



Arno Deister

Ein Regionales Budget für die Psychiatrie

# Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt

Arno Deister<sup>1</sup>, Dirk Zeichner<sup>2</sup> und Christiane Roick<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Klinikums Itzehoe

<sup>2</sup> Psychiatrisches Centrum Glückstadt

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig

**psychoneuro** 2004; 30 (5): 285–288

Nicht erst durch die Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) für alle medizinischen Fachdisziplinen außer der Psychiatrie ist die Diskussion über ein der modernen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung angemessenes Finanzierungssystem aktuell geworden (1, 4). Die seit Anfang der 1990er Jahre gültige Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) hat dazu geführt, dass sich insbesondere die personelle Ausstattung deutlich verbessert hat und dass damit die Psychiatrie zu der Situation der anderen medizinischen Fächer aufschließen konnte. Die massiv gesunkene Verweildauer bei steigenden Fallzahlen sowie die Verschiebung des Indikationsspektrums, die seit einigen Jahren zu beobachten ist, wird jedoch durch die Kriterien der PsychPV nicht ausreichend abgebildet (2, 3, 9–15). Auf der anderen Seite suchen die Krankenkassen Planungssicherheit und eine Begrenzung der in den letzten Jahren angestiegenen und auch weiterhin noch ansteigenden Kosten für die psychiatrische Versorgung.

Durch das DRG-System sind in vielen Kliniken bereits die Weichen hin zu einem stärker als bisher an

*Im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) wird im Rahmen eines Modellprojektes ein Regionales Budget für den klinischen psychiatrischen Bereich erprobt. Ein auf fünf Jahre festgeschriebenes Budget ist dabei mit einer umfassenden Flexibilisierung der Behandlungsmodalität und des Behandlungsortes verbunden. Vollstationäre oder teilstationäre Behandlung, (instituts-)ambulante Betreuung oder „home treatment“ können ohne Einschränkung und ohne Zustimmung der Krankenkassen bzw. des MDK miteinander kombiniert werden. Das Modellprojekt wird durch eine wissenschaftliche Begleitforschung evaluiert. Als Folge erwartet wird eine stärkere „Diagnose-Orientierung“ der Behandlung sowie ein schrittweiser Abbau vollstationärer Behandlungskapazitäten bei unveränderter oder verbesserter Behandlungsqualität.*

der Leistung orientierten Finanzierungssystem gestellt worden. Es wird dabei aber auch zunehmend deutlich, dass durch die damit gesetzten Steuerungseffekte die Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitswesens sicherlich nicht abschließend gelöst werden können.

Auch an neue Finanzierungsmodelle für psychiatrische Versorgungsleistungen knüpfen sich eine Vielzahl unterschiedlichster Erwartungen (5–8).

Uns erscheinen dabei von besonderer Bedeutung u.a. folgende Aspekte:

- die Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsqualität
- die Berücksichtigung gemeindepsychiatrischer Aspekte

- die Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten
- die Förderung des Prinzips „ambulant vor stationär“
- die Begrenzung des Kostenanstiegs sowie
- eine Reduktion des „Drehtüreffektes“.

Ob ein an managed-care orientiertes Finanzierungssystem diesen Erwartungen gerecht werden kann, wird gegenwärtig im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) im Rahmen eines Modellprojektes geprüft.

## Entwicklung des Modellprojektes

Die Entwicklung des Modellprojektes nahm ihren Ausgang in der Diskussion über die Krankenhaus-

**Tab. 1 Struktur der an dem Modellprojekt beteiligten Einrichtungen**

<b>Kreis Steinburg und Kreisstadt Itzehoe</b>	
Einwohner des Kreises: 135 000	
„Bettenmessziffer“ Psychiatrie: 0,59 Betten/1 000 Einwohner	
„Bettenmessziffer“ Psychotherapeutische Medizin: 0,15 Betten/1 000 Einwohner	
<b>Klinikum Itzehoe</b>	
Kommunales Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (10 Kliniken, 589 Betten/Plätze)	
<b>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin</b>	
60	Betten für Psychiatrie
20	Betten für Psychotherapeutische Medizin im vollstationären Bereich (je 10 Plätze tiefenpsychologisch bzw. verhaltenstherapeutisch orientiert)
15	Plätze in der Tagesklinik Itzehoe
13	Plätze in der Tagesklinik Glückstadt (ab 2005)
Psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Konsiliardienst	
Ambulanter (Psychiatrischer) Pflegedienst	
Psychiatrische Institutsambulanz	
<b>Leistungsdaten (2002):</b>	
1 427	Fälle vollstationär
109	Fälle teilstationär
903	Patienten in der Institutsambulanz
18,7	Tage durchschnittliche Verweildauer
<b>Psychiatrisches Centrum Glückstadt</b>	
Einrichtung der Vitanas-Gruppe Berlin	
20	Betten für klinische (vollstationäre) Psychiatrie
196	Plätze im Eingliederungs- und Pflegebereich
<b>Leistungsdaten (2002):</b>	
183	Fälle vollstationär
31,4	Tage durchschnittliche Verweildauer

planung in Schleswig-Holstein im Jahre 2000. Ziel war die Entwicklung aussagekräftigerer Zielparameter für die psychiatrische Versorgung als die bisher verwendete sog. „Bettenmessziffer“ (Betten pro 1 000 Einwohner). Die ersten Gespräche zwischen den Krankenkassenverbänden und verschiedenen psychiatrischen Kliniken fanden im Jahr 2001 unter dem Dach der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein statt. Als wesentliche Voraussetzung

für die Einrichtung eines Regionalen Budgets wurde von Beginn an definiert, dass für die gesamte Region ein einzelner Leistungsanbieter als Ansprechpartner auftritt. Diese Voraussetzung war für den Kreis Steinburg gegeben, da sich die beiden psychiatrischen Kliniken (Klinikum Itzehoe und Psychiatrisches Centrum Glückstadt) bereits seit mehreren Jahren in einer engen Kooperation befinden. Tabelle 1 vermittelt einen Eindruck von der Größe und Struktur der beiden, an dem Modellprojekt beteiligten Einrichtungen. Der Vertrag zwischen den Kostenträgern und dem Klinikum Itzehoe wurde im August 2003 unterschrieben und ist rückwirkend zum 1.1.2003 in Kraft getreten. Das Modellprojekt ist bis zum 31.12.2007 vereinbart.

**■ Das Modellprojekt**

Das Modellprojekt basiert auf zwei Grundprinzipien:

- Die Versorgungsanbieter verpflichten sich, im Rahmen eines auf fünf Jahre festgeschriebenen Jahres-Budget die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Region sicherzustellen
- Die Kliniken erhalten dafür die Möglichkeit, die Behandlungsmodalität und den Behandlungsort – vollstationär, teilstationär, ambulant oder Behandlung zu Hause – frei zu wählen.

Voraussetzung für die Behandlung innerhalb des Regionalen Psychiatrie-Budgets ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt, die Aufnahme als Notfall oder das Vorliegen der Voraussetzungen für die Behandlung in einer Institutsambulanz. Das Regionale Psychiatrie-Budget ersetzt nicht die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt. Einzige Zielgröße für die Erreichung des Budgetzieles ist die Zahl der innerhalb eines Jahres behandelten Patienten („Köpfe pro Jahr“). Es erfolgt keine auf die Fallzahl bezogene Betrachtungsweise mehr. Das Budget setzt sich zusammen aus den vereinbarten Budgets des Jahres 2002 für die vollstationäre sowie die

teilstationäre Behandlung und den Erlösen der Psychiatrischen Institutsambulanz der letzten vier Quartale.

Das ökonomische Risiko bzw. die ökonomischen Chancen werden für beide Seiten innerhalb festgelegter Grenzen kontrolliert. Bei Über- bzw. Unterschreitung der Patientenzahl von mehr als 6% muss zwischen den Vertragspartnern neu verhandelt werden. Die Kostenträger verzichten für die Dauer des Modellprojektes auf die Befristung von Kostenübernahmen. Die Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) werden für diesen Zeitraum einvernehmlich außer Kraft gesetzt.

Die Budgets der niedergelassenen Ärzte, der niedergelassenen Psychotherapeuten oder anderer (komplementärer) Bestandteile der psychiatrischen Versorgungskette sind in diesem ersten Schritt noch nicht in das Regionalbudget einbezogen.

**■ Wissenschaftliche Begleitforschung**

Das Projekt wird im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig unter Leitung von Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer evaluiert. Ziele der Begleitforschung sind die Untersuchung der Effekte auf die Versorgungsqualität, die Versorgungsstrukturen sowie die ökonomischen Folgen (insbesondere auf die psychiatrischen Versorgungskosten). Dazu werden jeweils 75 Patienten mit substanzabhängigen Störungen, schizophrenen und schizoaffektiven sowie mit affektiven Störungen zu drei Zeitpunkten untersucht. Als Vergleichsregion dient dabei der Kreis Dithmarschen mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Westküstenklinikums Heide, der eine sehr ähnliche Versorgungsstruktur wie der Kreis Steinburg aufweist. Dort wird im Rahmen der Begleitforschung die gleiche Anzahl von Patienten aus den gleichen Diagnosegruppen untersucht.

Die Kosten für die wissenschaftliche Evaluation werden bis zu einer Höhe von 1% des vereinbarten Bud-

gets durch die Krankenkassen übernommen. Durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein wird eine zusätzliche Studie zur Beurteilung der Auswirkungen auf die Angehörigen finanziert.

Die bei der Begleitstudie eingesetzten Untersuchungsinstrumente ergeben sich aus Tabelle 2.

### ■ Mögliche Folgen des Modellprojektes

Die Einführung eines Regionalen Psychiatrie-Budgets erfordert eine grundlegende Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung sowohl in inhaltlicher als auch in organisatorischer Hinsicht. Es wird zu einer Umstrukturierung der Behandlungseinrichtungen kommen, die sich schrittweise von der bisherigen „setting orientierten“ Zusammenarbeit

(Team Krankenhaus, Team Institutsambulanz) entfernt und auf eine „setting übergreifende“, an Diagnosegruppen orientierte Zusammenarbeit zielt.

Durch die Nutzung der Möglichkeiten des Regionalen Psychiatrie-Budgets sollen die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen gezielter an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Es ist davon auszugehen, dass durch die Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung eine Verminderung der vollstationären Kapazitäten eintritt, während die Kapazitäten für die tagesklinische und ambulante Versorgung eher zunehmen werden. Im Rahmen der veränderten Versorgungsstrukturen erscheint die Etablierung einer „Behandlung zu Hause“ (home treatment) sinnvoll.

Grundsätzlich werden durch die Steuerungseffekte des Regionalen Psychiatrie-Budgets präventive Ansätze bei psychischen Erkrankungen verstärkt werden. In einem nächsten Schritt ist die Einbeziehung weiterer Komponenten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes – wie z.B. komplementäre Einrichtungen zum betreuten Wohnen und zum betreuten Arbeiten und niedergelassene Ärzte – denkbar und wünschenswert.

### ■ Fazit

Die Einführung des Regionalen Psychiatrie-Budgets zielt darauf, die Kosten der psychiatrischen Versorgung zu reduzieren oder zu begrenzen und parallel dazu die Behandlungsqualität auf einem gleich bleibenden Niveau zu halten oder zu erhöhen. Das neue Finanzierungs-

**Tab. 2 Parameter der wissenschaftlichen Begleitforschung**

#### Zeitpunkt 0 (T0): vor Beginn von strukturellen Veränderungen

- Basisdaten:**
- ICD10-Behandlungsdiagnosen
  - Soziodemografische Basisdaten
  - Parameter zum bisherigen Krankheitsverlauf

#### Inanspruchnahme medizinischer Versorgung / Versorgungskosten

Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI)

#### Indikatoren für die Effektivität der psychiatrischen Versorgung

- Subjektive Lebensqualität
  - Profilinstrument zur Beurteilung unterschiedlicher Lebensqualitätsdimensionen (WHOQOL-BREF)
  - Indexinstrument zur globalen Beurteilung der Lebensqualität (EQ-5D)
- Psychosoziales Funktionsniveau
  - Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
  - Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF)
  - Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)
- Ausmaß krankheitsbedingter Beeinträchtigungen – objektive, krankheitsübergreifende Beurteilung
  - Clinical Global Impressions Scale (CGI)
  - Health of the Nation Outcome Scales (HONOS)
- Ausmaß krankheitsbedingter Beeinträchtigungen – subjektive, krankheitsübergreifende Beurteilung
  - Symptom Check List 90 R (SCL 90-R)
- Ausmaß krankheitsbedingter Beeinträchtigungen – objektive, krankheitsspezifische Beurteilung
  - Stages of Change Readiness and Treatent Eagerness Scale (SOCRATES 8) – F1
  - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – F2
  - Bech-Rafaelsen Manie und Melancholie Skalen (BRMAS, BRMES) – F3

#### Zeitpunkt 1 (T1): 1,5 Jahre nach T0

veränderliche soziodemografische Basisdaten: WHOQOL-BREF, EQ-5D, CSSRI, GAF, GARF, SOFAS, CGI, HONOS, SCL 90-R, SOCRATES, PANSS, BRMAS, BRMES

#### Zeitpunkt 2 (T2): 3,5 Jahre nach T0

veränderliche soziodemografische Basisdaten: WHOQOL-BREF, EQ-5D, CSSRI, GAF, GARF, SOFAS, CGI, HONOS, SCL 90-R, SOCRATES, PANSS, BRMAS, BRMES

modell soll die Integration von stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten verbessern. Durch die höhere Flexibilität der Leistungsanbieter bei der Auswahl geeigneter Therapiestrategien soll insbesondere eine Reduzierung der Häufigkeit und Dauer vollstationärer Behandlungen erreicht werden. Die im stationären Bereich eingesparten Ressourcen könnten dann zumindest teilweise in den Ausbau der ambulanten Versorgung investiert werden, wodurch wiederum die Möglichkeiten der nichtstationären Behandlung erweitert würden.

Die Schwierigkeiten bei der Einführung integrierter budgetfinanzierter psychiatrischer Behandlungsformen liegen sowohl in den organisatorischen als auch in den rechtlichen Grundlagen des gegenwärtigen Gesundheitssystems. So hat die bisherige strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung einen abgestuften Übergang zwischen diesen beiden Behandlungsbereichen bislang unmöglich gemacht. Zudem wird eine integrierte Versorgung dadurch erschwert, dass ambulante psychiatrische Leistungen sowohl von niedergelassenen Nervenärzten als auch von Sozialarbeitern, gemeinde- und sozialpsychiatrischen Diensten oder von Institutsambulanzen zu jeweils unterschiedlichen Konditionen angeboten werden. In Anbetracht dieses stark fragmentierten Versorgungssystems ist eine vollständige, alle Behandlungssettings umfassende Integration der psychiatrischen Versorgung unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht realisierbar. Die Erprobung des Regionalen Psychiatrie-Budgets muss sich deshalb in einem ersten Schritt zunächst auf die Leistungsangebote eines Trägers beschränken. Diese Leistungsangebote umfassen die voll- und teilstationäre Versorgung einer Untersuchungsregion sowie das Behandlungsangebot einer Institutsambulanz und die neu geschaffene Möglichkeit des sog. „home-treatments“.

Während das neu eingeführte DRG-System auf einer auf den Krankheitsfall bezogenen Finanzie-

rung basiert – und damit die Steuerungsanreize möglicherweise hin zu einer vermehrten Fallzahl setzt –, liegt dem Regionalen Psychiatrie-Budget eine auf den jeweiligen Patienten bezogene Betrachtung zu Grunde. Diese Finanzierungssystematik erscheint uns dem psychiatrischen Fachgebiet angemessener.

**A regional mental health care budget. First experiences from a pilot project**

*A regional budget for clinical psychiatry is being established and examined within the scope of a pilot project in the district of Steinburg (Schleswig-Holstein). The five-year budget involves a thorough transition to a more flexible selection of treatment methods and treatment settings. Psychiatric inpatient care or day clinic treatment, (hospital based-)out-patient services or home treatment can be combined without restrictions and without approval from health insurances or the medical service of health insurances (MDK), respectively. The costs and effects of the pilot project will be evaluated by scientific research. The outcomes expected from the regional budget include a change from a primarily setting-based treatment to a more diagnosis-based care, as well as gradual cutbacks in in-patient care capacities, with unchanging or improving treatment effectiveness.*

**Keywords:** Public health – Clinical psychiatry – Health economics – Regional budget

**Literatur**

1. Andreas S, Dirmaier J, Koch U, Schulz H. DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen. Fortschr Neurol Psychiat 2003; 71: 234–242
2. Diestelhorst S, Koller M, Müller P. Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungszeiten schizophrener Kranker über zwei Jahrzehnte in zwei psychiatrischen Krankenhäusern. Krankenhauspsychiatrie 2001; 12:99–104
3. Fritze J. Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) vom 16.12.1998; Aufstellung eines neuen Krankenhausplans nach § 13 ff – quantitative Eckwerte der Rahmenvorgaben. <http://www.dgppn.de/stellungnahmen/mfjfgnw5.pdf>, 2001

4. Klosterkötter J. DRGs und Psych-PV. Fortschr Neurol Psych 2003; 71: 234–242
5. Kruckenberg P, Kunze H et al. Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 116., Baden-Baden, Nomos, 1999
6. Kunze H. Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete: Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 2001: 103–127
7. Kunze H. Wandel als Chance – neue Wege in der psychiatrischen Krankenversorgung. Psych Pflege 2003; 95–101
8. Peukert R. Die Zukunft der Psychiatrie in Deutschland. Vorschläge des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosoziale Umschau 2003; 3: 23–25
9. Rössler W, Salze HJ et al. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 77., Baden-Baden, Nomos, 1996
10. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994. Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 1996
11. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1995. Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 1997
12. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1996. Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 1998
13. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997. Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 2000
14. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1998. Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 2000
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999. Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 2001

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Arno Deister  
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
 Klinikum Itzehoe  
 Robert-Koch-Str. 2  
 25524 Itzehoe  
 Fax (0 48 21) 7 72 28 09  
 E-Mail: a.deister@kh-itzehoe.de