

Persönliche PDF-Datei für Deister A, Wilms B.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Am Anfang war das Regionalbudget

Nervenheilkunde

2023

759–761

10.1055/a-2147-2446

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Nervenheilkunde* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0722-1541

Am Anfang war das Regionalbudget

Zur konzeptuellen Vorgeschichte der Modellprojekte nach § 64b SGB V

At the beginning it was named “Regionalbudget”

The history of global treatment budgets following § 64b SGB V in Germany

Autoren

Arno Deister¹, Bettina Wilms²

Institute

- 1 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- 2 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH, Querfurt

Schlüsselwörter

Regionales Psychiatrie-Budget, Modellprojekt § 64b SGB V, Versorgung, sektorunabhängig

Key words

Global treatment budget, flexible and integrative treatment, mental health services

Bibliografie

Nervenheilkunde 2023; 42: 759–761

DOI 10.1055/a-2147-2446

ISSN 0722-1541

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Arno Deister
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Winkelkamp 3, 25524 Itzehoe, Deutschland
arno.deister@t-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

Beginnend mit den Regionalen Psychiatrie-Budgets wurden in Schleswig-Holstein im Rahmen sich verändernder gesetzlicher Grundlagen Modellprojekte in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung mit den Mitteln des Krankenhauses konzipiert und umgesetzt. Seit 1999 entwickelten Protagonisten aus Politik, von Kostenträgern und Krankenhausmedizin ein verändertes Finanzierungsmodell. Ziel war es, die Behandlung für eine definierte Population einer Region flexibler gestalten zu können. Seit 2012 sind die vormals vertraglich vereinbarten Modelle in Regelungen nach § 64b SGB V übergegangen. Die Regelungen zur Finanzierung und die darauffolgenden Verbesserungen für die Patientenversorgung werden dargestellt.

ABSTRACT

Starting with the concept of so called “Regionalen Psychiatrie-Budgets” (regional treatment budgets) in Schleswig-Holstein (northern part of Germany) Global Treatment Budgets were conceptualized on a changed legal basis for psychiatric and psychotherapeutic services as a part of hospital care in Germany. From 1999 on protagonists of politics, health insurances and clinical psychiatry tried to develop a new model of payment to ensure a cross-sectoral acute mental health care of a defined population within a specified area (region). In 2012 these contracts merged into the legal regulation of § 64b SGB V. Regulations on financing and the following improvements of hospital based psychiatric services are shown.

Ganz am Anfang ...

... stand ein Problem – und eine Idee. Es war das Jahr 1999 und in Schleswig-Holstein stand eine umfassende Neuordnung der Krankenhauslandschaft zur Diskussion – auch in der Psychiatrie. Dabei ging der politische Wille der damaligen Landesregierung (Sozialministerin Heide Moser) dahin, insbesondere in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung die Dominanz der stationären Versorgung zu reduzieren und ambulante Versorgungsmöglichkeiten auszubauen. Es ging dabei auch um die Frage, ob evtl. ein größeres Versorgungskrankenhaus schließen müsse, um die Zahl der Betten im Land an den bestehenden Bedarf anzupassen. Die Diskussion

spitzte sich schließlich auf die Frage zu, mit welchem Parameter zu beurteilen sein könnte, wie viel psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in einer definierten Region erforderlich ist. Die Diskussion wurde moderiert durch das Sozial- und Gesundheitsministerium des Landes Schleswig-Holstein; weitere Teilnehmer waren die Krankenkassenverbände sowie einige psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken des Landes.

Es entwickelte sich die gemeinsame Idee, das einzig wirklich tragfähige Kriterium sei der konkrete Bedarf der Menschen in der jeweiligen Region, die an einer psychischen Erkrankung leiden [1]. Als formales Kriterium wurde die Zahl der in einer Region pro Jahr

behandelten Menschen gewählt, völlig unabhängig davon, in welcher Art und in welchem Setting die Behandlung erfolgt. Von Beginn an war es die Vorstellung aller an diesem Prozess Beteiligten, eine Versorgungsstruktur einzuführen, die bewusst über die Konzepte und die Möglichkeiten der damals intensiv diskutierten integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff SGB V hinausgingen. Diese waren in der Regel nur auf kleinere Patientengruppen ausgerichtet, wohingegen die geplanten Modellprojekte möglichst alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung in einer Region umfassen sollten. Als gesetzliche Grundlage für die entstehenden Modellprojekte wurde der (damalige) § 24 der Bundespflegesatzverordnung gewählt. Gemäß dieser (2012 zugunsten des § 64b SGB V aufgehobenen) Vorschrift konnten die Vertragsparteien in einer Region ein zeitlich begrenztes Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen vereinbaren.

Auf der Basis dieser Überlegungen zogen sich die konkreten Gespräche über mehr als 2 Jahre hin, bis schließlich (rückwirkend) zum 1. Januar 2003 ein erstes solches „Modellvorhaben“ (nach § 24 BpflV, vor dem 1.1.2013 gültige Fassung) im Klinikum Itzehoe, Kreis Steinburg, begonnen werden konnte [2]. Mit der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde Prof. Dr. M. C. Angermeyer (damals Universität Leipzig) beauftragt. Der Kreis Dithmarschen mit dem Klinikum in Heide wurde zur Vergleichsregion, da sowohl die Bevölkerungsstruktur als auch die Angebote des Westküstenklinikums in Heide vergleichbar mit der Situation im Kreis Steinburg und im Klinikum Itzehoe waren. Nach Abschluss der 5-jährigen Begleitforschung konnte dann zum 1.1.2008 in Heide mit einem entsprechenden Projekt begonnen werden. Inzwischen setzte sich aufgrund der organisationalen Ausgestaltung in der Begrifflichkeit die Bezeichnung „Regionales Psychiatrie-Budget“ (auch kurz „Regionalbudget“) für diese „Modellvorhaben“ zunehmend durch.

Nachdem auch die Regionen Rendsburg-Eckernförde mit dem Klinikum in Rendsburg (2006), der Kreis Herzogtum Lauenburg mit dem Klinikum in Geesthacht (2008) und der Kreis Nordfriesland mit dem Klinikum Bredstedt (2009) praktisch identische Projekte vereinbart hatten, umfassten die Gebiete mit Regionalen Psychiatrie-Budgets schließlich etwa ein Drittel der Einwohner des Landes Schleswig-Holstein. Als erste Einrichtung außerhalb von Schleswig-Holstein vereinbarte das Südharz-Klinikum Nordhausen (Thüringen) nach Gesprächen im Jahr 2006 beginnend 2009 ebenfalls ein Regionales Budget für die Psychiatrie, bei dem erstmalig der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einbezogen wurde. Trotz intensiver Bemühungen konnte leider in allen betroffenen Regionen die kassenärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich nicht mit einbezogen werden, sodass sich die Projekte ausschließlich auf die Leistungen bezogen, die im Krankenhaus bzw. durch das Krankenhaus durchgeführt werden.

Die Regelungen nach § 24 BpflV (alte Fassung) wurden schließlich mit Wirkung ab 2013 in die Regelungen gemäß § 64b SGB V überführt. Entsprechend dieser neu in das SGB V eingefügten Vorschrift kann Gegenstand von Modellvorhaben auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld.

Diese Veränderung der gesetzlichen Grundlage hatte jedoch kaum direkte Auswirkungen auf die bestehenden Verträge, die im Wesentlichen unverändert fortgeführt bzw. verlängert wurden. Insofern können die Regionalen Psychiatrie-Budgets in einer Entwicklungslinie mit den später hinzutretenden Modellprojekten gemäß § 64b SGB V gesehen werden. Allerdings wurden in der Folge auch Modellvorhaben nach § 64b SGB V konzipiert, die nicht mit allen Krankenkassen vereinbart werden konnten und daher einen wesentlichen Grundgedanken eines Regionalen Psychiatrie-Budgets nicht umsetzen.

Konzept des Regionalen Budgets

Die Verträge über ein Regionales Psychiatrie-Budget wurden jeweils mit allen in der Region tätigen Krankenkassen bzw. Krankenkassen-Verbänden geschlossen; die Laufzeit betrug zunächst 5 Jahre (in Thüringen zu Beginn 1 Jahr). Die Regelungen umfassten alle Patienten, die in der jeweiligen Region wegen einer psychischen Erkrankung psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus in ihrem Lebensumfeld benötigten. Da es zu diesem Zeitpunkt keinerlei belastbare Informationen darüber gab, wie groß die Zahl der betroffenen Patienten und damit deren Versorgungsbedarf jeweils war, wurde vereinbart, die Zahl der behandelten Menschen pro Jahr als Grundlage für die Realisierung des vereinbarten Budgets zu nehmen.

Das Kernelement von Regionalen Psychiatrie-Budgets bestand von Beginn an in der Möglichkeit, dass die regional zuständigen psychiatrischen Kliniken unabhängig vom Behandlungssetting (zu Hause, ambulant in der Klinik, tagesklinisch oder vollstationär) therapeutisch tätig werden können. Der einzige Maßstab für die Vereinbarung und für die Realisierung des jeweiligen Krankenhausbudgets ist die Zahl der innerhalb eines Jahres behandelten Menschen. Die Steuerung der Behandlung erfolgt grundsätzlich vor Ort und vor allem orientiert am jeweiligen konkreten Bedarf der Betroffenen. Fallzahlen, Behandlungstage oder Abrechnungsquartale spielten als Bezugsgrößen bei der Budgetermittlung bzw. Budgetrealisierung über das Jahr in den geschlossenen Verträgen keine Rolle mehr.

In den jeweiligen Regionen erhält demnach die zuständige Klinik jährlich ein pauschales Budget, mit dem sie die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit den Mitteln des Krankenhauses für alle Patienten in der Region sicherstellen muss, die stationär eingewiesen oder als Notfall aufgenommen werden bzw. die die Voraussetzungen zur Behandlung in einer Institutsambulanz erfüllen. Die jährliche Pauschale wird entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung und ähnlicher Parameter jährlich fortgeschrieben. Die Behandlung der Patienten wird dabei weiterhin zwar über die klassischen Parameter wie Behandlungstage und Behandlungsepisoden abgerechnet; die so gezahlten Beträge werden als Abschlag auf das festgelegte Budget betrachtet. Mehr- oder Mindererlöse im Jahr werden vollständig ausgeglichen.

Die Realisierung der Budgetpauschale ist an das Erreichen eines Budgetziels gekoppelt. Um das Budgetziel zu erreichen, muss die Klinik jährlich annäherungsweise so viele Patienten behandeln wie im Jahr vor der Einführung des Budgets. Dabei ist es für die Realisierung des Budgets nicht entscheidend, in welchem Setting diese behandelt werden. Besteht bei einem Patienten mehrmals im Jahr

der Bedarf für eine Behandlung, so muss dieser Bedarf durch das Krankenhaus gedeckt werden, ohne dass dadurch zusätzliche Einnahmen generiert werden. Damit setzt das Regionale Budget keinerlei Anreize zu einer Fallzahlausweitung oder Verweildauererhöhung, sondern verfolgt einen personenbezogenen Ansatz, der die Leistungsanbieter motiviert, die Patienten so zu behandeln, dass durch die bestmögliche Behandlung eine langfristige Beschwerdefreiheit erreicht werden kann. Durch die Vermeidung von Wiederaufnahmen ergeben sich nun nicht nur für die Patienten große Vorteile, sondern auch für die Leistungserbringer.

Als wesentlicher Schritt zum Abbau der Misstrauensaufwendungen wurde vereinbart, Kontrollen durch den zuständigen Medizinischen Dienst bezüglich der Verweildauer auszusetzen. Dies konnte vor allem aufgrund des veränderten Anreizsystems mit den Kostenträgern verhandelt werden, ginge doch eine unangemessen lange Verweildauer in der Vergütungssystematik letztlich allein auf Kosten des Leistungserbringers. Das Regionale Budget verpflichtet aber die Leistungsanbieter nicht nur zur Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung, sondern auch zur Behandlung einer bestimmten Zahl von Patienten. Wird die Patientenzahl um mehr als 6 % über- oder unterschritten, muss das Budget neu verhandelt werden. Dieser „Korridor“ der Zahl behandelter Menschen im Jahr wurde zunächst als erfahrungsbezogene Größe gefunden, mit einem für die Vertragsparteien vertretbaren Risiko. Gleichzeitig wurde so erreicht, dass es einerseits für die Klinik nicht attraktiv ist, deutlich weniger Personen zu behandeln als im Budgetziel festgelegt, andererseits ist es für die Klinik aber auch kein finanzielles Risiko, wenn in einem Jahr sehr viel mehr Personen psychiatrisch versorgt werden müssen [2].

Spätestens seit 2012 war es ein klares und formuliertes gesundheitspolitisches Ziel zu prüfen, ob diese Versorgungsform auch in die Regelversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen überführt werden kann. Diesem Ziel diente die umfassende wissenschaftliche Evaluation [3]. Um eine Chance zu haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden, müssen Modellprojekte wissenschaftlich belegen, welche langfristigen strukturellen, ökonomischen und inhaltlichen Effekte mit ihnen verbunden sind und wie diese sich von den bisherigen Versorgungsformen unterscheiden. Dies konnte gerade in den frühzeitig beginnenden Modellregionen gezeigt werden. In den am längsten laufenden (meist noch als „Regionalbudget“ begonnenen) Modellprojekten konnte gezeigt werden, dass es zu einer Reduktion der vollstationären Behandlungstage und der individuellen Verweildauer im Krankenhaus gekommen ist [2]. Die Behandlungstage im teilstationären Bereich stiegen deutlich, der Anteil, der im und durch das Krankenhaus ambulant behandelten Patienten, konnte ebenfalls deutlich gesteigert

werden. Die Behandlungsqualität ist bei verbesserter sozialer Integration unverändert geblieben. Sehr wichtig für die Patienten ist eine deutliche Zunahme der Behandlungs- und Beziehungskonstanz durch geänderte Organisationsformen [4].

FAZIT

Bei den Vertragsverhandlungen zeigte sich, dass es nicht möglich war, alle denkbaren Fragestellungen und möglichen Probleme, die sich bei einem völlig neuen Versorgungskonzept ergeben konnten, abschließend zu berücksichtigen oder gar zu lösen. Es wurde sehr schnell deutlich, dass ein Erfolg nur zu erreichen wäre, wenn gegenseitiges Vertrauen die wesentliche Grundlage für einen gemeinsamen Weg zum Nutzen der Patienten in den jeweiligen Regionen bildet. Dieses Vertrauen hat sich überwiegend gut entwickeln können. Das führte nicht nur dazu, dass Modellprojekte nach § 64b SGB V, die mit allen Kostenträgern vereinbart werden konnten, bis heute immer wieder einvernehmlich verlängert wurden. Insbesondere führte es dazu, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in den betroffenen Regionen nicht mehr primär nach bestehenden Strukturen, sondern stärker nach den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet wurde – ohne dass die Kosten dabei gestiegen wären.

Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine Interessenkonflikte.

Literatur

- [1] Deister A. Zukunft. Psychiatrie Herausforderungen. Konzepte. Perspektiven. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2022
- [2] Deister A, Wilms B. Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl; 2014
- [3] Schwarz J, Schmid C, Neumann A, et al. Implementierung eines globalen Behandlungsbudgets in der Psychiatrie – Welche Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen gibt es? Psychiatr Prax 2022; 49: 71–9
- [4] Deister A, Michels R. Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung. Psychiatr Prax 2022; 49: 237–47