 136a SGB V) gilt für „die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“. Im § 136c SGB V wird „stationär“ bei „einrichtungsübergreifender *stationärer Qualitätssicherung*“ gestrichen.

Bisher ist die neue Behandlungsform nur als Äquivalent für vollstationäre Behandlung vorgesehen. Im OPS gibt es aber schon seit einigen Jahren flexiblere Formen der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld:

Für Modellvorhaben nach § 64b (SGB V) geltende Zusatzcodes sind die OPS 9-644 für Erwachsene: „stationersetzend“ und „halbtägig tagesklinisch“. Die Einschränkung auf Modelle sollte aufgehoben werden, denn am Anfang von Kapitel 9 (OPS Version 2016) steht der „Hinweis“ für alle Erwachsenen-OPS geltende „Hinweis“:

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

Allerdings würde sich die auf „stationär“ begrenzte BPflV schwer tun, ein Krankenhaus-Gesamtbudget inklusiv Institutsambulanz zu bilden. Die Bundesregierung „prüft“ den

Vorschlag, den „stationären Gesamtbetrag“ und die Vergütung der Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz zusammenzufassen: als „Behandlungsbudget“.

Das bisherige Konzept der sektoral separierten Falltypen führt zu einem aufwändigen administrativen Dschungel, der mit jeder weiteren Differenzierung von Behandlungsformen weiter eskalieren würde. (siehe Gedankenexperiment am Schluss dieses Abschnitts 3.)

Doch ermöglicht das Konzept der Relativgewichte (RG) Vereinfachungen durch *sektorenübergreifende* Fallkonzepte. Diese könnten auch für Kennzahlen genutzt werden, die Leistungsorientierung und Transparenz verbessern.

Es fehlt ein vollständiger Katalog von Bewertungsrelationen mit vereinfachter Beschreibung der Leistungsformen, auch der innovativen Behandlungsformen.

Abb. 2 ist der Entwurf einer Übersicht zum vollständigen **Katalog der Leistungsformen** von Krankenhausbehandlungen.

Abb. 3 – 6 sind Beispiele für **individuell flexibilisierte Behandlungsverläufe** bei der Annahme von vergleichbarem Behandlungsaufwand pro Patient

Abb. 7 & 8 zeigen den Weg von der Strukturqualität (sektorale „Fälle“) zur Prozessqualität: Regionale Verantwortung für Personen, sowie die Grundstruktur für das interne **Controlling bei therapeutischer Verantwortung für Personen statt „Fälle“**

Die Abbildungen 2 – 6 zeigen größere Leistungsunterschiede als sie im bisherigen PEPP-System zur Darstellung kommen – Hypothesen:

- Aufwandsstufen pro Tag bzw. pro Woche: Bei gleicher Diagnosegruppe sind die Abstände zwischen flexibilisierten Aufwänden größer als zwischen Aufwänden von vollstationärer Behandlung verschiedener Diagnosegruppen.
- Patientenbezogene Aufwände pro sektorenübergreifende Krankenhausbehandlung unterscheiden sich nach Diagnosegruppen.
- Diagnosegruppen sind der Zugang vom Aufwand zur Behandlungsqualität.

Damit könnten die Erfahrungen insbesondere zur **„Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)“** (Eckpunkte) bzw. **„stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“** (PsychVVgG) erweitert werden.

Diese neue Form der stationären Krankenhausbehandlung wird als „Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung“ von uns ausdrücklich begrüßt. Sie ermöglicht den Kliniken, auch Patienten zu erreichen, die psychiatrische Krankenhausbehandlung in der bisherigen Form ablehnen, und die sonst unter Umständen gerichtlich eingewiesen werden. Außerdem können die Kliniken zugewiesene Patienten, die ambulante fachärztliche Behandlung nicht rechtzeitig oder im notwendigen Umfang finden, differenzierter versorgen. Der zu große Abstand zwischen institutsambulanter und stationärer Behandlung erfordert mehr Zwischenstufen (Abb. 6), damit die Klinik die Unter- oder Überversorgung – oder die Behandlung am ungeeigneten Ort - vermeiden kann.

Es würde sich anbieten, dafür schon geltende OPS als Einstieg zur Leistungsbeschreibung zu verwenden. Die noch nicht bewerteten RG (abgeleitet aus den OPS mit Zusatzcodes) könnte die örtliche Budgetverhandlung als eine Teilmenge des Gesamtbudgets bewerten.

Wir empfehlen die Zulassung in der Zuständigkeit der gestärkten örtlichen Verhandler, um die schon seit 2 Jahrzehnten vorliegenden aber sehr begrenzten Erfahrungen in Deutschland zu verbreitern und im Krankenhausvergleich auszuwerten, statt der Zulassung eine langwierige bürokratische Vereinbarung vorzuschalten. Schon jetzt die Regelung zum Planbettenabbau vorzusehen (die die Finanzierung von Investition durch das Land noch weiter senken würde), oder einen Vorrang vor der Behandlung im Krankenhaus zu verlangen, würde diese Entwicklung blockieren, die nur langsam in Gang kommen wird: Es gibt erst wenig Führungskräfte in den Kliniken, die mit dieser Organisationsform von Komplexbehandlung *durch* das Krankenhaus - „ggf auch im Lebensumfeld des Patienten“ (OPS, s.o.) - praktische Erfahrung haben. Das gilt auch für Patienten und Angehörige.

Es kommt nicht auf den generellen Vorrang der einen oder anderen Behandlungsform an, sondern darauf die Wahlmöglichkeiten von Behandlungsformen für die gemeinsame Behandlungsplanung von Patient und Arzt zu erweitern.

Patienten-orientiert flexibilisierte Behandlungsmöglichkeiten erweitern die Wahlmöglichkeiten und damit auch die Akzeptanz von Krankenhausbehandlung. Die unbürokratische Verfügbarkeit von Stufen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ist eine positive Alternative zur schematischen Degression stationärer PEPPs in Abhängigkeit von bürokratisch zu ermittelnden stationären Verweildauern.

Die interne Umgestaltung der Krankenhäuser von der Struktur- zur Patienten-orientierten Prozess-Organisation ist die Voraussetzung für sektorenübergreifende Behandlungskontinuität zwischen Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie, mit der dann auch sektorenübergreifende Finanzierung Sinn macht. Angehörige, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen der Finanzierungsbereiche Rehabilitation und Eingliederungshilfe sowie Pflege ... amtliche Betreuer müssen den Kontakt mit dem Patienten und seine Therapeuten im Krankenhaus jeweils neu beginnen, wenn der Patient wegen Veränderungen seines Behandlungsbedarfs immer wieder in eine andere Einheit „verlegt“ wird.

Ich schlage Ihnen ein Gedankenexperiment vor: Wenden Sie bitte bei individuell passgenau flexiblierter Behandlung die PEPP-Regeln in Verbindung mit den sektoral separierten Falltypen an: Fallzusammenführung, Überlieger zum Jahreswechsel, Degression abhängig von der Verweildauer, Rechnungsstellung ...

4.) Krankenhausvergleich

Dieser soll als Transparenzinstrument für die örtlichen Budgetverhandlungen

entwickelt werden, „um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen“. (**Abb. 9**)

Der Krankenhausvergleich darf nicht nur ein Leistungsvergleich (Bewertungsrelationen mit Preisen) sein, die bisherigen Kennzahlen für „Fälle“ und „Verweildauer“ ergeben keine sachgerechte Transparenz. Zu entwickeln sind Kennzahlen mit sektorenübergreifender Perspektive (z. B. CMI pro Patient und Zeitstrecke), die die Inanspruchnahme der verschiedenen Krankenhausbehandlungsformen („Settings“) den Patienten mit Behandlungspfaden zuordnen, statt Häufigkeiten von gleichartigen Behandlungsformen ohne Bezug zu Patienten zu verwenden. - Siehe z.B. Wanderbewegungen von Wählern zum besseren Verständnis von Wahlergebnissen.

Außerdem sind Kennzahlen für hausindividuelle und regionale Unterschiede mit Relevanz für den Umfang und die Qualität der Krankenhausbehandlung und ihre Finanzierung zu entwickeln, z. B.: soziale Brennpunkte oder bürgerliches Wohngebiet; Verfügbarkeit von Fachkräften bei Uni-Nähe, Ausbildungsstätten und regionaler Lebensqualität für Familien; Anteile in der regionalen Bevölkerung: alte Menschen in Einpersonenhaushalten oder Studenten und Uni-Personal mit jungen Familien.

Der Auftrag „Krankenhausvergleich“ ist eine Herausforderung von zentraler Bedeutung für das neue Finanzierungssystem, denn damit soll auch die Versorgung und ihre Qualität weiter entwickelt, und nicht nur das bisherige bettenzentrierte Krankenhaus anders finanziert werden.

5. Abrechnung – und Reduktion des Misstrauensaufwands

Mit der Budgetbasierung nach PsychVVG könnte der Bürokratieaufwand, der zu Lasten der Zeit für Patienten geht, wirksamer reduziert werden, siehe Auftrag in KHG § 17d-E. Doch wird die Chance im Gesetz-Entwurf nur unzureichend genutzt.

Die Abrechnung von Festpreisen für Einzelleistungen setzt bei jeder Einzelleistung Fehlanreize und stimuliert eine grenzenlos eskalierende Dynamik wechselseitigen Misstrauens. Schon die übende, noch „budgetneutrale“ Anwendung der PEPPs erzeugte Fehlanreize zur Ausweitung der Betten (Kliniken) und des Kontrollaufwands (Kassen).

Diese Fehlsteuerung des PEPP-Systems ist auch im PsychVVG bisher weiter wirksam: Die zur Budgetfindung vorgesehenen PEPPs sollen weiter bei der Abrechnung von der Kasse/dem MDK geprüft werden. Die Übungserfahrungen mit PEPPs haben gezeigt: Die Prüfung kann feststellen, ob alle definierten Merkmale für eine PEPP dokumentiert sind. Daraus ist aber nicht ableitbar:

- Ob sie für den Patienten notwendig waren aus fachlicher Sicht?
- Ob sie für den Patienten subjektiv Sinn machten?
- Ob die Qualität stimmte?
- Ob alle Merkmale vorlagen und alle Maßnahmen durchgeführt wurden?
- Ob der Mittelwert der PEPP-Stufe individuell der sachgerechte Aufwand, oder zu wenig oder zu viel war?

Dieses Konzept der Abrechnungsprüfung unterstellt den von Interessen geleiteten Missbrauch generell, und dass solcher Missbrauch durch generelle Einzelprüfungen gesteuert werden könnte. – Das entspricht der Steuerung eines Autos mit Gasgeben und Bremsen gleichzeitig.

Diese Anreize führen zu einem Einstellungswandel bei Führungskräften (Geschäftsführern, Ärzten und Pflege) in Kliniken:

*„Was sich nicht rechnet findet nicht statt,
was sich rechnet findet statt, auch wenn dies dem Patienten nicht nützt.“*

Die Erlösorientierung zum Wohle der Klinik verdrängt die Orientierung der Behandlungssteuerung zum Wohl der Patienten. - Es sei denn, die persönliche professionelle fachliche und ethische Orientierung am Wohl der Patienten ist stärker.

(Abb. 10 & 11)

Die MDK-Ärzte reduzieren ihr Interesse auf Vergleiche von Einzeldaten statt patientenorientierte Behandlungssteuerung. - Welchen Sinn oder Unsinn für Patienten die Behandlungen fachlich und subjektiv bedeuten? Beides taucht auf den Bildschirmen nicht auf.

Ein Teil der Kassen nutzt die Abrechnung (schon beim bisherigen Üben mit PEPP) für die Konkurrenz mit dem Ziel der Kostenverschiebung untereinander, das sollte die Politik neutralisieren als Beitrag zum Bürokratieabbau.

Mit der Psych-PV wurden Komplexleistungen („Behandlungsbereiche“) zur Budgetfindung definiert. Entgegen dem Anreiz zur Verweildauerverlängerung durch die Abrechnung von tagesgleichen Pauschalen – nur zwei Stufen: stationär und teilstationär – kam von 1991 bis 2004 eine enorme Leistungsverdichtung zu Stande: Kürzung der Verweildauer, mehr Fälle und behandelte Personen, weniger Pfllegetage / belegte Betten. Nach meiner Überzeugung war die fachlich-humanitäre Orientierung in den meisten Kliniken stärker als der Anreiz zur längeren stationären Behandlung.

Budgetfindung und Abrechnung müssen getrennt werden, denn die Funktionen sind verschieden:

BUDGET - prospektiv: eine Klinik – viele Kassen: Budgetvereinbarung: „gemeinsam und einheitlich“, für Leistungen aller im Budgetjahr behandelten Patienten, Gesamtleistung der Klinik *„bedarfs- und leistungsgerecht“*

ABRECHNUNG – retrospektiv: Behandlung eines einzelnen Patienten,

Abschlag auf das Budget: Eine Klinik an eine Kasse: Rechnung für *einen* behandelten Patienten - so für alle Patienten im Budgetjahr.

Geeignete Ausgleichsregeln für Mehr- und Minderleistungen können die Anreize zur Leistungssteigerung (Kliniken) oder Leistungskürzung (Kassen) im Budgetjahr neutralisieren oder dämpfen.

Im Vorfeld der *Budgetverhandlung* sollten zur Leistungs- und Qualitätskontrolle auf *Systemebene* die Unterlagen der Klinik durch den MDK geprüft werden. Im Vordergrund steht die Umsetzung des finanzierten Personals in realisierte Stellen und entsprechende therapeutische Konzepte, soweit möglich nach Leitlinien, ergänzt durch Stichproben zur praktischen Umsetzung der Konzepttreue und Erfahrungen aus dem Krankenhausvergleich (PsychVVG).

Wenn für den Jahreserlös der Klinik der Budgetabschluss maßgeblich ist, weil die Abrechnung als Abschlag auf das Budget konzipiert ist, kann der Fokus für Leistungen und Transparenz auf das Budget gerichtet werden. Ausgehend von einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität bei der Budgetfindung finden Einzelprüfungen von Abrechnungen – sektorenübergreifend - nur reduziert statt. Für diese Strategie gibt es Erfahrungen, die weiter entwickelt werden könnten: MDK Hessen nach § 4 Abs. 4 Psych-PV und aus den Modellvorhaben nach § 64b SGB V, (Abb. 12)

6.) Behandlungsqualität und Personalgewinnung

Die *Qualität der patientenorientierten* Behandlung wird möglich, wenn die Behandlungssteuerung im Einzelfall *abgeschirmt ist vom Druck zur Erlösoptimierung bei jeder Behandlung*. Daten auf der Basis von „*Beurteilung*“ - statt „*Vermessung*“ - sind umso weniger strategieanfällig, je weniger ihr Ergebnis unmittelbare finanzielle Konsequenzen hat. Dann kann die Abrechnung zur Leistungstransparenz inhaltlich durch Behandlungsschwerpunkte angereichert werden, statt durch zählbare Merkmale, die zur Kostentrennung genutzt werden. Die Dokumentation dient primär der patientenorientierten Behandlungssteuerung und nur sekundär der Abrechnung.

Patientenorientierung bedeutet auch nach Leitlinien und Evidenz behandeln: von dem Leiden und den Zielen des einzelnen Patienten und seinem Krankheitsverständnis ausgehend, subjektive Erfahrungen mit Behandlung berücksichtigen, flexibel, individuell passgenau, verantwortlich abwarten, Behandlung verhandeln.

Aufwand: so wenig wie möglich – aber so viel wie nötig, Teilhabe-orientiert und nachhaltig.

Die „*Vermessung*“ der individuellen Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat sich als „*vermessen*“ herausgestellt.

An der qualifizierten Behandlung von Patienten interessierte Therapeuten werden von den Fehlanreizen und dem bürokratischen Dokumentationsaufwand von PEPP-Prüfungen bei der Abrechnung in die innere, ggf. auch die externe Emigration getrieben. Angezogen wird Personal mit anderen Präferenzen, z. B. bis zum Wunsch, von Patienten mit ihren Problemen in Ruhe gelassen zu werden. – Man kann sich vorstellen, dass diese Veränderungen von Einstellungen bei den MDK-Ärzten auch zunehmen.

Ich will diesen Zusammenhang von *Behandlungsqualität und Personalgewinnung* an einem Beispiel verdeutlichen:

Unser neuer Pflegedirektor beschloss vor längerer Zeit, den 3-Schichten-Dienstplan durch am Behandlungsbedarf der Patienten orientierte Dienstpläne zu ersetzen und Bezugspflege einzuführen. Die Fahrgemeinschaften aus entfernteren ländlichen Wohnorten drohten wegen der beabsichtigten Flexibilisierung der Arbeitszeiten nach Patientenbedarf mit Kündigung. Diese Drohung hatte bis dahin immer gewirkt, weil das Image einer alten Anstalt externe Bewerber nicht anlockte. Die Dienstplanreform wurde dennoch beschlossen. Die (stationäre) Bezugspflege wurde in die integrierte Ambulanz der Abteilungen ausgedehnt, in Verbindung mit störungsspezifischer Qualifizierung (Pflege Psychotherapie, Sucht- & Gerontopsychiatrie). Bald war unsere Klinik ein attraktiver Arbeitgeber für Pflegekräfte aus somatischen Krankenhäusern der Region, die damit unzufrieden waren, dass sie mit ihren Patienten zu wenig therapeutisch reden konnten. – Ähnliche Erfahrungen machten wir mit Ärzten aus der Neurologie. (Es gibt noch mehr Gestaltungsbereiche mit Folgen für die Personalgewinnung.)

7.) Zum Schluss – und was wird in 5 Jahren sein?

Seit der Neuausrichtung sind wir auf einem guten Weg.

Aber das jetzige Konzept für ein neues Finanzierungssystem lässt auch verschiedene Weggabelungen erkennen, die wieder zum PEPP-System zurück führen könnten:

WENN die Personalanforderungen des GBA die seit 1991 erheblich gestiegenen Leistungsanforderungen nicht berücksichtigen,

WENN die Vorgabe des notwendigen Personals nicht mit einer notwendigen Finanzierung verbunden wird,

WENN der bundesweit kalkulierte Leistungskatalog über den Betten-zentrierten Fokus nicht hinauskommt,

WENN bei der Budgetfindung die regionalen und strukturellen Besonderheiten nicht berücksichtigt werden,

WENN die Abrechnungen der einzelnen Behandlungen nicht weit genug von der Budgetfindung getrennt werden und jede Abrechnung zum Konflikt von Interessen geleiteter Erlösoptimierung (Kliniken) oder Erlösreduzierung (Kassen) Anlass geben kann,

WENN das therapeutische Personal sich den PEPP-Anreizen anpasst und der Streit: Erlös-Optimierung oder Erlös-Reduzierung? die Steuerung der Behandlung übernimmt, DANN haben wir doch wieder das PEPP-System.

Mehr dazu in: Kunze (2015) Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem, Kapitel 3: Kranken(haus)behandlung, Kapitel 4: Gemeindepsychosomatik. Verlag W. Kohlhammer

DANKE für Ihre Aufmerksamkeit!