

Zum Thema

Gut zehn Jahre nach Einführung des DRG-Systems für somatische Krankenhäuser erleben nun die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die große Reform. Das Psych-Entgeltgesetz soll nach Meinung des Bundesgesundheitsministers die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessern und dadurch langfristig auch die Qualität der Versorgung erhöhen. In Anbetracht der Erfahrungen mit dem DRG-System, das grundsätzlich Positives bewirkt hat, aber immer wieder auch nachjustiert werden muss, wirkt das Psych-Entgeltgesetz nun als ein großes Experiment, das Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten ebenso herausfordert wie das gesamte Klinikmanagement.

Im Rahmen dieses Experiments räumt das Gesetz Möglichkeiten ein, neue Behandlungsmodelle zu erproben. Ziel ist eine verbesserte, sektorenübergreifende Versorgung. Dabei stehen vor allem zusätzliche ambulante Leistungen, Netzwerkstrukturen und flexiblere Behandlungsprozesse im Fokus.

Fünf verschiedene Ansätze für eine innovative psychiatrische Versorgung stellt f&w in dieser Ausgabe regelrecht „auf den Prüfstand“. Entsprechend haben wir für die Bebilderung typische Szenen aus der Welt der Mess- und Prüfverfahren gewählt. Zum Einstieg gibt Reinhard Belling, Geschäftsführer der Vitos GmbH, einen Überblick zu aktuellen Modellen und wägt dabei Risiken und Chancen des Psych-Entgeltsystems profund ab. Die Vorteile eines gemeinsam mit den Krankenkassen ausgehandelten Regionalbudgets soll das Beispiel des Klinikums Itzehoe verdeutlichen. Krankenhäuser müssen jedoch nicht immer im Mittelpunkt der Versorgung stehen, in sozialpsychiatrischen Verbänden sind sie Teil eines Netzwerks. Eine weitere Alternative zum (teil)stationären Aufenthalt bietet das Bezirkskrankenhaus Günzburg, das mit Home Treatment Patienten in deren vertrauter Umgebung versorgt. Das Klinikum Hanau geht mit seinem OVP-Modell zur optimierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen einen eigenen Weg. Und die bisher eher im Dornröschenschlaf befindliche Rehabilitation erlebt ein Comeback. sle



# Auf dem Prüfstand

Reinhard Belling

Die Akteure in der Versorgung psychischer Erkrankungen bewegen sich in einem dynamischen Umfeld. Ursache sind zwei Entwicklungen. Erstens wächst die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen und damit auch die Angebotsstrukturen. Zweitens verursacht die Einführung der pauschalierten Entgelte eine vollständige Abkehr von der bisher gesicherten Finanzierung der Strukturqualität durch die Psychiatrie-Personalverordnung. Der Veränderungsdruck in den Kliniken ist entsprechend hoch. Gleichzeitig führt das quantitative Wachstum der Angebotsstrukturen zu einer intensiveren Diskussion über neue Versorgungsformen in der Psychiatrie. Beide Entwicklungen eröffnen dem Management psychiatrischer Kliniken neue qualitative Gestaltungsmöglichkeiten.



**D**ie wachsende Inanspruchnahme der Versorgungsangebote und die zunehmende volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen (Textkasten Marktentwicklung) führen zu Recht zu einer Diskussion über Strukturen und Finanzierung der Versorgungslandschaft. Um diese Themen zu erörtern, bedarf es einer Vorstellung darüber, was gute psychiatrische Versorgung bedeutet. Sie ist das Ziel, auf das es sich hinzuarbeiten lohnt, und gleichzeitig Dreh- und Angelpunkt für Anreizstrukturen innerhalb eines Vergütungssystems.

## Anforderungen an gute Psychiatrie

Auch wenn es keine einfache Lehrbuchformel für gute Psychiatrie gibt: Die Diskussion mit Fachleuten verschiedenster Provenienz ergibt eine deutliche Schnittmenge. Einige Stichworte seien im Folgenden kursiv aufgelistet.

### Medizinisch-fachlicher State of the Art

Hierzu gehören bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen eine hohe Erkennungsrate und die laufende Integration des medizinischen Fortschritts. Auch wenn sich in der Psychiatrie Behandlungspfade bisher nicht durchgesetzt haben. Sie werden

unter der Maßgabe diskutiert, dass die Individualität des Patienten berücksichtigt werden muss. Allen Beteiligten ist klar, dass die Sicherung des medizinisch-fachlichen State of the Art in Zeiten des Fach- und Führungskräftemangels von Unternehmen erhebliche Anstrengungen fordert, um die qualitativen und quantitativen Personalressourcen dauerhaft zu sichern.

### Achtung der Menschenwürde

Kaum ein Fachgebiet greift so stark in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein wie die Psychiatrie. Für die meisten in der Psychiatrie Tätigen sind Zwangsmaßnahmen im streng definierten Rahmen sinnvoll. Um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren und Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren, spielt für die Behandelnden der Faktor Zeit eine Schlüsselrolle. Ziel der psychiatrischen Behandlung muss immer die Teilhabe des Patienten am gesellschaftlichen Leben sein.

### Ressourcenverbrauch

Die sozialen Sicherungssysteme sind begrenzt. Um die Ausgaben des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen, folgt eine Jahrhundertreform auf die nächste. Dies ist im Wesentlichen auch die Triebfeder für das neue Psychiatrie-Entgeltsystem. Eine gute psychiatrische Versorgung

gewährleistet, dass bei gegebener wirtschaftlicher Effizienz keine Steuerung zulasten anderer sozialer Sicherungssysteme (zum Beispiel Sozialhilfe) erfolgt. Ziel der psychiatrischen Behandlung muss es daher sein, eine Chronifizierung des Krankheitsverlaufs zu verhindern. Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität, die schrittweise die Merkmale der Strukturqualität ersetzen, können den Prozess der ressourcenschonenden Behandlung unterstützen.

### Organisation

Ein Schlüsselbegriff zur Integration von Merkmalen guter psychiatrischer Behandlung dürfte die sektorenübergreifende Versorgung sein. Wird sie niederschwellig und wohnortnah gestaltet, kann sie die medizinisch-fachliche Entwicklung bei gleichzeitig hohem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und eine ressourcenschonende Behandlung gewährleisten. Das Lebensumfeld berücksichtigen und den Kranken in das Arbeitsleben integrieren, sind Kernelemente der Behandlung.

### Viele Modelle – ein Ziel

Werden diese Stichworte einer guten psychiatrischen Behandlung akzeptiert, finden sich dafür viele praktische Beispiele. Sie sorgen für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Sie betonen unterschiedliche

Elemente und wollen Qualität mit wirtschaftlichen Aspekten in Einklang bringen.

Dazu gehört das „Regionalbudget“. Abgesichert über eine pauschale Finanzierung und die Versorgungsverpflichtung in einer Region, eröffnet es dem Leistungsanbieter die Möglichkeit, passgenaue Lösungen für den Behandlungsbedarf eines Patienten zu finden und darüber auch selbstständig zu entscheiden. Vergleichbare Anreize für den Leistungserbringer sollen die neuen Modellprojekte zur Integrierten Versorgung in der Psychiatrie bieten. Auch hier erhält die Klinik zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten (beispielsweise *Home Treatment*) und die Freiheit, über den genauen Behandlungsmix eines Patienten zu entscheiden. Der Preis, den Kliniken für Entscheidungskompetenzen zahlen, sind eine höhere wirtschaftliche Verantwortung und die zumindest teilweise Übernahme des Morbiditätsrisikos.

Andere Modelle wollen für einzelne spezifische Versorgungsprobleme adäquate Antworten finden. Das sind Projekte zur *ambulanten aufsuchenden psychiatrischen Behandlung*, die in Ballungsgebieten umgesetzt werden können. Oder Projekte zur *Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)* – allerdings ist in der Regel hier die Rentenversicherung der Sozialleistungsträger. Ihr Ziel ist es, psychisch kranken, Menschen mit ausge-

prägten, meist chronisch verlaufenden psychischen Störungen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten. Alle genannten Versorgungsmodelle nutzen erfolgreich die eingangs skizzierten Elemente guter psychiatrischer Behandlung.

### Management der PEPP-Einführung

Das zweite große Gestaltungsfeld für das Management psychiatrischer Kliniken ist in den kommenden Jahren die strukturierte Vorbereitung auf die pauschalierten Entgelte. Dabei kann es Anleihen bei der Somatik machen. Kliniken, die bereits einschlägige Erfahrungen sammeln konnten, haben es leichter als Fachkliniken, die den Umstellungsprozess erstmals vor sich haben. Nicht alle Entwicklungen, die mit der neuen Finanzierungssystematik angeschoben werden, lassen sich heute sicher prognostizieren. Dazu gehört die Frage, ob bestimmte Patientengruppen im neuen System attraktiver sind als heute. Oder ob für andere Gruppen das Gegenteil gilt. Für die meisten Kliniken der Voll- und Pflichtversorgung steht diese Frage aufgrund ihres Selbstverständnisses nicht im Vordergrund. Andere Herausforderungen werden schon jetzt deutlich:

Das PEPP-System bringt *mehr Transparenz* in das Leistungsgeschehen. Aus Sicht der Krankenversicherer entsteht erstmals eine Steuerungsfähigkeit der psychiatrischen Behandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Der Aufbau eines Medizincontrollings, die Beantwortung der Frage, ob Dokumentationsassistenten zur Unterstützung erforderlich sind, und ein adäquates

Krankenhausinformationssystem sind wesentliche Managemententscheidungen. Da von einem vermehrten Prüfungsbedürfnis seitens der Krankenkassen auszugehen ist, muss die Dokumentation „MDK-sicher“ werden. In intensiven Schulungszyklen muss den Mitarbeitern verdeutlicht werden, dass die Klinikerlöse

### Weitere Beiträge zur Titelstrecke

Regionalbudget: Das Klinikum Itzehoe nutzt ein Gesamtbudget nach eigenem Ermessen

Seite 374

Netzwerk: Kooperationsstrategien sozialpsychiatrischer Anbieter

Seite 378

Home Treatment: Innovatives Versorgungskonzept am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Seite 381

Enthospitalisierung: Das Versorgungsmodell des Klinikums Hanau

Seite 384

Reha: Patienten wieder in die Gesellschaft integrieren

Seite 388



unmittelbar von der Qualität ihrer Dokumentation des Behandlungsgeschehens abhängen.

Das neue Entgeltsystem *entkoppelt die Erlöse von den individuellen Kostenstrukturen* eines Hauses. Die Erlöse hängen nicht mehr von historischen Gegebenheiten (zum Beispiel attraktive Parkanlage mit entsprechenden Infrastrukturkosten), sondern von der Zahl der Behandlungstage und dem Relativgewicht ab. Unter den Bedingungen der Bundespflegesatzverordnung konnten aufwendige Strukturen die Pflegesätze erhöhen. Im PEPP-System dürften sie Kliniken ins Defizit treiben. Dies gilt besonders für die bauliche Infrastruktur. Können Pavillonsysteme mit kleinen Stationsgrößen aufrechterhalten werden? Meist verursachen sie einen höheren Personalaufwand (insbesondere in der Pflege) und höhere Logistikkosten. Heute können sie noch im Basis- und Abteilungspflegesatz geltend gemacht werden. Künftig bestimmt einzig die Erkrankungsschwere des Patienten die Vergütungshöhe.

Die *Prozessgestaltung* wird für das Management zur Kernaufgabe. Dies betrifft die Administration genauso wie die patientennahen Tätigkeiten. Die Schnittstelle zwischen patientennahen und administrativen Tätigkeiten – das Medizincontrolling – wurde bereits skizziert. Die Kette setzt sich nahtlos fort. Nur mit einem guten Medizincontrolling und einer geringen Dokumentationsfehlerquote lassen sich die Forderungen gegenüber den Krankenversicherern im gebotenen Rahmen durchsetzen. Unter dem Stichwort „Working Capital Management“ können die Herausforderungen auf der Debitoren- und Kreditorensseite zusammengefasst werden. Auch die übrigen administrativen Bereiche werden einem höheren Kosten- und Effizienzdruck ausgesetzt sein. Nur so kommt ein möglichst großer Erlösanteil bei den Patienten an.

Bei der Suche nach Effizienz bietet die *Allokation von Tätigkeiten* weitere Möglichkeiten. Die Psychiatrie kann auch hier von der Somatik lernen. Allerdings wird sie wegen ihres spezifischen Behandlungsgeschehens auch eigene Erfahrungen machen müssen. Nicht zuletzt erfordert der Fach- und

## Marktentwicklung

Auch wenn das Statistische Bundesamt in den vergangenen Jahren von sinkenden psychiatrischen Krankenhausfällen ausgegangen ist, sprechen die Zahlen eine deutlich andere Sprache. Zwischen den Jahren 2004 und 2011 sind sie um rund 15 Prozent auf etwa 810 000 Fälle gestiegen. Die Verweildauer ist im Vergleich zu den Vorjahren deutlich schwächer gesunken. Somit ist die Fallzahlsteigerung erstmals auch mit einer moderaten Zunahme der Bettenkapazitäten einhergegangen.

Auch im ambulanten Sektor nehmen die Angebotsstrukturen zu, insbesondere bei den psychologischen Psychotherapeuten. Wissenschaftliche Untersuchungen, die die Gründe für diese zunehmende Inanspruchnahme erforschen, liefern keinen Beleg für eine Zunahme psychiatrischer Störungen. Gleichwohl steigen die wirtschaftlichen Auswirkungen von psychischen Erkrankungen deutlich an. Sowohl die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage/-fälle als auch die Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen. Waren Anfang der 1990er-Jahre die muskuloskeletalen Erkrankungen noch doppelt so häufig für Erwerbsunfähigkeiten verantwortlich wie psychische Erkrankungen, so hat sich dieses Verhältnis bis zum Jahr 2009 umgedreht. Laut Deutscher Rentenversicherung sind heute psychische und Verhaltensstörungen für 32 Prozent der Erwerbsunfähigkeitsfälle verantwortlich. Nur noch 16 Prozent basieren auf Krankheiten des Muskuloskelettsystems.

Führungskräfteangel in den kommenden Jahren eine Entlastung der hier Tätigen. Personaleinsatzkonzepte, die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation sinnvoll einsetzen, haben eine doppelte Berechtigung. Sie können den erforderlichen Personalbestand gewährleisten und gleichzeitig Kosten regulieren.

Kliniken haben dabei einen schmalen Pfad zu beschreiten. Auf der einen Seite müssen sie Effizienzreserven gewinnen. Auf der anderen Seite gilt es, für *Mitarbeiterzufriedenheit* zu sorgen. Der Fach- und Führungskräfteangel wird die Bemühungen zur Realisierung von Effizienzgewinnen konterkarieren. Gleichzeitig sind wesentliche Maßnahmen zu stemmen, um die Attraktivität des Unternehmens zu steigern. Je nach geografischer Lage werden die Kliniken davon unterschiedlich betroffen sein. In der psychiatrischen Versorgungslandschaft gibt es noch immer viele Fachkliniken in ausgeprägt ländlicher Lage. Sie stehen vor besonderen Herausforderungen, um die Anziehungskraft ihrer Arbeitsbedingungen zu erhöhen.

Neben diesen spezifischen, mit der Einführung des PEPP-Systems verbundenen Themen zeichnen sich für psychiatrische Kliniken wie für alle Krankenhäuser in Deutschland drei Megatrends ab: Vernetzung, Verbund-/Konzernbildung und Markenentwicklung.

## Zwei Handlungsfelder

Dem Management psychiatrischer Kliniken stehen zwei wesentliche Handlungsfelder offen, die in Zukunft für deren Erfolg entscheidend sein dürften. Zum einen ist das die Frage, inwieweit künftige Entwicklungen für die Versorgungskonzeption aufgegriffen und proaktiv gestaltet werden. Deren Ziel sollte sein, die Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen über die bisher tradierten Versorgungsgrenzen hinweg zu optimieren.

Zum anderen beschert die Einführung der pauschalierten Entgelte den Kliniken einen Veränderungsdruck, der nahezu alle administrativen und patientennahen Bereiche erfasst. Wie im DRG- wird es auch im PEPP-System so sein: Diejenigen, die sich frühzeitig mit den besten Antworten auf das neue System vorbereiten, werden gestärkt aus dem Umstellungsprozess hervorgehen.

### Anschrift des Verfassers:

Reinhard Belling  
Geschäftsführer  
Vitos GmbH  
Ständeplatz 2  
34117 Kassel