

## Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung durch ein neues Entgeltsystem

Psychiatrische Kliniken sind weiterhin ein wesentlicher Baustein der regionalen psychiatrischen Versorgung. Durch die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) hat sich die psychiatrische Krankenhausbehandlung grundlegend gewandelt – von der Verwahrspsychiatrie zu einem therapeutischen Angebot. Die Psych-PV regelt differenziert nach Behandlungsbereichen die Zusammensetzung und den Umfang der multiprofessionellen Behandlungsteams in Kliniken, die regionale Pflichtversorgung leisten. Diese Regelungen sollen in den nächsten Jahren geändert werden. Verhandlungspartner sind dabei die Vertreter von Krankenkassen und Krankenhausträgern. Bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems und der damit verbundenen Steuerung des Ressourceneinsatzes werden auch strukturkonservative Konzepte und ökonomische Eigeninteressen eine Rolle spielen. Es ist wichtig, dass sich die Vertreter einer gemeindepsychiatrischen Orientierung mit fachlich und wirtschaftlich gut begründeten Vorstellungen in den Umsetzungsprozess einbringen – natürlich dialogisch. Wir haben uns daher entschieden, die Thematik aufzunehmen, obwohl sie sehr speziell ist und sich Interessierten, die in Fragen der Krankenhausfinanzierung nicht eingearbeitet sind, nur schwer erschließt. Aber das Thema braucht Öffentlichkeit. Stellungnahmen sind erwünscht. Sie werden an die Autoren weitergeleitet und ggf. veröffentlicht.

Leitende Mitarbeiter aus 16 Kliniken haben 2007 eine Arbeitsgruppe gebildet und Empfehlungen zu einem sektorübergreifenden Krankenhausbudget für die regionale Pflichtversorgung erarbeitet, als ein Strukturkonzept für die Erprobung effizienterer Formen der Organisation der Krankenhausbehandlung und der Kooperation mit dem regionalen gemeindepsychiatrischen Netz.<sup>1</sup> Anschließend haben sich Mitglieder dieser Arbeitsgruppe mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems befasst und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhauspsychiatrie und -psychotherapie auf der Basis eines neuen Entgeltsystems formuliert, die im Folgenden dargestellt werden.

Durch das am 1.1.2009 in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG, insbesondere § 17d KHG) sind die Selbstverwaltungspartner – der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – beauftragt, ein neues tagesbezogenes Entgeltsystem<sup>2</sup> zu entwickeln. Dabei soll von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ausgegangen werden. »Ein Fallbezug wie bei dem DRG-System erscheint (...) grundsätzlich nicht geeignet (...)«, heißt es in der Gesetzesbegründung. Vielmehr wird auf fachliche Konzepte zur Einführung von Vergütungssystemen hingewiesen, »(...) die eine flexiblere Behandlung der Patienten ermöglichen, z.B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patientinnen und Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser nach § 118 SGB V.«.

Das neue Entgeltsystem soll schrittweise bis 2013 mit Unterstützung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelt werden. Über die Leistungserfassung in allen Kliniken und vertieft in »Kalkulationskrankenhäusern« werden die tagesbezogenen Kosten je Patient ermittelt. Daraus werden Relativgewichte für die Behandlung

definierter Patientengruppen berechnet und diese schließlich durch Multiplikation mit einem bundesweiten Tagesfallwert zu Tagespauschalen umgesetzt. Eine begleitende Evaluation ist zwingend vorgeschrieben. Gegenwärtig werden die fachlichen und organisatorischen Grundsätze für das weitere Vorgehen erarbeitet.

Die gesetzlichen Vorgaben liegen auf der Linie des 2007 von 15 Bundesarbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften konsentierten Konzepts für ein zukünftiges Entgeltsystem, in dem Entwicklungsperspektiven für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch das Krankenhaus formuliert wurden.<sup>3</sup>

Zunächst ist festzustellen: Allein durch die Entwicklung von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und die teilstationäre Behandlung kann der gegenwärtig verbreiteten Fehlsteuerung der Ressourcen bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch das Krankenhaus nicht ausreichend begegnet werden – selbst wenn die Entgelte bedarfsgerecht und leistungsbezogen gestaltet werden. Offensichtliche Formen der Fehlsteuerung sind bei der Behandlung von Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen:

- Unzureichend finanzierte ambulante Behandlung verhindert kontinuierliche, bei Bedarf aufsuchende, multiprofessionelle therapeutische Begleitung und Krisenintervention und führt zu sonst oft nicht erforderlichen (Wieder-)Aufnahmen. (Das tagesbezogene Verhältnis der durchschnittlichen Finanzierung ambulanter:teilstationärer:vollstationärer Entgelte spricht für sich: Es beträgt ca. 1:50:90.)
- Durch personelle Unterbesetzung der Akutstationen, verbunden mit Verweildauerverkürzung, werden kustodiale Haltung, Zwangsmaß-



Fotos: Dietmar Schmidt, 9 x 13, de

nahmen und Einengung auf medizinische Behandlung verstärkt mit der Konsequenz häufiger traumatischer Erfahrungen, Verstärkung der Drehtüreffekte, Chronifizierung, Heimverlegungen usw.

- Der Dauerkonflikt um die stationäre Verweildauer bei der einzelnen Behandlungsepisode (»Fallorientierung«) führt zu hohem unproduktiven »Misstrauensaufwand« und z.T. zu vorzeitigen Entlassungen.

Ökonomische Anreize für die Behandlung »gesünderer« Patienten sind kontraproduktiv. Es darf nicht sein, dass Kliniken dafür belohnt werden, dass sie für Patienten – von denen viele auch ambulant behandelt werden könnten – selektiv aufnehmende, oft psychotherapeutisch orientierte »Spezialstationen« schaffen, die bei einem relativ geringen Personalbedarf Überschüsse erwirtschaften. (Privatwirtschaftlich organisierte Krankenhausträger forcieren diesen Trend generell.) Die Arbeit auf solchen Stationen ist für viele Mitarbeiter »angenehmer«: das Ansehen bei Zuweisern hoch, die Patienten suchen die Behandlung gern auf, das Ansehen der Klinik wird verbessert. Überbelegung und Wartelisten führen notfalls über Schiedsstelle und Landeskrankenhausplan zur Bettenvermehrung. Sektorübergreifende und regional vernetzte Behandlung wird so aber verhindert, weil die dafür erforderlichen Leistungen nicht ausreichend finanziert werden.

Wenn diese Rahmenbedingungen nicht verändert werden, wird Fehlsteuerung durch das neue Entgeltsystem fortgeschrieben.

Der Auftrag des Gesetzgebers lautet: patientenorientierte Flexibilisierung der Behandlung unter Beachtung des aktuellen Stands der internationalen Entwicklung innovativer psychiatrischer Hilfesysteme. Dies kann auf der Grundlage des KHRG in vier Phasen realisiert werden.

### Psych-PV-Erfüllung

Der Gesetzgeber hat erkannt und berücksichtigt, dass eine ausreichende personelle Besetzung der Stationen unabdingbar ist. Aus diesem Grund wurde festgeschrieben, dass – ausgehend von der Besetzung der Stellen am 31. 12. 2008 – die Personalbesetzung gemäß Psych-PV ohne Verhandlung zu mindestens 90 % und bei gegebenem Bedarf (d.h. bei begründeten Belegungserwartungen) auf 100 % festzulegen und die dafür erforderlichen zusätzlichen Stellen zu finanzieren sind, unabhängig davon, ob diese Stellen schon bei einer früheren Pflegesatzvereinbarung berücksichtigt worden sind. In der amtlichen Begründung zu § 6 BundespflegesatzVO steht: »Ziel ist und bleibt die vollständige Umsetzung der Psych-PV.« Die Verhandlungen sind gemäß Gesetz schiedsstellenfähig.

Nach den uns vorliegenden Informationen wird diese Vorschrift bisher nur an wenigen Orten und dann zumeist nur partiell umgesetzt. Es scheint, als hätten sich die Krankenkassen daran gewöhnt, die Psych-PV nicht mehr zu beachten, und als würden manche Krankenhausträger sich scheuen, den Anspruch offensiv durchzusetzen. Letzteres hat in der Regel zwei Gründe:

Erstens wurde schon in der Vergangenheit ein Verzicht auf Umsetzung der Psych-PV von den Krankenhausträgern genutzt, um dafür Entgegenkommen der Krankenkassen in anderen (somatischen) Budgetbereichen »einzuhandeln«. Nicht selten wurde auch dann als Verhandlungsergebnis festgehalten, dass die Erfüllung der Psych-PV gewährleistet sei, wenn der real ausgehandelte Pflegesatz dies nicht hergab.

Zweitens waren die Stellen durch den Pflegesatz eigentlich finanziert, die Erlöse wurden aber in wesentlichem Umfang zur »Querfinanzierung« unterfinanzierter Krankenhausbereiche (Somatik, Verwaltung) genutzt.

Beide Vorgehensweisen gehen zulasten der psychisch kranken Patienten (und der Mitarbeiter) und können bei Verhandlungen in der Umsetzung der KHRG-Vorgaben zu Problemen führen, hausintern und in der Schiedsstelle.



Für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe ist deshalb externe Kontrolle unabdingbar.<sup>4</sup> Wir schlagen vor, dass die in den meisten Bundesländern gesetzlich vorgeschriebenen Besuchskommissionen Einblick in die – als zentrales Element der Strukturqualität anzusehende – Personalbemessung und die konkrete Besetzung mit Personal nehmen und – bei Problemen der Umsetzung – die Rechtsaufsichtsbehörde des Landes tätig wird.

### Bildung von Patientengruppen

Bei der Abbildung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen ist gem. KHG von in der Psych-PV definierten Behandlungsbereichen auszugehen. (Auf die besonderen Anforderungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird hier nicht eingegangen.) Die Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik ist in geeigneter Weise einzubeziehen – am ehesten dadurch, dass der in der Psych-PV bzgl. des Leistungsbedarfs unterbewertete Behandlungsbereich »Psychotherapie« (A 5) neu definiert wird.

Die Gliederung der Patientengruppen nach der Psych-PV ist insoweit vorbildlich, dass sämtliche Patienten nach dem Leistungsbedarf zugeordnet werden können – wogegen eine nach ICD diagnosebezogene Einteilung sehr wenig über den Behandlungsbedarf aussagt. Allerdings ist eine bessere Operationalisierung der Zuordnung zu den Behandlungsbereichen durch genauere Festlegung der Abgrenzungskriterien anzustreben, um ein interessengeleitetes »Upgrading« (Aufbessern) und das damit verbundene Konfliktpotenzial zu reduzieren.<sup>5</sup>

Die Zuordnung zu den Behandlungsbereichen ist von allen Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ab 1.1.2010 täglich zu dokumentieren und quartalsbezogen dem InEK zur Auswertung zuzuleiten.

### Abgrenzung von fachlich begründeten Leistungskomplexen

Die Leistungskomplexe müssen fachlich schlüssig, »strukturell und topisch« offen definiert werden. Das bedeutet:

- Sie sollen fachlich abgrenzbare Bereiche des Leistungsgeschehens abbilden, die in unterschiedlicher Ausprägung und Differenzierung in allen Behandlungsbereichen vorkommen und für die der Ressourcenverbrauch ermittelt werden kann.
- Die Binnendifferenzierung durch die einzelnen Kliniken muss nach deren speziellen fachlichen Konzepten gestaltbar sein. (Wie schon in der Psych-PV angelegt: z.B. welche psychotherapeutischen Verfahren wer-

den gewählt, vorwiegend einzel- oder gruppenbezogene Verfahren, eher kreative oder trainierende Ergotherapie, gemischte oder diagnostespezifische Stationen?)

- Die Leistungserbringung kann an unterschiedlichen Orten erfolgen, z.B. Leistungserbringung auf der Station, bei entsprechender Indikation auch außerhalb in speziellen Settings bis hin zu Hometreatment.

Wir halten eine Gliederung in vier übergreifende Leistungskomplexen – mit möglichen Subdifferenzierungen – für angemessen:

- Behandlungsführung und therapeutische Begleitung;
- spezielle diagnostische und therapeutische Verfahren;
- Behandlungspflege und Milieuthérapie;
- zusätzliche Leistungen.

Hinsichtlich des zu ermittelnden Ressourcenverbrauchs wird hier nur auf die Leistungszeiten der therapeutischen Mitarbeiter (analog Psych-PV) Bezug genommen. Bei der Umrechnung in Personalkosten sind den gemessenen Zeitwerten Ausfallzeiten und auch die indirekt patientenbezogenen Arbeitszeiten zuzurechnen (Letztere ca. 20% der direkt patientenbezogenen Zeiten, vgl. Minutenwerte der Psych-PV).

**Behandlungsführung und therapeutische Begleitung** Dieser Leistungskomplex wird durch ein fachärztlich geleitetes multiprofessionelles Team erbracht mit Vertretern aus mindestens drei der folgenden Berufen: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpflegekräfte, Ergotherapeuten. Das Leistungsspektrum umfasst: personenzentrierte bio-psycho-soziale Diagnostik, Behandlungsplanung und -steuerung inkl. Koordination ergänzend einbezogener Leistungskomplexe sowie Auswertung und Anpassung in angemessenen Zeitabständen – sämtlich unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und externer Behandler und Betreuer.

Der Leistungskomplex bezieht sich sowohl auf Krisenintervention bei akuten Erkrankungen als auch auf kontinuierliche Behandlung und kann sowohl am Ort des Krankenhauses wie im Lebensfeld des Patienten erbracht werden. Eine Subdifferenzierung ist möglich.

Die Erfassung des Ressourcenverbrauchs bezogen auf die Leistungszeiten kann als Teamzeit erfolgen (unter Berücksichtigung der zahlenmäßigen Zusammensetzung für die Kostenermittlung) oder nach Berufsgruppen differenziert werden, z.B.

- ärztlich-psychologische Leistungen;
- soziotherapeutische Leistungen (durch koordinierenden Bezugstherapeuten aus den übrigen Berufsgruppen = clinical casemanager). Bei Gruppenangeboten ist die Mitarbeiter-Patienten-Relation angemessen zu berücksichtigen;
- Wegezeiten, Rüstzeiten, Zeiten für patientenbezogene Kooperation mit externen Behandlern und Betreuern, mit Gerichten u.Ä., für Dokumentation sind einzubeziehen, ebenso der auf einen Patienten berechnete Anteil an Ruf- und Bereitschaftsdienst.

Praktikabel erscheint die Ermittlung der Leistungszeiten in hinreichend großen Stufen und die Berechnung des auf den Tag bezogenen Aufwands als Durchschnitt des Aufwands pro Woche.

**Spezielle diagnostische und therapeutische Verfahren** Hierbei handelt es sich um Leistungen, die über den vorigen Leistungskomplex hinaus erforderlich sind – mit spezifischer Indikation, ausgerichtet auf spezielle diagnostische Fragen und therapeutische Ziele und methodisch abgegrenzt.

Entsprechend der überwiegend methodischen Orientierung können folgende Leistungskomplexe subdifferenziert werden:

- spezielle medizinisch-psychologische Diagnostik,
- Psychotherapie,
- Soziotherapie,
- Ergotherapie,
- Bewegungstherapie.

Die Angebote sind überwiegend auf problem- oder auf störungsspezifisch ausgewählte Patientengruppen bezogen, bei besonderer Indikation auch auf einzelne Patienten ausgerichtet.

**Behandlungspflege und Milieuthérapie** Die für diesen Leistungskomplex von den behandlungsführenden Mitarbeitern zu stellende Indikation ist immer dann gegeben, wenn eine der nachfolgenden krankheitsbedingten Problemlagen besteht und diese durch den Einsatz von Leistungen nach den beiden vorigen Komplexen nicht ausreichend therapeutisch gebessert oder ein Verschlimmerung der Störung nicht erreicht werden kann. Das ist der Fall

- bei erheblicher Störung der Selbstversorgung, z.B. bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, bei den Ausscheidungsfunktionen oder bei der Organisation des Tagesablaufs (Rückzug ins Bett, Mangel oder Desorganisation der Alltagsaktivitäten, etc.);
- wenn für das soziale Umfeld erheblich belastende, nicht anders kompensierbare Verhaltens- und Kommunikationsstörungen bestehen;
- bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

Daraus ergeben sich die folgenden, im Regelfall durch MitarbeiterInnen des Pflegedienstes zu erbringende Aufgaben:

In Bezug auf den Patienten geht es um die Kompensation von Einschränkungen der Selbstversorgung und den Schutz vor Gefährdungen. Medizinische Pflegemaßnahmen sind Aktivierung der Kompetenzen zur Alltagsbewältigung und Motivation zur Teilnahme an speziellen Behandlungsverfahren.

In Bezug auf das Umfeld (in der Klinik die Station, bei Hometreatment das Zuhause) geht es um die Schaffung eines therapeutischen Milieus durch Förderung wechselseitiger Kontakte und Unterstützung, Initiierung von und Mitwirkung bei gemeinsamen Aktivitäten zur Selbstversorgung, Spielen und Außenaktivitäten. Angehörige und Freunde sind möglichst so einzubeziehen, dass sie ent- und nicht belastet werden.

Dieser Leistungskomplex umfasst bei vollstationärer Behandlung 24 Stunden, bei tagesklinischer Behandlung acht Stunden. Bei Hometreatment sind mit der Bemessung noch Erfahrungen zu sammeln. Die durchschnittliche Anwesenheit vor Ort, die Wegezeiten und die Vorhalthezeit für Hintergrundbereitschaft sind zu ermitteln und zu bewerten. Zu Beginn sollte von dem Zeitaufwand ausgegangen werden, der bei teil- oder vollstationärer Behandlung sonst erforderlich wäre.

Aufgrund des situativ wechselnden, unmittelbaren Einsatzbereitschaft erfordernden Leistungsbedarfs ist von einer Vorhaltefunktion (entsprechend einer Mindestanforderung) auszugehen. Das heißt es ist für diesen Leistungskomplex – wie bei der Psych-PV durch fachliche Konsentierung – ein begründeter und abgestimmter Mindest-Mitarbeiter Patientenschlüssel vorzugeben, der für die verschiedenen Behandlungsbereiche unterschiedlich anzusetzen ist. Daraus lässt sich der Zeitbedarf je Patient und Tag leicht errechnen.

**Zusätzliche Leistungen** Für Hilfeleistungen, die erheblich über die durchschnittlich veranschlagten Zeiten hinausgehen, sind Leistungskomplexe für zusätzliche Leistungen zu definieren. Für diese zusätzlichen Leistungen kann der Ressourcenverbrauch ermittelt und bei der Kalkulation dann den entsprechenden Behandlungsbereichen zugeordnet werden, sodass deren Bewertungsrelation steigt. Bei sehr seltenen zusätzlichen Leistungen kann es sinnvoll sein, diese mit einem Zusatzentgelt zu vergüten. Wir schlagen die folgenden Leistungskomplexe vor:

- Intensivbetreuung,
- intensive Krisenintervention,
- besonderer medizinischer Behandlungsbedarf.



### Prüfaufträge bzgl. der zukünftigen Steuerung des Systems

Die Prüfaufträge des § 17 d KHG sollen Stellung nehmen zu den Fragen der Zusatzleistungen, der Einbeziehung der Institutsambulanz nach § 118 SGB V und der Einführung die Tagesentgelte übergreifender Pauschalierungen. Die Bearbeitung wird nicht zu Beginn, sondern im Prozess der Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems erfolgen und wesentlicher Gegenstand der Evaluation werden. Die Aufgabenstellung muss an die übergreifende Intention des Gesetzgebers anknüpfen: Optimierung der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlung durch das Krankenhaus vor allem unter den Aspekten der Gewährleistung für alle Patienten, der Flexibilisierung und sektorübergreifenden Behandlung mit dem Ziel nachhaltiger Effizienz.

**Einbeziehung der Institutsambulanz** Die Zielsetzung patientenorientierter flexibler sektorübergreifender Behandlung erfordert zwingend die Einbeziehung der Institutsambulanz in die Entwicklung des neuen Entgeltsystems und die regionale Vernetzung des Leistungsgeschehens im gemeindepsychiatrischen Verbund unter Nutzung aller Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V. Die vielfach sowohl den fachlichen Erfordernissen als auch dem Auftrag, stationäre Behandlung nach Möglichkeit zu verhindern und zu vermindern, widersprechende finanzielle Minderausstattung der Institutsambulanz muss überwunden werden.

Systematisch kommen die oben vorgeschlagenen Leistungskomplexe des tagesbezogenen Entgeltsystems dieser Intention entgegen. Zugespitzt formuliert:

Jede Krankenhausbehandlung sollte mit dem Leistungskomplex Behandlungsführung und therapeutische Begleitung ambulant beginnen, bei Bedarf den Leistungskomplex spezielle diagnostische und therapeutische Verfahren ergänzend einbeziehen, und möglichst verhindern, dass der ressourcenaufwendige Leistungskomplex Behandlungspflege und Milieuthérapie einbezogen werden muss. Wo Krankenhausbehandlung durch Hometreatment vermieden oder verkürzt werden kann, sollte Letzterem der Vorzug gegeben werden.

Das Entgeltsystem für die Institutsambulanz könnte durch vereinfachende Weiterentwicklung des Bayerischen Finanzierungsmodells problemlos eingeführt werden: Der erforderliche Ressourcenaufwand würde dann gemäß den oben genannten Leistungskomplexen in geeigneten Stufen ermittelt und wie bei den teilstationären und vollstationären Behandlungen dem InEK zugeleitet und ausgewertet und zu einem späteren Zeitpunkt als definiertes tagesbezogenes Entgelt vergütet. Auf diese Weise können die erforderlichen Leistungen fachgerecht und ressourcensparend genau dosiert werden. Selbstverständlich sind allein durch die Einführung passender ambulanter Entgelte weder die Gewährleistung

verbindlicher und angemessener Versorgung noch ein wirklich ressourcensparendes Vorgehen gesichert – möglichen Fehlsteuerungen einschließlich unangemessener Leistungsausweitung muss durch entsprechende Steuerungsinstrumente vorgebeugt werden. Dazu sollten der Prüfauftrag von geeigneten übergreifenden Pauschalierungen und die begleitende Evaluation genutzt werden.

**Geeignete Formen der Pauschalierung** Damit die Tagesentgelte übergreifende Pauschalierungen nicht zu Fehlsteuerung führen, sollten sie

- im Rahmen der Pflichtversorgung erfolgen,
- Leistungstransparenz schaffen,
- die Umsteuerung in Richtung ambulante und sektorübergreifende lebensfeldbezogene Behandlung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds ermöglichen,
- die regionale Vernetzung beachten und nutzen und
- die Selektion bevorzugter und Ausgrenzung benachteiligter Gruppen verhindern.

Dazu muss die Erarbeitung und Erprobung von Pauschalierungen unbedingt in ein interessenneutrales regionales Qualitätssicherungssystem eingebunden werden unter Beteiligung von Kommune, Nutzern, Angehörigen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und externer Fachleute. Dies wissenschaftlich zu begleiten, ist eine vorrangige Aufgabe der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation.

Die unterzeichnenden Mitglieder der Projektgruppe Regionalbudget sind der Auffassung, dass es durchaus sinnvoll sein kann, jahresbezogene Pauschalen für bestimmte Patientengruppen zu erproben, sehen aber auch, dass dies mit vielfachen Risiken – insbesondere der Fehlsteuerung durch Selektion – verbunden ist, wenn es nicht gelingt, dies in das System der regionalen Pflichtversorgung verbindlich zu integrieren.

Aus diesem Grund halten wir die Weiterentwicklung und Erprobung des regionalen Krankenhausbudgets für die Regionale Pflichtversorgung<sup>6</sup> in unterschiedlichen Gebieten und Bundesländern für dringend geboten. ■

Dr. Volkmar Aderhold, Hamburg, Prof. Dr. Thomas Bock, Hamburg, Prof. Dr. Arno Deister, Itzehoe, Dr. Peter Grampp, Hubertusburg, Nils Greve, Solingen, PD Dr. Martin Heinze, Bremen, Dr. Matthias Heißler, Geesthacht, Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen, PD Dr. Michael Lucht, Greifswald, Dr. Ulrich Niedermeyer, Frankfurt/Oder, Wolfgang Obliers, Stralsund, Dr. Werner Schütze, Havelland, Maria Stock, Bremen, Dr. Michael Swiridoff, Altenburg  
Kontaktadresse: Prof. Dr. P. Kruckenberg, Eystruper Str. 6, 28325 Bremen, E-Mail: info@peter-kruckenberg.de

Sie finden diesen Text mit einigen Literaturhinweisen auch unter [http://verlag.psychiatrie.de/zeitschriften/psu/article/psu\\_04\\_2009.html](http://verlag.psychiatrie.de/zeitschriften/psu/article/psu_04_2009.html).

- 1 Kruckenberg, P.: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch das Krankenhaus. Rahmenbedingungen zur Entwicklung eines sektorübergreifenden Budgets für die regionale Pflichtversorgung Psychiat. Prax 2009; 36: 246–251.
- 2 Eine Übersicht über den Gesetzestext findet sich bei J. Fritze: Neue Regelungen für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im KHRG, Nervenarzt 2009, 485–494.
- 3 In Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Bonn 2007, 83–89
- 4 damit die Vorschrift des § 27 SGB V nicht konterkariert wird: »den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.«
- 5 Dazu kann auf Kunze, H. und Kaltenbach, L.: Psychiatrie-Personalverordnung (4. Auflage, Stuttgart, 2003, 203-208) zurückgegriffen werden. Zu ähnlichen Ergebnissen ist eine Schweizer Arbeitsgruppe gekommen: [www.hplus.ch/de/tarife/preise/andere\\_stationaere\\_tarife/psuisse/einteilungsraster](http://www.hplus.ch/de/tarife/preise/andere_stationaere_tarife/psuisse/einteilungsraster). Es ist denkbar, dass sich bei der Weiterentwicklung des entgeltsystems untergruppen der Behandlungsbereiche nach Ressourcenverbrauch differenzieren lassen. Dazu wäre allerdings neben den routinemäßigen nach § 21 KHG erhobenen Daten – z.B. Alter, Geschlecht, ICD-Diagnose – weitere Daten mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand erforderlich, u.a. Schwere der psychischen Störung und der psychosozialen Beeinträchtigung, Kontextbedingungen.
- 6 A.a.O. Psychiat. Prax 2009; 36: 246–251.