

**Gute Psychiatrie braucht gute Konzepte  
und gute Finanzierung ...**



**Dr. med. B. Wilms**

Südhartz Klinikum Nordhausen gemeinnützige GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

des Universitätsklinikums Jena

Dr.-R.-Koch-Str. 39, 99734 Nordhausen

... wer sagt das?

„Kümmern Sie sich nicht um die Anreize, machen Sie  
einfach gute Psychiatrie!“

Wulf-Dietrich Leber,  
GKV-Spitzenverband DGPPN-Tagung, Berlin 2013

... und wir dachten, dass  
das doch notwendig ist:

2009  
„Gründung“  
Netzwerk  
„Steuerungs- und  
Anreizsysteme für eine  
moderne psychiatrische  
Versorgung“

2010  
1. Workshop in Bremen



## Netzwerk: Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung



Prof. Dr. M. Heinze  
Rüdersdorf



Prof. Dr. A. Deister  
Itzehoe



Dr. Ch. Kieser  
Potsdam



Dr. B. Wilms  
Nordhausen



Dr. I. Munk  
Berlin Neukölln

## **... und was ist eigentlich gut?**

„Gutes kommt von oben, Gutes kommt von unten,  
manchmal ist ganz bunt ganz gut,  
Flamingo-rosa – na gut ...“

Aktueller Werbefilm einer Baumarkt-Kette

## **Welche Modelle stärken eine sektorübergreifende, patientenorientierte Psychiatrie?**

Ist „sektorübergreifend“ gut?

Ist „patientenorientiert“ gut?

Ist beides zusammen immer noch gut?

Und wenn ja, warum ringen wir so darum?

Und wenn ja, liegt es nur an der Finanzierung?

## IV/ RPB und jetzt § 64b SGB V ...

IV: Sektorübergreifend? Patientenorientiert? Flexibel?

RPB: Patientenorientiert? Flexibel? Sektorübergreifend?

**§ 64b SGB V:**

**seit Sommer 2012 eher eine Mischung aus beidem**

## Regionales Psychiatriebudget in Kürze

Innovatives System zur Finanzierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen im **klinischen** Bereich.

Es gibt keine „Fälle“ mehr – es geht um die Behandlung von Menschen.

Es werden präventive und rehabilitative Aspekte auch aus ökonomischer Sicht verstärkt.

## Die Grundidee

Die Kliniken einer (definierten) Region können nach eigener Entscheidung die Behandlung eines Patienten entweder vollstationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause durchführen.

Zwischen den Behandlungsarten kann beliebig gewechselt werden.

## Die Grundidee

Es geht nicht darum, andere Patienten zu behandeln,  
sondern darum,

**Patienten einer Region anders zu behandeln.**

## Die Grundidee

Die Kliniken erhalten ein festgeschriebenes Budget.

Entscheidend für die Realisierung des Budgets ist nur, dass eine bestimmte Zahl von Menschen behandelt wird – unabhängig von Art und Dauer der Behandlung.

Die Zahl der zu behandelnden Menschen richtet sich nach der Zahl der im Jahr X behandelten Menschen +/-6% (sog. Korridor).

## **Budgetfindung und unterjährige Abrechnung**

Budgetfindung:

Historisches Budget & Steigerungsraten

Abrechnungsarithmetik:

BPfIV/ PEPP & Ausgleich des Liquiditätsverlustes

- ▶ 100% Mehr- bzw. Mindererlösausgleich im Korridor

## **Die Umsetzung – das Modellprojekt Itzehoe (2003)**

Laufzeit 5 Jahre

Korridor von +/- 6% behandelten Menschen

Aussetzung der PsychPV

Keine MDK-Prüfungen zur Verweildauer

## **Wesentliche Ergebnisse aus Itzehoe**

- Reduktion der vollstationären Behandlungsplätze
- Abnahme der Verweildauer (pro Pat. pro Jahr 25%)
- Ausbau teilstationärer und ambulanter Behandlungskonzepte
- Vergleichbare Behandlungsergebnisse

Deister et al. Psychiatrische Praxis, 2010

## Warum kommt ein Krankenhaus auf die Idee, eine Budgetfinanzierung zu wollen?

- Der Geschäftsführer verspricht sich davon finanzielle Vorteile.
- Der Chefarzt verspricht sich davon eine Verbesserung der inhaltlichen Arbeit:
  - Allokation von Ressourcen
  - Flexibilisierung des Angebots: Sektorübergreifend/patientenorientiert

Geschäftsführer und Chefarzt sind der Meinung, dass sie sich prinzipiell über den Weg trauen, vielleicht finden sie sich sogar gegenseitig ganz nett

## **Nordhausen: einige Jahre später...(2007)**

Kapazitätsprobleme

Vergleichbare regionale Bedingungen: Monopol

Integrierte Tagesklinik

Große Institutsambulanz

## Umsetzung in NDH: Rahmen

Laufzeit 1 Jahr

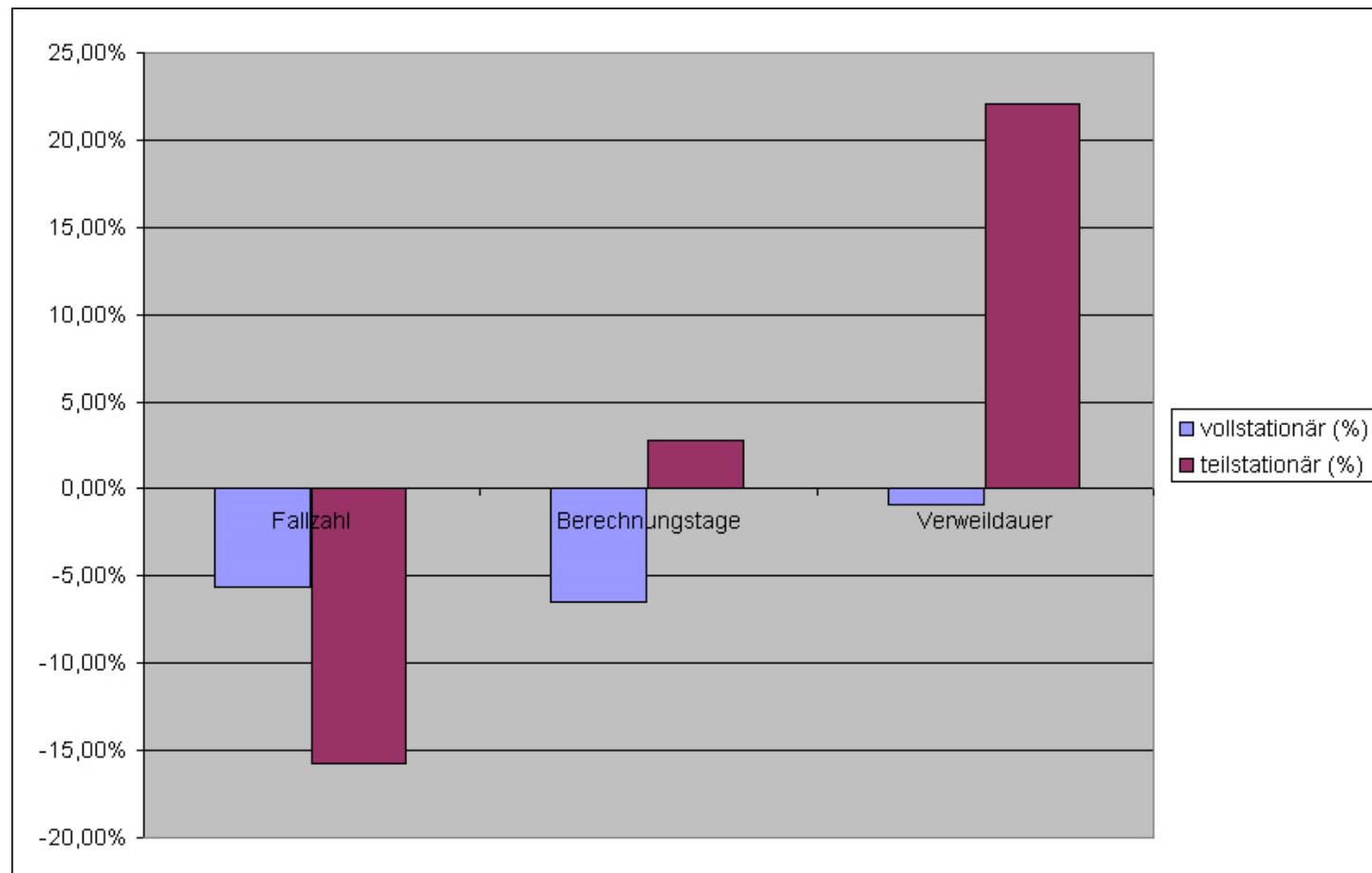
Erwachsenen- und KJ-Psychiatrie

Korridor von +/- 6% behandelten Menschen

(65 Betten, 10 TK-Plätze: **1319** Menschen 2008, PSE)

Abrechnung wie bisher, Ausgleich am Ende des Jahres

## Umsetzung in NDH: Vergleich (2009)



## RPB aus Sicht eines Krankenhauses

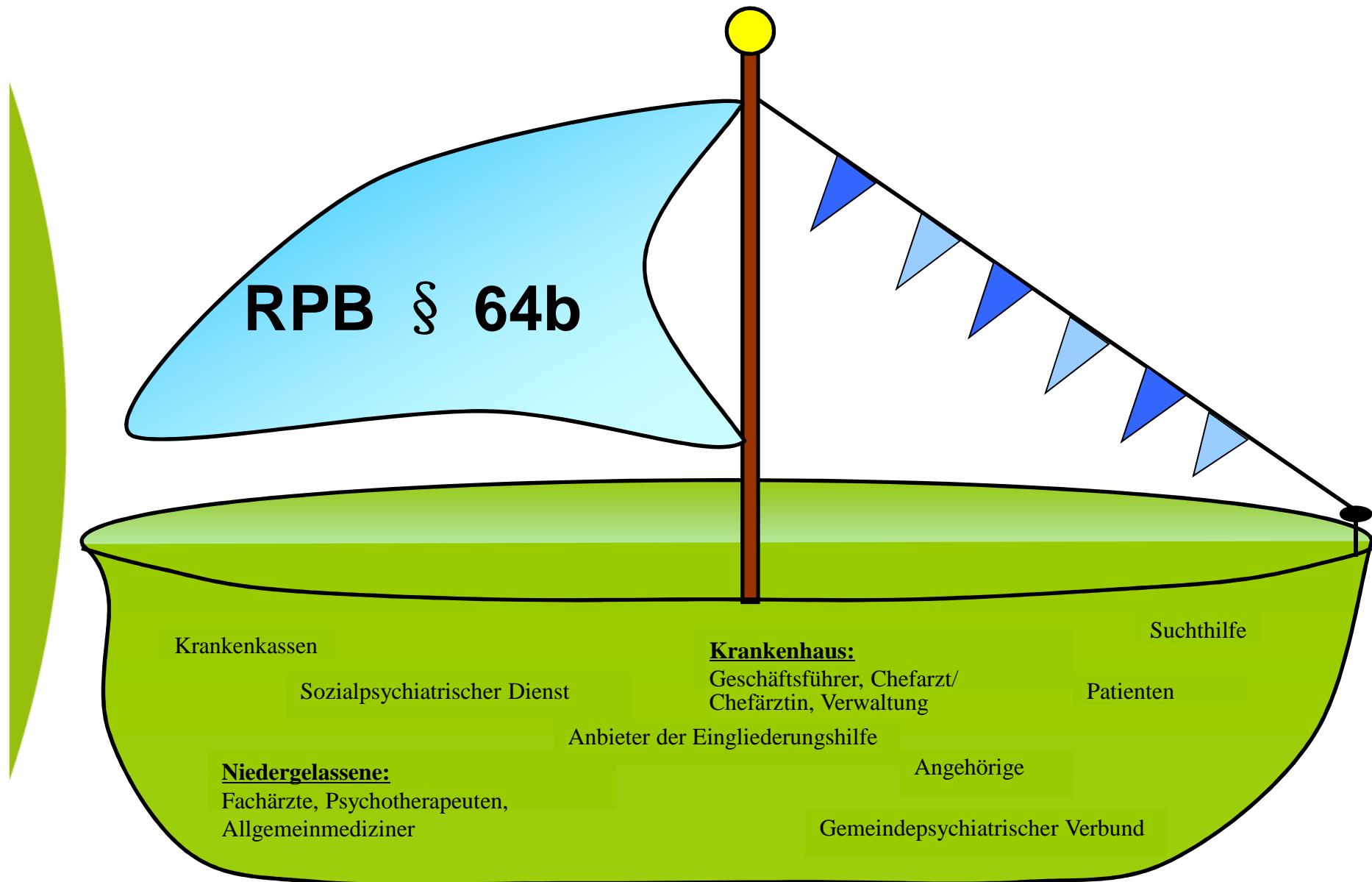
- Bedarfsgerechte Versorgung
- Personenzentrierte Therapieplanung

Behandlung weg vom Bett, aber nicht weg vom  
Krankenhaus

Dabei sind zu bedenken:

Regionale Aspekte

Unterschiedliche Interessenlagen der Akteure



## Häufige Fragen – Mögliche Antworten

Zementierung von Versorgungsdefiziten?

Verhandlung von Versorgungsentwicklung

Betriebswirtschaftliche Einschätzung

Unterscheidung kurz-, mittel- & langfristiger Perspektive

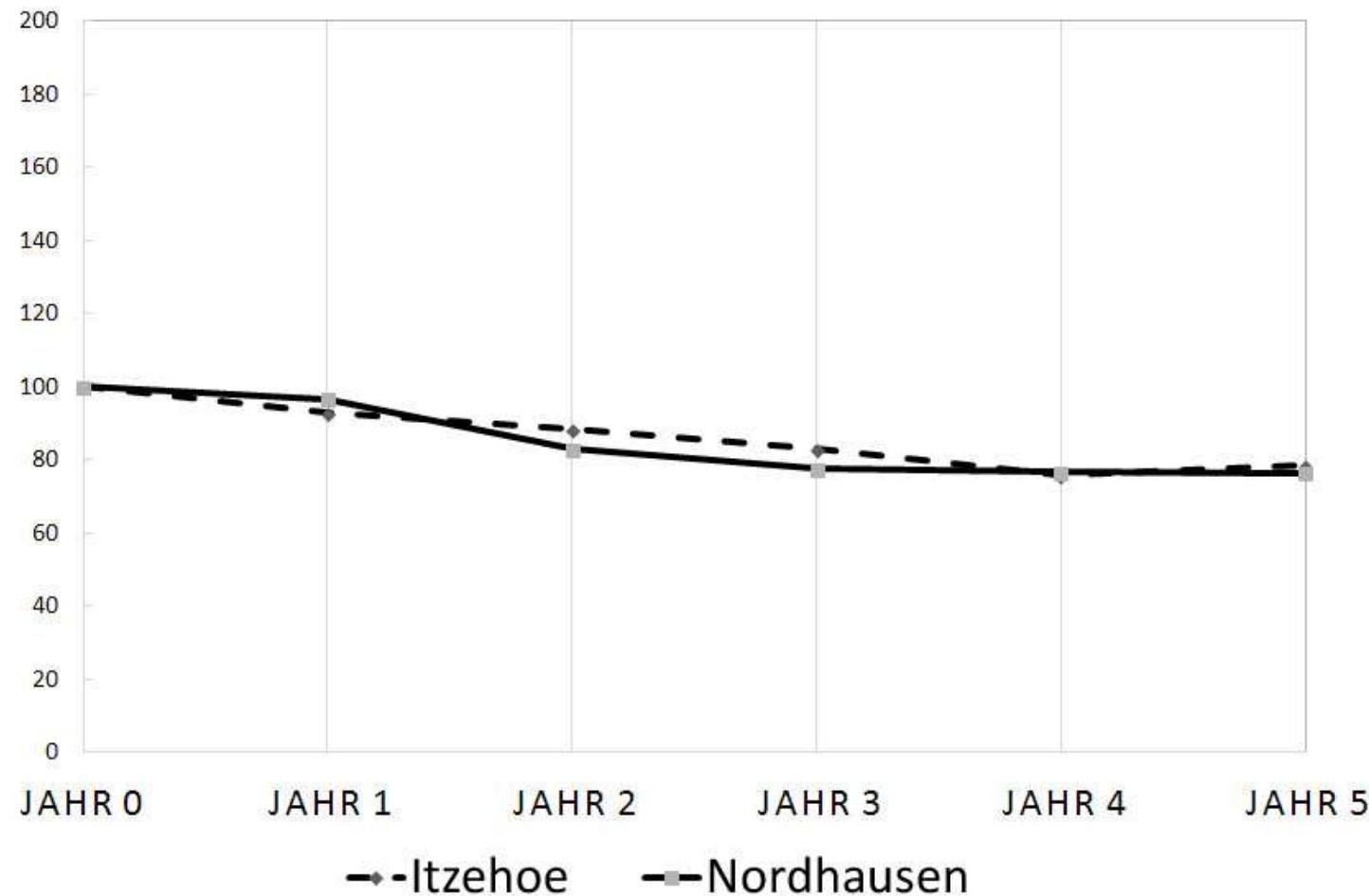
Wer lässt sich von wem über den Tisch ziehen?

**Cave:** Diese Frage generiert Misstrauensaufwand!

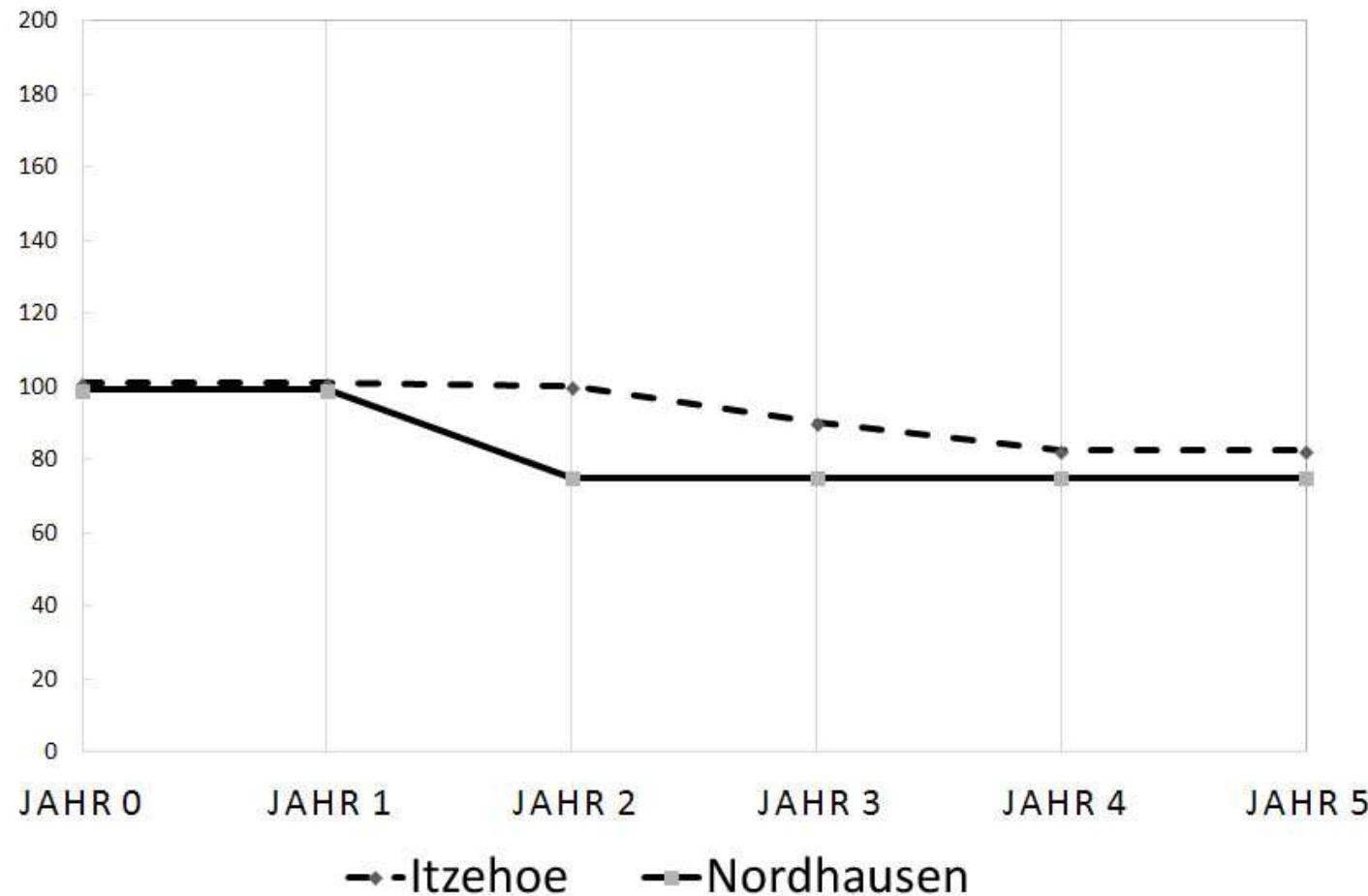
## Herausforderungen

- Kostenträger vs. Leistungserbringer
- ChA/Ä vs. Geschäftsführung/ Controlling
- ChA/Ä vs. Mitarbeiter
- Versorgungsakteure vs. Ministerium
- Kostenträger untereinander
- Anbieter untereinander
- **Cave: Missbrauch als Kostensenker**

## Vollstationäre Berechnungstage



## Vollstationäre Behandlungskapazitäten



## **Entwicklungstrends in den Regionen**

Reduktion der stationären Belegungstage

Hinwendung zu teilstationären und ambulanten Therapieformen

Reduktion der real belegten Betten

Ausbau unterschiedlicher Formen von Behandlung zuhause

Zunahme von Kooperationsformen mit den verschiedenen  
Versorgungsakteuren: KV-Bereich, Teilhabe-Angebote etc.

## **Und mit § 64b SGB V wird alles gut?**

### **Entwicklung der Modellprojekte 2014**

- Weitere Verträge/ Weitere Interessenten
- Verhandlungen vor Ort weiterhin unterschiedlich:
  - Initiative von Kostenträgern an Leistungserbringer
  - Ausschreibungen
  - Initiative von Kliniken an Kostenträger
  - Initiative von Geschäftsführungen an Klinikleitungen
  - Initiative von Klinikleitungen an Geschäftsführungen
  - Unterschiedliche Haltungen der Landeskrankenhausgesellschaften

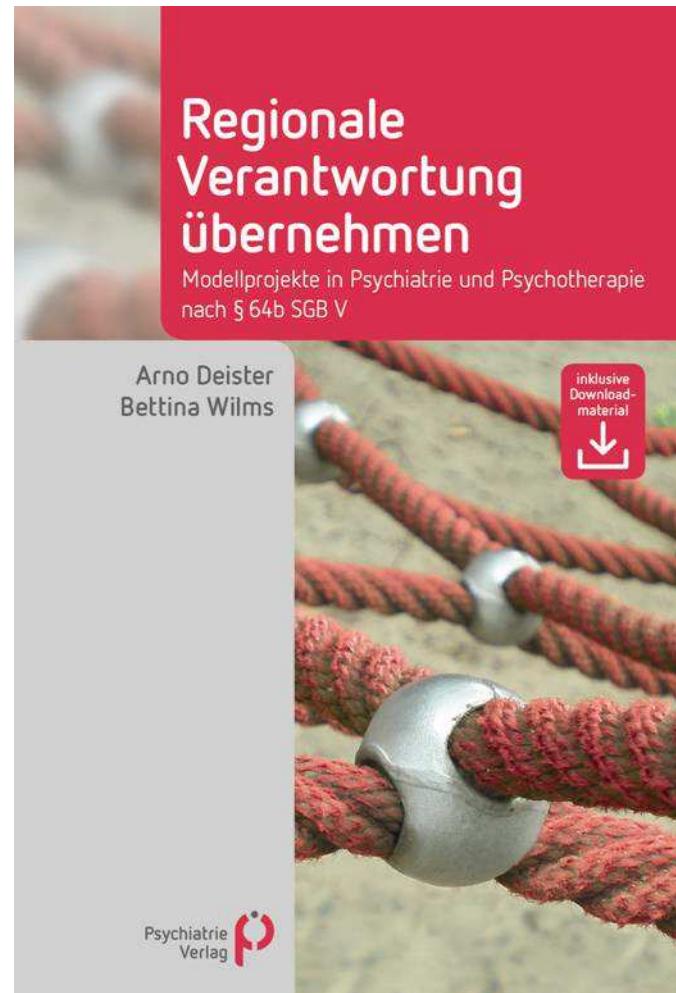
## Politische Entwicklung 2014

- Petition gegen PEPP
- Koalitionsvertrag: PEPP auf dem Prüfstand
- Verlängerung der Optionsphase (2015-2017)
- Anhörung zur Petition im Juni 2014
- BMG: Alternativen zu PEPP seien nicht bekannt
- Aufruf an Akteure: Ziele
  - Weiterentwicklung der Versorgung
  - Alternativen zu PEPP

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013						
Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Hanau	215.000	2013	IV/OVP	alle	PEPP ab 2015	31.08.2021
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Rendsburg-Eckernförde	270.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Herzogtum-Lauenburg (Geesthacht)	188.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Zwickau (+ Kinder- und Jugendpsychiatrie)	93.000 (328.000 KJP)	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2016
Glauchau	130.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2016
Nordhausen (+ Kinder- und Jugendpsychiatrie)	86.000 (350.000 KJP)	2014	RPB	AOK plus, BKK, IKK, DAK	BpflV	31.12.2021
Rüdersdorf	230.000	2014	IV/OVP	TK	PEPP ab 2015	31.12.2021
Hamm	190.000	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021
Harburg PK II Lüneburg	340.000	2014	RPB	AOK Niedersachsen	PEPP ab 2014	09.04.2022
Berlin Mitte St. Hedwig	170.000	2014	IV	Barmer GEK	PEPP ab 2014	31.12.2021
Berlin Treptow Hedwigshöhe	244.000	2014	IV	Barmer GEK	PEPP ab 2014	31.12.2021

Arno Deister, Bettina Wilms:  
**Regionale Verantwortung  
übernehmen**  
Modellprojekte in Psychiatrie und  
Psychotherapie nach § 64b SGB V

1. Auflage 2014  
280 Seiten plus  
Downloadmaterialien,  
34,95 Euro  
Psychiatrie Verlag  
ISBN: 978-3-88414-605-7  
Auch als Ebook erhältlich.



## **Entwicklung der Modellprojekte**

### **Zusammenfassung**

- Es gibt keinen Wettbewerb um Modellprojekte.
- Die Verhandlungen vor Ort sind oft sehr zäh.
- Anreize diesen Weg zu gehen, gibt es nicht wirklich.
- Eine erhebliche numerische Entwicklung ist derzeit nicht abzusehen:  
Verhandlungen können auch scheitern

## **Entwicklung der Modellprojekte**

### **Zusammenfassung**

- Bestehende Modellprojekte arbeiten sehr intensiv und mit unterschiedlichen Bedingungen.
- Die Kostenträger arbeiten an einer gemeinsamen Ausschreibung der Evaluation.
- Die Krankenhäuser arbeiten an einer gemeinsamen Evaluation für den Bericht an den Bundestag 2018.

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit**