

Anlage 2

Norbert Klusen/Andreas Meusch (Hrsg.)

Zukunft der Krankenhausversorgung

Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im
DRG-System



Nomos

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://www.d-nb.de> abrufbar.
ISBN 978-3-8329-3314-2

1. Auflage 2008

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2008. Printed in Germany. Alle Rechte,
auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der
Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Versorgungspauschalen in der Psychiatrie – ein Modell der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern

Volker Möws

Im Rahmen des Versorgungsmanagements der Techniker Krankenkasse (TK) sind insbesondere in der Indikation Schizophrenie als auch in der Indikation Depression die langen Verweildauern in den stationären Einrichtungen auffällig, die dem eigentlichen Bestreben, den erkrankten Versicherten schnell wieder sozial zu reintegrieren und den belastenden akut-stationären Aufenthalt auf das Notwendige zu reduzieren, zuwiderlaufen. So hatten z. B. bei der TK 2006 bei der Diagnose »Depressionen« 53 Prozent der stationär versorgten Patienten eine Verweildauer von mehr als 28 Belegungstagen. 80 Prozent der Psychiatrieausgaben bei dieser Diagnose entfallen auf Belegungszeiträume jenseits der vier Wochen. Erschwert wird die Situation durch häufige Rehospitalisierungen, die sich in Jahres-Wiederaufnahmequoten von über 50 Prozent zeigen, die dem Erkrankungsverlauf keinesfalls förderlich sind.

Dies widerspricht einerseits dem grundlegenden Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung, der die tradierte eindimensionale und noch weitgehend prioritäre Position der vollstationären psychiatrischen Behandlung auf den Prüfstand stellt. Andererseits fördert diese Rahmenbedingung die Suche nach neuen zeitgemäßen Versorgungsformen.

Ausgangssituation

Die Versorgung psychisch Kranker hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten tief greifend verändert. Auslösendes Moment waren vor allem Studienergebnisse aus England, z. B. von Wing und Brown 1970, die verdeutlichten, dass der Krankheitsverlauf bei psychiatrischen Patienten mit den beobachteten Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten Folge des isolierenden und entmündigenden Milieus der Anstalten gewesen war (vgl. Rössler 1998). Unabhängig von der Diagnose verlernten die psychisch Kranken die einfachsten sozialen Fertigkeiten und hatten zumeist auch nicht mehr den Wunsch, die Anstalt zu verlassen.

Im angloamerikanischen Raum wurde u. a. als Folge dieses in der Literatur beschriebenen Hospitalismussyndroms unter dem Schlagwort Deinstitutiona-

lisierung Anfang der 70er-Jahre eine grundlegende Reform des psychiatrischen Versorgungssystems eingeleitet. Der Schwerpunkt der Behandlung und Betreuung der psychiatrischen Patienten verlagerte sich vom Krankenhaus zur ambulanten und wohnortnahen Versorgung. In Deutschland wurde dieser Entwicklung mit der 1975 von der Bundesregierung veröffentlichten »Psychiatrie-Enquete« Rechnung getragen.

Hier wurden u. a. überschaubare regionale Versorgungsbereiche, die Verkleinerung psychiatrischer Großkliniken und der Aufbau psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie die Bildung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften gefordert. In zahlreichen Modellprojekten wurden in der Folgezeit neue psychiatrische Versorgungsstrukturen erprobt, deren Wirkungen im »Bericht der Expertenkommission« 1988 kritisch gewürdigt worden sind. Für die weitere Enthospitalisierung psychisch Kranker in Deutschland schlug die Kommission vor, die Belange chronisch psychisch Kranker mehr in den Mittelpunkt der Reformbemühungen zu stellen und beim Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen einen Wandel von der Institutions- zur Patientenorientierung zu vollziehen. In der psychiatrischen Versorgungsforschung wurden nun zunehmend die persönlichen Interessen und Bedürfnisse der Beteiligten z. B. im Hinblick auf ihre Lebensqualität stärker gewichtet.

Die Diskussion um Enthospitalisierung blieb in Deutschland nicht ohne Auswirkungen auf die Struktur- und Prozessqualität in der stationären Psychiatrie. So sank die Gesamtzahl der Betten seit 1970 von ca. 120.000 auf 59.930 im Jahr 1999. Gleichzeitig sank die Verweildauer in der Psychiatrie von rund 150 Tagen im Jahr 1979 auf 31,6 im Jahr 1999 (www.gbe-bund.de).

Neue alternative Versorgungsstrukturen

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Enthospitalisierung ohne entsprechende flankierende Maßnahmen zu Verelendung, Nichtsesshaftigkeit und Delinquenz führen kann (vgl. Längle und Buchkremer, S. 48), war die Neuausrichtung der stationären psychiatrischen Behandlungsangebote von Beginn an auch mit dem Aus- und Aufbau ambulanter und komplementärer Angebote verbunden. Diese nichtstationären Versorgungsstrukturen sollten die Funktionen der Langzeitbereiche der psychiatrischen Großkliniken übernehmen.

In der ambulanten ärztlichen Versorgung psychisch Kranker hat sich mit Beginn des Enthospitalisierungsprozesses ein grundlegender Wandel vollzogen. Während am Anfang dieser Entwicklung die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte in Deutschland deutlich unter 1.000 lag und damit außerhalb der Großkliniken kaum Behandlungsmöglichkeiten bestanden, gibt es nach drei Jahrzehnten nunmehr rund 23.500 psychiatrische Leistungserbrin-

ger in der ambulanten Niederlassung (www.bundesaerztekammer.de). Auch relativ ist die Veränderung grundlegend: War 1979 ein Nervenarzt für die Versorgung von rund 44.000 Patienten zuständig, waren es 2001 bereits 3.512 Einwohner je psychiatrisch tätigem Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich.

Einen wesentlichen Impuls setzte hier die Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem 1. Januar 1999 mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Die schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz bestehende Konstruktion des Delegations-Psychotherapeuten wurde beseitigt und ein eigenes Berufsbild für Psychotherapeuten geschaffen, die als neue »Vertragspsychotherapeuten« in die Kassenärztlichen Vereinigungen integriert wurden (vgl. Ballast 2000, S. 21ff).

Neben den ausschließlich psychiatrisch tätigen Leistungserbringern nehmen in der ambulanten Versorgung die Allgemeinärzte zunehmend psychiatrische Versorgungsaufgaben wahr. Im Rahmen des Versorgungssystems der Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Trend beobachtbar, dass eine zunehmende Zahl von Allgemeinmedizinern Schwerpunktpraxen zur Grundversorgung von psychosomatischen und suchtspezifischen Krankheitsbildern betreiben, insbesondere auch, weil die ambulante Versorgung von Abhängigkeitskranken sowie speziell die Substitutionsbehandlung nur in geringem Umfang von Nervenärzten übernommen wird.

Institutsambulanzen wurden zunächst aufgrund der partiell fehlenden ambulanten Nachbehandlung durch niedergelassene Nervenärzte hauptsächlich an Fachkrankenhäusern errichtet. Zielgruppe waren nach einer gemeinsamen Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahre 1986 vorrangig »Problempatienten« mit Schizophrenie, Suchterkrankungen und gerontopsychiatrischen Krankheiten. Bis 1997 wurden bundesweit 129 Institutsambulanzen errichtet (vgl. Längle und Buchkremer 1997).

Das Gesundheitsreformgesetz 2000 stellte die Ermächtigung psychiatrischer Institutsambulanzen auf eine neue Grundlage. Nun sind auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung befugt, psychiatrische Institutsambulanzen zu betreiben. Gleichzeitig wurde durch die nachfolgende Vereinbarung der Selbstverwaltung (April 2001) das Behandlungsspektrum der Ambulanzen auch auf affektive Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen ausgeweitet. Die Institutsambulanz soll nicht nur dazu beitragen, die Wiederaufnahmerate zu verringern und die stationäre Behandlungsdauer zu verkürzen, sondern vor allem die Krankenhausaufnahme an sich zu vermeiden. Kurzfristig wird die überwiegende Zahl der Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen ihr Leistungsspektrum um eine Institutsambulanz erweitern und damit die Vorausset-

zungen schaffen, durch vor- und nachgeschaltete ambulante Kontakte stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

Ebenso wie die Institutsambulanzen gehören die Tageskliniken zu dem Spektrum nicht stationärer Behandlungseinrichtungen, die auf der Suche nach Alternativen zum traditionellen psychiatrischen Krankenhaus etabliert worden sind. Hierbei erfüllen sie hauptsächlich drei wichtige Funktionen (vgl. Reker 1999, S. 29):

- *Verkürzung der stationären Behandlungsphase in der post-akuten Erkrankungsphase.*
Wenn die Patienten durch das Abklingen der psychischen Symptomatik in der Lage sind, am Abend und am Wochenende in ihrem sozialen Umfeld zu leben und morgens den Weg zur Tagesklinik zu bewältigen, ist der Übergang in eine teilstationäre Versorgungsform indiziert.
- *Alternative zur stationären Behandlung.*
Von 1999 (6.499 tagesklinische Plätze) bis 2003 (8.978 tagesklinische Plätze) hat sich die Zahl der tagesklinischen Plätze in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie um 38,1 Prozent erhöht (vgl. Wolfersdorf und Kukla 2004, S. 15).
Die ambulante Therapie kann durch eine Kombination von sozio-, psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsverfahren über acht Stunden am Tag intensiviert werden.
- *Integration in die Gesellschaft durch die Vorbereitung von weitergehenden Rehabilitationsmaßnahmen.*
Inhaltlich ist die Tagesklinik gekennzeichnet durch die Kombination von pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen eines fest strukturierten Therapieprogramms in Verbindung mit der Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Autonomie durch das Verbleiben im vertrauten sozialen Umfeld.

Als Mindestgröße für eine Tagesklinik, die wirtschaftlich auch unabhängig von einer stationären Klinik betrieben werden kann, werden 20 Behandlungsplätze angesehen. Durchschnittlich betrachtet wird diese Zielgröße erreicht durch gegenwärtig ca. 190 Tageskliniken in der Erwachsenen- sowie 3.900 Plätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Spektrum ambulant-rehabilitativer Behandlung hat die im Jahr 1990 in Kraft getretene Heil- und Hilfsmittelverordnung erweitert. Ergotherapeuten in freier Praxis können auf ärztliche Verordnung hin »Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Belastungsproben bei psychischen Funktionseinschränkungen« durchführen.

Neuer Versorgungsansatz nun möglich

Der intensive Aufbau neuer Versorgungsstrukturen außerhalb der tradierten vollstationären Behandlungsstrukturen schuf die Voraussetzungen, um neue sektorenübergreifende und vor allem ambulant orientierte Versorgungsangebote für psychisch Kranke zu entwickeln.

Hierbei galt es, eine Versorgungsform zu finden, die den Betroffenen schnell in sein gewohntes Umfeld zurückführen und eine wohnortnahe Versorgung ohne Rehospitalisierung sicherstellen soll. Dabei wurde ein neuer Ansatz gesucht, bei dem die Behandlungsoptimierung und der ressourcenoptimierte Mitteleinsatz Hand in Hand gehen.

Ein weiteres Ziel ist es, den Verwaltungsaufwand deutlich zu senken. Auf diese Weise sollen für alle Vertragspartner ebenfalls Ressourcen geschont werden, indem das Leistungsmanagement für die Verweildauerbefristung seitens der Kasse zurückgefahren werden kann und gleichzeitig die Zuarbeiten der Ärzte für die notwendigen MDK-Gutachten entfallen können.

Zudem sollte einerseits die Therapiefreiheit der beteiligten Ärzte erhalten und andererseits die Durchführung unter »Normalbedingungen« (unveränderte Krankenhauslandschaft) gewährleistet werden.

Letzteres sollte eine hohe Übertragbarkeit des Modells sichern.

Entwicklungsgeschichte

In Mecklenburg-Vorpommern hat die TK schon im Jahr 2000 mit dem Projekt »Rationale Verweildauerbefristung« neue Steuerungsschritte hinsichtlich der Liegezeiten bei psychiatrischen Erkrankungen über die Rehabilitationsberater unternommen. Aufgreifkriterien bei diesem krankheitsspezifischen Fallmanagement in der Psychiatrie sind insbesondere überlange Liegezeiten, häufige Krankenseinweisungen sowie Fallkosten, die bestimmte kritische Werte übersteigen. Dabei richten sich die Interventionen in der Psychiatrie hauptsächlich auf behandlungsorientierte, soziotherapeutische und arbeitsrehabilitative Maßnahmen:

- **Behandlungsorientierte Maßnahmen:**
Kommunikation mit Patienten, den Angehörigen und dem medizinischen Behandlungsteam, Monitoring und Evaluation des Versorgungsprozesses, ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Medikamenten-Compliance (Patientenschulung).
- **Soziotherapeutische Maßnahmen:**
Analyse der sozialen Situation des Patienten, Koordinierung der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen, Kooperation mit komplementären Diensten u. a. für strukturierte Trainingsmaßnahmen (z. B. Tagesstätten).

- Arbeitsrehabilitative Maßnahmen:
Analyse der beruflichen Situation des Patienten, Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung u. a. durch Vermittlung in beschützte Arbeitsverhältnisse, Kooperation mit Integrationsdiensten.

Beim Patienten soll insbesondere eine ausgeprägte Medikamenten-Compliance gefördert werden. Darüber hinaus wird eine enge Einbindung in das berufliche und soziale Umfeld angestrebt. Erste Untersuchungen von Burns 1999 zur Fragestellung »Versorgungsmanagement von Patienten mit einer schweren Psychose« (n = 708) belegen, dass Case Management in den USA erfolgreich zur Versorgung von Patienten mit einer schweren Psychose eingesetzt wird und dort zu einem deutlichen Rückgang der stationären Aufnahmen geführt hat. Nicht die Zahl der Patienten je Case Manager (10–15 oder 30–35) war für die Anzahl und Dauer stationärer Behandlungen relevant, sondern der Sachverhalt, dass die Versorgung gut koordiniert und den tatsächlichen Erfordernissen angepasst ist.

Mit der Schaffung neuer gesetzlicher Regelungen durch die Einführung des § 140 SGB V wurden die Rahmenbedingungen für die generellen Absichten der TK zur Behandlungsoptimierung und -koordinierung verbessert und in Konsequenz der hier beschriebene Vertrag geschlossen. Dazu hat die TK im Frühjahr 2004 die Verhandlungen aufgenommen und sich entsprechend aktive Partner gesucht. Zwischen der TK und den zwei größten psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkliniken, einer Universitätsklinik und einer Landesklinik sowie einer Rehabilitationsklinik im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (M-V) erfolgte im Oktober 2004 der Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140 a ff. SGB V über Komplexfallpauschalen in der Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Versorgungspauschalen

Inhaltlich umfasst dieser eine leistungssektorenübergreifende Behandlung von Patienten, die an Schizophrenien (ICD-10: F20-F29) oder affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39) erkrankt sind. Durch ein vierphasiges Stufenkonzept aus ambulanter (Institutsambulanz), teilstationärer und vollstationärer Versorgung, an das sich auch eine Rehabilitationsphase anschließen kann, wird die gesamte Behandlungskette abgedeckt.

Die vorbestehenden Krankenhausstrukturen bilden den strukturellen Rahmen des Konzeptes.

Maßgebend für die Aufnahme der Behandlung im Rahmen des Modellprojektes ist die akut-stationäre Behandlungsbedürftigkeit eines in der TK versicherten Patienten gemäß den aufgeführten Diagnosen.

Die Teilnahme an dem Modellprojekt erfolgt über zwei Zugangswege:
Der im Krankenhaus akut eintreffende Patient wird durch einen Arzt vor Ort mit den Inhalten des Modellprojektes vertraut gemacht und unterschreibt auf freiwilliger Basis eine Teilnahmeerklärung.
Ein Fallmanager der TK macht den erkrankten Versicherten, für den ein akut-stationärer Aufenthalt notwendig ist, mit den Inhalten des Modells vertraut. Der Versicherte wendet sich dann auf freiwilliger Basis an den Leistungserbringer. Allgemeine Informationen zu dem Modellprojekt erfolgen über Flyer, das Internet sowie eine Hotline der TK (vgl. Lägele und Möws 2006).
Die Teilnahme des Patienten ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die freie Arztwahl der Patienten wird durch den abgeschlossenen Vertrag nicht eingeschränkt. Nach der akut-stationären Aufnahme und Behandlung wird für einen begrenzten Zeitraum eine Weiterbetreuung innerhalb der Klinikstrukturen (ambulant an der Psychiatrischen Institutsambulanz, teilstationär oder bei Notwendigkeit auch wieder stationär) angeboten. Die Inanspruchnahme ist die Voraussetzung für eine Teilnahme an dem Projektvorhaben.
Es besteht eine vertragliche Verständigung über die notwendigen Säulen einer optimalen Behandlung: Soziotherapeutischer Ansatz – Einbeziehung der Angehörigen (Psychoedukation) – Einsatz moderner Medikamente – Kombination mit Psychotherapie. Die Gewichtung der einzelnen Anteile liegt in der fachlich-medizinischen Verantwortung des behandelnden Arztes bzw. Psychotherapeuten.
Als konzeptueller Bestandteil des Projektes wurde eine Entgeltvereinbarung im Sinne von Komplexpauschalen getroffen. Die Höhe der Pauschalen berücksichtigt in den Indikationen Schizophrenie und affektive Störungen jeweils Schweregrad-Ausprägungen der Erkrankung sowie die betreuende Versorgungsstruktur. Zusätzlich wurden Komplexpauschalen für die Psychiatrische Institutsambulanz und für hier verabreichte Arzneimittel im Indikationsbereich Schizophrenie vereinbart. Die Fallpauschale setzt einen Anreiz für optimale Versorgung, da sie unabhängig vom Ort der Versorgung im Krankenhaus und über einen festen Zeitraum gezahlt wird. Dadurch wird der Leistungserbringer bewegt, immer die Versorgungsform zu wählen, die einerseits den optimalen und am längsten andauernden Behandlungserfolg garantiert und andererseits auch für ihn selbst am ressourcensparendsten ist. Es ist keine separate Managementvergütung für die Leistungen vorgesehen, da die Ersparnis durch die Reduktion des Verwaltungsaufwandes und der Bürokratie diese Aufwendungen kompensiert. Der Finanzrahmen bleibt fallbezogen für den Kostenträger gleich. Es erfolgt eine Orientierung am bisher gezahlten Finanzvolumen.
Konzeptionell ist eine Senkung des Verwaltungsaufwandes im Sinne einer Schonung von Ressourcen für alle Vertragspartner vorgesehen. Insbesondere

die fehlende Verweildauerbefristung soll die bürokratische Belastung der Ärzte senken und den Aufwand der Krankenkasse für das Leistungsmanagement reduzieren.

Im Rahmen der Qualitätssicherung werden durch die Kliniken Behandlungskonzepte, Leitlinien und die Qualitätsunterlagen der Mitarbeiter der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen schriftlich fixiert. Im therapeutischen Prozess werden standardisierte Erhebungs- und Dokumentationsinstrumentarien verwendet, Prozessbeschreibungen werden dokumentiert. Erhebungen zur Ergebnisqualität sowie Patientenbefragungen werden fortlaufend durchgeführt. Die Dokumentation der Leistungsfälle umfasst Angaben zu den Aufnahmen und Entlassungen sowie die Anzahl der Berechnungstage, getrennt für die voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung, den Arztbrief, die Diagnose, die Anzahl der Kontakte mit der Institutsambulanz sowie zur Medikation in der Institutsambulanz. Zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres erfolgt eine Zwischenauswertung.

Ein Qualitätsbeirat, der sich aus Vertretern des Krankenhauses, Vertretern der TK und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zusammensetzt, wertet jährlich im Rahmen einer Qualitätssicherungskonferenz die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung aus.

Für das Controlling erfolgt eine Erhebung von Parametern wie Anzahl der behandelten Patienten, Art und Umfang der Aufenthalte [stationär/teilstationär/ambulant (Institutsambulanz)], Anzahl der Patientenkontakte innerhalb der verschiedenen Strukturen, Vorher-nachher-Vergleiche der Kennzahlen, Medikationszahlen sowie Prüfung und Bewertung von Verlaufsdocumentationen einzelner Fälle.

Aktuell liegen erste Ergebnisse bezüglich der interessierenden Punkte Fallzahlentwicklung, Fallkostenentwicklung, Verweildauerentwicklung und Belegungstage aus dem Jahr 2005 sowie aus dem Jahr 2006 vor. Es werden hier die Zahlen der Versicherten der TK dargestellt, die in einer der beiden großen psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkliniken im Rahmen des Modellprojektes behandelt wurden. Die Daten werden um die der TK verfügbaren Daten anderer psychisch kranker Versicherter in Mecklenburg-Vorpommern ergänzt, die in einer von acht weiteren psychiatrisch arbeitenden Kliniken des Landes behandelt wurden.

Erste Ergebnisse

Die Evaluation einzelner Fälle durch den MDK hat bereits zeigen können, dass sich »Patientenkarrieren« positiver entwickeln als der Standard. Weiterhin haben sich die Versorgungsschwerpunkte mehr in den teilstationären und

ambulanten Sektor verlagert. Versicherte, die an dem Integrationsprojekt Psychiatrie teilnehmen, haben eine deutlich kürzere Verweildauer im stationären Bereich.

Zudem kann man davon ausgehen, dass sich die Lebensqualität der Betroffenen allein schon durch die Tatsache verbessert, dass ihre Versorgung jetzt weit stärker im teilstationären und ambulanten Bereich und nicht – wie vorher – im stationären Bereich erfolgt.

Eine weitere Erkenntnis hat das Projekt gebracht: Die höchsten Hürden stehen im Krankenhaus selbst. Die Zahl der Schnittstellen, die allein innerhalb einer normalen Klinikstruktur zu überwinden sind, ist enorm. Zudem ist der Wechsel von der »Standardversorgung« zur Integrierten Versorgung gerade in diesen Strukturen ein echter Umsteuerungsprozess. Diesbezüglich sind Optimierungsschritte bereits unternommen worden. So gibt es jetzt bei jedem Leistungserbringer einen Integrationsverantwortlichen, der an der Institutsambulanz fest verankert ist und die Patientensteuerung in den Krankenhausstrukturen übernimmt.

In beiden Kliniken ist mit einer Ausnahme im Jahr 2005 ein rückläufiger Trend der Anzahl der vollstationär behandelten Patienten zu verzeichnen. Damit folgen beide Kliniken der allgemeinen Entwicklung der Fallzahlen im Land. Die anteiligen Fallzahlen im Gesamtversorgungsgebiet bleiben relativ konstant.

Während im Jahr 2005 in nahezu allen Vergleichskliniken die Fallkosten im Vergleich zum Vorjahr anstiegen, ist in beiden Kliniken des Modellprojektes eine Kostensenkung zu beobachten. Für das Jahr 2006 ist noch keine abschließende Darstellung möglich, es deutet sich jedoch ein Trend der allgemeinen Fallkostenreduktion an, der auch für die beiden untersuchten Kliniken nachweisbar ist.

Bei einer insgesamt inhomogenen Verteilung der Verweildauern in den Vergleichshäusern entwickelt sich die vollstationäre Verweildauer in beiden Kliniken kontinuierlich rückläufig (vgl. Habermeyer u. a. 2007).

Diskussion

In einer ersten Zwischenbilanz lässt sich resümieren, dass mit den finanziellen Bedingungen einer Komplexpauschale im Rahmen einer Integrierten Versorgung eine rückläufige Entwicklung der untersuchten Parameter möglich ist. Geringere Fallzahlen und Verweildauern im vollstationären Bereich legen die Vermutung nahe, dass eine Verschiebung der Versorgung zugunsten teilstationärer oder ambulanten Behandlung stattgefunden hat. Offensichtlich besteht für das Krankenhaus kein Anreiz, über eine medizinisch nicht unbedingt notwendige Verlängerung der Verweildauer einen Mehrerlös zu generieren.

Die Vereinbarung einer Komplexpauschale hat sich bei beiden teilnehmenden Kliniken kostengünstig ausgewirkt, was durch den Rückgang der Fallkosten innerhalb der Projektlaufzeit im Vergleich zu den Vergleichskliniken belegt wird.

Die im Prozess der Projektdurchführung initiierte Funktion eines Integrationsverantwortlichen ist als direktes Ergebnis des Vorhabens zu werten. Die Überwindung der mannigfaltigen Schnittstellen einer normalen Klinikstruktur gestaltete sich im Verlauf als größte Hürde. Dieser Tatsache wurde durch die Einrichtung einer derartigen Schaltstelle begegnet, in der die Patientensteuerung in den Krankenhausstrukturen, die Erhebung des Versorgungsbedarfes und die Koordinierung verschiedener therapeutischer Interventionen entsprechend den Stufen des Konzeptes vorgenommen wird. Der Integrationsverantwortliche ist jeweils in die Institutsambulanz der Leistungserbringer integriert. Damit war ein wesentlicher Schritt weg von einer »Standardversorgung« hin zur integrierten Versorgung getan. Für künftige Projekte gleicher Lesart ist es aus dieser Entwicklung heraus geplant, bei der Vertragsgestaltung einen Integrationsverantwortlichen von vornherein zu implementieren.

Als vorteilhaft hat sich die praktizierte Senkung des Verwaltungsaufwandes erwiesen. Insbesondere durch die beschriebene Entbürokratisierung konnten eine Fokussierung auf ärztlich-therapeutische Tätigkeit erreicht und höhere Zeitkontingente für Patienten eingerichtet werden, was sich sekundär auf die Qualität der therapeutischen Arbeit auswirkte. Somit profitierten Patienten und Ärzte gleichermaßen. Infolge dieser ersten Ergebnisse ist als nächster Schritt die Erweiterung der Integrativen Versorgung auf die Indikationsbereiche Sucht und Persönlichkeitsstörungen vorgesehen.

Als problematische Schnittstelle markiert sich aktuell der Übergang in die weiterführende Versorgung des niedergelassenen Facharztes oder des Hausarztes. Die Einbeziehung der entsprechenden ambulant tätigen Ärzte in die Integrierte Versorgung sowie die Überbrückung dieser Schnittstelle sind sich unmittelbar anschließende Aufgaben des Projektes.

Abschließend sei hervorgehoben, dass Verträge wie dieser eine mögliche Grundlage für neue Finanzierungsformen in der Psychiatrie darstellen können. Eine fallpauschalenfinanzierte Psychiatrie oder regionale Budgets wären die nächste Stufe.

Pauschalvergütung in der Psychiatrie

Die jahresbezogenen Versorgungspauschalen sind ein sehr weitgehender Einschnitt in das bisherige psychiatrische Vergütungssystem. Als Übergangslösung und als erster Schritt in Richtung einer Pauschalvergütung bietet sich als ein Spezifikum in Deutschland die Orientierung an der Psychiatrie-Personal-

verordnung an (Psych-PV). Sie ist ein geeignetes Hilfsmittel, um in eine pauschale tagesbezogene Vergütung einzusteigen.

Die Psych-PV unterscheidet drei Kategorien: Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie. Zur Kategorie Allgemeine Psychiatrie gehören: A1 = Regelbehandlung, A2 = Intensivbehandlung, A3 = Rehabilitative Behandlung, A4 = Lang andauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, A5 = Psychotherapie und A6 = Tagesklinische Behandlung. Dabei sind die Minutenwerte pro Woche und Patient für jede dieser Kategorien und für einzelne Berufsgruppen aufgeführt. Da die Personalkosten einer psychiatrischen Einrichtung etwa 90 Prozent betragen, sind die Minutenwerte der Psych-PV eine relevante Größe zur Bildung von spezifischen tagesbezogenen psychiatrischen Relativgewichten. Analog dem DRG-Basisfallwert könnte zudem eine landesweite Vereinbarung zu einem tagesbezogenen psychiatrischen Basisfallwert erfolgen, der auch die Hotel- und Sachkosten enthält. Optional sollten kassenindividuelle Rabattregelungen für die Medikamentenkosten möglich sein. Wie bei den TK-Komplexpauschalen könnte diese Vergütung, die über die Regelung der Psych-PV sowohl die stationäre als auch die teilstationäre Versorgung abbildet, durch eine landesweite Pauschale für die ambulante Versorgung in der Psychiatrischen Institutsambulanz ergänzt werden. Diese sollte jedoch nach der Anzahl der Konsultationen gestaffelt sein.

Problematisch ist jedoch bei einer weiterhin bestehenden tagesbezogenen Vergütung der gesundheitsökonomische Anreiz zu einem langen Aufenthalt im Krankenhaus. Eine Degression der tagesbezogenen Relativgewichte bei Überschreitung einer oberen Grenzerweildauer könnte dem entgegenwirken. Darüber hinaus ist bei diesem Ansatz auch die Problematik der häufigen und für den Patienten belastenden Wiedereinweisungen nicht geklärt. Daher sind auch hier Überlegungen zu einem patientenbezogenen und sektorenübergreifenden Jahresbudget sinnvoll. Erste Erfahrungen liegen hierzu aus Schleswig-Holstein vor.

Regionalbudgets für die Psychiatrie

Seit 2002 wird in Schleswig-Holstein im Kreis Steinburg das »Regionale Psychiatriebudget« erprobt. Dieses in der Psychiatrie neuartige Finanzierungssystem ermöglicht eine komplexe regionale Versorgung für das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen am Krankenhaus. Das zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbarte Projekt soll darüber Aufschluss geben, zu welcher Versorgungsqualität ein Finanzierungssystem führt, welches sich ausschließlich an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Menschen einer definierten Region unter Berücksichtigung der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen orientiert.

Die Versorgungsanbieter der Region, das Klinikum Itzehoe und das Psychiatrische Centrum Glückstadt, erhalten über die Projektdauer ein festgeschriebenes jährliches Budget. Dieses orientiert sich an den Budgets für die voll- und teilstationäre Versorgung sowie an den Erlösen der psychiatrischen Institutsambulanz von 2002. Im Gegensatz dazu verpflichten sich die Leistungsanbieter zur Sicherstellung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung aller Patienten der Region. Ferner haben die Kliniken freie Wahl bei den Behandlungsmodalitäten und dem Behandlungsort (vollstationär, teilstationär, ambulant oder Behandlung zu Hause).

Die Leistungserbringer haben die Auflage, in jedem Jahr des regionalen Psychiatricbudgets eine festgelegte Anzahl von Patienten zu behandeln, um ihr Budgetziel zu erreichen. Eine Budgetveränderung erfolgt, wenn die Zahl der behandelten Patienten eine kritische Größe über- bzw. unterschreitet. Nicht die Zahl der behandelten »Fälle« innerhalb eines Jahres ist somit von Bedeutung, sondern die Zahl der versorgten Personen. Die Kostenträger verzichten auf die Befristung von Kostenübernahmen und auf Verweildauerüberprüfungen durch den MDK. Entscheidend für den Projekterfolg ist ein ökonomischer Anreiz, um die Dauer der stationären Behandlung ausschließlich an medizinisch-psychiatrischen Kriterien auszurichten. Eine zu lange stationäre Behandlung führt zu Kostensteigerungen bei den Leistungsanbietern, eine zu kurze Behandlung dagegen führt vermutlich zu einer Zunahme der Krankheitssymptomatik und damit einer erneuten stationären Einweisung. Diese ist wiederum mit neuen Kosten zulasten der Leistungserbringer verbunden. Dieser Ansatz entspricht der Vorgehensweise bei den TK-Komplexpauschalen, nur dass hier zum einen die GKV-Ebene im Fokus steht und zum anderen das in der Integrationsversorgung nach § 140 d SGB V komplizierte System von Budget- und Mehrleistungen hier nicht relevant ist.

Inzwischen können auch erste Ergebnisse für die Jahre 2003 und 2004 in Relation zur Ausgangssituation im Jahr 2002 gesetzt werden. Es zeigt sich eine deutliche Absenkung der innerhalb eines Jahres vollstationär behandelten Menschen um 7,8 Prozent. Im Gegensatz dazu stieg die Anzahl der ambulant behandelten Patienten um 46,3 Prozent. Auch der Anteil der in stationärer Behandlung verbrachten Tage innerhalb eines Jahres hat sich von 24,6 Tagen auf 21,9 Tage vermindert. Diese ersten Ergebnisse zeigen, dass mit dieser Form der Finanzierung eine stationäre Fallzahlausweitung oder Verweildauererhöhung vermieden werden kann. Stattdessen wird ein personenbezogener Ansatz verfolgt, der die Leistungsanbieter dazu motiviert, mit geringem Ressourcenverbrauch eine langfristige Beschwerdefreiheit bei den Patienten zu erzielen (vgl. Deister 2005).

Fazit

Das hier vorgestellte TK-Modellvorhaben basiert auf einer modernen Versorgungskonzeption, die nach Sichtung der ersten Ergebnisse verschiedene Vorteile bietet. Die eingeführte Komplexpauschale bietet einen Anreiz, die stationäre Verweildauer angemessen zu gestalten. Eine daraus resultierende günstige Entwicklung der Kosten beider teilnehmender Kliniken ist zu verzeichnen.

Durch die Entbürokratisierung profitieren primär die Mitarbeiter von Leistungsträgern und Leistungserbringern, sekundär ist jedoch vor allem von einer Verbesserung der Versorgung der Patienten auszugehen, da die behandelnden Ärzte und Therapeuten freigesetzte Ressourcen zur individuellen Betreuung im ambulanten bzw. teilstationären Setting verwenden können.

Die weiterführende Evaluierung mit höheren Patientenzahlen und erweitertem Diagnosespektrum erscheint sinnvoll und notwendig. Sollte eine fallpauschalenorientierte Vergütung im stationären Versorgungsbereich von Patienten mit psychischen Störungen zukünftig stärker thematisiert werden – die ersten Diskussionspapiere zur Krankenhausfinanzierung ab 2009 sowie die Bestrebungen in Schleswig-Holstein deuten darauf hin –, so wird hier deutlich, dass auch eine pauschalierte Vergütung mit einer guten Behandlungsqualität einhergehen kann. Fallpauschalensysteme wirken förderlich auf die Qualitätssicherung medizinischer und pflegerischer Leistungen. Daher ist es durch die weitgehende Herausnahme der Psychiatrie aus dem DRG-System im Bereich psychischer Störungen zu einer defizitären Entwicklung im Hinblick auf die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen im Vergleich zur somatischen Medizin gekommen (Sylke 2005). Auch aus diesem Grund gibt es bundesweit erste Ansätze, für den psychiatrischen Versorgungsbereich adäquatere Konzepte zur Fallgruppierung zu entwickeln.

Literatur

- Ballast, T. (2000): Die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes. Stand und Perspektiven, in: Die Ersatzkasse, S. 21-24
- Burns, T. et al. (1999): Intensive Versus Standard Case Management for Severe Psychotic Illness: a Randomised Trial, in: Lancet, S. 2185-2189
- Deister, A. u. a. (2005): Psychiatrische Versorgung: Kein Anreiz zur Fallzahlausweitung, PP 4, Ausgabe Oktober 2005, S. 444
- Habermeyer u. a. (2007): Strukturwandel im Gesundheitswesen durch integrierte Versorgung. Das Psychiatrisch-Psychotherapeutische Netzwerk – Ein Projekt in Mecklenburg-Vorpommern, in: Das Gesundheitswesen (2008)

- Längle, G., Buchkremer, G. (1997): Veränderungen im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen: Psychiatrie. in: Arnold, M., Paffrath, D. (Hrsg.): Krankenhausreport 1997, Stuttgart, S. 35-50
- Lägel, R., Möws, V. (2006): »Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk« - ein Projekt der TK MVP, in: Amelung, V. E. u. a.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. S. 111-116.
- Möws, V. (2006): Krankenhausstrategien der Krankenkassen im DRG-Zeitalter, Hamburg.
- Reker, T. (1999): Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung, in: Eikelmann, B. et al.: Die psychiatrische Tagesklinik, Stuttgart
- Rössler, W. (1998): Regionale Versorgungsstrategien für schizophrene Erkrankte, in: Möller et al: Schizophrenie, Wien
- Sylke, A. (2005): Fallgruppen in der Versorgung von psychisch Kranken, Hamburg
- Wolferdsdorf, M./Kukla, R. (2004): Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland – Klinische stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 2003, in: Krankenhauspsychiatrie, S. 12-15

ISBN 978-3-8329-3314-2



9 783832 933142