

Das Regionale
Psychiatrie
Budget

Modellprojekt nach §64b SGB V

Arno Deister

Prof. Dr. med.
Klinikum Itzehoe

2019



Wir wollen keine anderen
Patienten behandeln

–

wir wollen unsere Patienten
anders behandeln

Die Situation

Das deutsche Gesundheitssystem ist in hohem Maße fragmentiert

- Zwischen verschiedenen Sozialgesetzbüchern
 - SGB V, SGB XII, SGB XI, SGB II ...
- Innerhalb SGB V
 - ambulant, teilstationär, vollstationär, stationsäquivalent ...
- Innerhalb der Kliniken
 - Aufnahmestation, Weiterbehandlungsstation, Psychotherapiestation, Tagesklinik...

Das Problem

- In der Patientenbehandlung kommt es regelhaft zu Brüchen im Behandlungsverlauf
- Häufig kommt es zu Abbrüchen im Behandlungsverlauf
- Wir verlieren im Verlauf Patienten durch fehlende Beziehungskontinuität
- Positive ökonomische Effekte gehen verloren



Das Geld hängt am Bett

Die Folge

- Psychiatrie: Wer Behandlungstage bezahlt, bekommt Behandlungstage
- DRG: Wer Fälle bezahlt, bekommt Fälle
- **Was bekommt derjenige, der Gesundheit bezahlt?**

Die Frage

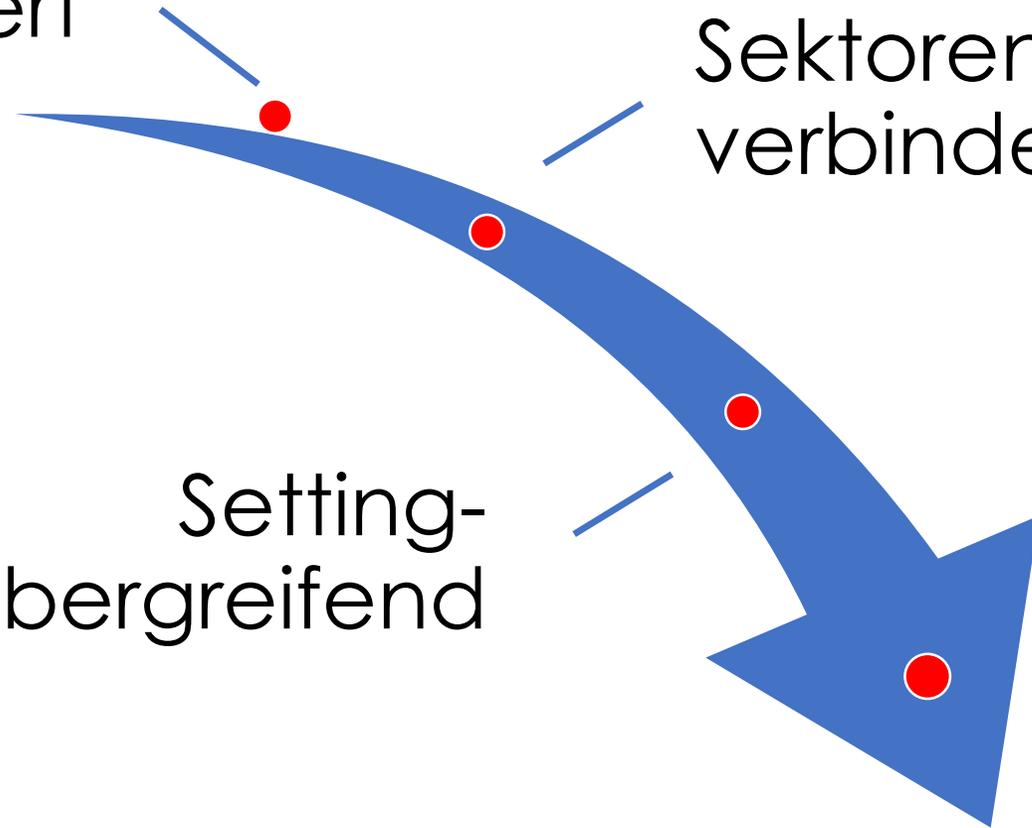
- Wo im deutschen Gesundheitswesen wird **Gesundheit** bezahlt?
- Wo im deutschen Gesundheitswesen wird **Gesundheitsförderung** bezahlt?

Sektorisiert

Sektoren-
verbindend

Setting-
übergreifend

Setting-unabhängig



Innovative Versorgungsformen in der Psychiatrie

- Die Integrierte Versorgung
- Das Regionale Budget
- Die Gestufte Versorgung



Bundesministerium
für Gesundheit

www.bundesgesundheitsministerium.de



Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Gutachten 2018

Übergabe an das Bundesministerium für Gesundheit am 12. Juni 2018





Die Geschichte der
psychiatrischen Versorgung
ist eine Geschichte der
Finanzierungsformen

a) Psychiatrische Fachkrankenhäuser

Für den Bürger

2-2

Verweildauer in den Fachkrankenhäusern wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich höher als in den Fachabteilungen oder psychiatrischen Universitätskliniken. Am Stichtag waren in den Fachabteilungen

**1975:
31% der Patienten länger als 10 Jahre stationär**

...ang erforderlich, um ein psychiatrisches Krankenhaus zu erreichen.

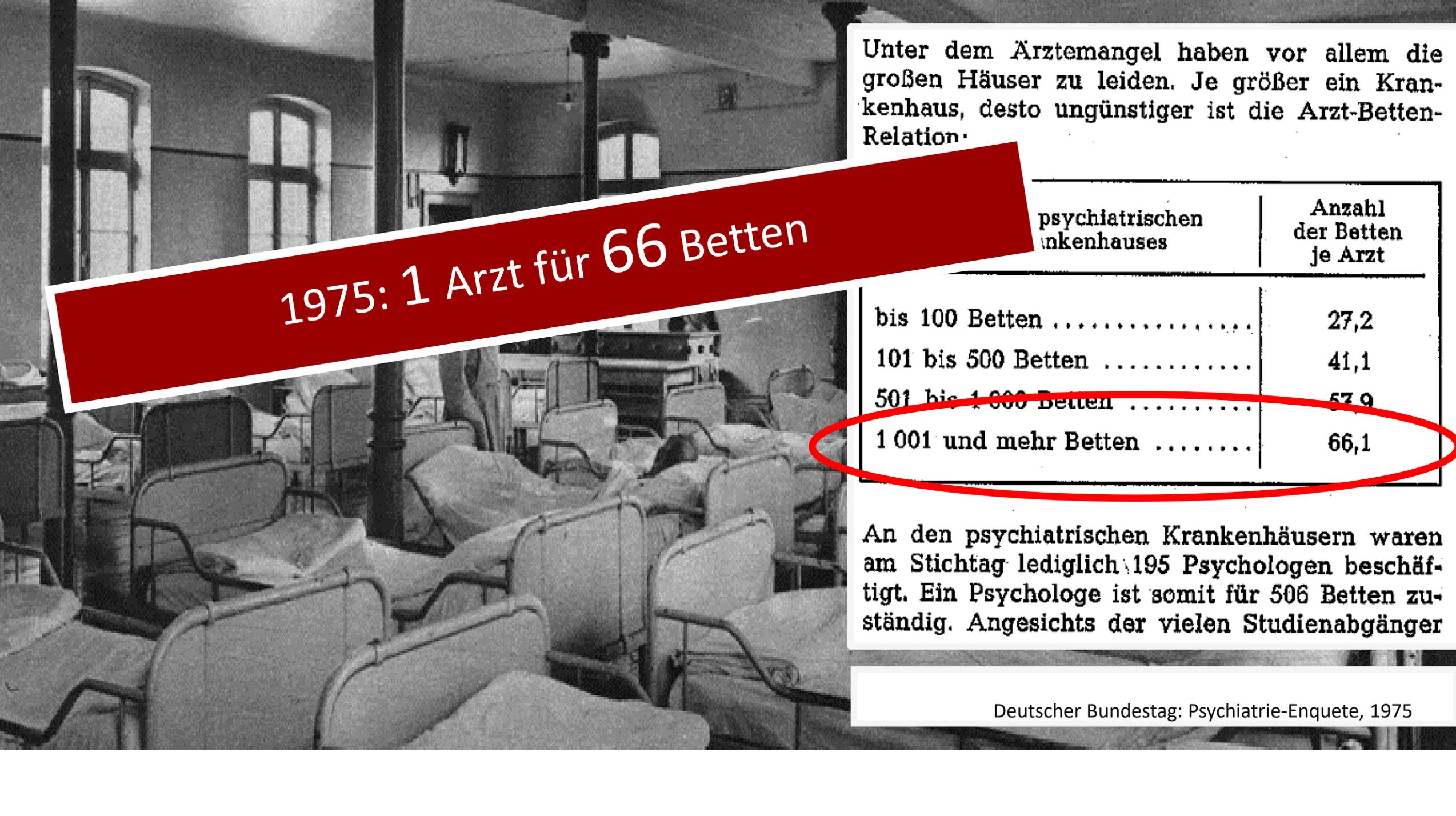
Die 130 Fachkrankenhäuser verfügen über 98 757 Betten. Das bedeutet, daß im Bundesdurchschnitt 1,6 Betten pro 1 000 Einwohner zur Verfügung stehen. 1972 wurden 158 000 Patienten aufgenommen, darunter befanden sich 84 300 Erstaufnahmen. Ein Drittel dieser Häuser hat mehr als 1 000 Betten und liegt damit erheblich über der empfohlenen Höchstgrenze von 600 Betten. Die Bausubstanz der meisten Häuser ist überaltert. Zwei Drittel der Betten befinden sich noch immer in Häusern, die vor 1925 errichtet wurden.

Trotz erheblicher Anstrengungen der Träger, diese Krankenhäuser zu sanieren und zu modernisieren, ergeben die Untersuchungen noch folgende Mängel:

| | |
|-------------------|--------------------|
| bis zu 3 Monaten: | 21 % der Patienten |
| bis 12 Monate: | 12 % der Patienten |
| 1 bis 2 Jahre: | 8 % der Patienten |
| 2 bis 5 Jahre: | 13 % der Patienten |
| 5 bis 10 Jahre: | 15 % der Patienten |
| über 10 Jahre: | 31 % der Patienten |

Dies bedeutet: 59 % — knapp 60 000 — lebten länger als zwei Jahre im Fachkrankenhaus, 31 % — knapp 30 000 — sogar länger als zehn Jahre.

— 18,5 % der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern — rund 17 400 — waren am Stichtag geistig Behinderte. Sie können in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht die erforderliche heil- und sozialpädagogische Behandlung erhalten.



1975: 1 Arzt für 66 Betten

Unter dem Ärztemangel haben vor allem die großen Häuser zu leiden. Je größer ein Krankenhaus, desto ungünstiger ist die Arzt-Betten-Relation.

| psychiatrischen Krankenhauses | Anzahl der Betten je Arzt |
|-------------------------------|---------------------------|
| bis 100 Betten | 27,2 |
| 101 bis 500 Betten | 41,1 |
| 501 bis 1 000 Betten | 57,9 |
| 1 001 und mehr Betten | 66,1 |

An den psychiatrischen Krankenhäusern waren am Stichtag lediglich 195 Psychologen beschäftigt. Ein Psychologe ist somit für 506 Betten zuständig. Angesichts der vielen Studienabgänger

1975: 1 niedergelassener Psychiater für etwa
85.000 Menschen



Deutscher Bundestag: Psychiatrie-Enquete, 1975



Die Geschichte der jüngeren Psychiatrie ist die Geschichte eines **dramatischen Wandels** der Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen. Es ist die Geschichte der Entwicklung von der Verwahrung der Kranken als Leitprinzip zur Behandlung und Rehabilitation und zur **Reintegration in die Gemeinschaft der Gesunden** als vorrangigen Therapiezielen. Gemeinhin spricht man in diesem Zusammenhang von Psychiatriereform. Aber dieses Wort ist zu schwach für die **Umwälzungen**, die die Entwicklung der Psychiatrie in den vergangenen vier Jahrzehnten gekennzeichnet haben.

Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie



Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

- Etwa 1945 – 1975
- Kustodial-paternalistische Haltung
- Kein (normatives) Entgeltsystem
- Extrem lange Verweildauern im Krankenhaus

Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

Phase der De-Hospitalisierung

Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

Phase der De-Hospitalisierung

- 1975 – (etwa) 2000
- Beginn mit der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages
- Gemeindepsychiatrische Haltung
- Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) seit 1991
- Massive Reduktion der Verweildauern im Krankenhaus

Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

Phase der De-Hospitalisierung

Phase der Ökonomisierung



Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

Phase der De-Hospitalisierung

Phase der Ökonomisierung

- Etwa seit 2000 (parallel zur Einführung des DRG-Systems)
- Vereinheitlichung von Behandlungsabläufen
- Anreize zum Erbringen von Einzelleistungen
- Pauschalierung: PEPP-System als Finanzierungsansatz

Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

Phase der De-Hospitalisierung

Phase der Ökonomisierung

Phase der Individualisierung und Vernetzung

Phase der verwahrenden Anstaltspsychiatrie

Phase der De-Hospitalisierung

Phase der Ökonomisierung

Phase der Individualisierung und Vernetzung

- Orientiert am Bedarf des einzelnen Menschen
- Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Autonomie
- Budgetsystem orientiert an der Evidenz und Qualität
- Setting-unabhängige Behandlung



Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber
muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen,
wieviel sie einsetzen will,
um das Schicksal derer zu erleichtern,
die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe
angewiesen sind.

Deutscher Bundestag: Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland , Bonn 1975

GESUNDHEITSPOLITIK

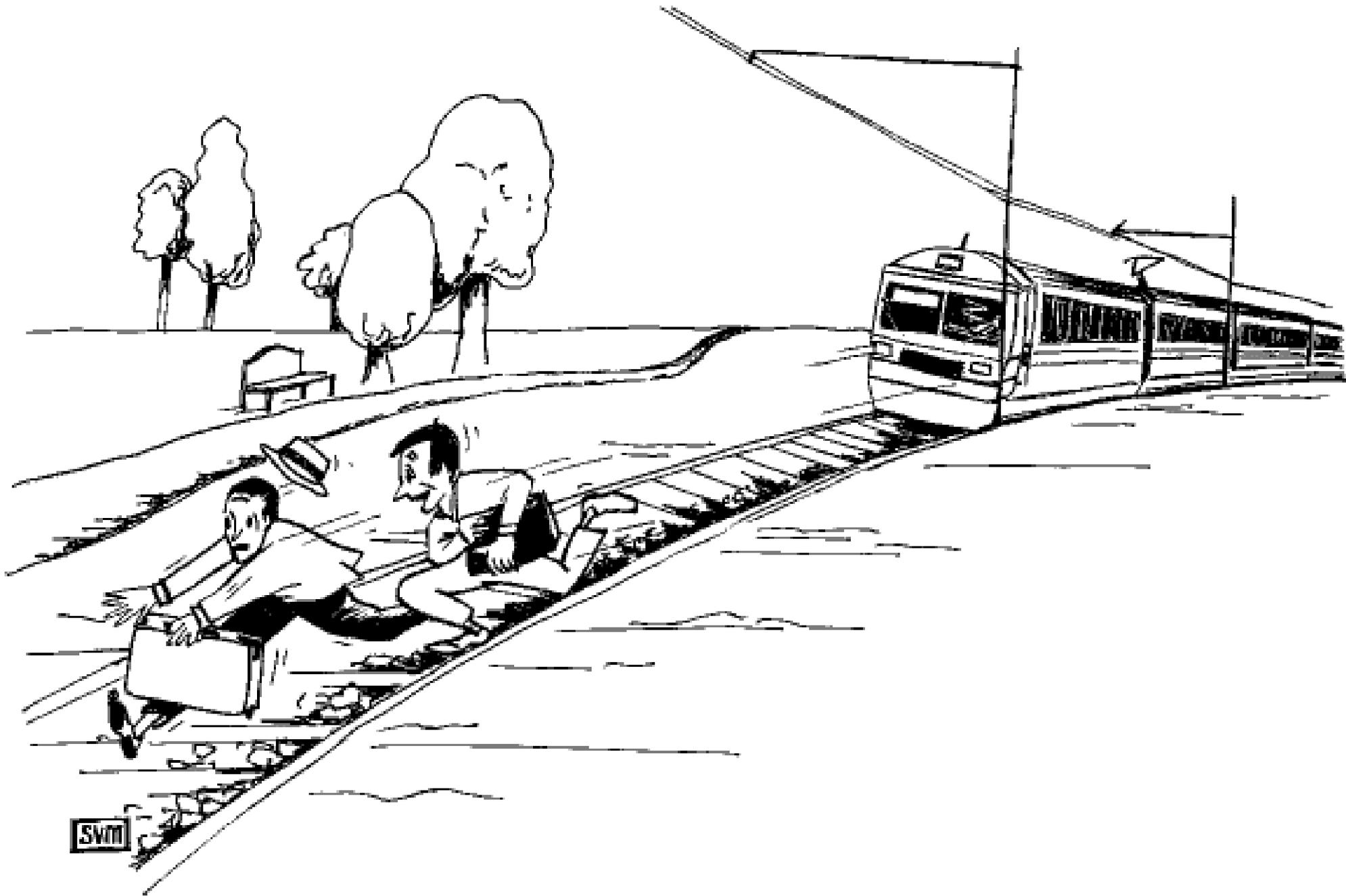
VERSORGUNG

FINANZIERUNG

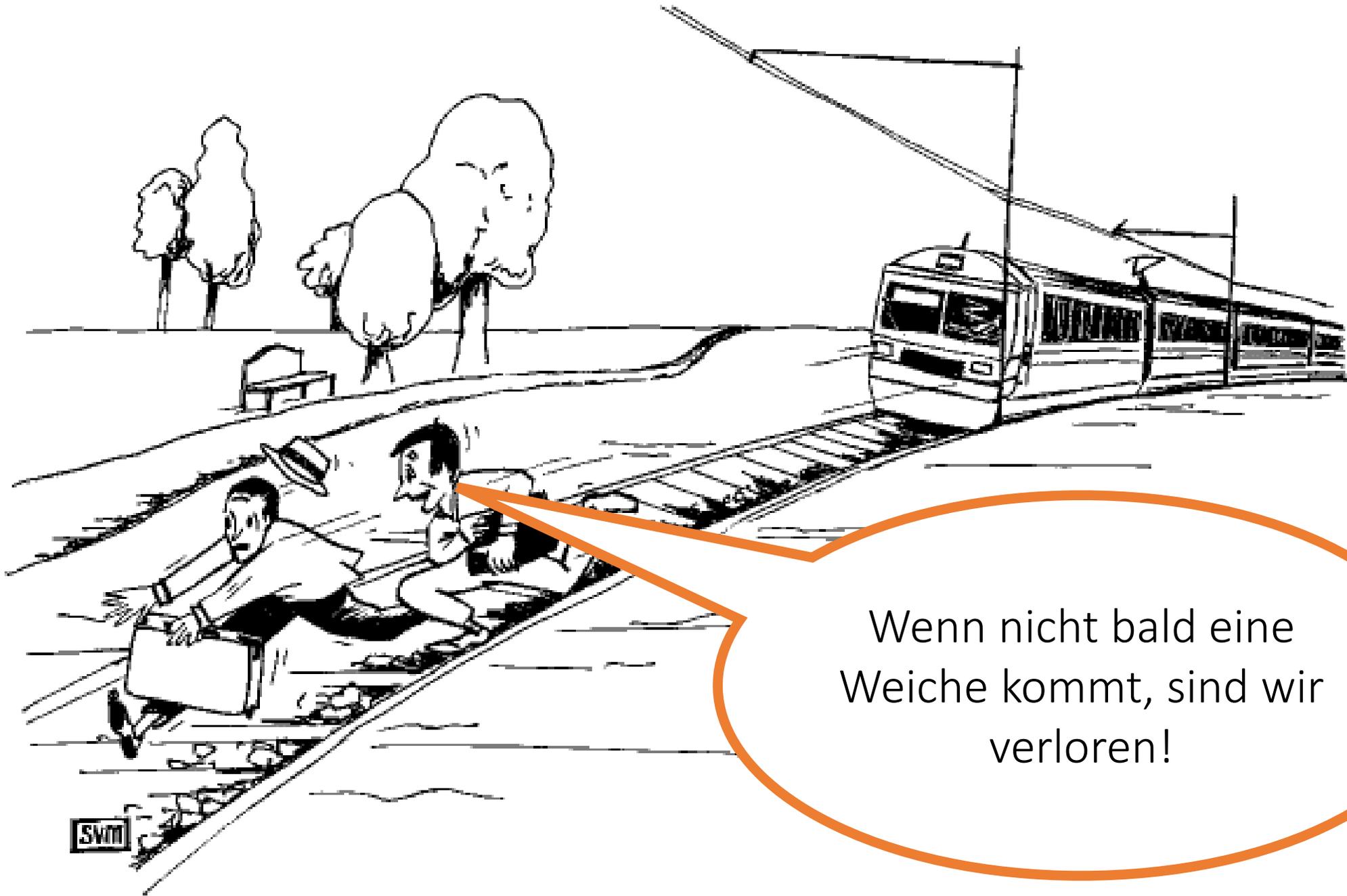
KRANKENHAUS

PFLEGE





SVM



Wenn nicht bald eine
Weiche kommt, sind wir
verloren!



Patientenwohl als ethischer
Maßstab für das Krankenhaus

STELLUNGNAHME

2016

tur Gesundheit vom Februar 2016 ein Entgeltsystem entwickelt werden, das langfristig eine an die hausspezifischen Bedarfe angepasste, ausreichende Personalausstattung gewährleistet und die Unterschiedlichkeit der Behandlungsverläufe bei gleicher Diagnose und die individuell höchst unterschiedlichen Lebensumstände, die für den Verlauf der Erkrankung und der Therapie bei psychiatrischen und psychosomatischen Patienten eine große Rolle spielen berücksichtigt. Formen der sektorübergreifenden Versorgung sollten durch Verknüpfungen stationärer und ambulanter Angebote ermöglicht werden.

Mehr als die Vergangenheit
interessiert mich die Zukunft,
denn in ihr gedenke ich zu leben.

Albert Einstein



„Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können.“

*DGPPN: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.
Springer 2013*

Versorgung nach SGB V

Ambulante
Versorgung

Akutversorgung
im Krankenhaus

Rehabilitation
im Krankenhaus

Gemeindenaher
Versorgung

Sektor-Orientiert

- Allgemeinarzt
- Facharzt
- MVZ

Ambulante
Versorgung

- Vollstationäre
Versorgung
- Teilstationäre
Versorgung
- Institutsambulanz

Akutversorgung
im Krankenhaus

- Psychiatrische
Rehabilitation
- Psychotherapeutische
Rehabilitation
- Psychosomatische
Rehabilitation

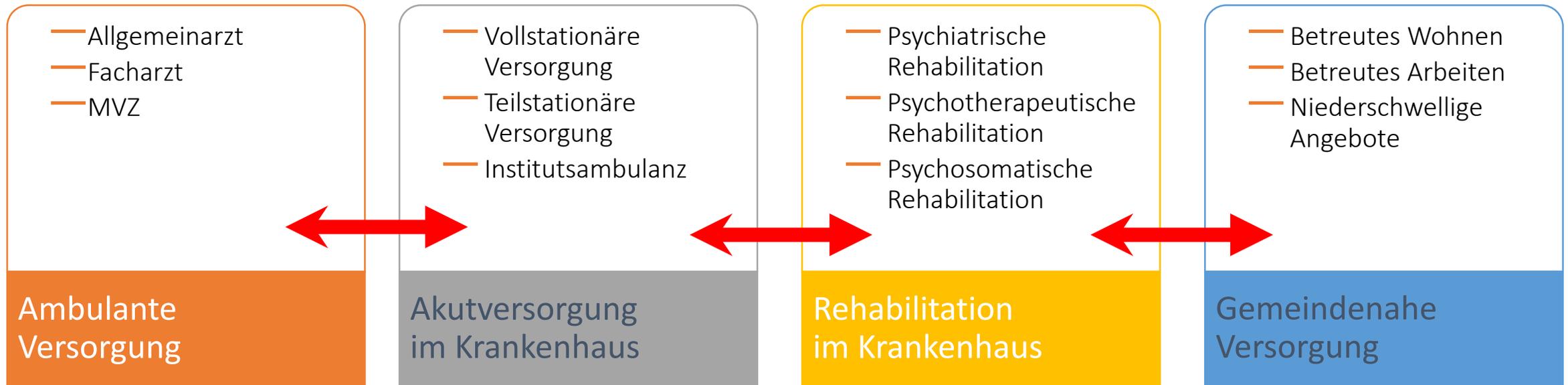
Rehabilitation
im Krankenhaus

- Betreutes Wohnen
- Betreutes Arbeiten
- Niederschwellige
Angebote

Gemeindenaher
Versorgung

← SGB →

Sektoren-verbindend



Setting-übergreifend

- Durch den Hausarzt
- Durch den Facharzt
- Durch das Krankenhaus

Ambulant

- Durch den Hausarzt
- Durch den Facharzt
- Durch das Krankenhaus
- Durch den SpD
- Durch gemeindepsychiatrische Dienste

Aufsuchend

- Im Krankenhaus
- In der gemeindenahen Versorgung

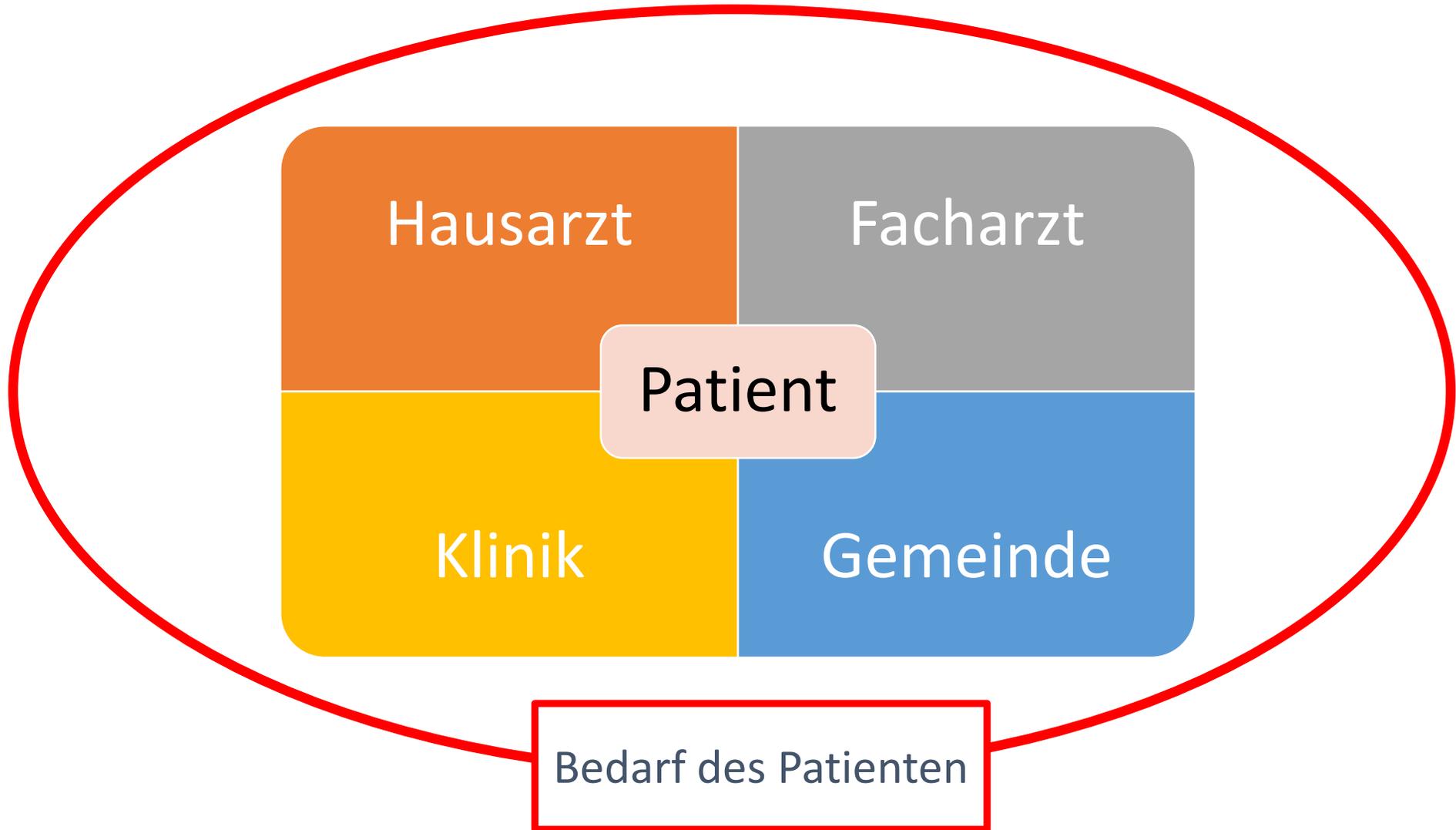
Tagesklinisch

- Im Krankenhaus
- In der Reha-Einrichtung
- In der Gemeinde

Stationär

← Bedarf des Patienten →

Setting-unabhängig



Bedarf des Patienten

A magnifying glass with a blue handle is positioned over a document with German text. The text is slightly out of focus but clearly legible. The magnifying glass is centered over the text, highlighting a specific section. The background is a light, neutral color.

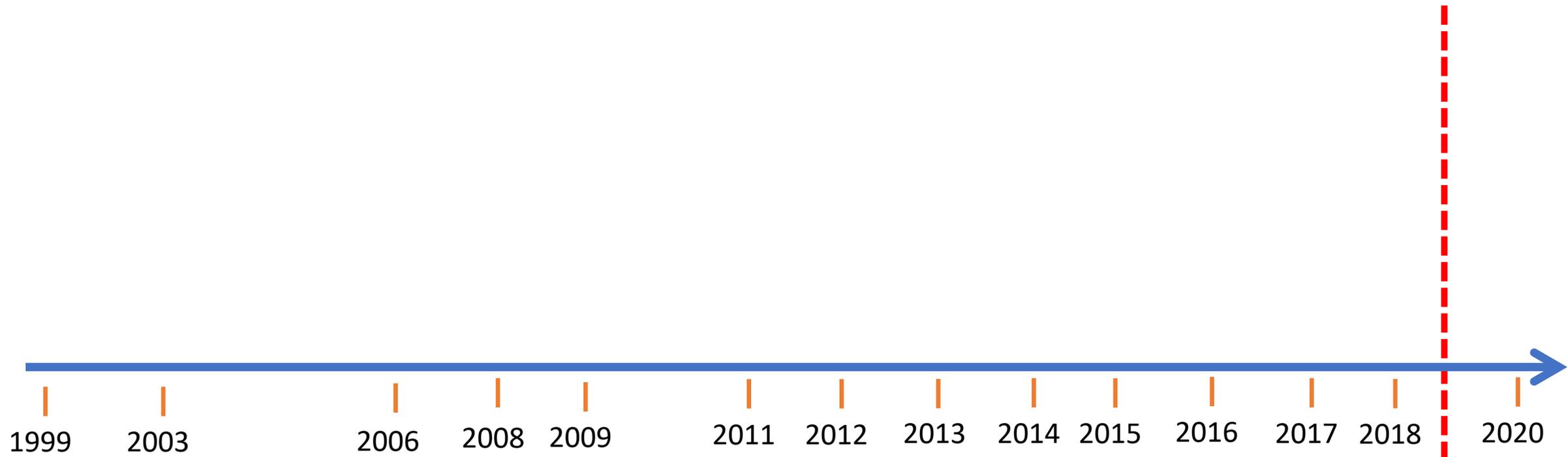
Das
Regionale
Budget
2003 - 2019

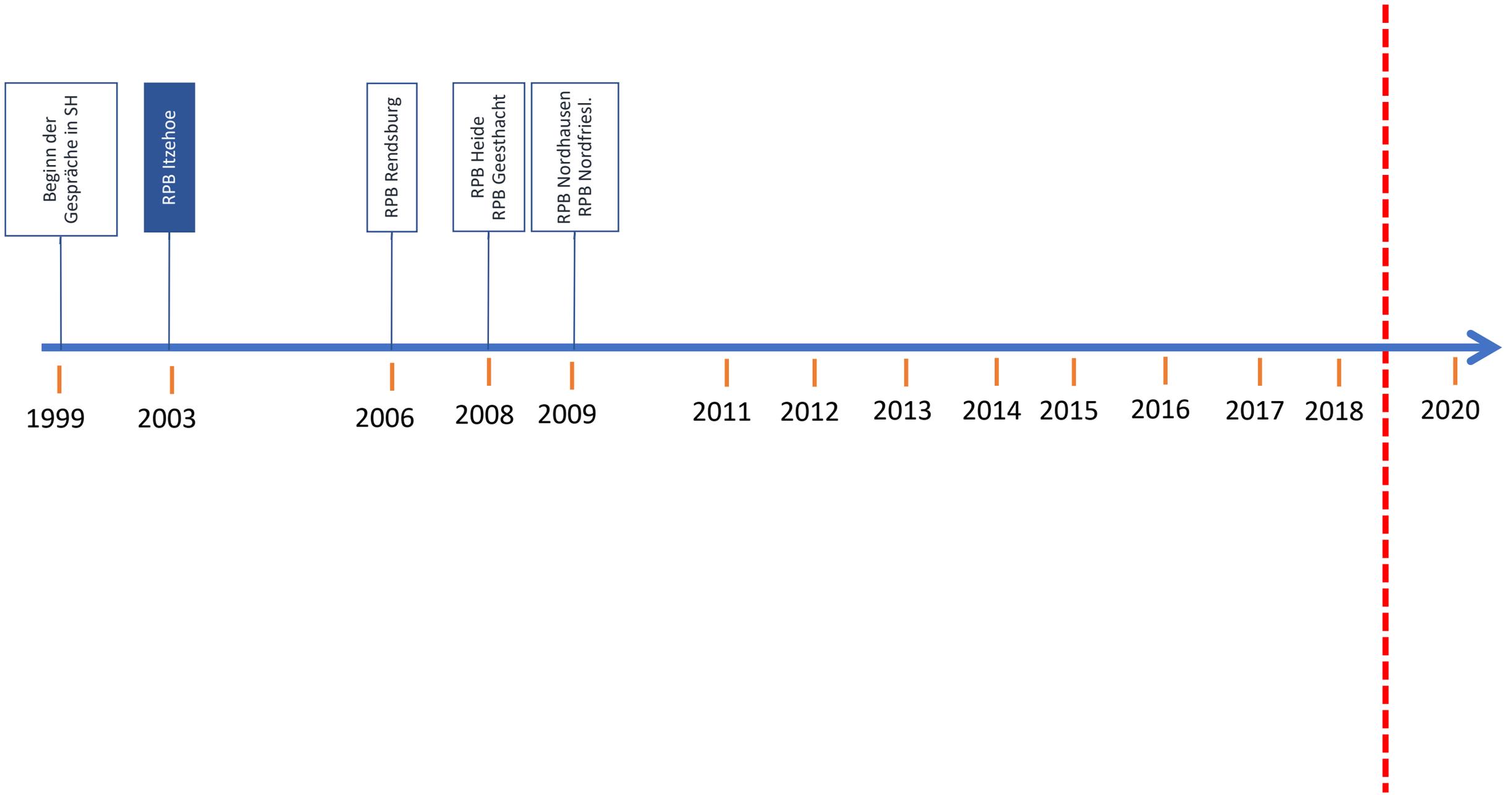
Regionalisierung

Gemeindebezug

Finanzierung

Verantwortung





Beginn der
Gespräche in SH

RPB Itzehoe

RPB Rendsburg

RPB Heide
RPB Geesthacht

RPB Nordhausen
RPB Nordfriesl.

1999

2003

2006

2008

2009

2011

2012

2013

2014

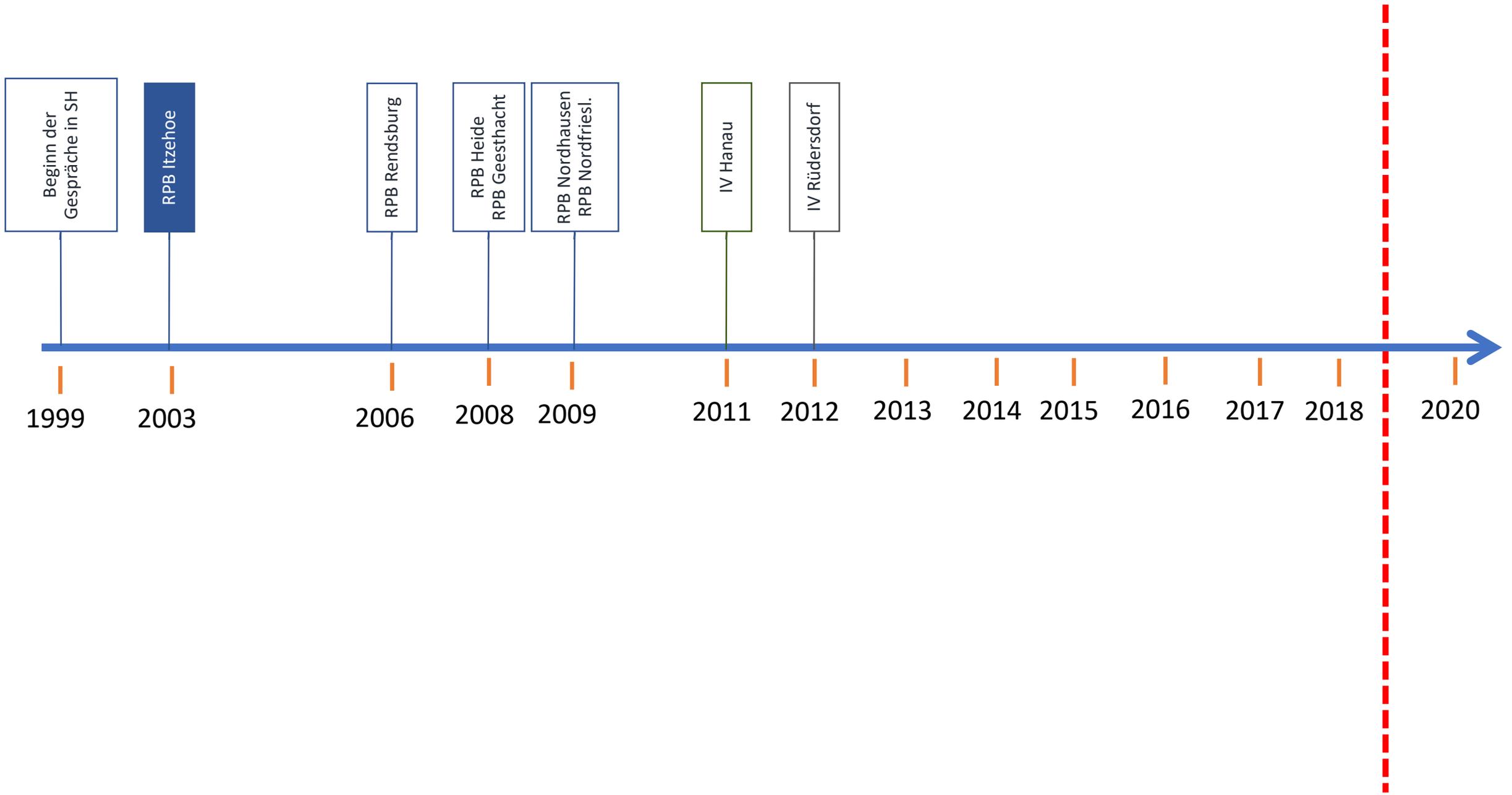
2015

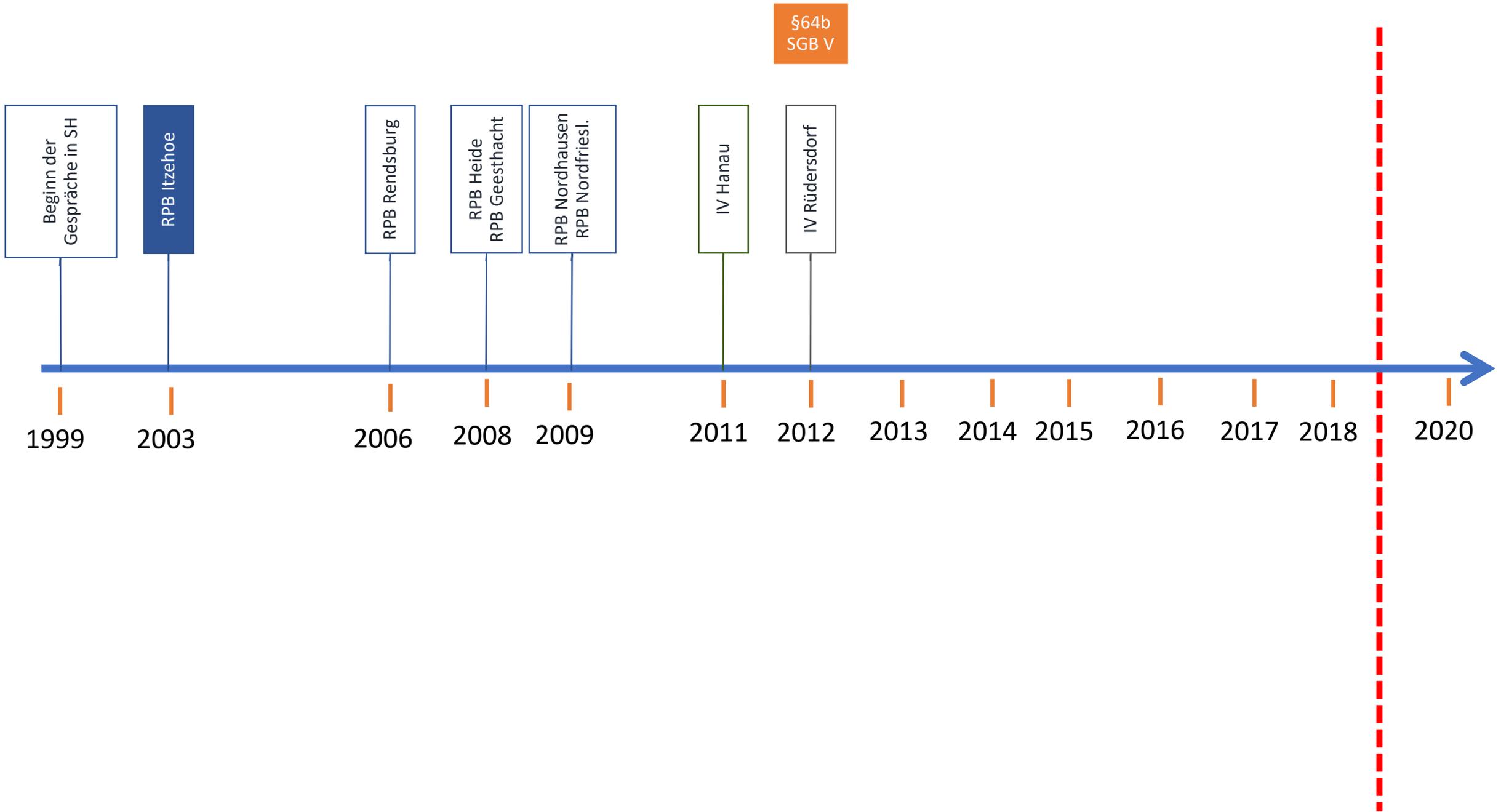
2016

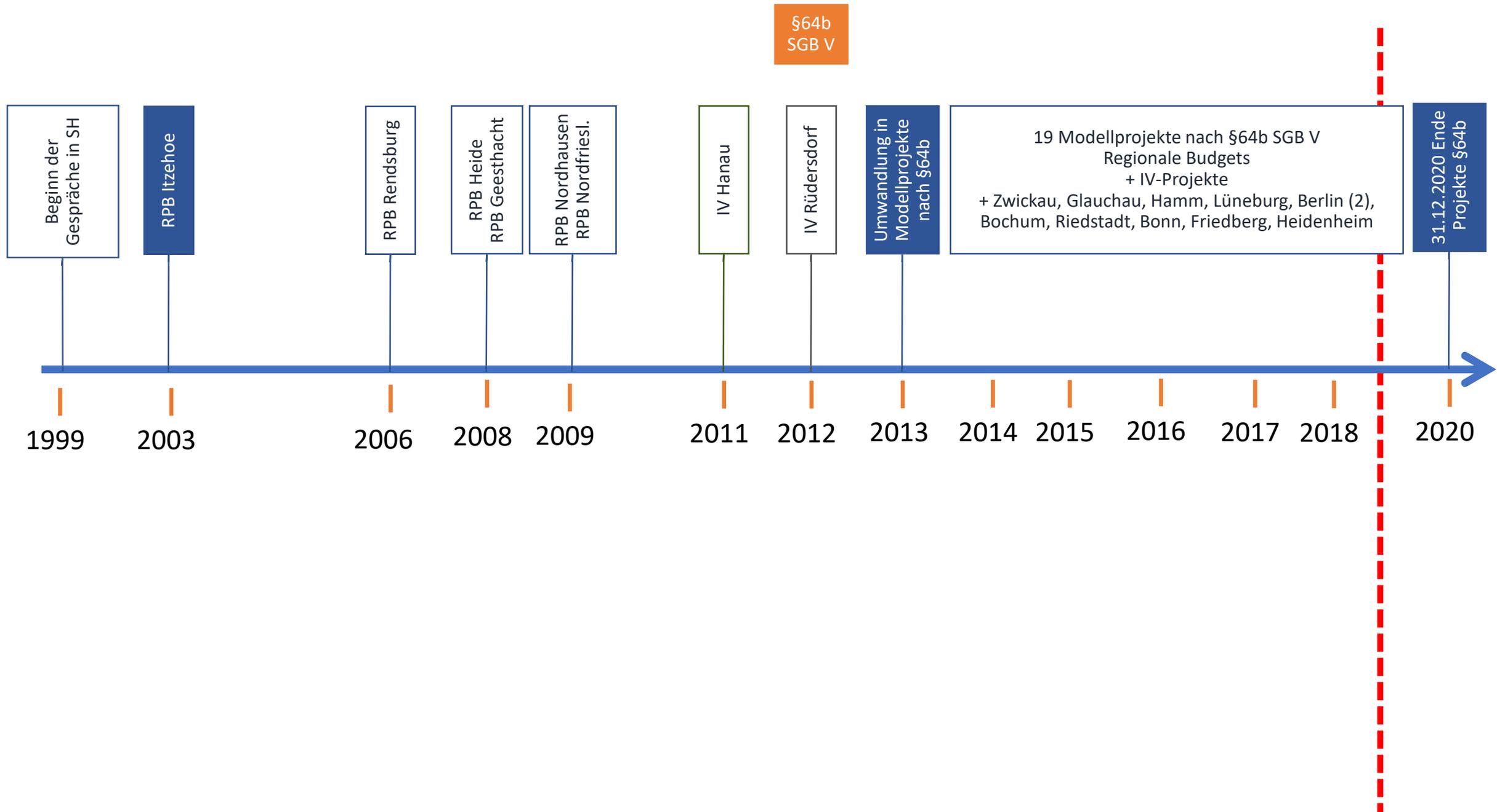
2017

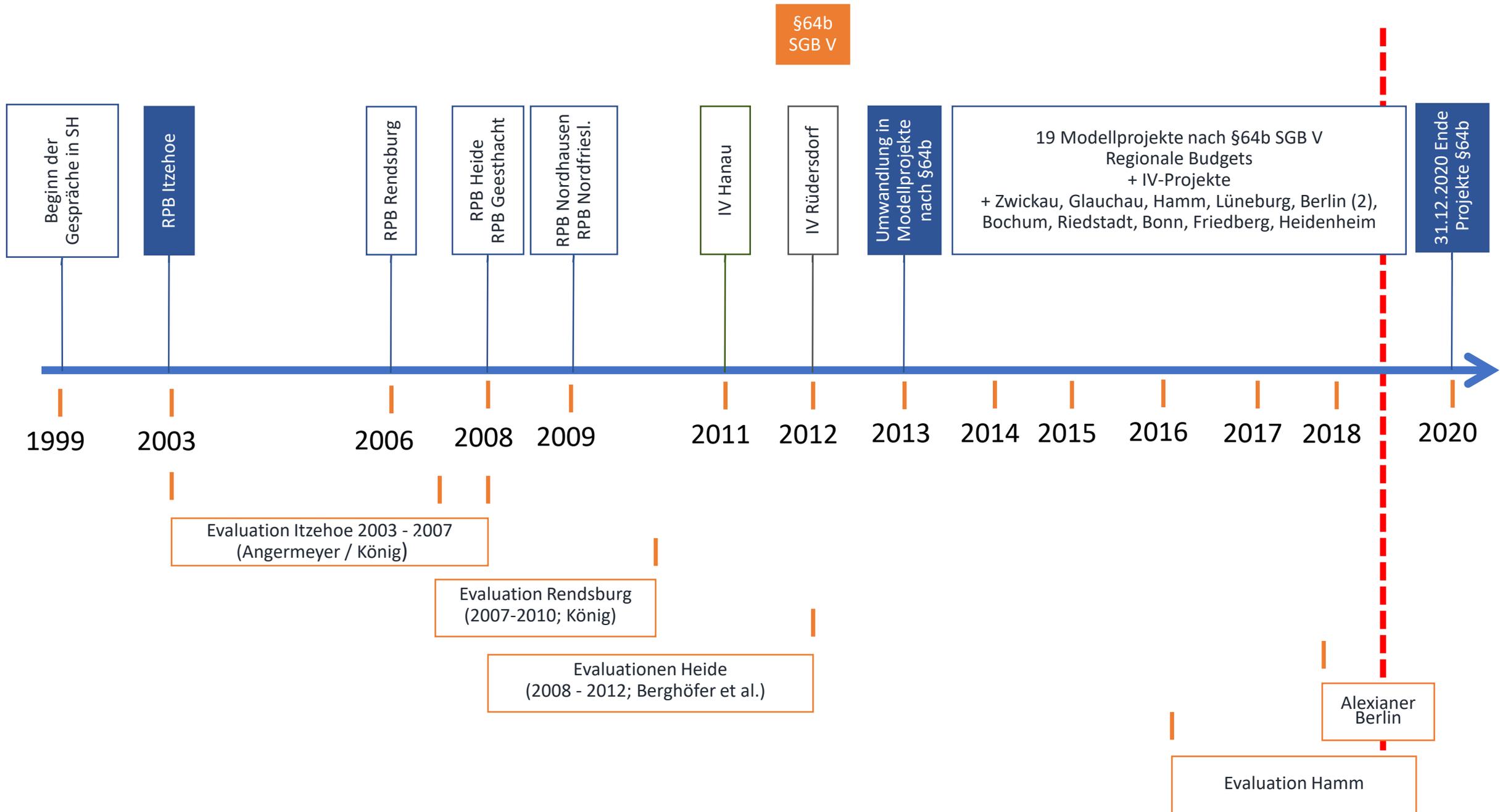
2018

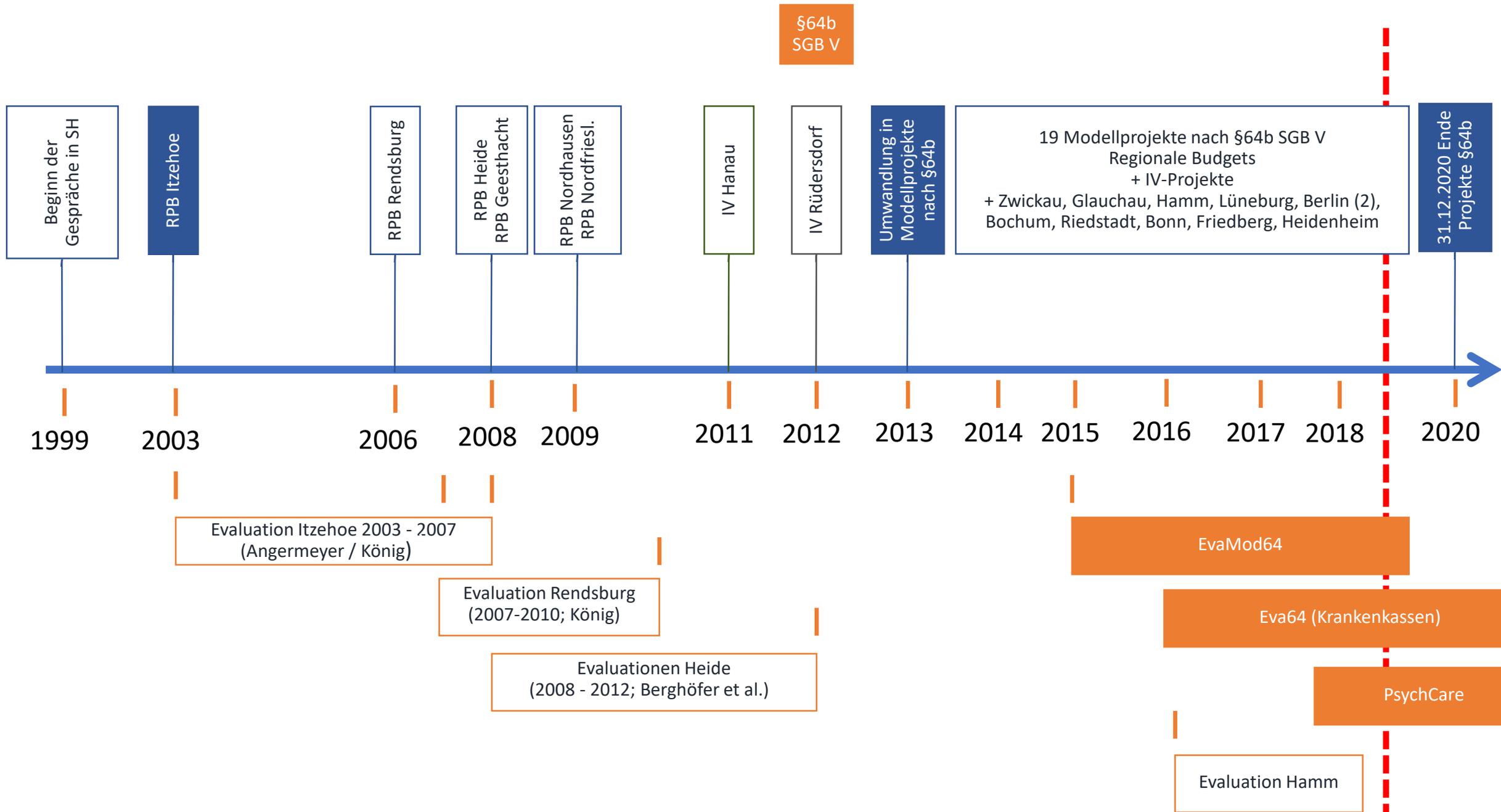
2020



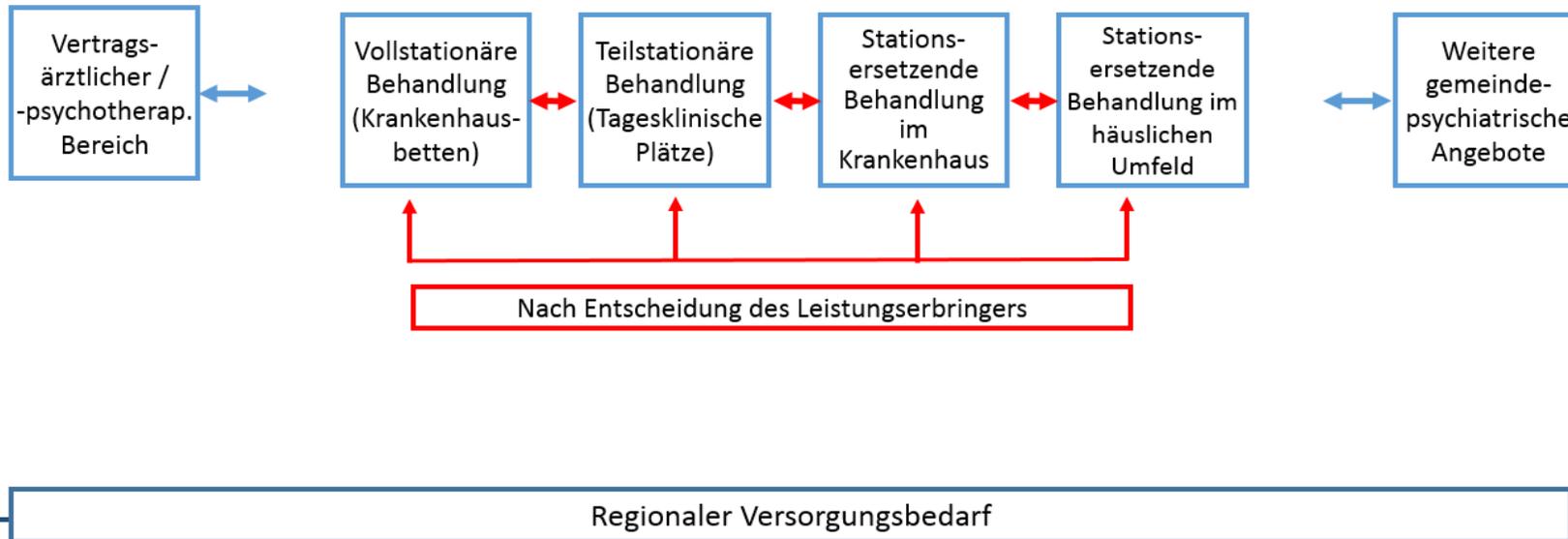




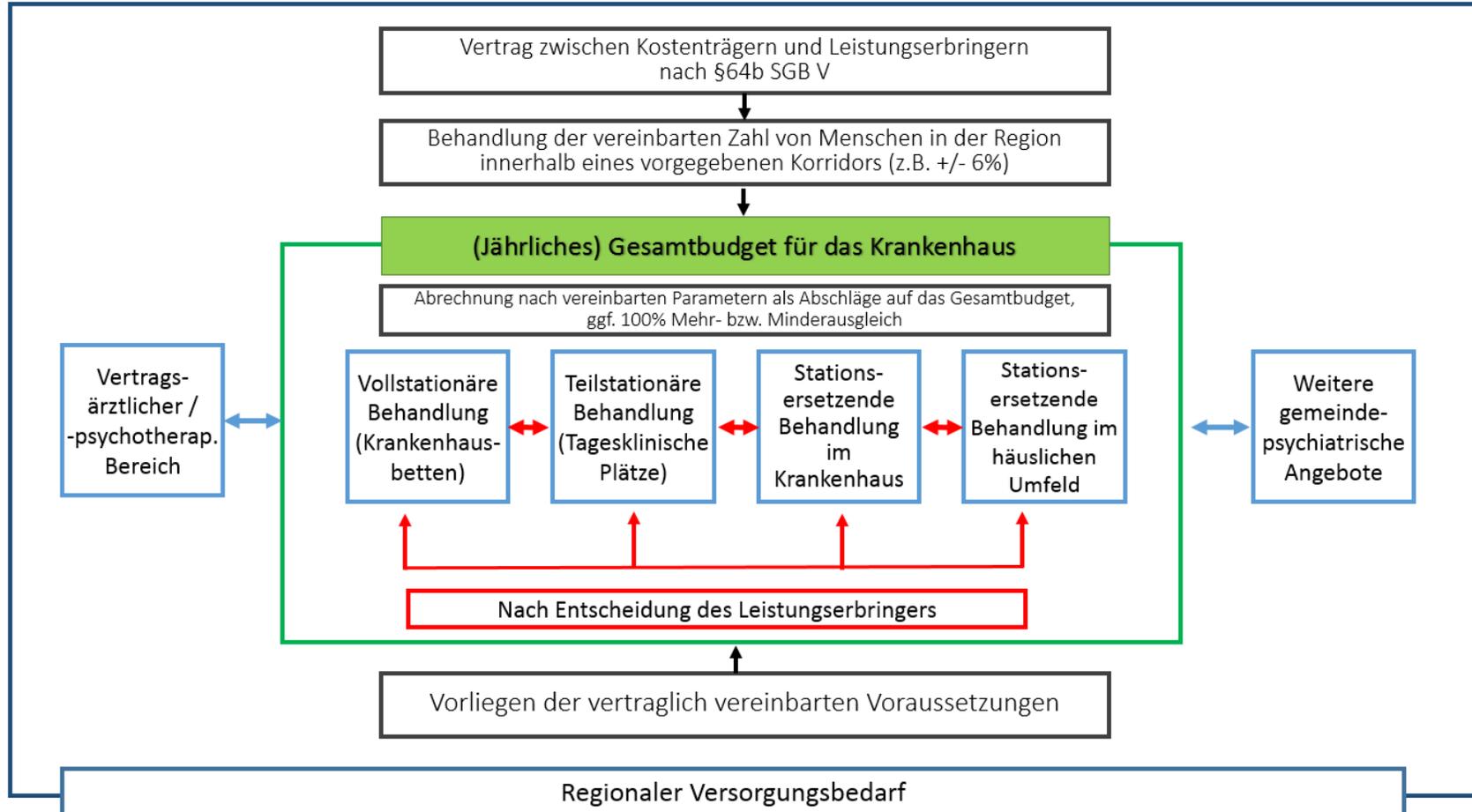




Das Organisations-Prinzip (1)



Das Organisations-Prinzip (2)





Das Regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinburg



KLINIKUM
ITZEHOE

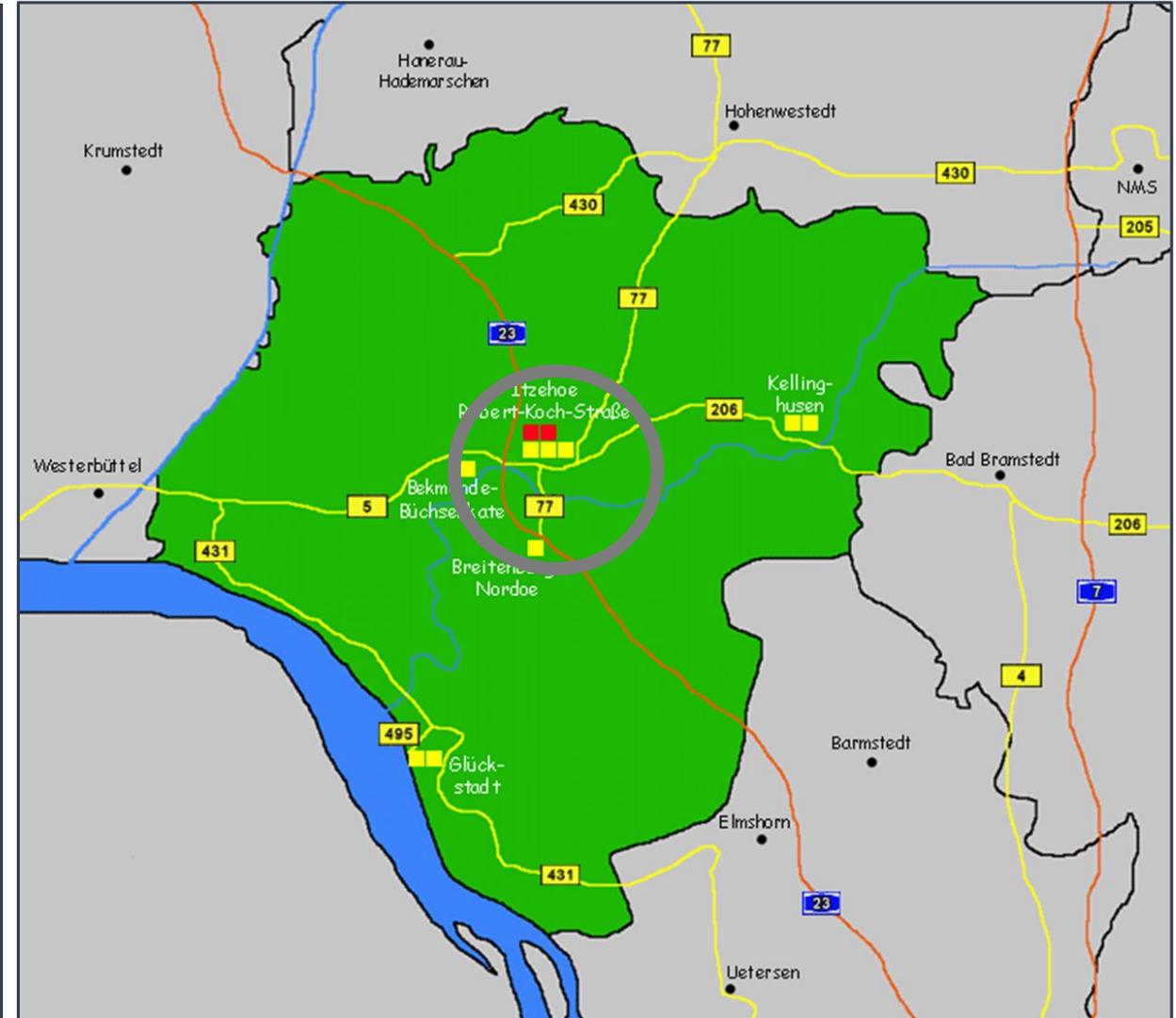
Der Kreis Steinburg





KLINIKUM
ITZEHOE

Die Stadt Itzehoe



Das Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe



Das Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe

- Klinik am Allgemeinkrankenhaus
- Kommunales Schwerpunkt-Krankenhaus des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe
- Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Hamburg, Kiel und Lübeck
- Gegründet 1976 als Klinik für Psychiatrie und Neurologie
- Seit 1996 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Seit 2011 Zentrum für Psychosoziale Medizin
- Versorgungsauftrag für den Kreis Steinburg (135.000 Einwohner)

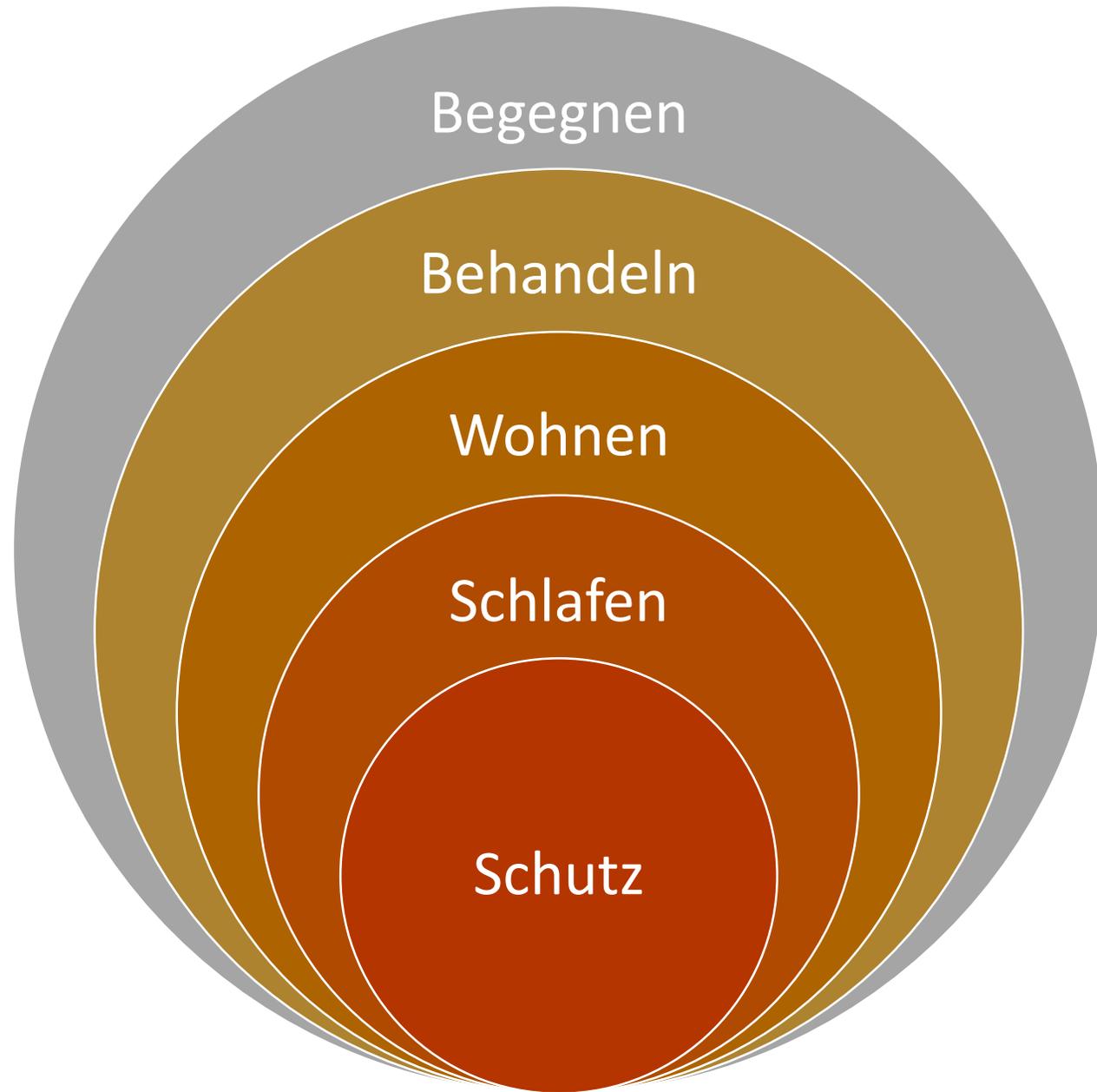
Zentrum für Psychosoziale Medizin



follows

form

function



Gemeindenähe

Patientenautonomie

Recovery

Beziehungskonstanz

Setting-unabhängige
Behandlung

Soziale Bedeutung

Normalität

Partizipation

Funktionalität



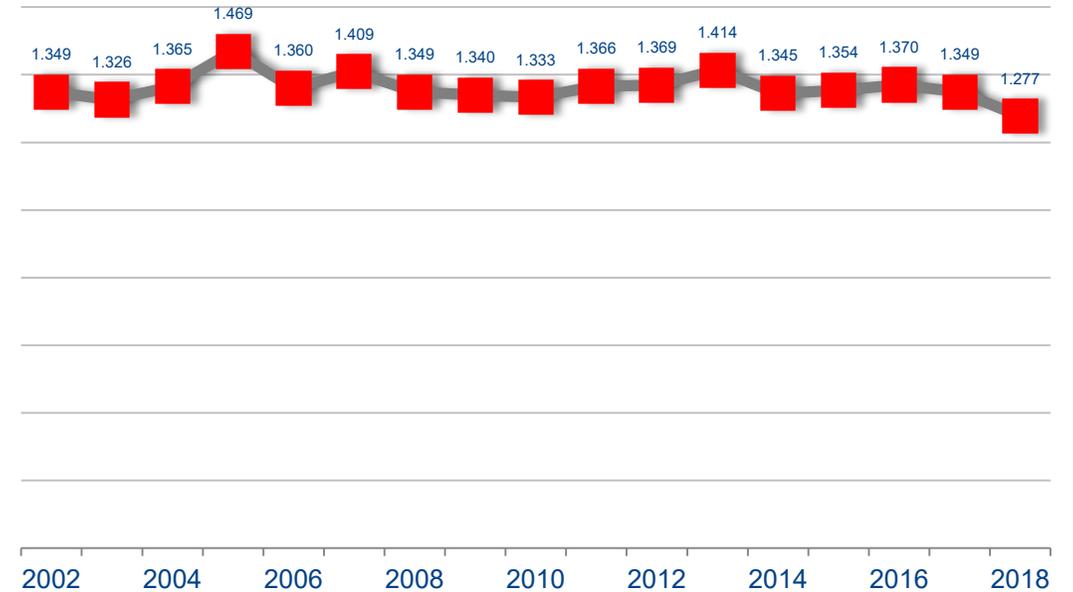
Einige Zahlen



Zahl der behandelten Menschen

- 0,8 %

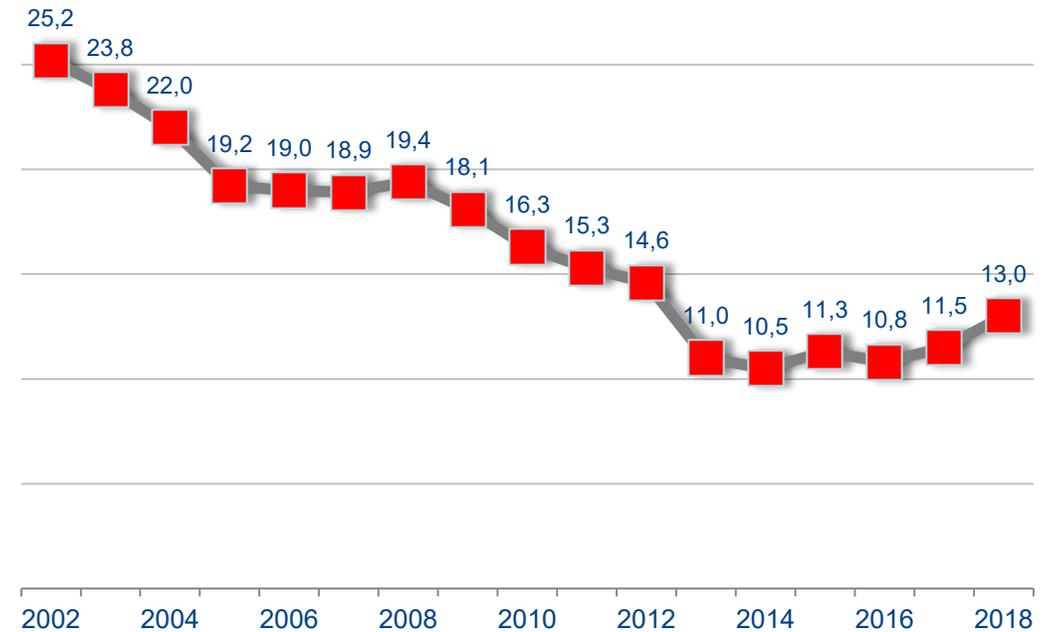
(Durchschnitt 2003 - 2018)



Stationäre Verweildauer

- 48,5 %

(2003 – 2018;
kumuliert pro Jahr)



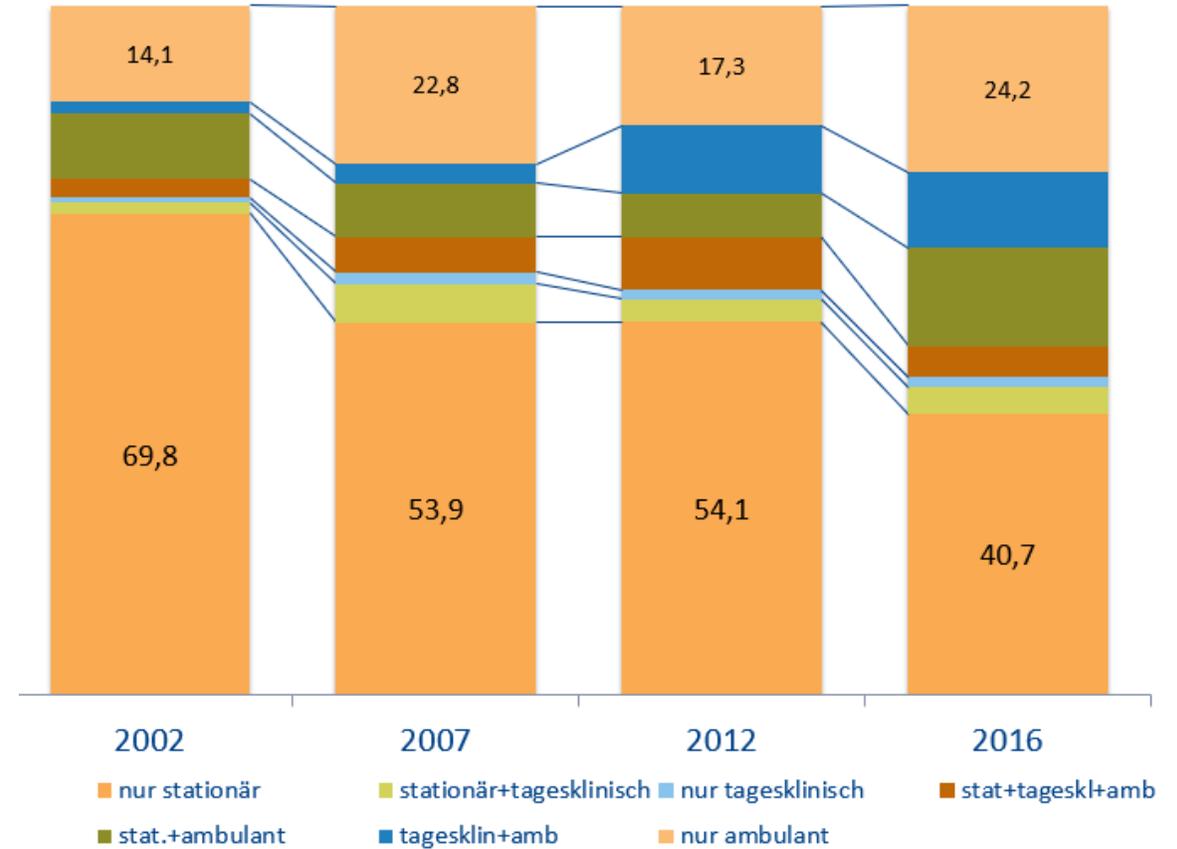


Nur stationär behandelte
Menschen pro Jahr

- 41,6 %

Nur ambulant behandelte
Menschen pro Jahr

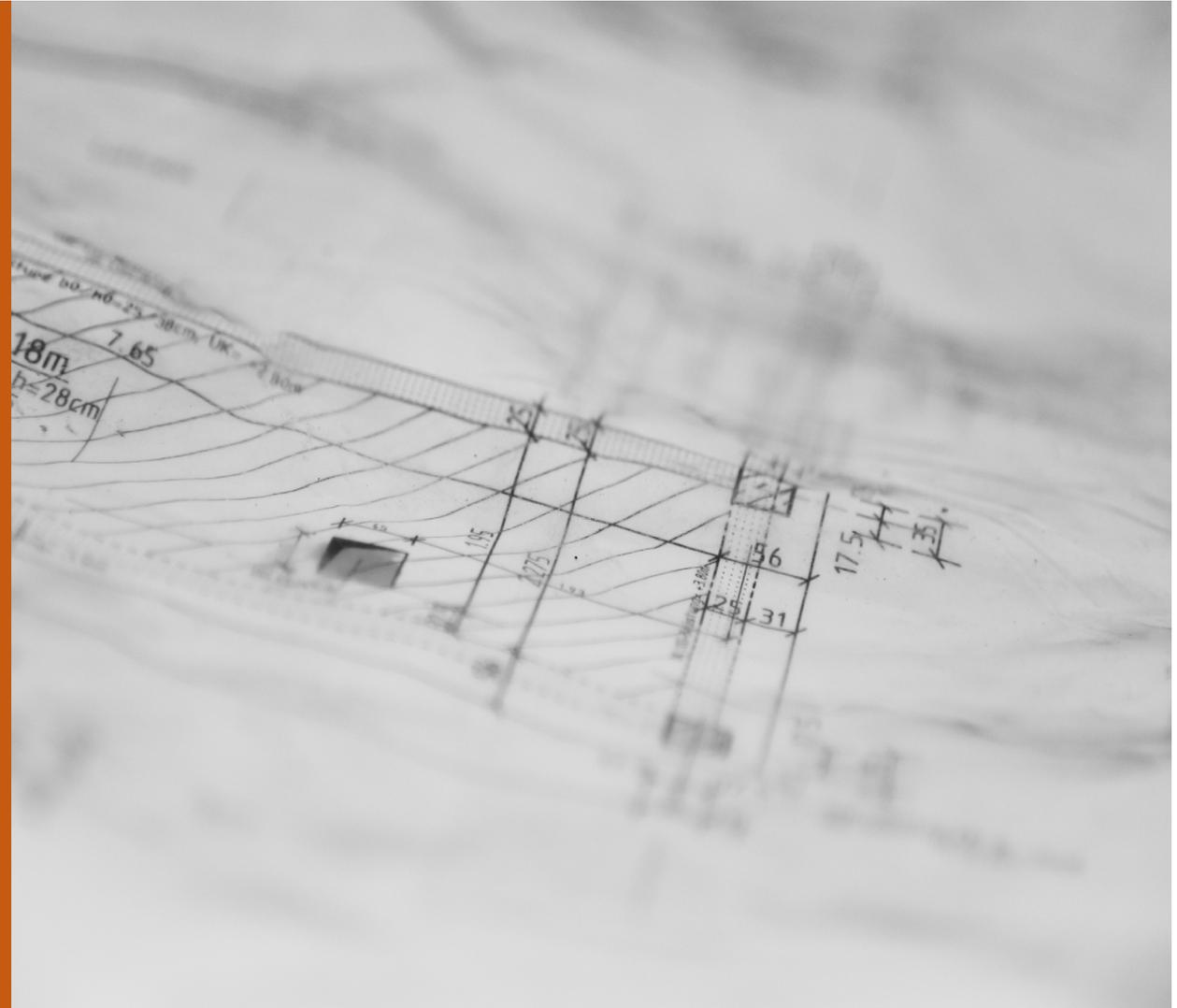
+ 71,6





KLINIKUM
ITZEHOE

Die Struktur

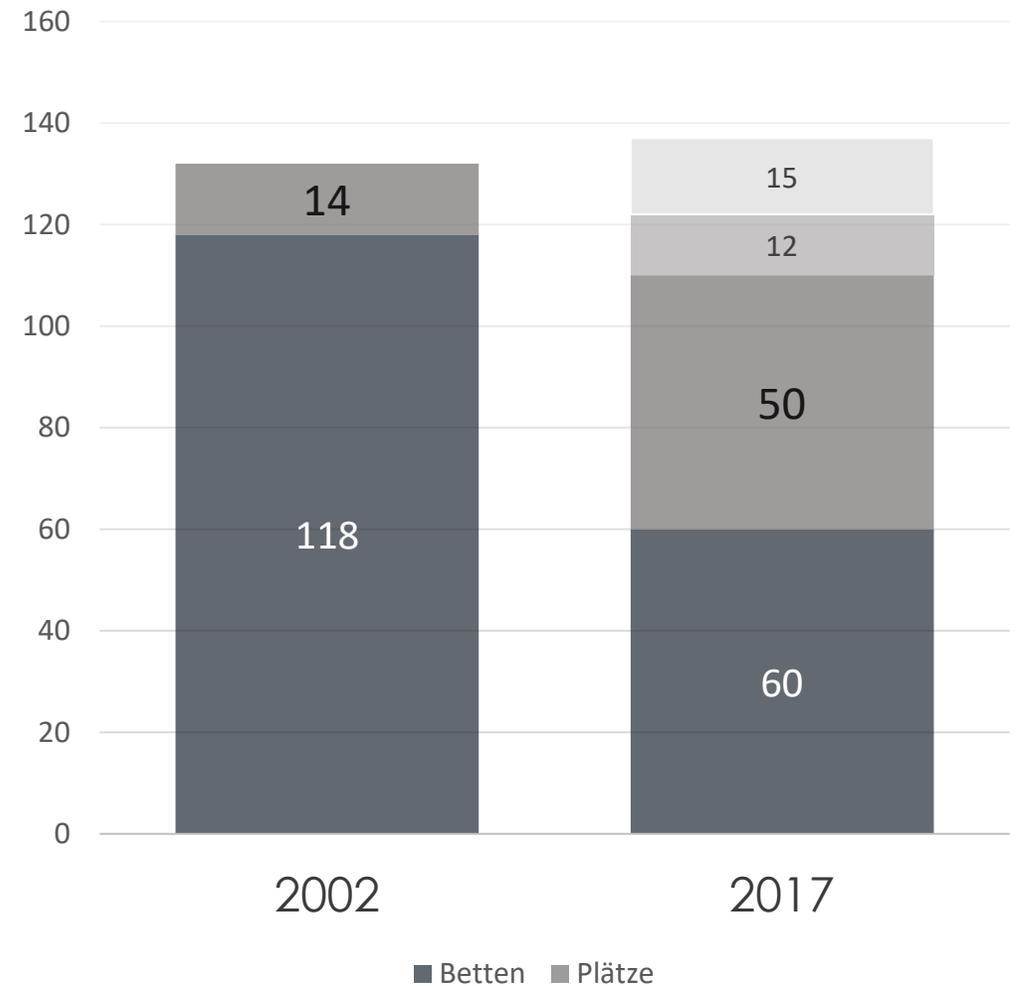


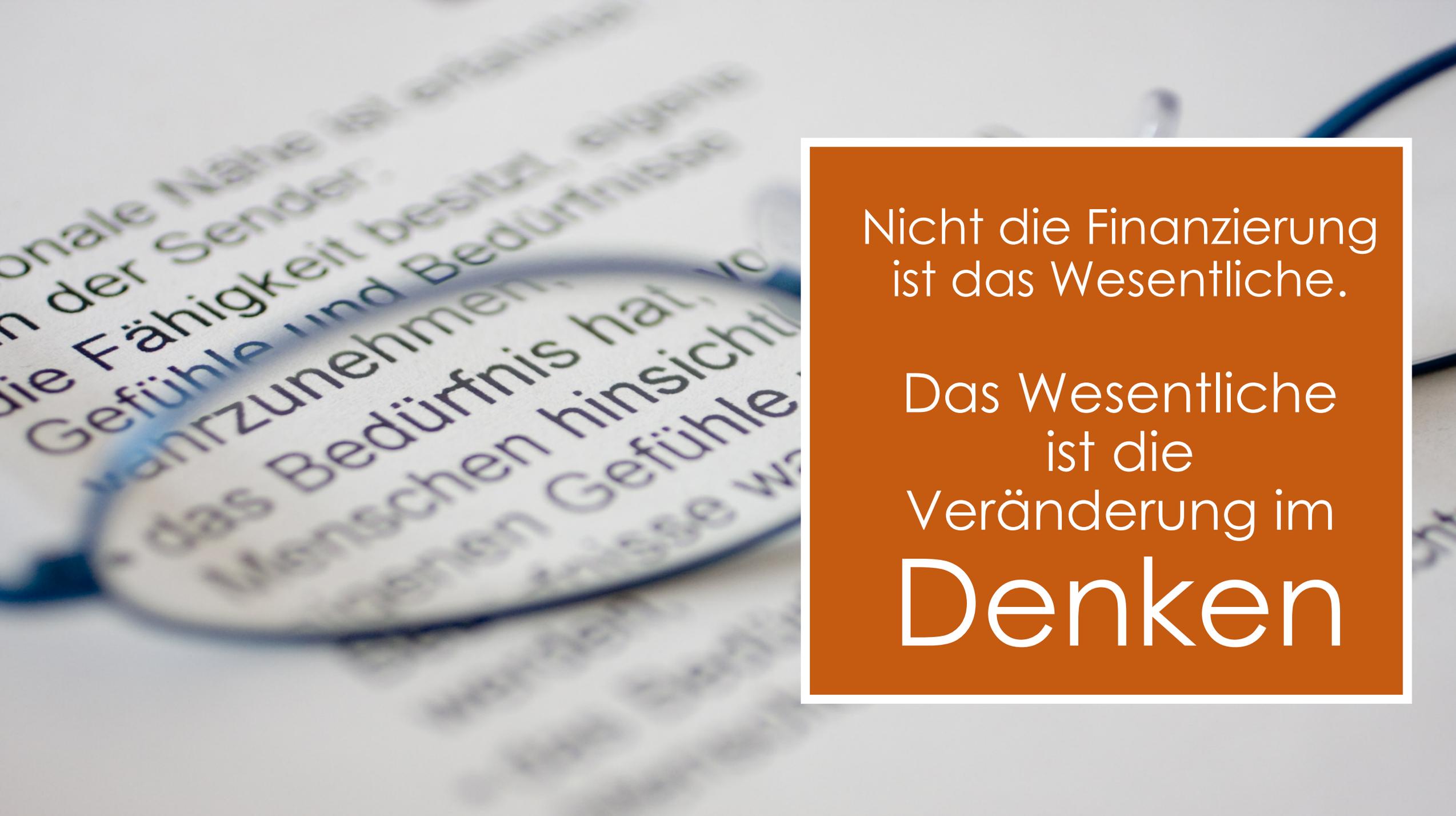
Zahl
der aufgestellten Betten

- 49 %

Zahl
der tagesklinischen Plätze

+ 250 %



A magnifying glass with a blue handle is positioned over a document with German text. The text is slightly out of focus, but some words are clearly visible through the lens. The background is a light, neutral color.

Nicht die Finanzierung
ist das Wesentliche.

Das Wesentliche
ist die
Veränderung im

Denken

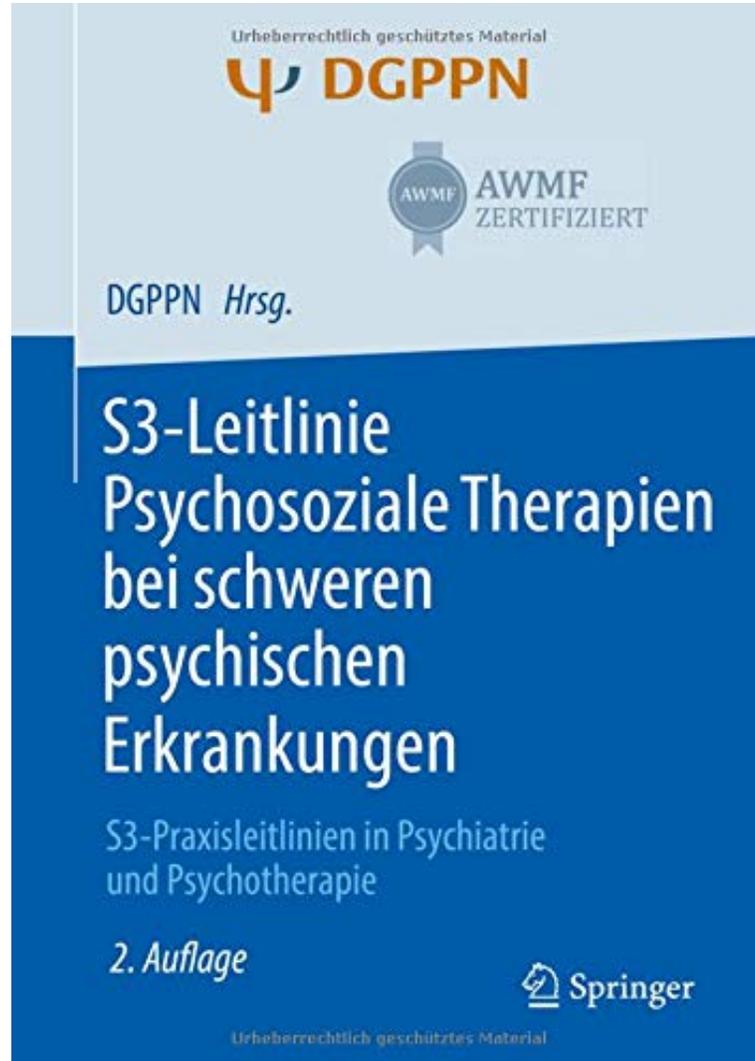
Therapeutische Beziehung

Zeit

Kompetenz

Partizipation

Autonomie



Recovery

Recovery ist ein persönlicher Prozess der Veränderung der eigenen Haltungen, Werte, Gefühle und Ziele. Es ist der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und in soziale Bezüge eingebetteten Leben innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen. *Recovery* beinhaltet auch die Entwicklung eines Lebenssinns im Prozess der Überwindung der Folgen der psychischen Erkrankung (Definition nach Anthony, 1993 [83] in Cranach, 2007 [84]). Eine **Recovery-Orientierung** bedeutet für die Behandler, die Hoffnung des Patienten auf Besserung und Genesung aufrechtzuerhalten [22;85].

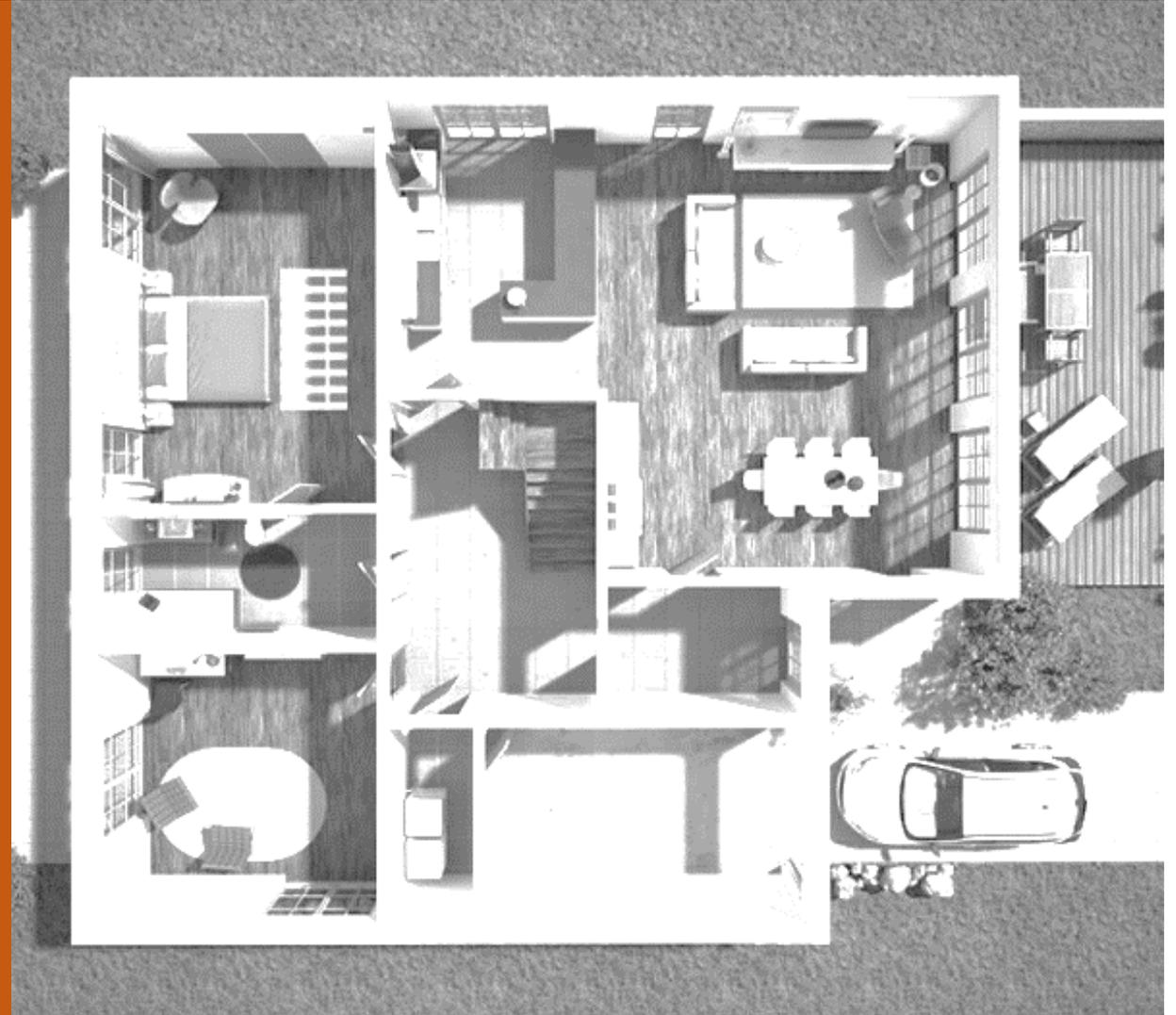


Vermeidung von Zwang

Veränderungen des therapeutischen Angebots



- Need Adapted Treatment
- Schließung von 2 Stationen
- Öffnung der Akutstation
- Einrichtung integrierter Tageskliniken
- Nachtklinische Behandlung
- Home-Treatment

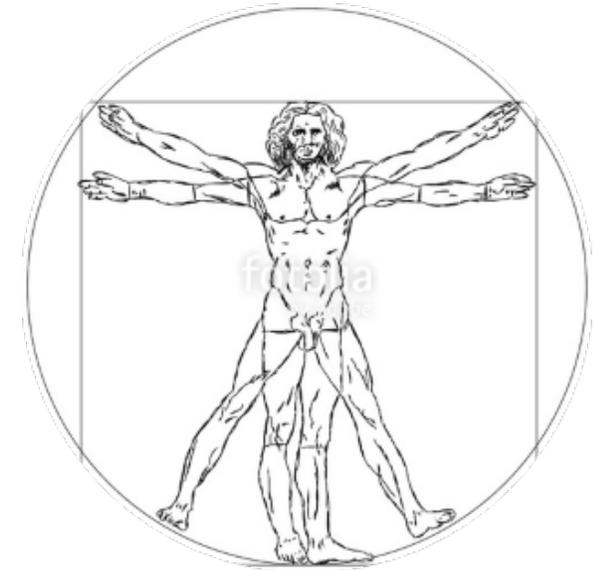


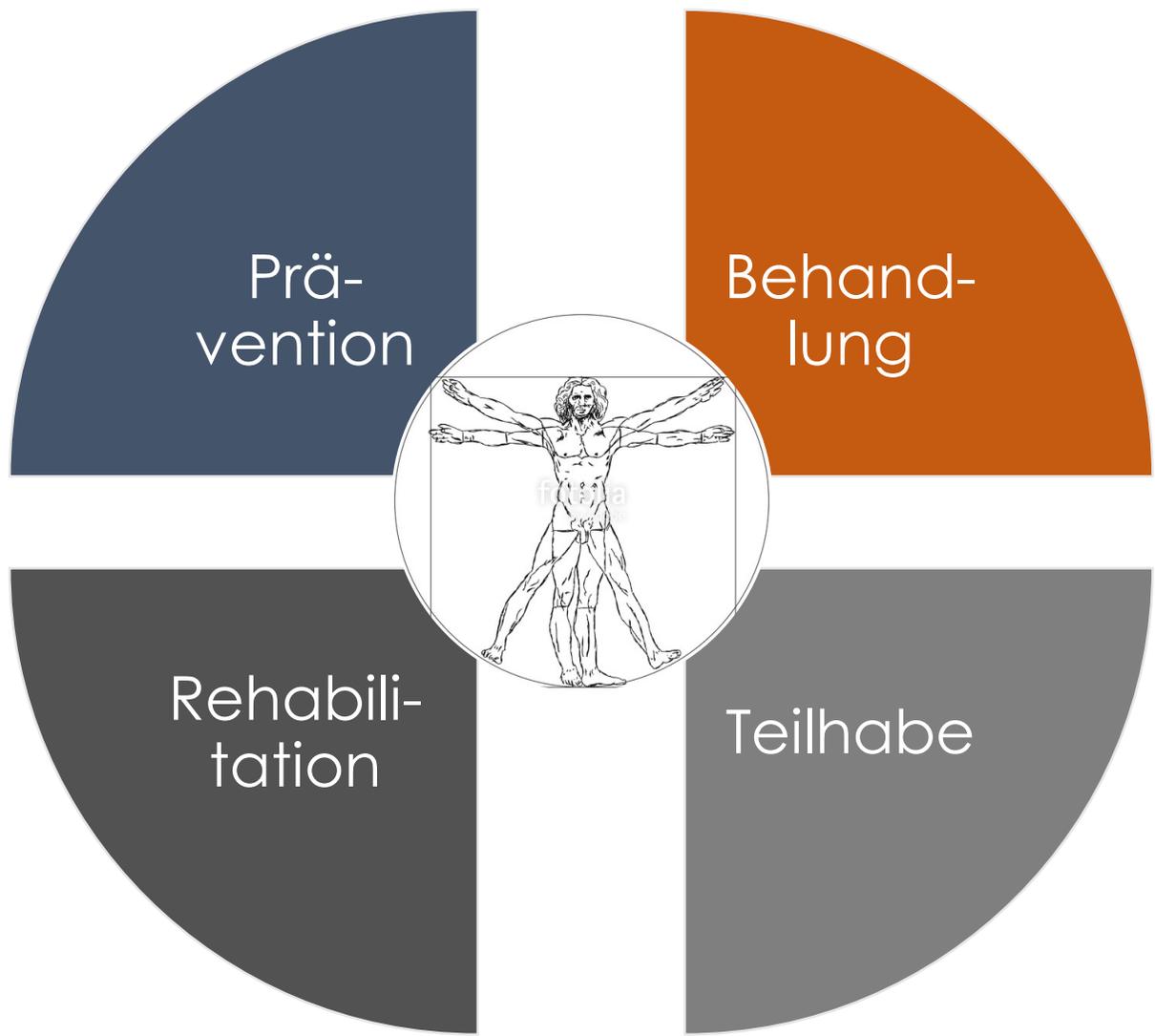
Ambulant

Stationär

Teilstationär

Gemeinde
orientiert





Prävention

Behandlung

Rehabilitation

Teilhabe

ronale Nähe ist erhaltens
in der Sender,
die Fähigkeit besitzt, eigene
Gefühle und Bedürfnisse
wahrzunehmen,
das Bedürfnis hat, von
Menschen hinsichtlich
ihren Gefühle
wird
das Bedürf

Welche
Erfahrungen
haben wir gemacht?



KLINIKUM
ITZEHOE

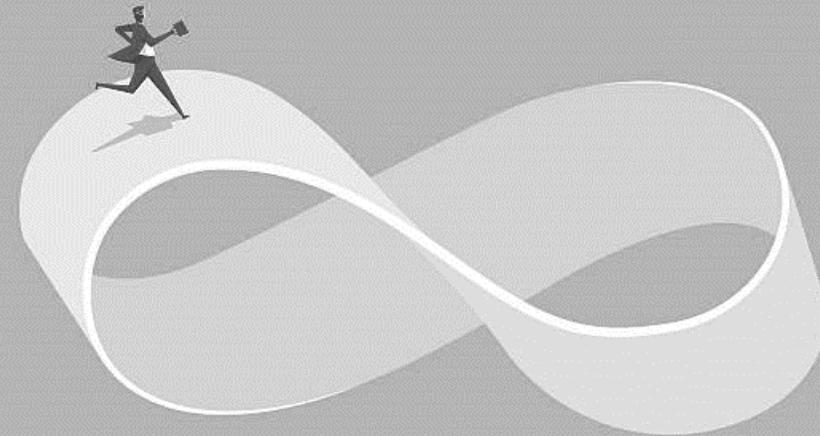
Niedrigschwellig





KLINIKUM
ITZEHOE

Behandlungs-
kontinuität
Beziehungs-
kontinuität





KLINIKUM
ITZEHOE

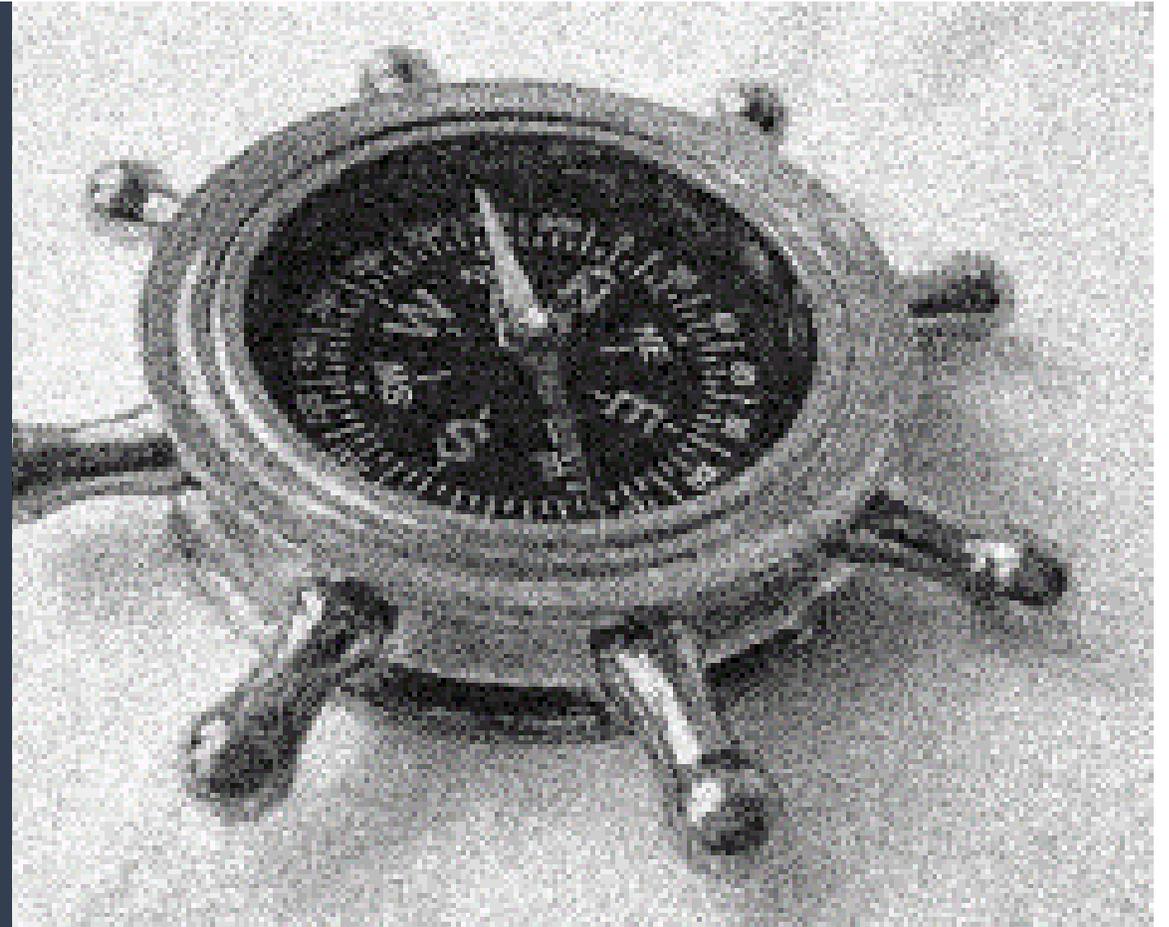
Vernetzung





KLINIKUM
ITZEHOE

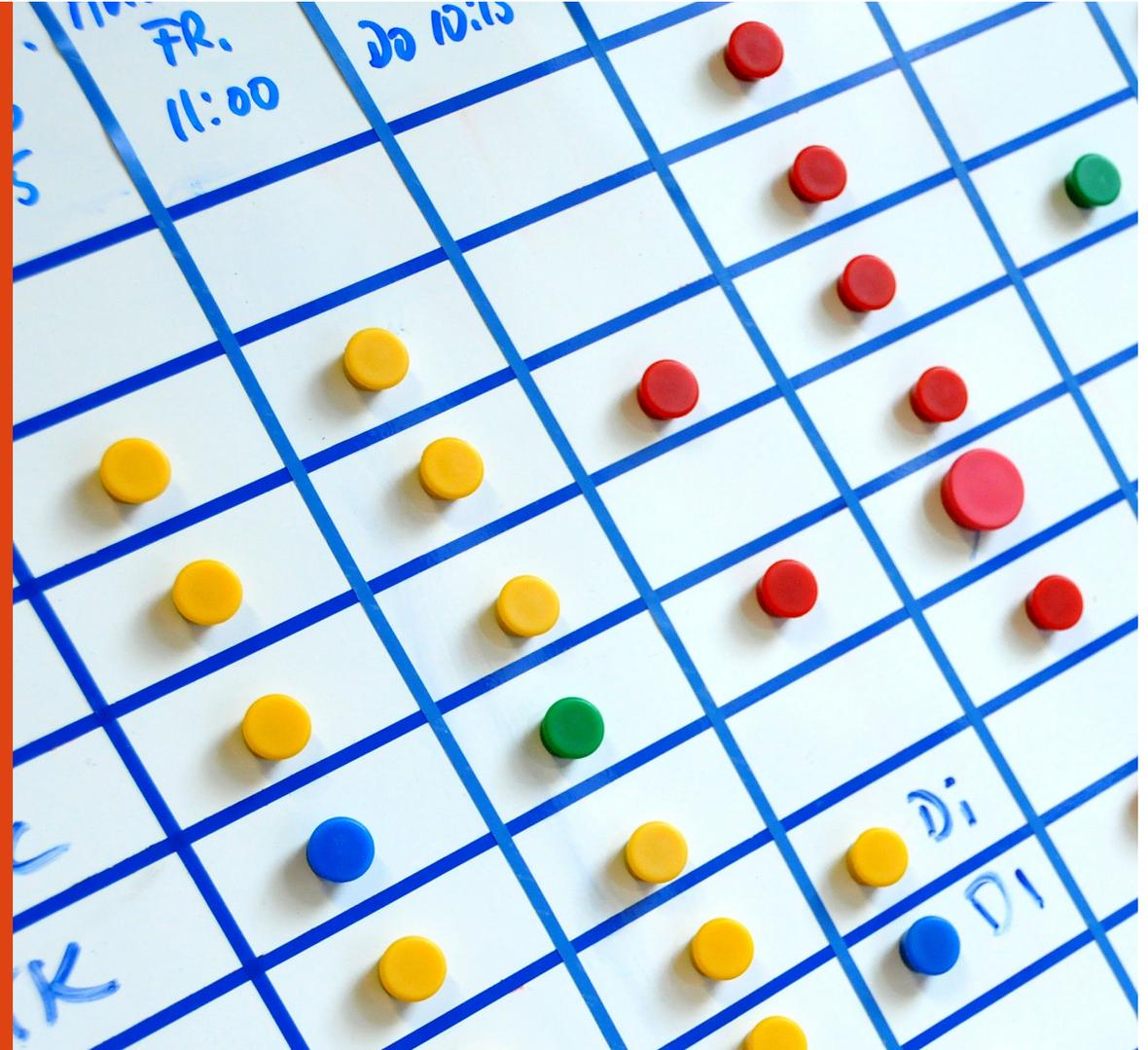
Steuerung





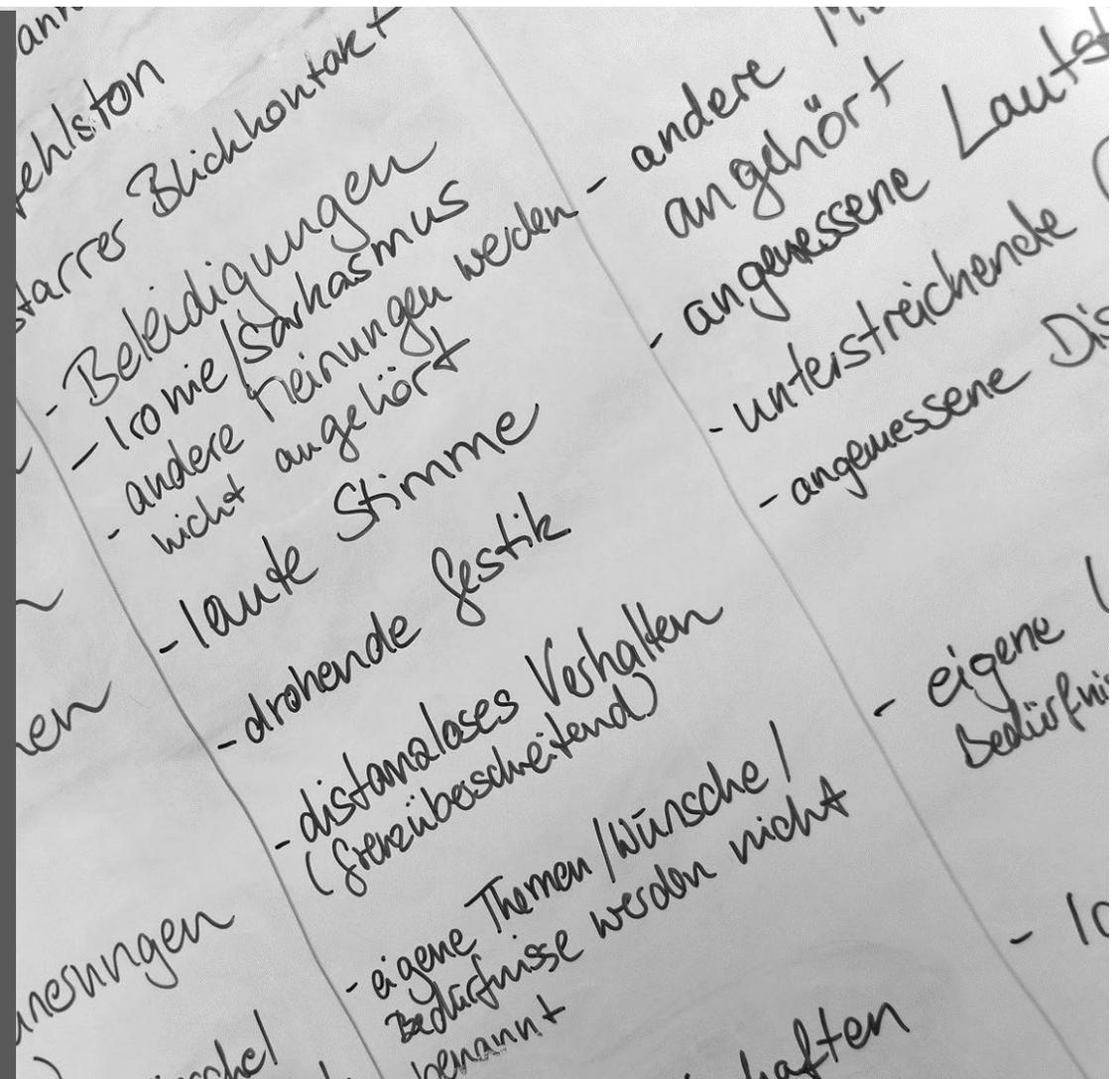
Flexibilisierung

- „Normal“
- „Tagesklinisch“
- An einzelnen Tagen
- Nur zu bestimmten Zeiten
- Nur nachts
- Belastungserprobungen
- Begleitung nach Hause





- Erfahrungen der Patienten / Angehörigen
- Netzwerkgespräche: „Das haben wir uns schon immer gewünscht“
- Persönliche Kontinuität: „Ich will nicht alles nochmal erzählen“
- Angehörige: „Können konstruktiver mit den Problemen umgehen“



- Grundhaltungen dem Patienten gegenüber
 - Bedürfnisorientierung
 - Wertschätzung
 - Entschleunigung
 - Die Sprache des Patienten finden
 - Flexibilität und Kreativität
 - Persönliche Beziehung



— Prägungen und Denkmuster

- Veränderung der Rolle des Therapeuten
- Zurückstellung starrer und etablierter Kategorisierungen
- Weniger: „Was hat er...“
- Mehr: „Was braucht er...“



– Neues und Effizienz

- Wir haben durch das RPB die Möglichkeit, ohne Einengung durch Finanzierungsaspekte und unabhängig von kurzfristigem „Effizienzdenken“ Neues auszuprobieren, sonst meist getrennte Behandlungsmöglichkeiten zu verbinden, zu kombinieren und nach Bedarf zu modifizieren.





— Erfahrungen

- Wir denken nicht mehr an die früheren Einschränkungen
- Mehr Verantwortungsübernahme
- Freisetzung von Ressourcen
- Auch Ängste der Mitarbeiter
- ...



Berücksichtigung unterschiedlicher Bereiche des täglichen Lebens

- Finanzielle Situation
- Arbeitssituation
- Rechtliche Betreuung
- Wohnsituation
- Ärztliche Behandlung



— Vernetzung

- Mit dem SpD
- Mit Wohn- und Arbeitseinrichtungen
- Mit Tagesstätten
- Mit rechtlichen Betreuern





Begleitforschung (2003 – 2007)

- Die stationär-psychiatrischen **Versorgungskosten** nahmen in der Modellregion stärker ab als in der Kontrollregion.
- Für **Kostenverschiebungen** in Versorgungsbereiche außerhalb des RPBs (niedergelassene Nervenärzte, nichtmedizinische gemeindebasierte Einrichtungen) gab es keine Anhaltspunkte.
- **Lebensqualität, Krankheitsschwere und Psychopathologie** verbesserten sich in der Modell- und Kontrollregion ähnlich.
- Das **Funktionsniveau** der Probanden besserte sich in der Modellregion stärker.

Das Regionale Psychriatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung

The Regional Psychiatry Budget: Costs and Effects of a New Multisector Financing Model for Psychiatric Care

Autoren Christiane Roick¹, Sven Heinrich¹, Amo Deister², Dirk Zekchner³, Thomas Birker⁴, Dirk Heider¹, Georg Schomerus⁵, Matthias C. Angermeyer⁶, Hans-Helmut König¹

Institute Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Schlüsselwörter

- regionales Psychriatriebudget
- Behandlungseffektivität
- direkte Kosten
- psychiatrische Versorgung

Keywords

- Mental Health Services
- capitation fee
- fee for service
- treatment effectiveness
- direct service costs

Zusammenfassung

Anliegen Analyse der Auswirkungen eines regionalen Psychriatriebudgets (RPB).

Methode 502 Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F10, F2 und F3 wurden in der Modellregion (MR) und einer Kontrollregion (KR) befragt. Die Versorgungseffektivität wurde vor RPB-Einführung und nach 1½ Jahren beurteilt. Die Versorgungsanspruchnahme wurde halbjährlich ermittelt.

Ergebnisse Die stationären Kosten sanken in der MR stärker, die institutsambulante und teilstationäre Versorgung wurde in der MR intensiviert und das Funktionsniveau der Patienten besserte sich in der MR stärker als in der KR.

Schlussfolgerungen Mit dem RPB können die Kosten stationärer Versorgung reduziert werden, ohne dass es zu Einschränkungen in der Versorgungsqualität kommt.

Einleitung

Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen hat auch in der Psychiatrie eine Entwicklungsphase eingeleitet, in der darüber nachgedacht wird, wie mit neuen Finanzierungsmodellen und veränderten Anreizstrukturen für die

noch die notwendigen Ressourcen, um ihr Versorgungsangebot im Interesse der Vermeidung stationärer Wiederaufnahmen zu intensivieren. Eine Lösung dieses Dilemmas versprechen sektorübergreifend pauschalierte Capitation-Payment-Systeme. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Capitation-Payment-Systeme den Zu-



Wir machen keine
Regelversorgung.

Wir machen
Erfahrungen
die für die
Regelversorgung
geeignet sind



Veränderte Rahmenbedingungen führen
zu veränderten Anreizen



Wenn sich das Geld vom Bett löst, wird die Behandlung weniger stationär und stärker ambulant



Kein Patient soll sich in einem
Setting aufhalten müssen,
das er nicht benötigt

” Der Anreiz besteht nicht mehr darin, durch immer mehr Patienten und Leistungen mehr Geld in das System zu bekommen, sondern die vorhandenen Ressourcen für eine verbesserte Gesundheitsförderung nutzen zu können

Wo kämen wir hin,
wenn jeder sagte,
wo kämen wir hin -
und keiner ginge, um zu sehen,
wohin wir kämen,
wenn wir gingen.

Kurt Marti



Danke

