

Zur Sache: Psychiatrie

Arno Deister

Zukunft. Psychiatrie

Herausforderungen, Konzepte,
Perspektiven

Psychiatrie
Verlag 

Modellprojekte nach § 64b SGB V und Regionale Psychiatrie-Budgets

*»Wir wollen keine anderen Patienten behandeln – wir wollen unsere Patienten anders behandeln.«
Grundsatz der Regionalen Psychiatrie-Budgets*

Modellprojekte in der Form regionaler Budgets gibt es in Deutschland inzwischen seit 2003. Beginnend in Schleswig-Holstein, gibt es aktuell in neun Bundesländern und 22 Regionen Modellprojekte nach den Kriterien des § 64b SGB V. Es handelt sich dabei um Modellprojekte, die gemeinsam zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern vereinbart wurden. Etwa die Hälfte dieser Modellprojekte umfasst jeweils alle erwachsenen Einwohner einer Region und alle psychischen Erkrankungen (ohne forensisch-psychiatrische Patienten). Insgesamt haben die Regionen mit Modellprojekten in Deutschland zwischen sechs und sieben Millionen Einwohner.

Die Kernelemente von Modellprojekten nach § 64b SGB V bestehen in der Möglichkeit, dass regionale psychiatrische Kliniken unabhängig vom Behandlungssetting (zu Hause, ambulant in der Klinik, tagesklinisch oder vollstationär) behandeln können. Der einzige Maßstab für die Vereinbarung und für die Realisierung des jeweiligen Krankenhausbudgets besteht in der Behandlung einer vereinbarten Zahl von Menschen innerhalb eines Jahres. Somit erfolgt die Steuerung der Versorgung grundsätzlich vor Ort und vor allem orientiert am jeweils konkreten Bedarf des Betroffenen. Fallzahlen, Behandlungstage oder Abrechnungsquartale spielen als Bezugsgrößen bei der Budgetermittlung keine Rolle mehr (DEISTER 2011b; DEISTER & MICHELS 2021; DEISTER & WILMS 2014).

In den jeweiligen Regionen erhält die zuständige Klinik jährlich ein pauschales Budget, mit dem sie die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung aller Patienten in der Region sicherstellen muss, die stationär eingewiesen, als Notfall aufgenommen werden oder die Voraussetzungen zur Behandlung in einer Institutsambulanz erfüllen. Die jährliche Pauschale, die meist anhand der Einnahmen der Klinik vor Einführung des Modells kalkuliert wurde, wird entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung jährlich fortgeschrieben. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten wird dabei weiterhin zwar über die klassischen Parameter wie Behandlungstage und Behandlungsepisoden abgerechnet, jedoch werden die gezahlten Beträge als Abschlag auf das festgelegte Budget betrachtet. Am Jahresende eventuell erreichte Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

Die pauschalierte Finanzierung umfasst dabei nicht die gesamte psychiatrische Versorgung eines Versicherten, sondern nur jenes Leistungsspektrum, das in und durch ein Krankenhaus geleistet wird. Die ambulante Behandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie die gemeindebasierte Versorgung wird durch das Regionale Budget nicht erfasst. 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. 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, muss dieser Bedarf auch durch das Krankenhaus gedeckt werden, ohne dass dadurch zusätzliche Einnahmen generiert werden können. Damit setzt das Regionale Budget keine 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 wird, denn durch die Vermeidung von Wiederaufnahmen ergeben sich nicht nur für die Patientinnen und Patienten große Vorteile, sondern auch für die Leistungserbringer.

Als wesentlicher Schritt zum Abbau sogenannter 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, ging doch eine unangemessen lange Verweildauer in der Vergütungssystematik des Regionalen Budgets 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. Wenn diese Patientenzahl um 6 Prozent über- oder unterschritten wird, muss das Budget neu verhandelt werden. Es ist somit einerseits für die Klinik nicht attraktiv, deutlich weniger Personen zu behandeln als im Budgetziel festgelegt sind, andererseits ist es für die Klinik aber auch kein finanzielles Risiko, wenn in einem Jahr sehr viel mehr Personen psychiatrisch versorgt werden müssen.

Die hier beschriebenen Modellprojekte sind inzwischen wissenschaftlich umfassend sowohl gesundheitsökonomisch als auch fachlich beschrieben, untersucht und validiert worden (DEISTER & MICHELS 2021; INDEFREY u. a. 2020; KÖNIG u. a. 2013; ROICK u. a. 2008). Dabei haben sich die Prinzipien der setting-

unabhängigen Behandlung, der langfristigen Beziehungskonstanz zwischen Patienten und Therapeuten, der langfristigen Planbarkeit sowie insbesondere die für Leistungserbringer und Leistungsträger gesetzten ökonomischen Anreize für die Versorgung bewährt. Von Beginn der Modellprojekte an war es ein klares und auch so formuliertes gesundheitspolitisches Ziel, zu prüfen, ob diese Versorgungsform auch in die Regelversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen überführt werden kann. Diesem Ziel dienen die gemeinsam zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbarten fachlichen Rahmenbedingungen der Projekte, aber auch deren umfassende wissenschaftliche Evaluation. 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 (BAUM u. a. 2020; INDEFREY u. a. 2020; KÖNIG u. a. 2013)

Im am längsten laufenden Modellprojekt im Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein sind nach 18 Jahren im Wesentlichen folgende Veränderungen eingetreten (DEISTER & MICHELS 2021):

- stabile Zahlen von behandelten Patienten über den gesamten Zeitraum bei unveränderter regionaler Verteilung,
- Reduktion der vollstationären Behandlungstage und der individuellen Verweildauer im Krankenhaus in allen wesentlichen Diagnosegruppen, in einigen Gruppen auf weniger als die Hälfte,
- Verdoppelung der Behandlungstage im teilstationären Bereich,
- massive Zunahme der Zahl der im und durch das Krankenhaus ambulant behandelten Patienten,
- unveränderte psychopathologische Behandlungsqualität bei verbesserter sozialer Integration,
- deutliche Zunahme der Behandlungs- und Beziehungskonstanz durch veränderte Organisation der Behandlung,
- Möglichkeit zu neuen Behandlungsformen wie Verstärkung systemischer und familientherapeutischer Angebote,
- unveränderte Kostensituation über fast zwei Jahrzehnte hinweg bei steigenden Kosten außerhalb der Modellprojekte.