

**Budgetfinanzierung
als eine Voraussetzung
für die
Umsetzung der Psychiatriereform**

Dr. Hans-Georg Güse,
Güse mediConsult, Bremen

Veranstaltung der DGSP Bremen, 19.4.2018

Zentrale Ziele der Psychiatrie-Reform national und international sind u.a.

- Ambulante Orientierung
- Wohnortnahe u. lebensumfeldnahe Versorgung
- Alternative Behandlungsmodelle (multiprofessionelle Teams, individuell)

Dies verlangt v.a. eine **Verlagerung von Ressourcen /Budgets**
aus dem stationären Sektor in ambulante Bereiche

**Fragen:
Wo steht Bremen?
Wer treibt die Entwicklung?**

Vorbemerkung 1 (politische Vorgaben)

*Einstimmiger **Beschluss** der Bremer Bürgerschaft v. **13.01.2013**:*

Ziele u.a.:

- Einrichtung **Gemeindepsychiatrischer Verbände**
- Erprobung von **Regionalbudgets** nach **§ 64b SGB V**
- Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung
- Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung

Vorbemerkung 2 (politische Vorgaben)

Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Land
Bremen vom November **2014**

Ziele u.a.:

- Einrichtung eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderungen
- Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlungsmodelle in Kliniken in
Richtung ambulanter Orientierung,
- Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern
- Aufbau von Home-Treatment Angeboten

Vorbemerkung 3 (politische Vorgaben)

Koalitionsvertrag SPD/ Grüne, 2015

....Seelische Gesundheit

Wir werden die Förderung der seelischen Gesundheit in allen Lebensbereichen intensiv fortsetzen. Wir machen uns weiter stark für eine **Psychiatriereform** in Bremen und Bremerhaven. Dazu gehören unter anderem der **Ausbau ambulanter, teilstationärer und regionaler Angebote**, die Stärkung der Beteiligung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen und die **verbindliche Vernetzung** der Behandlungsangebote.

Das überwiegend gute Niveau der Psychiatrieversorgung im Land Bremen wollen wir gezielt weiterentwickeln und dabei auch die Versorgung der schwer und chronisch kranken Menschen sicherstellen. Dabei werden wir insbesondere die **Ambulantisierung** - auch durch die **Umwandlung stationärer Kapazitäten insbesondere am Klinikum Bremen Ost** sowie die **Betreuung im häuslichen Bereich** verstärken und das **Thema Arbeit und Beschäftigung** intensivieren. **Modellprojekte für SGB V und SGB XII-integrierende Leistungen** wollen wir befördern, um bedarfsgerechte Hilfsangebote aus einer Hand zu ermöglichen.

Vorbemerkung 4 (politische Vorgaben)

Aus: Protokoll der Depu-Sitzung v. **2.5.2017**

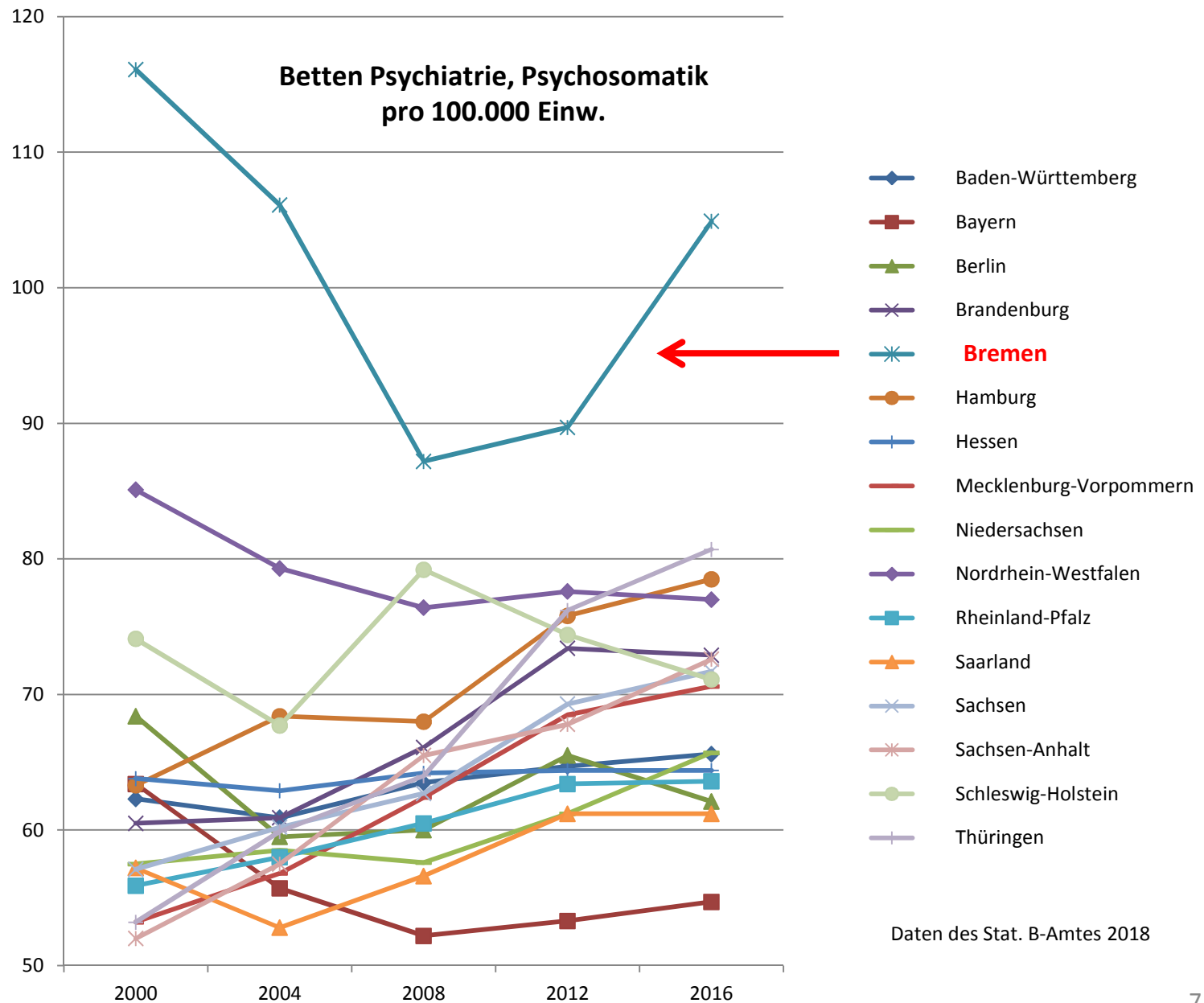
Thematisierung der Medizinstrategie 2020plus im Aufsichtsrat der Gesundheit Nord

(Vorlage S-43-19)

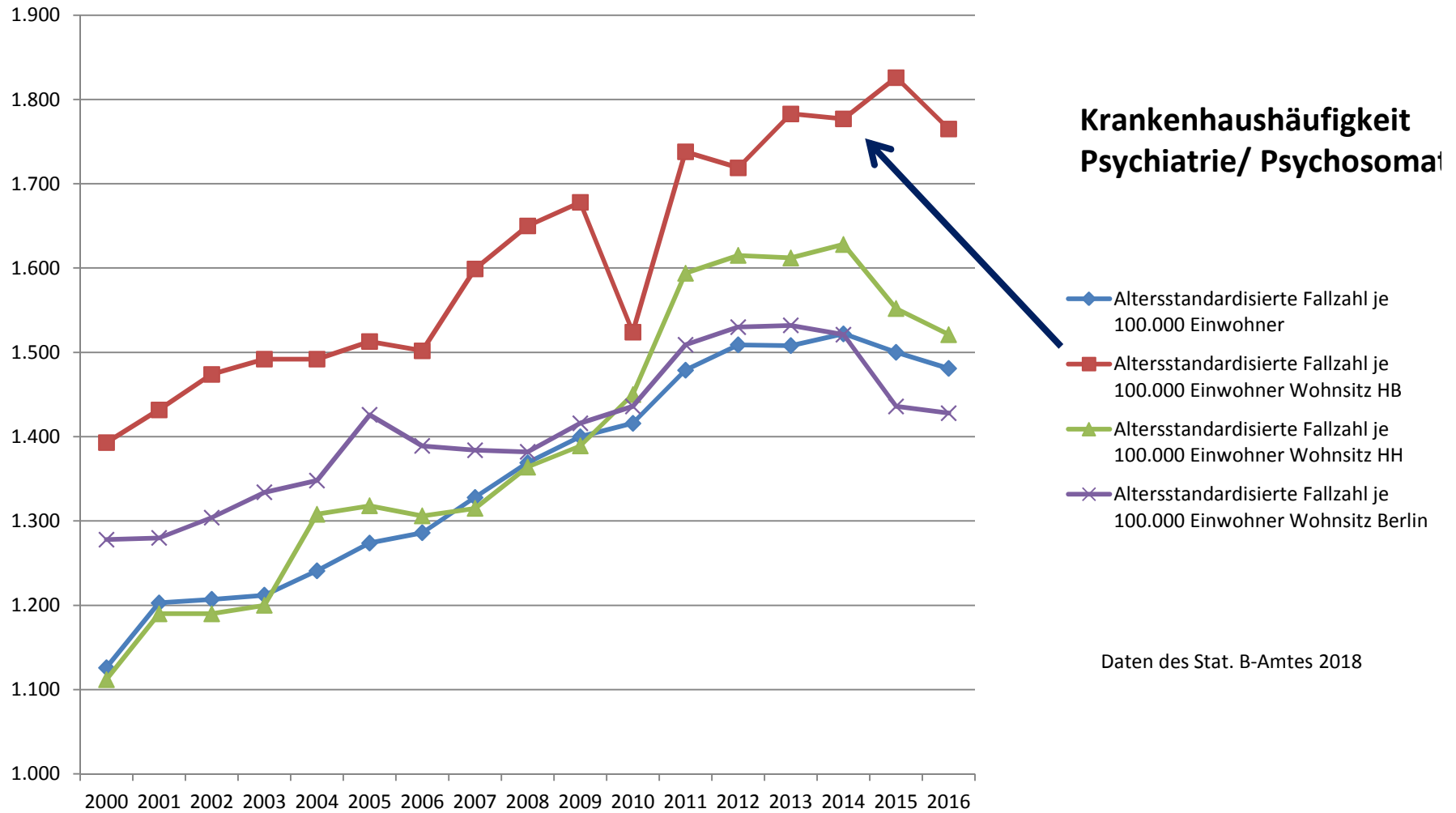
Dr. Quante-Brandt zitiert aus der Vorlage für Sitzung des Aufsichtsrates der GeNo 1.03.2017 zu TOP 5 :
„....folgende Aspekte, die einer **weiteren Konkretisierung** bedürfen:

- *Die Zeitplanung des **Umzugs der Tagesklinik Mitte** in die Stadtregion muss konkretisiert werden. Es bedarf der **Vorlage eines Gesamtkonzepts für die tagesklinischen Angebote....***
- *Die **Transformation von 35 stationären Behandlungsplätzen** in stationsäquivalente Leistungen/Home Treatment sollte als **Beginn einer Entwicklung** verstanden werden.*
- *Ein weiterer **Aufbau von Home Treatment muss anvisiert** werden, da mit 35 Plätzen (dies entspricht 7 Plätzen pro Region) dauerhaft eine tragfähige Behandlung im Lebensumfeld nur schwerlich aufgebaut werden kann.*
- *Das Verhältnis von Spezialangeboten zu regionalisierten Angeboten muss geklärt werden. Die **geplante Verbesserung der therapeutischen Beziehungskontinuität** lässt sich nur bei einer engen Verzahnung der regionalen und stationären Angebote erreichen.*
- *Die **Beteiligung an Gemeindepsychiatrischen Verbänden**, als eine der Grundsäulen der Psychiatriereform, muss mittelfristig in allen 5 Stadtregionen sichergestellt werden.“*

Schlaglicht auf die Realität (....Ambulantisierung in HB....?)



Schlaglicht auf die Realität (....Ambulantisierung in HB....?)



Thesen:

- Ein vorhandenes Bett wird grundsätzlich auch belegt,
- betriebswirtsch. Ziel der Kliniken: Auslastung > 90%!
- Das Interesse der KH-Träger an „Ambulantisierung“ ist begrenzt....
- Im Vordergrund steht der **Wirtschaftsplan** und die Stabilisierung der stationären Erlöse (ca. 7 Mio.€ KBN, ca. 50 Mio.€ KBO)

Aus dem Wirtschaftsplan 2018 der GeNo

Kommentar der GeNo dazu:

*"In der Psychiatrie wird der **Ausbau der teilstationären Leistungen** vorangetrieben."*

„....Die Projekte zur Umwandlung stationärer Versorgungsangebote zu Gunsten teilstationärer und ambulanter Angebote (Sektorübergreifende Behandlungen, Hometreatment) befinden sich planmäßig in Umsetzung „ (GF GeNo 25.8.2017)

Psychiatrie	2016	WP 2018
	KBN	KBN
Vollstat. Fälle	906	980
Berechnungstge	15.790	16.500
vollst. Betten	49	49
VwD	17,43	16,84
teilstat. Fälle Tageskl.	596	640
teilstat. Berechnungstg.	9.760	10.400
teilstat. Plätze	43	43
Psychiatrie	2016	WP 2018
	KBO	KBO
Vollstat. Fälle	4.770	4.890
Berechnungstge	106.339	103.750
vollst. Betten	320	310
VwD	22,29	21,20
teilstat. Fälle Tageskl.	1.560	1.660
teilstat. Berechnungstg.	36.360	38.250
teilstat. Plätze	159	169

„Ambulantisierung“ oder „stationäre Konservierung“?

- Planung: Neubau der Psychiatrie am KBO
(durch SG angemeldete Invest.-Mittel: ca. 42. Mio €)
- WK v. 14.12.2017:
"Am KBO sucht man auch architektonisch nach Wegen aus einengenden Verhältnissen".....
- Bestätigung der Neubauabsichten durch Prof. Reimer in der Deputationssitzung im Juni 2017 im Anwesenheit von Dr. Pfeiffer, GeNo-Vorstand
- Prof. Reimer in der Deputationssitzung v. 4.4.2018:
Die Psychiatrie im KBO sei überlastet, man brauche eine bauliche Erweiterung.

Resümee:

- Das Land Bremen ist mit psychiatrischen Betten eher überversorgt!
- Das stationäre Budget ist demnach hoch!
- Die Kliniken wollen/müssen die Erlöse aus wirtschaftlichen Gründen hoch halten
- Ihr Veränderungswille (-> Ambulantisierung) ist daher eher gering
- Die Politik kann sich gegenüber dieser Praxis offensichtlich nicht durchsetzen

Umsteuerung der stationären „Budgets“?

Eine Umsteuerung vom stationären in den ambulanten Bereich erscheint möglich:

Voraussetzung 1:

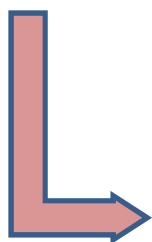
Das stationäre Budget in HB ist hoch genug

Eine Unterversorgung mit Betten ist offensichtlich nicht gegeben



Voraussetzung 2:

Ein Umsteuerung ist auch sozialrechtlich machbar (SGB-Konformität)



Neue Instrumente mit **PsychVVG** v. 19.12.2016/1.7.2017:

- stationsäquivalente Behandlung (§115 d SGB V)
- Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen
n. § 64b SGB V

§64b SGB V

„Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen“

- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann 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. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. [...]

Budgetfragen 1

Hindernis für die Umsteuerung: mangelnde Abgrenzung des psychiatrischen vom somatischen Budget

Hintergrund seit mindestens 2004:

- Die Erträge und Kosten der Psychiatrie werden nicht getrennt.
(DRG-System kontra BpflVO – Fallpauschalen kontra tagesgleiche Pflegesätze)
- Die Psychiatrie im KBO wurde zur „Querfinanzierung“ für die Somatik genutzt,
(Personal-Umschichtungen, zugleich mehr Leistungen, mehr EBITDA in der Psychiatrie)
- Qualitätsprobleme der Psychiatrie - Resultat der Quersubventionierung
- Die Psychiatrie als Goldesel für die Somatik – bundesweit!

Budgetfragen 2

Jetzt: Quersubventionierung erheblich erschwert

neue Situation durch PsychVVG (bundesweite Neuregelung) (ab 1.7.2017) :

- Verschärfung der Kontrolle der Mittelverwendung (Mindestpersonaleinsatz)
- Transparenzgebot, Anpassungsvereinbarungen, Übergangsregelungen
- Nachweispflicht: Jahresabschluss muss durch unabh. Prüfer testiert werden
- Bis 2020 Anhebung der Budgets auf 100 % Psych PV Ausstattung
- Einführung von PEPP (Pauschal. Entgeltsystem f. Psychiatrie u. Psychosomatik)
- Neue Basis für die Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern ab 2018 (PEPP)
- Budgets werden neu berechnet – hohe Unsicherheit in den Kliniken
ein Dokumentations- und Bürokratie-Monster!
- **Ausweg:**

Nachweispflicht und PEPP entfällt, wenn Vertrag nach § 64b abgeschlossen wird

Budgetfragen 3

„In keinem anderen medizinischen Fachgebiet ist eine am gesamten Menschen orientierten integrativen Versorgung notwendiger als in der Psychiatrie und Psychotherapie.

Dafür geeignete inhaltliche Konzepte sind zwar vorhanden, ihre Umsetzung scheitert aber allzu oft an der ökonomischen Realität.“
(Arno Deister, 2011)

Die Behandlungs- Begleitungs- und Hilfesysteme sind vielgestaltig / zersplittert in nahezu allen SGB's verborgen -

Unter-, Fehl- u. Überversorgung sind üblich – häufig an den PatientInnen und deren Angehörigen vorbei.

Gebot der Stunde

- **Kooperation, Kommunikation – inhaltlich und bezügl. der Budgets**
- **Trägerunabhängige Steuerung**

Budgetfragen 4

Gebot der Stunde : schrittweise Integration der „anderen“ Budgets

Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 (!!!) geht es um

- die Öffnung der stationären Psychiatrien
- Auf- und Ausbau von ambulanten Hilfsangeboten im Lebensumfeld der Patienten und ihrer Familien
- Kooperation/Kommunikation aller professionell Beteiligten –
Gemeindepsychiatrischer Verbund
- gemeindenaher vor stationärer Versorgung
- Verringerung der Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern
- Regionalisierung der stationären Versorgung

Keine Ideologie, sondern gelebte Praxis in vielen europäischen Ländern!
Ca. 50 Modellprojekte unterschiedlicher Form in der BRD

In der BRD jetzt durch neue gesetzliche Regelungen flächendeckend möglich!

Also: Kooperation der Leistungsträger = Zusammenführung der Budgets

Budgetfragen 5

Gebot der Stunde : schrittweise Integration der „anderen“ Budgets
z.B. **Regionalbudget** nach § 64b

Beteiligt an der Versorgung psychisch Erkrankter sind Träger und deren Budgets aus:

SGB II – Grundsicherung f. Arbeitsuchende

SGB III – Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung

SGB V – Ambulante psychiatrische Versorgung (KV, nichtärztliche Dienste)

SGB VI – Rentenversicherung / Rehabilitation

SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- u.- Jugendpsychiatrie)

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

SGB XII – Sozialhilfe

- **Staatliche Dienste** (Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer (Krisen-)dienst)

- **Gemeinnützige Einrichtungen** (Kirchen, Vereine, Initiativen)

Grundsätzliches:

- **Psychiatrie anders denken!**
- Lösung vom „medizinisch-ärztlichen Modell“
- Lösung vom „klinischen Modell“
- Lösung vom klinischem Budget
- Organisation von Gemeindepsychiatrischen Verbänden
- **Tägerunabh. Steuerung der vielfältigen Versorgungsmöglichkeiten**
- Einbeziehung der Betroffenen
- Lernen von Modell-Versuchen im In- und Ausland
- **Beteiligung der Kostenträger**

**Aufruf an Politik und Behörden:
Machen Sie endlich Ernst mit den Beschlüssen v. 2013!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Budgetfragen 3

Ausflug: Das PEPP-System (Pauschalisiertes Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik)
im PsychVVG –Änderung des KHG § 17d

Kernpunkte:

- Vergütungsregelung für stationär, teilstat. und ambulante Behandlungen
- Vereinbarung „bedarfs- und leistungsgerechter Budgets“
- Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten
- Verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung u.a. nach PsychPV
- Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument (Daten an InEK-Institut)
- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung
Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten
durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akutbehandlung
im häuslichen Umfeld (Hometreatment).