

Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung

Langfristige Effekte eines Regionalen Budgets

From Model to Regional Regular Care

Long-Term Effects of a Regional Budget

Autoren

Arno Deister, Rolf Michels

Institut

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe

Schlüsselwörter

psychiatrische Versorgung, Regionales Budget, Modellprojekt, Gesundheitsökonomie

Keywords

psychiatric care, regional budget, model project, health economics

Online-Publikation 2021

Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-1492-1564

ISSN 0303-4259

© 2021. Thieme. All rights reserved.

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

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Arno Deister, Zentrum für Psychosoziale
Medizin, Klinikum Itzehoe, Robert-Koch-Straße 2,
25524 Itzehoe, Deutschland
a.deister@kh-itzehoe.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Modellprojekte eines Regionalen Budgets bzw. eines Modellprojekts nach § 64b SGB V gibt es inzwischen seit mehr als 18 Jahren. In der vorliegenden Arbeit werden die strukturellen, ökonomischen und fachlichen Langzeiteffekte beschrieben.

Methodik Anhand des Modellprojekts im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) werden die Entwicklungen zwischen 2002 (Indexjahr) und 2020 beschrieben, die sich durch das Regionale Budget entwickelt haben. Die Arbeit beschreibt die Situation und deren spezifische Veränderungen in der

ersten deutschen Modellregion. Eine vergleichbare Kontrollgruppe besteht nicht.

Ergebnisse In dem beobachteten Zeitraum war die Zahl der behandelten Menschen insgesamt stabil und bewegte sich im vertraglich vereinbarten Korridor. Die Versorgung hat sich stärker als im deutschen Durchschnitt von der vollstationären in die ambulante und tagesklinische Behandlung verlagert. Die Kosten sind stabil geblieben und unterscheiden sich damit deutlich von der Kostensteigerung im Gesundheitswesen insgesamt. Es konnten neue Versorgungskonzepte umgesetzt werden.

Schlussfolgerungen Die beschriebenen Modellprojekte führen zu einer settingunabhängigen Versorgung und eignen sich für die Regelversorgung in einer definierten Region.

ABSTRACT

Aim Model projects of a regional budget or a model project according to § 64b SGB V have been for more than 18 years. The structural, economic, and therapeutic long-term effects are described in this paper.

Methodology The model project in the Steinburg district (Schleswig-Holstein) describes the developments between 2002 (index year) and 2020 that have developed through the regional budget. The article describes the situation and its specific changes in the first german model region. There is no comparable control group.

Results In the observed period, the number of people treated was stable within a corridor that has been in the contract with the stakeholders. Care has shifted relevantly from fully inpatient to outpatient and day clinic treatment. The costs have remained stable and thus differ significantly from the overall increase in health care costs. New supply concepts could be implemented.

Conclusion The model projects described lead to setting-independent care and are suitable for standard care in a defined region.

Wir wollen keine
anderen Patienten behandeln
– wir wollen unsere Patienten
anders behandeln
Grundsatz der Regionalen Budgets

Einleitung

Modellprojekte in der Form von Regionalen Budgets gibt es in Deutschland inzwischen seit mehr als 18 Jahren. Beginnend im Jahr 2003 im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) gibt es aktuell in 9 Bundesländern und 22 Regionen Modellprojekte nach den Kriterien des § 64b SGB V. Die Mehrzahl dieser Modellprojekte in Deutschland umfassen jeweils alle Einwohner einer Region und alle psychischen Erkrankungen (ohne forensisch-psychiatrische Patienten). Allein in 5 Regionen (Kreisen) in Schleswig-Holstein ist die psychiatrische Krankenhausversorgung über Regionale Psychiatriebudgets organisiert, die damit für die Versorgung von einem Drittel der Bevölkerung des Landes zuständig sind [1].

Die Kernelemente von Modellprojekten nach § 64b SGB V bestehen in der Möglichkeit, dass regionale psychiatrische Kliniken Patienten 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 eines von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen. Fallzahlen, Behandlungstage oder Abrechnungsquartale spielen als Bezugsgrößen bei der Budgetermittlung keine Rolle mehr [2–4].

In den letzten Jahren sind Regionale Budgets bzw. § 64b-Modellprojekte wieder verstärkt in der gesundheitspolitischen Diskussion. Dies zum einen, weil auf ganz unterschiedlichen gesundheitspolitischen Ebenen zunehmend deutlich wird, dass die bisherige Form der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in unserem hochgradig fragmentierten Finanzierungs- und Versorgungssystem fachlich und ökonomisch immer schwieriger und unbefriedigender wird und zum anderen, weil innerhalb des bestehenden Systems die falschen Anreize gesetzt werden. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung befindet sich in der Krise – Modellprojekte könnten ein Weg sein, aus dieser Krise herauszufinden [5, 6].

Die hier beschriebenen Modellprojekte sind inzwischen umfassend wissenschaftlich gesundheitsökonomisch und fachlich beschrieben, untersucht und validiert worden. Dabei haben sich die Prinzipien der settingunabhängigen Behandlung, der langfristigen Beziehungskonstanz zwischen Patienten und Therapeuten, der langfristigen Planbarkeit sowie insbesondere die für Leistungserbringer und Leistungsträger gesetzten ökonomischen Anreize für die Versorgung als effektiv und effizient erwiesen [7–11].

Die vorliegende Arbeit beschreibt die strukturellen und ökonomischen Effekte des Regionalen Budgets (seit 2013 Modellprojekt nach § 64b SGB V) im Kreis Steinburg. Die Laufzeit von

jetzt 18 Jahren eröffnet die Möglichkeit, Aussagen über langfristige Tendenzen von Veränderungen und Entwicklungen zu machen: Die Regionalen Budgets sind volljährig.

Methoden

Die Region

Der Kreis Steinburg liegt im südwestlichen Schleswig-Holstein und in der Metropolregion Hamburg. Er hat etwa 131 000 Einwohner und eine Bevölkerungsdichte von 124 Menschen pro km². Der Kreis ist (klein-)städtisch-ländlich geprägt; die Kreisstadt Itzehoe hat etwa 32 000 Einwohner (direkter Einzugsbereich etwa 40 000 Einwohner). Das Klinikum Itzehoe ist ein Schwerpunkt Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe mit 689 Betten bzw. Plätzen (48 Intensivbetten, 553 vollstationäre Betten, 88 tagesklinische Plätze) in 12 Fachkliniken. Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg und Mitglied im kommunalen 6K-Krankenhausverbund (Kliniken in Itzehoe, Heide, Neumünster, Rendsburg, Kiel, Bad Bramstedt).

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe (ZPM) hat einen Versorgungsauftrag für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kreis Steinburg. Das Zentrum umfasst die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Es hat aktuell (2021) 56 vollstationäre Behandlungsplätze sowie 74 teilstationäre Plätze (einschließlich Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie). Neben dem Projekt des Regionalen Budgets ist das ZPM auch gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Antragsteller des seit 2017 laufenden Innovationsfondsprojekts zur gestuften Versorgung RECOVER.

Das Regionale Budget im Kreis Steinburg

Der Vertrag zum Regionalen Budget im Kreis Steinburg wurde auf der Basis des § 26 der Bundespflegesatzverordnung (in der damaligen Fassung) zwischen dem Klinikum Itzehoe sowie allen in Schleswig-Holstein vertretenen Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossen und trat am 1.1.2003 in Kraft. An den Gesprächen war auch das Ministerium für Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein beteiligt. Das Projekt wurde auch infolge durch die jeweiligen Ministerinnen und Minister unterschiedlicher Parteien aktiv unterstützt. Der Vertrag hatte zunächst eine Laufzeit von 5 Jahren. Er wurde in der Folgezeit mehrfach verlängert und 2013 – im Wesentlichen in unveränderter Form – in einen Vertrag für ein Modellprojekt nach § 64b SGB V umgewandelt. Dieser lief zunächst nach der (bis 2019 gesetzlich vorgeschriebenen) maximalen Laufzeit von 8 Jahren aus. Aktuell wurde das Modellprojekt gemeinsam mit den Krankenkassen nach im Wesentlichen gleichen Bedingungen bis zum 31.12.2025 verlängert. Die Psychosomatik wurde dabei in das Budget einbezogen, die Finanzierung entsprechend angepasst.

Zwischen dem Klinikum und den Krankenkassen ist zur Vergütung der erbrachten Leistungen ein Gesamtbudget vereinbart, das jährlich im Rahmen der gesetzlichen Steigerungsraten pauschal fortgeschrieben wird. Mehr- bzw. Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen. Grundlage für die Leistungserbringung ist die Zahl der innerhalb eines Jahres behandelten Menschen, unabhängig von der Art der Behandlung. Bei wesentlichen Veränderungen der Zahl der behandelten Menschen (Abweichung von 6% nach oben oder unten) kann erneut verhandelt werden. Das Krankenhaus ist grundsätzlich in der Wahl des Behandlungssettings gemäß § 39 SGB V frei.

Begleitforschung

Das Modellprojekt wurde in einer ersten Evaluationsphase zwischen 2003 und 2007 durch die Universitätsklinik Leipzig umfassend bzgl. der strukturellen und inhaltlichen Aspekte evaluiert [8, 9]. Diese Begleitforschung wurde durch die Krankenkassen mit zusätzlich 1% des Budgets finanziert. Seit 2016 nimmt das Zentrum für Psychosoziale Medizin gemeinsam mit anderen Kliniken in Deutschland an verschiedenen Projekten der wissenschaftlichen Begleitforschung mit Erfolg teil (Eva64, EvaMod64, PsychCare) [12–14].

Datenerhebung und Datenauswertung

Die Erhebung der Daten für die vorliegende Darstellung erfolgte im Rahmen des Krankenhaus-Informationssystems des Klinikums Itzehoe sowie durch Erhebungen des ZPM. Die dargestellten strukturellen Daten beziehen sich auf das Einzugsgebiet des Klinikums Itzehoe (Kreis Steinburg) bzw. auf Deutschland insgesamt. Es wurden nur routinemäßig erhobene Daten ausgewertet. Die Datenauswertung erfolgte getrennt für jedes Kalenderjahr. Grundlage der Erhebungen sind die jeweils innerhalb eines Jahres behandelten Menschen unabhängig von der Art der Behandlung. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 erfasst. In die Auswertung ging jeweils die letzte Hauptdiagnose innerhalb des Kalenderjahrs ein. Die Verweildauer im stationären und im teilstationären Bereich wurde kumuliert für jeweils ein Kalenderjahr in Tagen erfasst. Die Art der Behandlung bezieht sich jeweils auf die Behandlung eines Menschen innerhalb eines Kalenderjahres. Zahlen von Behandlungsfällen wurden den Berechnungen nicht zugrunde gelegt, da eine eindeutige Fallabgrenzung im Rahmen des Regionalen Budgets nicht mehr erfolgen kann. Den dargestellten Kostenentwicklungen wurden die mit den Krankenkassen pro Kalenderjahr vereinbarten Budgetdaten (Kosten für Personal und Sachkosten) zugrunde gelegt. Die Kosten pro Mensch und Kalenderjahr errechnen sich aus den vereinbarten Budgetbeträgen dividiert durch die Zahl der pro Kalenderjahr behandelten Menschen. Die Vergleichsdaten wurden aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes übernommen [15]. Die im Folgenden dargestellten Auswertungen erfolgen als Indexdarstellungen, wobei das Datenjahr 2002 (Jahr vor Beginn des Modellprojekts) gleich 100 gesetzt wird. Als weitere Jahre der Darstellung werden ab 2003 die Daten jeweils im 4-Jahres-Abstand dargestellt (2003, 2007, 2011, 2015 und 2019). Die Daten für 2020 lagen zum Berichtszeitpunkt noch nicht vollständig vor.

Ergebnisse

Behandlungsressourcen

Im Modellzeitraum zwischen 2003 und 2020 wurde die Zahl der aufgestellten Betten sowie die Zahl der verfügbaren Tagesklinikplätze jeweils an den erforderlichen Bedarf angepasst (► Tab. 1). Dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe werden im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein Betten sowohl im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie als auch der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zugeordnet. Im vollstationären Bereich wurden in den ersten Jahren des Modellprojekts 2 Stationen durch Umorganisation geschlossen. Mit dem Umzug in einen Neubau im Jahr 2019 wurden Stationen als Organisationsprinzip weitgehend aufgegeben. Es erfolgte ab diesem Zeitpunkt eine funktionale Organisation in Behandlungsteams. Die Zahl der aufgestellten Betten reduzierte sich im betrachteten Zeitraum von 100 auf 56 Betten (–44,0%). Die Zahl der tagesklinischen Plätze erhöhte sich von 15 auf 47, das entspricht einer Zunahme auf mehr als das Dreifache (► Tab. 1). Zusätzlich hat das ZPM (bis 2020 noch außerhalb der Regeln des Regionalen Budget) noch 16 tagesklinische Plätze für Psychosomatik sowie 14 für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Bettenmessziffer (Betten bzw. Plätze pro 100 000 Einwohner) für die Psychiatrie reduzierte sich von 0,60 auf 0,32, für die Psychosomatik von 0,15 auf 0,10 und erhöhte sich für die Tagesklinik für Psychiatrie von 0,11 auf 0,35.

Behandelte Menschen pro Jahr

Die Zahl der behandelten Menschen pro Jahr ergibt sich aus ► Tab. 1. Sie ist im Verlauf weitgehend stabil geblieben und bewegte sich (mit einer kurzfristigen Ausnahme im Jahr 2005) innerhalb des vereinbarten Korridors von + bzw. –6% (► Abb. 1). Sie weist über den gesamten Zeitraum eine leicht fallende Tendenz auf. Im Jahr 2008 wurden noch 190 Patienten in das Regionale Budget aufgenommen, die im Psychiatrischen Centrum Glückstadt, einer psychiatrischen Pflege- und Wiedereingliederungseinrichtung, im Wesentlichen im Rahmen einer Institutsambulanz vor Ort, durch das ZPM behandelt werden (neue Gesamtzahl 1539). Die Zahl derjenigen Menschen, die jeweils zum ersten Mal seit Beginn des Budgets behandelt wurden, betrug nach 5 Jahren 53,6%, nach 10 Jahren 51,0% und nach 15 Jahren 43,0%. Die Geschlechtsverteilung hat sich nicht relevant verschoben.

Das durchschnittliche Alter bei der Behandlung schwankte zwischen einem Mittelwert von 45,5 Jahren (2007) und 50,2 Jahren (2002).

Wie zu erwarten, zeigte die Herkunft der Patienten einen starken regionalen Bezug, der im Wesentlichen unverändert blieb bzw. im Verlauf noch etwas zunahm. Im Jahr 2019 kamen 88,3% der behandelten Menschen aus dem Kreis Steinburg (2002: 82,4%), 6,9% aus den Nachbarkreisen (2002: 13,0%) und 4,1% aus anderen Regionen (2002: 4,6%) (► Tab. 1).

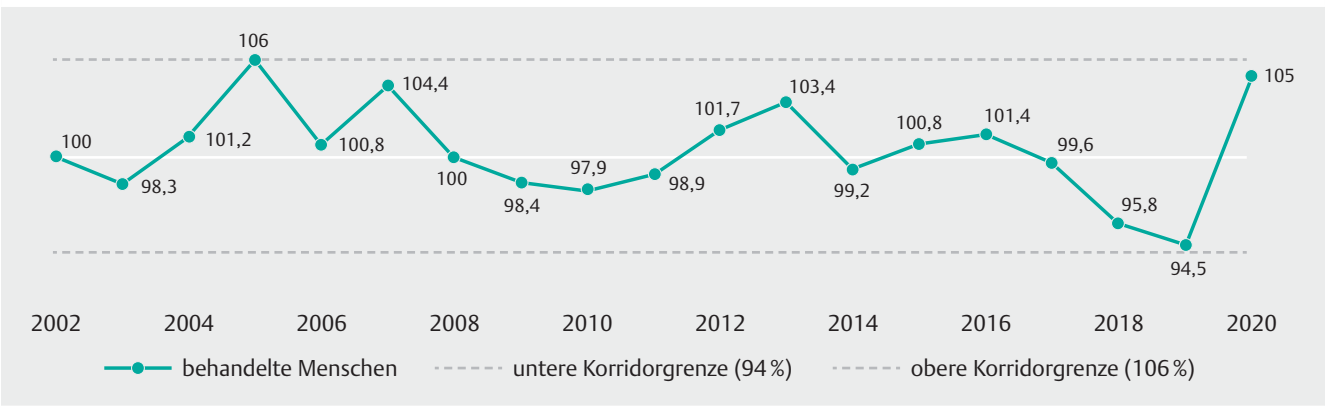
Behandlungstage und ambulante Fälle

Die Zahl der vollstationären Behandlungstage hat sich zwischen 2002 und 2019 von 34 018 auf 17 183 pro Kalenderjahr redu-

► Tab. 1 Merkmale der Patienten im Verlauf (Index: 2002 = 100).

		2002	2003	2007	2011	2015	2019
Behandlungsressourcen	aufgestellte Betten Psychiatrie	80 (100)	80 (100)	52 (65)	47 (59)	47 (59)	43 (54)
	aufgestellte Betten Psychosomatik	20 (100)	20 (100)	20 (100)	17 (85)	17 (85)	13 (65)
	tagesklinische Plätze (im RPB)	15 (100)	15 (100)	28 (187)	33 (220)	47 (313)	47 (313)
	tagesklinische Plätze Psychosomatik					16	16
	tagesklinische Plätze KJP					12	14
Bettenmessziffer (Betten pro 1000 Einwohner)	Psychiatrie	0,60	0,60	0,39	0,35	0,35	0,32
	Psychosomatik	0,15	0,15	0,15	0,13	0,13	0,10
	tagesklinisch	0,11	0,11	0,21	0,25	0,35	0,35
behandelte Menschen pro Kalenderjahr (n; Index)	ohne Psychiatrisches Centrum Glückstadt*	1349 (100)	1326 (98,3)	1408 (104,4)	–	–	–
	mit Psychiatrischem Centrum Glückstadt	–	–	–	1523 (99,9)	1551 (100,8)	1455 (94,5)
	Frauen	641 (47,5%)	644 (48,6)	681 (51,6)	701 (46,0)	750 (48,4)	701 (48,2)
	Männer	708 (52,5%)	682 (51,4)	727 (48,4)	822 (54,0)	801 (51,6)	754 (51,8)
durchschnittliches Alter bei Behandlung	Mittelwert	50,2	47,8	45,5	48,0	47,8	48,2
	Median	47	45	44	48	49	49
	Standardabweichung	16,6	16,3	16,3	16,1	16,4	17,5
Behandlungstage pro Jahr	stationär	34018 (100)	31544 (93)	26696 (78)	20728 (61)	17599 (52)	17183 (51)
	teilstationär	3005 (100)	3204 (107)	5828 (194)	8229 (274)	6967 (232)	6707 (223)
	ambulante Fälle	899 (100)	565 (63)	1136 (126)	1738 (193)	1910 (212)	1952 (217)
Diagnosen (n; Index)	F0 (Organische Störungen)	72 (100)	88 (122)	94 (131)	122 (185)	102 (142)	110 (153)
	F1 (Abhängigkeits-erkrankungen)	458 (100)	431 (94)	452 (99)	445 (97)	391 (85)	315 (69)
	F2 (Psychotische Störungen)	217 (100)	212 (98)	216 (100)	226 (104)	235 (108)	243 (112)
	F3 (Affektive Störungen)	214 (100)	228 (107)	296 (138)	282 (130)	307 (141)	314 (145)
	F4 (Neurotische Störungen)	181 (100)	223 (123)	161 (89)	213 (118)	297 (164)	227 (125)
	F6 (Persönlichkeitsstörungen)	74 (100)	124 (168)	118 (159)	145 (196)	132 (178)	162 (219)
Wohnorte der Patienten (n; Anteil pro Jahr; ab 2011 mit Glückstadt)	Kreis Steinburg	1112 (82,4%)	1056 (79,6%)	1229 (87,3%)	1343 (88,2%)	1407 (90,7%)	1294 (88,3%)
	Nachbarkreise	175 (13,0%)	187 (14,1%)	158 (11,2%)	113 (7,4%)	95 (6,1%)	101 (6,9%)
	sonstige	62 (4,6%)	83 (6,3%)	21 (1,5%)	66 (4,3%)	49 (3,2%)	60 (4,1%)

* Erläuterungen siehe Text



► **Abb. 1** Zahl der behandelten Menschen pro Kalenderjahr 2002–2019 (2002 = 100).

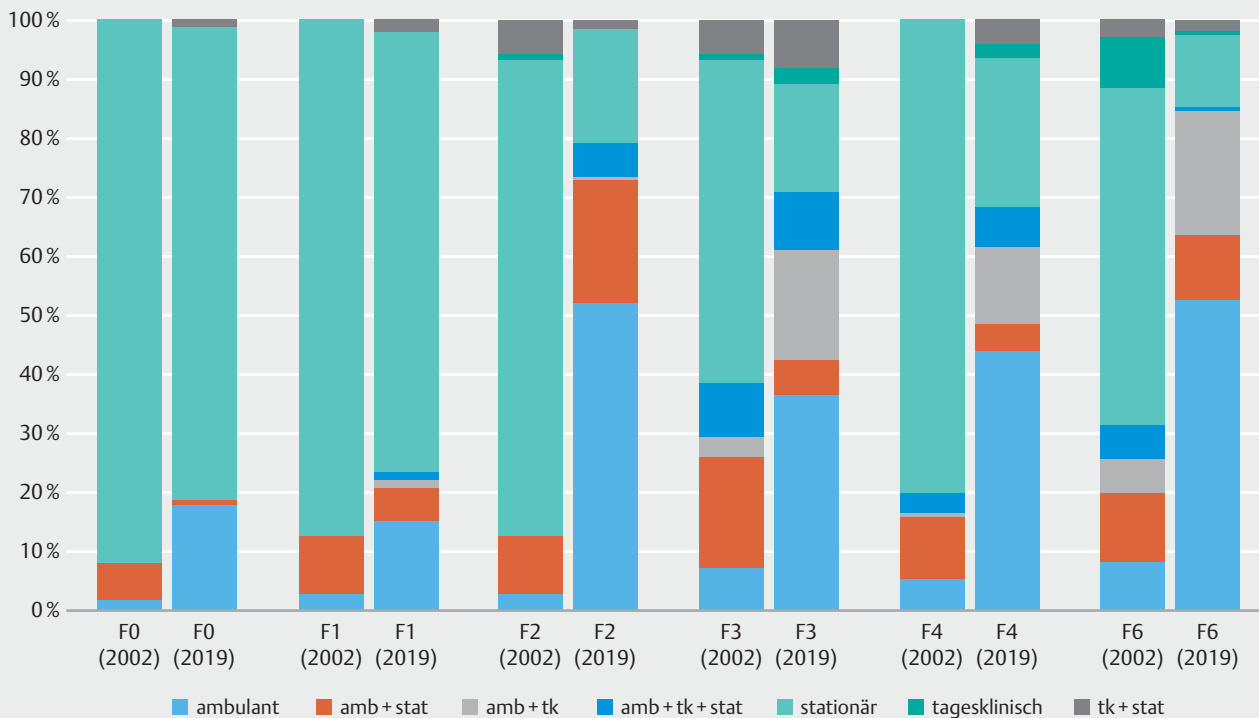
► **Tab. 2** Behandlungsmerkmale im Verlauf.

		2002	2003	2007	2011	2015	2019
Verweildauer stationär (Tage pro Jahr; Index 2002 = 100)	alle Patienten	25,2 (100)	23,8 (94,4)	18,9 (75,0)	13,6 (54,0)	11,3 (44,8)	11,8 (46,8)
	nur stationär behandelte Patienten	30,2 (100)	29,1 (96,3)	26,1 (86,4)	21,0 (69,5)	20,1 (66,6)	22,9 (75,8)
stationäre Verweildauer und Diagnose (Tage pro Jahr)	F0 (Organische psych. Störungen)	12,5 (100)	12,2 (97,6)	14,4 (115,2)	7,3 (58,4)	9,0 (72,0)	13,4 (107,2)
	F1 (Abhängigkeitserkrankungen)	16,9 (100)	13,6 (80,5)	10,9 (64,4)	7,2 (42,6)	6,2 (36,7)	9,1 (53,8)
	F2 (Psychotische Störungen)	42,1 (100)	41,8 (99,3)	30,9 (73,4)	23,6 (56,1)	22,1 (52,5)	21,8 (51,8)
	F3 (Affektive Störungen)	32,2 (100)	33,5 (104,0)	22,6 (70,2)	21,9 (68,0)	17,0 (53,0)	14,5 (45,0)
	F4 (Neurotische/somatof. Störungen)	20,0 (100)	18,2 (91,0)	9,9 (49,5)	12,5 (62,5)	6,5 (32,5)	7,0 (35,0)
	F6 (Persönlichkeitsstörungen)	22,8 (100)	28,5 (125,0)	38,3 (168,0)	14,8 (64,9)	11,5 (50,4)	5,9 (25,9)
Art der Behandlung pro Kalenderjahr (n; Index; 2002 = 100)	nur ambulant	190 (100)	212 (111,6)	321 (168,9)	242 (127,4)	333 (175,3)	384 (202,1)
	ambulant und tagesklinisch	22 (100)	28 (127,3)	40 (181,8)	109 (495,5)	120 (545,5)	139 (631,8)
	ambulant, tagesklinisch und stationär	37 (100)	44 (118,9)	73 (197,3)	87 (235,1)	67 (181,1)	75 (202,7)
	ambulant und stationär	128 (100)	111 (86,7)	110 (85,9)	97 (75,8)	91 (71,1)	92 (71,9)
	nur tagesklinisch	11 (100)	3 (27,3)	26 (236,4)	19 (172,7)	19 (172,7)	14 (127,3)
	tagesklinisch und stationär	20 (100)	25 (125,0)	80 (400,0)	64 (320,0)	49 (245,0)	40 (200,0)
	nur stationär	941 (100)	903 (96,0)	759 (80,7)	738 (78,4)	675 (71,7)	542 (57,6)

ziert. Dies entspricht einer Abnahme um 49,5%. Die Zahl der teilstationären Behandlungstage betrug im Jahr 2019 6707. Verglichen mit der Zahl im Jahr 2002 (n=3005) hat sich die Zahl der tagesklinischen Tage also mehr als verdoppelt. Die Zahl der ambulant behandelten Patienten nahm ebenfalls von 899 pro Jahr im Jahr 2002 auf 1952 im Jahr 2019 zu (► **Tab. 1**).

Diagnosen

Bezug genommen wird jeweils auf die Hauptdiagnosen. Relevant abgenommen hat im Beobachtungszeitraum die Zahl der behandelten Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10: F1). Sie reduzierte sich bis 2019 um 31%. Die Zahl der be-



► **Abb. 2** Art der Behandlung nach Diagnose.

handelten Menschen mit psychotischen Erkrankungen (ICD-10: F2) blieb im Wesentlichen über den Verlauf stabil (Schwankungen zwischen einer Indexzahl von 98 und 112). Die Zahl der Patienten mit neurotischen und Belastungsstörungen (ICD-10: F4) hat insgesamt leicht, die Zahl der Menschen mit Organischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F0 und F6) hat deutlich zugenommen.

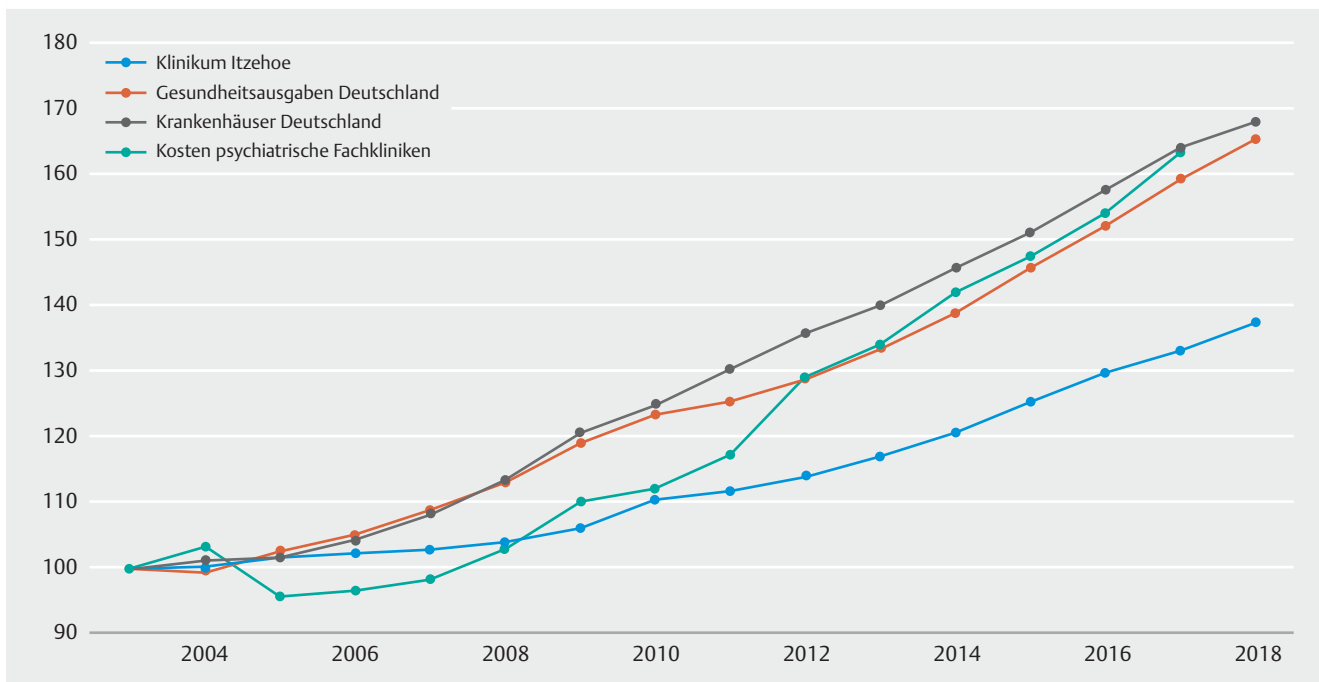
Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in stationärer Behandlung wird angegeben als (kumulierte) Zahl von Tagen pro Jahr (► **Tab. 2**). Eine fallbezogene Verweildauer wird nicht berechnet, da es unter den Bedingungen des Regionalen Budgets aufgrund auch längerer Beurlaubungen keine eindeutige Falldefinition mehr gibt. Gemessen an der Situation im Jahr 2002 hat sich die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer aller Patienten auf 46,8% des Ausgangswerts reduziert. Sie betrug berechnet über alle Patienten (unabhängig vom Behandlungssetting) 2020 noch durchschnittlich 11,8 Tage pro Jahr. Getrennt ausgewiesen wird die kumulierte Dauer in vollstationärer Behandlung für diejenigen Patienten, die mindestens einmal pro Jahr in entsprechender Behandlung waren. Diese betrug am Ende des Beobachtungszeitraums noch 22,9 Tage, das entspricht einer Reduktion um 24,2% gegenüber 2002. Zwischenzeitlich war diese Dauer auf 17,7 Tage abgesunken. In Deutschland insgesamt war die durchschnittliche fallbezogene Verweildauer in dem betrachteten Zeitraum lediglich um 7% gesunken und betrug 2017 noch 22,8 Tage pro Fall.

Die insgesamt zu beobachtende Reduktion der Verweildauer bezieht sich auf alle Diagnosengruppen. Lediglich bei den organischen psychischen Störungen kam es insgesamt zu einem wechselnden Verlauf. Die größte relative Reduktion der Verweildauer ergab sich bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (–74,1%), die größte absolute Reduktion ergab sich bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen (–20,4 Tage) (► **Tab. 2**).

Art der Behandlung

Mit dem Parameter „Art der Behandlung innerhalb eines Jahres“ wird beschrieben, in welchem Setting (stationär, teilstationär, ambulant) Patienten jeweils über ein Kalenderjahr behandelt werden. Hier kam es im Verlauf zu deutlichen Verschiebungen (► **Tab. 2**). Sehr deutlich reduziert hat sich die Zahl der Patienten, die innerhalb eines Kalenderjahres nur vollstationär behandelt wurden. Dieser Anteil nahm innerhalb des betrachteten Zeitraums um 42,4% ab. Auf der anderen Seite hat sich die Zahl derjenigen Menschen, die innerhalb eines Jahres sowohl ambulant als auch tagesklinisch (aber nicht stationär) behandelt wurden, von 22 im Jahr 2002 auf 139 im Jahr 2019 mehr als versechsfacht. Etwa verdoppelt hat sich die Zahl der Menschen, die nur ambulant behandelt wurden, sowie die derjenigen, die entweder tagesklinisch und vollstationär bzw. ambulant, tagesklinisch und vollstationär behandelt wurden. Demgegenüber nahm die Zahl der Patienten, die zwar vollstationär und ambulant, aber nicht tagesklinisch behandelt wurden, ab (–38,1%).



► **Abb. 3** Budgetentwicklung im Vergleich mit anderen gesundheitsökonomischen Daten (Indexdarstellung; 2002 = 100).

Bezieht man die Art der Behandlung innerhalb eines Jahres auf die Diagnosegruppe, so zeigen sich die Befunde, die in ► **Abb. 2** dargestellt sind. Hier zeigt sich in allen Diagnosegruppen eine deutliche Verschiebung von der Zahl der innerhalb eines Jahres nur stationär behandelten Patienten hin zu einem deutlich differenzierteren Verlauf.

Ökonomische Entwicklung

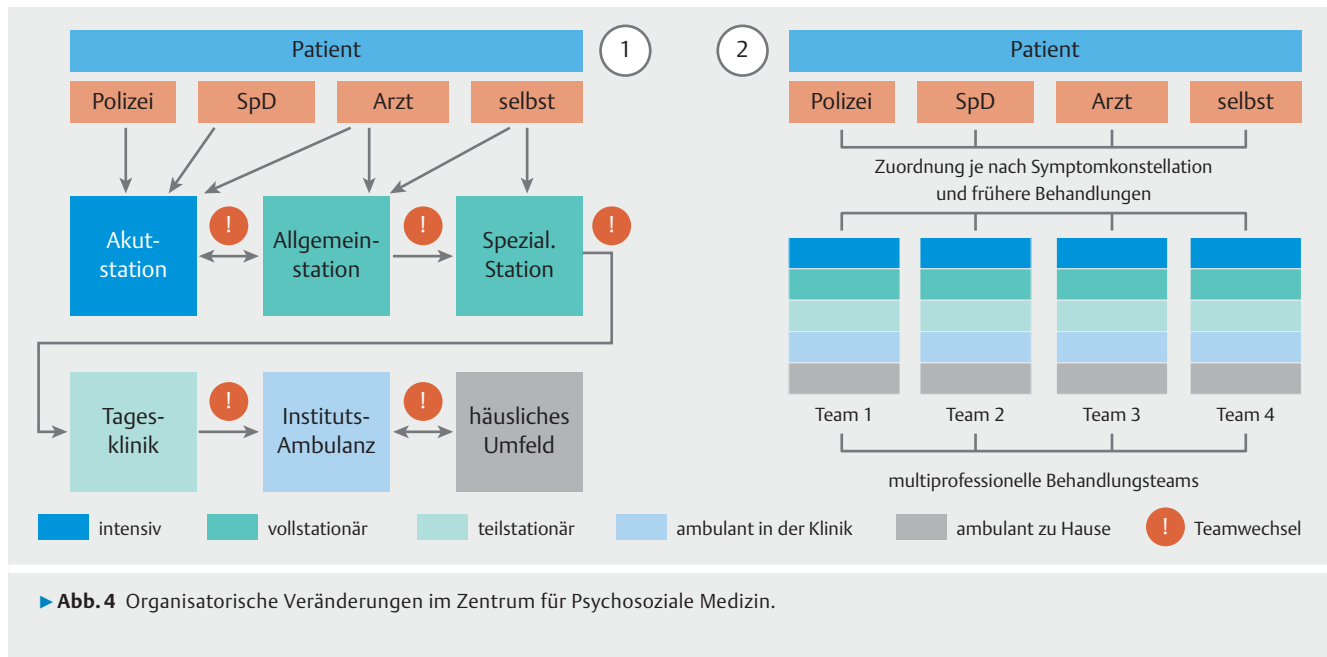
Im ersten Jahr des Regionalen Budgets wurde das Klinikbudget auf der Basis der Budgetanteile des letzten Jahres vor Beginn des Modells kalkuliert. Dafür wurden die jeweiligen realen Budgetanteile für den vollstationären, den teilstationären und den Bereich der Institutsambulanz addiert und in ein jährliches Gesamtbudget überführt. Dieses Budget wurde – entsprechend den vertraglich vereinbarten Regeln – jährlich pauschal um die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben (insbesondere Veränderungswert bzw. Orientierungswert) gesteigert. Daraus ergab sich – bezogen auf den Index von 100 im Jahr 2003 – für das Jahr 2020 ein Indexwert von 141,2, also eine Steigerung von insgesamt 41,2%. Das Bruttoinlandsprodukt in Deutschland hat sich in dieser Zeit um 51,8% erhöht (2003: 2211 Mrd.; 2018: 3356 Mrd.). Die Gesundheitsausgaben in Deutschland wiesen (nach Daten der Gesundheitsberichtserstattung Bund, [15]) zwischen 2003 und 2018 eine Steigerung von 65,2% auf (2003: 236463 Mrd. €; 2018: 390628 Mrd. €); die Gesamtausgaben für Krankenhäuser (bereinigte Kosten ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) stiegen von 2003–2018 um 68,0% [15]. Die Ausgaben für psychiatrische Fachkliniken haben sich im genannten Zeitraum (bis 2017) in Deutschland um 63,3% erhöht. Spezifische Vergleichsdaten zur Kostenentwicklung für Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland liegen nicht vor.

Zu Beginn des Modellprojekts umfasste das Budget einen Betrag von 5064€ für jeden behandelten Menschen pro Jahr (n=1349). Durch Hinzunahme einer Aufgabe im Psychiatrischen Centrum Glückstadt wurden zwischenzeitlich sowohl das Budget als auch die Budgetsumme angepasst. Im Jahr 2020 betrug der Budgetbetrag pro behandeltem Menschen und Jahr 7149 €. Bezogen auf die Einwohner in der Region stieg der Betrag von €51,4 auf €72,5, entsprechend einer Steigerung um 41,2%.

Die Abrechnung der im Modellzeitraum erbrachten Leistungen erfolgte (weiterhin) gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse auf der Basis der für den jeweiligen Patienten erbrachten Leistungen. Die in Rechnung gestellten Beträge wurden als Abschläge auf das Budget erbracht. Notwendige Ausgleichs wurden von den Krankenkassen gemeinsam erbracht. Der Anteil der durch die AOK versicherten Menschen an der Gesamtzahl der behandelten Menschen reduzierte sich von 46% (2002) auf 39,6% (2019), der Anteil der Ersatzkassen blieb mit 26% zwischen 2002 und 2019 stabil. Der Anteil der übrigen Kassen erhöhte sich von 28% im Jahr 2002 auf 34,4% im Jahr 2019. Die Zahl der abgerechneten vollstationären Behandlungstage reduzierte sich bei der AOK um 57,4%, bei den Ersatzkassen um 46,8% und bei den anderen Kassen um 38,4%.

Organisatorische Veränderungen

Die Organisationsstruktur des Zentrums für Psychosoziale Medizin wurde im Verlauf des hier betrachteten Zeitraums vollständig umgestellt (► **Abb. 4**). Zu Beginn war die Klinik in klassischen Stationen organisiert. Neben einem großen, weitgehend geschlossen geführten Akutbereich gab es mehrere offene Weiterbehandlungsstationen und eine psychotherapeutische Spezialstation. Hinzu kamen die Tagesklinik und die Instituts-



ambulanz. Eine Behandlung im häuslichen Umfeld konnte zunächst nicht stattfinden. Ein Wechsel des Behandlungssettings war also immer mit einem Wechsel des Behandlungsteams verbunden, sodass eine Patientin im Verlauf einer Behandlungsepisode bis zu dreimal das Behandlungsteam wechseln musste.

Inzwischen erfolgt die Zuordnung je nach Symptomkonstellation und früheren Behandlungen im Klinikum Itzehoe in multiprofessionellen Behandlungsteams, die nach verschiedenen Diagnosengruppen (u. a. psychotische Erkrankungen, somatische und psychosoziale Krisen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Erkrankungen) organisiert sind. Die Behandlung erfolgt in Behandlungsteams, die während des gesamten Behandlungsverlaufs zuständig bleiben: Während der Behandlung in der Intensivereinheit (für Patienten, die besonderen Schutz oder besondere Pflege benötigen), im offen geführten vollstationären Bereich, im tagesklinischen Bereich, im ambulanten Bereich und bezüglich der Behandlung im häuslichen Umfeld. Das bedeutet, dass grundsätzlich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen diesen Behandlungssettings tätig sind und Patienten langfristig begleiten.

Inhaltlich-fachliche Veränderungen

Im bisherigen Verlauf des Modellprojekts wurden umfassende Veränderungen der Behandlungskonzepte vorgenommen. Dies wird an 2 Beispielen erläutert. Diese zeigen, wie Behandlungskonzepte durch die Einführung des neuen Finanzierungsmodells im Laufe der Jahre weiterentwickelt wurden, um die Möglichkeiten, die das Regionale Budget eröffnet hat, zu nutzen. Es werden dafür die beiden Patientengruppen in den Blick genommen, bei denen sich die stationären Behandlungstage am meisten reduziert haben, nämlich Patientinnen und Patienten mit psychotischen Störungen und mit Persönlichkeitsstörungen.

Psychotische Störungen

Schon die strukturellen Veränderungen, die die Umstellung des Finanzierungssystems mit sich brachte, führten zu Veränderungen in den Behandlungsabläufen, die besonders für Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen von Bedeutung sind. Die geringere Bettenauslastung, die mit der Verkürzung der stationären Behandlungsdauer einhergeht, führte zu einer deutlichen Entspannung des stationären therapeutischen Milieus.

Durch flexible Anpassung des tagesklinischen Angebots (Reduktion der Anzahl der Tage pro Woche ohne negative finanzielle Folgen für die Klinik; Reduktion des therapeutischen Programms) konnte die Schwelle gerade für Patientinnen und Patienten mit schweren Beeinträchtigungen gesenkt werden. Bei dieser Gruppe war es beim Wechsel aus dem vollstationären Setting zuvor häufig zu Behandlungsabbrüchen gekommen. Durch die Teamverantwortung über die Behandlungssettings hinweg trat anstelle der Konzentration auf den jeweiligen akuten Behandlungsfall die längerfristige Begleitung der Patienten in den Vordergrund. Eine frühere Beendigung der stationären Behandlung bedeutete nicht mehr einen Behandlungsabbruch, sondern nur den Übergang in eine weitere Behandlungsphase. Statt der Fokussierung allein auf eine Reduktion von Symptomen rückte die frühzeitige Orientierung auf die Prinzipien des Recovery-Ansatzes in den Fokus.

Diese strukturellen Veränderungen gingen Hand in Hand mit einer Weiterentwicklung des therapeutischen Konzepts. Eine große Bereicherung stellte der Kontakt mit dem aus Finnland stammenden Konzept des Offenen Dialogs dar, für den vielversprechende Forschungsergebnisse in der Behandlung von Psychosen vorliegen [16, 17].

Der Rahmen des Regionalen Budgets bot dabei gute Voraussetzungen für die Umsetzung struktureller Prinzipien des Offenen Dialogs. Dies sind insbesondere die Prinzipien der *Flexibili-*

tät in der Wahl des Behandlungssettings und der *Psychologischen Kontinuität* über Behandlungssettings und einzelne Behandlungsepisoden hinweg. Die Durchführung personalintensiver Netzwerkgespräche, die ein zentrales Element des Offenen Dialogs darstellen, wurde in größerem Umfang durch die Freiheit, die das RPB für den Einsatz der Personalressourcen bietet, möglich.

Die ausgeprägte *Netzwerkorientierung* des Offenen Dialogs half den Blick von der Klinik in das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten zu lenken und vermittelte auch das notwendige Handwerkszeug dafür. Eine wesentliche Voraussetzung für diese Entwicklung war die intensive Schulung von Mitarbeitern aller therapeutisch tätigen Berufsgruppen in mehreren Inhouse-Schulungen. Diese dienten nicht nur der Vermittlung von therapeutischen Techniken, sondern auch der Entwicklung einer gemeinsamen therapeutischen Haltung. Mit diesen Erfahrungen und durch die Nutzung von Kapazitäten, die durch die Reduktion stationärer Behandlungsplätze frei geworden waren, konnten ab 2015 dann regelmäßig aufsuchende Behandlungen etabliert werden, die sich an den Prinzipien des Offenen Dialogs orientieren.

Persönlichkeitsstörungen

Die deutliche Reduktion der stationären Behandlungstage für Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (insbesondere vom emotional instabilen Typ) ging einher mit einem gezielten Ausbau tagesklinischer Behandlung. Ausgangspunkt der Überlegungen war die Erfahrung, dass bei dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten lange stationäre Behandlungen ohne ein spezialisiertes Therapieangebot häufig mit der Gefahr negativer Therapieverläufe verbunden sind.

Leitgedanke der konzeptionellen Entwicklung war es deshalb, stationäre Behandlungen auf möglichst kurze Kriseninterventionen zu beschränken und eine störungsspezifische Therapie als rein tagesklinisches Angebot vorzuhalten. Neben der Vermeidung des stationären Milieus als Ort pathologischer Regression werden im tagesklinischen Setting durch Bezug zur häuslichen Umgebung gesunde Anteile gestärkt und der Transfer von in der Therapie gelernten Fähigkeiten in den Alltag gefördert. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung war auch hier die Schulung des multiprofessionellen Teams in einer störungsspezifischen therapeutischen Haltung und Technik, hier in Dialektisch-Behavioraler Verhaltenstherapie und interaktioneller Gruppentherapie.

Seit 2011 gibt es inzwischen ein strukturiertes 12-wöchiges Therapieprogramm als rein tagesklinisches Angebot. Durch dieses verlässliche Angebot, das auch mit einer ambulanten Vor- und Nachsorge verbunden ist, ist es trotz anfänglicher Bedenken gelungen, auch sehr schwierige Patienten tagesklinisch zu behandeln, ohne dass es vermehrt zu krisenhaften Aufnahmen gekommen ist.

Diskussion

Von Beginn der Modellprojekte an – sowohl von Regionalen Budgets als auch von Modellprojekten nach § 64b SGB V – 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 dienten die gemeinsam zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbarten vertraglichen Rahmenbedingungen des Projekts, aber auch deren umfassende wissenschaftliche Evaluation. Der dafür erforderliche Zeithorizont war nach gemeinsamer Überzeugung 5 Jahre. Jetzt, mehr als 18 Jahre nach Beginn des ersten Modellprojekts, 22 Projekten in 9 Bundesländern insgesamt und einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation, ist dieses Ziel noch nicht erreicht – ja, es scheint zeitweise in größerer Ferne denn je.

Der vorliegende Bericht zeigt die Langzeiteffekte eines Regionalen Budgets in struktureller und ökonomischer Hinsicht am Beispiel des Kreises Steinburg und dem Klinikum Itzehoe. Diese Klinik verfügt über die bisher längsten Erfahrungen mit der Umsetzung eines Regionalen Budgets bzw. (seit 2013) einem Modellprojekt nach § 64b SGB V. Diese Studie ist nicht als eine Vergleichsstudie angelegt oder zu verstehen. Eine sinnvoll zum Vergleich heranzuziehende Kontrollstudie ist nicht verfügbar. Hintergrund ist die Tatsache, dass zu Beginn der Modellprojekte nicht absehbar war, in welcher Form Veränderungen auftreten könnten. Die später durchgeführten Studien der Begleitforschung [18] führen systematische Vergleiche erst seit dem Jahr 2014 durch. Damit eignet sich der dort betrachtete Zeitraum nicht, die Ausgangssituation des Regionalen Budgets abzubilden und daraus wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerungen zu ziehen. Aus diesen Gründen wurde eine Verlaufsstudie anhand der strukturellen und Behandlungsdaten des Klinikums Itzehoe konzipiert, die den gesamten Zeitraum seit Beginn umfasst.

Um eine Chance zu haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden, müssen Modellprojekte wissenschaftlich belegen, welche langfristigen strukturellen, ökonomischen und inhaltlichen Effekte damit verbunden sind und wie diese sich von der bisherigen Versorgungsform unterscheiden. Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen, welche strukturellen und ökonomischen Effekte mit einer Übernahme der Regeln des Modellprojekts in die Regelversorgung einer definierten Region verbunden wären. Der Kreis Steinburg mit der Kreisstadt Itzehoe war die erste Region in Deutschland, in der ein Regionales Budget für alle Patienten, die von einer psychischen Erkrankung betroffen waren, eingeführt wurde. Das Budget umfasst alle Leistungen, die im und durch das Krankenhaus durchgeführt werden. Es muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass es leider nicht gelungen war, auch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ebenfalls in dieses System aufzunehmen.

In dem jetzt zu überschauenden Zeitraum von mehr als 18 Jahren hat sich gezeigt, dass es zu gravierenden Verschiebungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten gekommen ist. Die Zahl der Patienten, die innerhalb eines Jahres nur stationär behandelt wurden, hat sich massiv verringert; die Zeit in vollstationärer Behandlung wurde durchschnittlich mehr als halbiert. Betrachtet man nur diejenigen Patienten, die mindestens einmal in vollstationärer Behandlung waren, so zeigte sich zunächst ebenfalls ein massiver Verweildauerück-

gang. Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass die noch in stationärer Behandlung befindlichen Patienten im Durchschnitt eine größere Krankheitsschwere aufwiesen und deshalb die durchschnittlichen Verweildauern wieder leicht angestiegen sind. Im Gegenzug wurden deutlich mehr Patienten teilstationär und/oder ambulant behandelt. In besonderer Weise stieg dabei die Zahl derjenigen Patienten an, die sich innerhalb eines Jahres nur in ambulanter Behandlung des Zentrums für Psychosoziale Medizin befunden haben oder deren ambulante Behandlung mit einer teilstationären Behandlung kombiniert wurde. Hierdurch wird deutlich, dass die Möglichkeiten einer Flexibilisierung der Behandlungsformen und damit auch die Berücksichtigung des jeweils individuellen Bedarfs deutlich besser gelungen ist.

Damit in Verbindung stand die Halbierung der Zahl der aufgestellten Betten – bei unveränderter Zahl der behandelten Menschen. Dies wurde erreicht durch die Schließung von 2 (von 5) Stationen in der ersten Phase des Modellprojekts. Im späteren Verlauf wurden die Stationen vollständig zugunsten von multiprofessionellen Behandlungsteams, in denen die Patienten unabhängig vom Setting langfristig durch das jeweils gleiche Team behandelt werden, aufgegeben. Diese Umorganisation erhielt durch den Bezug eines nach einem rein funktionalen Konzept neu konzipierten Neubaus Anfang 2019 noch eine deutliche Verstärkung. Durch die Umorganisation, die nur auf dem Hintergrund der Modellfinanzierung möglich war, konnte das Prinzip der Behandlungs- und Beziehungskonstanz deutlich befördert werden.

Betrachtet man im Vergleich dazu die strukturellen Entwicklungen, die die Krankenhausbehandlung in Deutschland im gleichen Zeitraum genommen hat, so ergibt sich daraus ein sehr differentes und teilweise gegensätzliches Bild. So ist in Deutschland die Zahl der aufgestellten psychiatrischen Betten zwischen 2003 und 2017 sogar um 3,9% angestiegen (2003: 54088; 2017: 56223). Dem standen (2017) lediglich 18,8 tagesklinische Behandlungsplätze pro 100000 Einwohner gegenüber.

Es war von Beginn an ein wesentliches Prinzip der neuen Versorgungsform, die Kosten weitgehend stabil zu halten. Über einen Zeitraum von 18 Jahren ist es gemeinsam mit den Krankenkassen gelungen, den Wert des vereinbarten Budgets konstant zu halten. Gemäß den vertraglichen Vereinbarungen wurde das Budget jährlich anhand der jeweils gültigen Veränderungswerte gesteigert, sodass es zu keiner Minderung der Möglichkeiten des Personaleinsatzes kam. Eine Verschiebung von finanziellen Ressourcen innerhalb des Klinikums ist im Rahmen des Modellprojekts nicht erfolgt. Während somit in der Modellregion die Kosten stabil blieben, sind sie im gleichen Zeitraum sowohl im Gesundheitswesen als auch bezogen auf die allgemeinen und die psychiatrischen Krankenhäuser deutlich stärker gestiegen.

Diese Tatsache hat unter anderem dazu geführt, dass gemeinsam mit allen Krankenkassen das Projekt eines Regionalen Budgets zunächst wiederholt verlängert und schließlich in ein Modellprojekt gemäß § 64b SGB V überführt wurde. Diese gesetzliche Vorschrift war während der ersten Phase des Modellprojekts neu geschaffen worden und bezog sich explizit auf diese Modellprojekte. Die wissenschaftliche Begleitforschung

konnte darüber hinausgehend zeigen, dass es zu keiner anderweitigen Verschiebung (etwa in den Bereich der niedergelassenen Ärzte oder zulasten der Angehörigen) kam [7, 8]. Deutlich reduziert werden konnte jedoch sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kostenträgern der sog. Misstrauensaufwand, also die Ausgaben, die für die gegenseitige Kontrolle aufgebracht werden müssen. Gleichartige Effekte konnten auch in anderen Regionen mit Modellprojekten gezeigt werden [19–21]. Es konnte der bereits zu Beginn aufgestellte Grundsatz bestätigt werden, dass mehr Patienten nicht mehr Geld ins Budget bringen, sondern dass effiziente Behandlung Mittel freisetzt, mit denen wiederum Gesundheit in der Region geschaffen werden kann.

Die beiden inhaltlich-fachlichen Beispiele der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen und mit Persönlichkeitsstörungen illustrieren, wie stark die strukturellen Veränderungen durch die Einführung eines Regionalen Budgets auch eine Veränderung der Behandlungskultur anstoßen. Dies ist jedoch kein automatischer Prozess. Gerade die verstärkte Orientierung am Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten erfordert auch ein Umdenken der gesamten psychiatrischen Institution. Eine wesentliche Rolle dabei spielt die Investition in die Qualifizierung von Mitarbeitern und in die Teamentwicklung, um die Bereitschaft und Fähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine settingübergreifende Arbeitsweise zu fördern. Die Flexibilität des Regionalen Budgets ermöglicht es dabei, Lösungen für unterschiedliche Gruppen von Patientinnen zu finden, die sich mehr an dem Bedarf der Nutzer als dem der Institution orientieren.

Auf die Limitationen der vorliegenden Studie wurde bereits hingewiesen. Es konnte für diese Arbeit kein Kontrollgruppendesign gewählt werden. Der Vergleich mit anderen Regionen, in denen Modellprojekte durchgeführt wurden, ist nur sehr bedingt möglich. Regionale und vorgestellte strukturelle Besonderheiten, vor allem aber die sehr unterschiedlichen Längen der Projekte führen dazu, dass sie sehr individuelle Veränderungen in der Region ergeben. Parallelisiert man jedoch insbesondere die ersten Jahre eines Modellprojekts zwischen verschiedenen Regionen, so ergeben sich erstaunlich gleichartige Entwicklungen. Wir konnten dies bereits an dem Vergleich der Regionen Kreis Steinburg und Nordhausen zeigen [1]. Die aktuell noch laufenden umfassenden Begleitforschungen [18] zeigen insgesamt ebenfalls differente Ergebnisse. Allen gemeinsam aber ist die deutliche Verlagerung der Behandlung aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich, einhergehend mit einer verbesserten Behandlungs- und damit Beziehungskonstanz bei weitgehend stabilen Behandlungskosten.

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich im Rahmen eines Modellprojekts zu einer settingunabhängigen regionalen Versorgung im und durch das Krankenhaus langfristig strukturelle, ökonomische und fachliche Entwicklungen ergeben, die eine Überführung in die Regelversorgung nahelegen. De facto ist dies seit 18 Jahren im Kreis Steinburg der Fall.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Die vorliegende Studie über die langfristigen Effekte eines Regionalen Budgets zeigt, dass es zu einer deutlichen Verschiebung der Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich und gleichzeitig zu einer Stabilität der Kosten kommt.
- Durch eine settingunabhängige Behandlung wird eine an dem individuellen Bedarf von Patienten ausgerichtete langfristige Versorgung möglich.
- Anhand der Entwicklung von fachlichen, strukturellen und ökonomischen Parametern kann gezeigt werden, dass sich die Behandlungsform als eine alternative Form der Regelversorgung eignet.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Deister A, Wilms B. Regionale Verantwortung übernehmen. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2014
- [2] Deister A. Vom Fall zum Menschen. Gesundheitswesen 2011; 72: 85–88
- [3] Deister A, Roick C, Zeichner D et al. Kein Anreiz zur Fallausweitung. Dtsch Arztebl 2005; 102: 2140–2141
- [4] Deister A, Heinze M, Kieser C et al. Regionale Verantwortung. Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie. Kerbe 2012: 41–44
- [5] Wilms B, Becker T, Lambert M et al. Modelle für eine zukunftsfähige Versorgung. Die Psychiatrie 2012; 9: 4–13
- [6] Deister A. Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt 2019; 62: 150–155
- [7] König HH, Heinrich S, Heider D et al. Das Regionale Psychiatrie-Budget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen. Psychiatr Prax 2010; 37: 34–42
- [8] Roick C, Deister A, Zeichner D et al. Das Regionale Psychiatrie-Budget: Ein neuer Ansatz zur Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiatr Prax 2005; 32: 177–184
- [9] Roick C, Heinrich S, Deister A et al. Das Regionale Psychiatrie-Budget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax 2008; 35: 279–285
- [10] Neumann A, Swart E, Häckl D et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). BMC Psychiatry 2018; 18: 139–148
- [11] Schwarz J, Galberusa L, Indefrey S et al. Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget – A Qualitative Process Evaluation Study. Front Psychiatry 2019; 785. doi:10.3389/fpsy.2020.00426
- [12] von Peter S, Schwarz J, Bechdorf A et al. Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach §64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. Das Gesundheitswesen 2019; 83: 33–39
- [13] von Peter S, Ignatyev Y, Indefrey S et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach §64b SGB V. Nervenarzt 2018; 89: 559–564
- [14] Indefrey S, Braun B, von Peter S et al. Implementation of a global Treatment Budget in Psychiatric Departments in Germany – results and Critical Factors for Success From the Staff Perspective. Front Psychiatry 2020; 11: 610. doi:10.3389/fpsy.2020.00610 eCollection 2020
- [15] Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_dim_values; Stand: 11.04.2021
- [16] Aderhold V, Hrsg. Psychotherapie der Psychosen: Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial-Verl; 2003
- [17] Seikkula J et al. Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog. PiD – Psychotherapie im Dialog 2015; 16: 28–33
- [18] Deutscher Bundestag. Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912850.pdf>
- [19] Petersen HP, Hajnal T. Regionales Psychiatrie-Budget. PPH 2010; 16: 40–43
- [20] Hubmann S. Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein. Dissertation. Berlin: Charité; 2016
- [21] Schröder BB. Regionalbudgets als alternative Finanzierungsform in der Psychiatrie. Eine gesundheitsökonomische Analyse am Beispiel der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH. Dissertation. Universität Greifswald