



# Was darf die Seele kosten?

In Schleswig-Holstein basteln Ärzte an der **Psychiatrie von morgen**. Und behandeln Kranke lieber zu Hause als auf Station. Die Krankenkassen sind misstrauisch

## Auf Station genesen

Ein Patientenzimmer am kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost. Dort wird seit 2015 mit einem neuen Kassen-Abrechnungssystem gearbeitet, die Zahl der Betten ist weiter gestiegen. „In dem System sind keine Chancen für eine Weiterentwicklung des Versorgungssystems angelegt“, kritisiert die Klinikleitung

**A**lles ist gut!“ steht auf der Tafel neben dem Kühlschrank. Aber nichts ist gut. Der letzte Tag naht, glaubt Ilsa T.\*, es wird Schreckliches geschehen. Das haben ihr die Stimmen verraten. Die Reiter der Apokalypse: Nur Frau T. kann sie sehen. Müde reibt sich ihr Ehemann die Augen.

Menschen wie Frau T. aus ihrer ganz privaten Hölle zu befreien ist Aufgabe der Psychiatrie. Vor mehr als einem Jahr kam Frau T. ins Klinikum Itzehoe. Und wollte bald nur noch fort von dort: „All die Menschen, all die Eindrücke, das war zu viel für mich“, sagt sie. „Es ging ihr immer schlechter“, bestätigt der Gatte.

Dass es Frau T. heute besser geht, liegt daran, dass nun die Therapie zu ihr kommt. Sozialpädagogin Kerstin Rickert und Psychiaterin Birgit Molitor, eines der Hometreatment-Teams des Klinikums Itzehoe, besuchen Frau T. regelmäßig und führen das Therapiegespräch dort, wo sie sich sicher fühlt: zu Hause. „Das tut mir gut“, sagt Frau T.

\*Name geändert

Seit Ende 2014 bietet das Klinikum Itzehoe Hometreatment an. Behandlungsteams aus Ärzten, Sozialpädagogen, Psychologen und Pflegern versuchen, so konstant wie möglich mit dem Patienten zu arbeiten, um Brüche in der Beziehungsarbeit zu verhindern. Ambulante Psychiatrieangebote wurden ausgebaut, Kranke werden nun häufiger teilstationär aufgenommen. Seit Kurzem stehen die Türen der geschlossenen Abteilung prinzipiell offen, werden nur noch im Notfall verschlossen.

Psychiatrie 2.0: Könnte sie so aussehen? Und welche Rolle spielt das Geld dabei? Aktuell konkurrieren nämlich drei Entgeltsysteme für Psychiatrien miteinander: das seit 1991 gültige, der Favorit der Krankenkassen – und ein Alternativmodell, das von Psychiatern entwickelt wurde. Was ist für den Patienten das Beste?

Zwölf Jahre nach Beginn des Reformprozesses zieht Arno Deister, Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe, Bilanz: Von 118 Betten

sind nur noch 60 übrig. Die Anzahl der tagesklinischen Plätze ist von 14 auf 74 gestiegen. Die Kosten des Zentrums aber sind seit 2003 unverändert geblieben. Eine Entwicklung gegen den Trend.

Stagnation ist nämlich ein Gewinn. Während in den somatischen Kliniken Deutschlands seit 2003 mehr als zehn Prozent der Betten abgebaut wurden, stieg die Anzahl in den Psychiatrien in diesem Zeitraum um 13 Prozent.

Diese gegenläufige Entwicklung sei eine Folge falscher finanzieller Anreize, glaubt Psychiater Deister. Seit 2003 dürfen somatische Kliniken in Deutschland nicht mehr Behandlungstage abrechnen, sondern nur Fallpauschalen. Im sogenannten DRG-System („Diagnosis Related Groups“) erhält die Klinik einen Festpreis pro Diagnose. Betten rechnen sich seither nur, wenn möglichst bald ein neuer Patient darin liegt.

Psychiatrische Kliniken aber wurden von der DRG-Einführung ausdrücklich ausgenommen. Die Seele ist kein Organ wie Milz, Leber oder Niere. Kaum ▶▶▶



Fotos: Michela Morosini für FOCUS-Magazin, Maurice Kohl für FOCUS-Magazin

## Therapie zu Hause

Die Therapiegespräche von Ilsa T. finden in ihrem Wohnzimmer statt. Aktuell kommen Sozialpädagogin Kerstin Rickert (l.) und Ärztin Birgit Molitor wöchentlich vorbei. **Hometreatment** erhöht die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen und senkt die Zahl der Behandlungsabbrüche, hat die Forschung gezeigt

## Alltag auf Station

Gruppenarbeit in der Therapie:

Die **Kunsttherapie** bietet die Chance, psychische Nöte auch visuell auszudrücken. In der **Haushaltstherapie** werden Alltagsfähigkeiten vermittelt, aber auch die Genussfähigkeit gestärkt.

Die **Musiktherapie** hilft Menschen, sich Gehör zu verschaffen und über Instrumente Kontakt zu anderen aufzunehmen



eine Depression oder Psychose gleicht der anderen, zu individuell sind Genese, Art und Dauer der Therapie. In Psychiatrien gilt deshalb immer noch das Prinzip der Honorierung pro Tag.

Deister ist kein Mensch, der zu Polemik neigt. Wie aber das Entgeltsystem Anreize schafft, fasst er so zusammen: „Kliniken produzieren, was sie bezahlt bekommen.“ Wird das Krankenhaus pro Leistung honoriert (Fallpauschale), steigt etwa die Zahl der Operationen. Werden Tagessätze bezahlt, erhöht sich in der Regel die Liegedauer der Patienten. „Weil es Betten gibt, wird der Patient in Betten versorgt. Ein leeres Bett ist ein Widerspruch in sich selbst, zumindest in der Psychiatrie“, sagt Deister. Was aber wäre, „wenn Gesundheit entlohnt werden würde“?

Ein revolutionärer Gedanke. In Deisters Klinik wird er seit 2003 erprobt.

Regionales Budget heißt das Entgeltsystem, das Deister mit-

entwickelt hat. Eine Klinik, die für die psychiatrische Versorgung einer Region verantwortlich ist, bekommt eine Art „Kopfgeld“ pro Einwohner. Im Fall Itzehoe sind das aktuell 60 Euro, was einem Jahresbudget von acht Millionen Euro entspricht – etwa der Summe, die das Klinikum 2002 für seine Arbeit benötigt hatte.

Dieses Budget gewähren die Krankenkassen dem Psychosozialen Zentrum ohne Vorgaben, wie das Geld ausgegeben werden muss. Sie vertrauen darauf, dass die Experten vor Ort am besten wissen werden, was für die Patienten der Region am besten geeignet ist.

Wie gut das funktioniert, hat die Uni Leipzig analysiert. Dreieinhalb Jahre lang verglich man Patienten mit psychischen Störungen aus dem Kreis Itzehoe/Steinburg mit einer ähnlich großen Patientengruppe aus dem Nachbarkreis Dithmarschen. Das Ergebnis: keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich psy-

chischem Gesundheitszustand, Lebensqualität und Gesamtkosten. Doch Deisters Patienten waren darüber hinaus besser ins soziale Umfeld integriert, konnten den Alltag besser selbstständig bewältigen.

Aktuell nehmen etwa 20 Kliniken an dem Modellversuch teil. In der Psychiatrischen Abteilung des Johanniter-Krankenhauses in Geesthacht (Kreis Herzogtum Lauenburg) konnte so die Zahl der Betten um zwei Drittel

“  
**In der Psychiatrie ist ein leeres Bett ein Widerspruch in sich“**

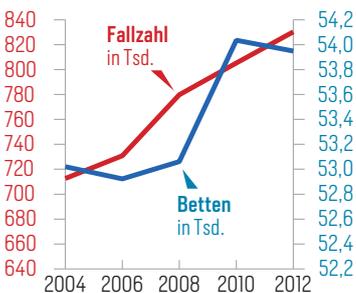
**Arno Deister**  
Klinikum Itzehoe





## Mehr Kranke, die länger bleiben

Betten- und Fallzahlentwicklung in Einrichtungen der Psychiatrie



### Steigende Patientenzahlen

Das aktuelle Entgeltsystem hat dazu geführt, dass die Anzahl der behandelten Fälle und Betten in Psychiatrien seit Jahren ansteigt

Quelle: BPTK

Durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie bei ausgewählten Diagnosen in Tagen



### „Gute“ und „schlechte“ Kranke

Im Abrechnungssystem PEPP gilt: Wer länger als 21 Tage auf Station bleibt, „rechnet“ sich kaum noch für die Klinik

Quelle: BPTK

reduziert werden. Ein Extrembeispiel, aber: „Auf ein Viertel der Psychiatriebetten könnte man verzichten“, glaubt Mathias Berger, Ärztlicher Klinikdirektor für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg – wenn zugleich alternative Behandlungsformen umgesetzt und auch angemessen finanziert würden.

Andere wollten, aber durften nicht. Zum Beispiel Paul Bomke, Geschäftsführer des Pfalz-Klinikums: „Nach fünf Jahren Verhandlungen mit den Kassen haben wir genervt aufgegeben. Es ist uns die pure Ignoranz und Angst entgegengeschlagen.“

Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband gibt zu, dass er „große Schwierigkeiten“ mit den regionalen Budgets hat: „Die Krankenkassen sollen Geld geben und dann die Augen zumachen.“ Ihm fehle die Kontrolle, was mit dem Geld gemacht wird: „Die Regionalbudgets laden zu Missbrauch ein.“

Mit dem aktuellen Entgeltsystem für Psychiatrien ist Leber auch nicht einverstanden: „Was ich jetzt habe, ist ein Anreiz, die Leute lange zu behalten, statt sie möglichst schnell zu therapieren.“ Die Kassen machen sich stark für ein Abrechnungssystem, bei dem – vereinfacht gesagt – Diagnosen nach Schweregrad sortiert und mit einer Art Tagespauschale entlohnt werden sollen. Der absinkende Tagessatz soll verhindern, dass Patienten zu lange auf Station gehalten werden. Die Kassen führten 2013 ein System mit dem sperrigen Namen „Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) ein. Nach Protesten der psychiatrischen Fachverbände können Kliniken aber noch bis Ende 2018 nach altem Modus abrechnen.

Das kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost arbeitet bereits mit PEPP. Glücklicherweise denkt nicht damit. „Das Entgeltsystem beeinflusst das Denken des Psychiaters“, hat Oberarzt Helmut Schnitzer beobachtet. Dem Arzt

bleibt durch den deutlich erhöhten Dokumentationsaufwand viel weniger Zeit für die Beziehungsarbeit zum Patienten. Er muss sich wegen des Systems auf das Abrechenbare konzentrieren. Außerdem sei das Abrechnungssystem zu komplex. Vier Tage habe er sich „hineingefuchst“, sagt Schnitzer. „Doch ich glaube noch immer nicht, es durchdrungen zu haben.“

Scharf kritisiert wird PEPP von Karl Lauterbach, dem Gesundheitsexperten der SPD-Fraktion im Bundestag. PEPP bringe „schwer wiegende und nicht leicht revidierbare Nachteile für psychisch Kranke“. Kliniken könnten sich lukrative Patienten herauspicken. „Die schwierigen Patienten werden dann weitergereicht wie eine heiße Kartoffel.“ PEPP würde „nur dazu beitragen, das jetzige nicht funktionale System zu betonieren“. Aktuell würden „viele Psychiatriepatienten aus finanziellen Gründen im Krankenhaus gehalten, nicht aus medizinischen“. Lauterbach hält regionale Budgets für das richtige System. Kliniken bräuchten Freiraum, das Geld so einzusetzen, wie sie es für richtig halten.

Nun haben 16 Fachgesellschaften und Verbände – darunter die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), deren künftiger Präsident Arno Deister ab 2017 – an Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) appelliert, PEPP zu stoppen. Und ihm das stark ans regionale Budget angelegte „Konzept eines budgetbasierten Entgeltsystems“ nahegelegt. „Das Geld muss sich von den Betten lösen“, sagt Deister. Ob das Modell eine Chance hat, soll sich noch 2015 entscheiden. ■

BEATE STROBEL

Dieser Artikel entstand als Kooperation zwischen FOCUS und dem Recherchezentrum „Correctiv.org“. Mehr Infos zum Thema unter [www.correctiv.org](http://www.correctiv.org)