

Rainer Kukla
Vortrag im Rahmen des DGPPN – Kongresses 2010

„Die Vision der integrierten Behandlung als Leitbild des neuen Entgeltsystems zur Finanzierung von Kliniken für Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
gestatten Sie mir einige Vorbemerkungen:

Erstens: Ein deutscher Bundeskanzler soll einmal gesagt haben: „Wenn einer Visionen hat, sollte er zum Arzt gehen.“

Nun, ich hoffe, Sie sehen das anders und werten eine Vision eher als das innere Bild einer auf die Zukunft bezogenen Vorstellung, als einen Gegenentwurf zum Bestehenden.

Zweitens: Ich will bei diesem Thema vor allem die Sicht der psychiatrischen Einrichtungen vertreten, deren Anliegen in den bisherigen Verhandlungen zum Entgeltsystem m.E. zu kurz gekommen sind und dabei die Position insbesondere der Aktion Psychisch Kranke, aber auch anderer Verbände berücksichtigen.

1. Aspekte integrierter Versorgung/Behandlung

Der Präsident der DGPPN, Herr Prof. Schneider hat im Vorwort zu diesem Kongress formuliert: „Die Hoffnung, psychiatrische Versorgung zu verbessern, ohne diese zu verteuern, ruht zum Teil auf der Beseitigung von Redundanzen durch nahtlose Übergänge zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten“ Und weiter: „Kommunikation und Zusammenarbeit soll das, was wir tun, effizienter, aber auch qualitativ besser machen.“

Es geht also im Interesse der Patienten um Kommunikation, Zusammenarbeit oder auch Vernetzung.

Das Stichwort „Vernetzung“ war – vor dem Hintergrund einer immer stärkeren Ausdifferenzierung psychiatrischer Einrichtungen und Hilfen - schon zu Zeiten der Psychiatrie-Enquete und des Berichtes der Sachverständigenkommission von besonderer Bedeutung. Gleichwohl ist es immer noch aktuell.

Systematisch lassen sich fünf Ebenen der Vernetzung unterscheiden:

- Träger übergreifend,
- Vergütungssysteme übergreifend,
- Zielgruppenspezifisch,
- Regional,
- Strukturübergreifend.

Vor allem die beiden letzten Ebenen möchte ich im Folgenden besonders berücksichtigen.

Daher will ich mein Thema auch nicht eingrenzen auf die Regelungen der §§ 140a ff. des SGB V, in denen von einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung oder einer interdisziplinär – fachübergreifenden Versorgung die Rede ist. Eigentlich wäre es nämlich besser, diese Regelungen überflüssig zu machen, indem die Idee der integrativen Behandlung in die

Regelversorgung durch die Kliniken übernommen wird. Dadurch würde die Gefahr eines „Flickenteppiches“ unterschiedlicher Verträge und zusätzlicher Schnittstellen verhindert.

Es geht für die Kliniken insoweit vor allem um die Konzeption einer strukturellen Vernetzung unter dem Aspekt einer „Personenzentrierung“ der Behandlung.

In dem sog. „Konsenspapier der 13 Verbände“ von 2007 wird die Notwendigkeit der Entwicklung eines struktur- oder auch sektorübergreifenden Finanzierungs- und Entgeltsystems ausführlich begründet: Stationärer und teilstationärer Sektor einerseits und ambulante längerfristige Versorgung sowie Liaison- und Konsiliardienst müssen eng vernetzt sein. Die Qualität ihres Zusammenwirkens ist für den Verlauf einer psychischen Erkrankung in hohem Maße bedeutsam und für die Lebensqualität des Patienten und den Ressourcenverbrauch der Einrichtung relevant. Sie müssen daher gerade im Fachgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Zusammenhang betrachtet werden.

2. Kennzeichen der bestehenden Finanzierungssystematik

Nun muss man leider sagen, dass das bundesdeutsche historisch gewachsene System der Sozialleistungsträger keine durchgängige, mehrdimensionale Therapie und Rehabilitation fördert, sondern sie mit seiner Zersplitterung eher behindert.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates (zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007) zeichnet sich das deutsche System der Gesundheitsversorgung allgemein einerseits durch hochwertige Einzelleistungen aus, andererseits aber auch durch erhebliche Schnittstellenprobleme und mangelnde Kooperation.

Bezogen auf die psychiatrischen Einrichtungen hat das bisherige Finanzierungssystem gravierende Nachteile und zu Fehlsteuerungen geführt, insbesondere durch:

- die einseitige Bevorzugung der voll-stationären Behandlung,
- zu wenig Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen,
- eine zu wenig flexibel dem individuellen Bedarf angepasste Organisation der Behandlung,
- die nur unzureichende Einbeziehung des Lebensfeldes der Patienten, unnötige Abbrüche der therapeutische Beziehungen durch Wechsel des institutionellen Behandlungsrahmens,
- die strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen,
- Qualitätseinbußen wegen der langjährigen Budgetdeckelungen bei gleichzeitig steigenden Anforderungen,
- den enormen bürokratischer Aufwand durch Kontrollen des Leistungsgeschehens (Misstrauensaufwand).

Die Finanzierung der Betriebskosten der Kliniken (Selbstzahler einmal außen vorgelassen) ist mindestens dreigeteilt:

Die Klinik hat Einnahmen aus dem vollstationären und dem teilstationären Bereich sowie aus der Institutsambulanz (hinzu kommen ggf. Einnahmen aus der forensischen Psychiatrie). Die Verteilung dabei zeigt eine erheblichen Schiefelage: Ein Tag in der Klinik bringt pro Patient fast so viel wie die Institutsambulanz in einem ganzen Quartal.

Das Krankenhaus selbst ist gesetzlich wesentlich dadurch definiert, dass Patienten „untergebracht und gepflegt werden“, d.h., Aktivitäten des Krankenhauses etwa im Lebensfeld des Patienten sind eher die Ausnahme.

Das System setzt falsche Anreize auch insoweit als es zu einer mangelhaften Vernetzung des klinischen Sektors mit dem außerstationären und dem rehabilitativen Sektor führt.

Medizinisch notwendige Liaison- und Konsiliardienste werden in den bestehenden Finanzierungssystemen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

Falsche Anreize liegen auch darin, dass Kliniken ihr betriebswirtschaftliches Ergebnis dadurch verbessern können, dass sie:

- Ihre Betten füllen (VL: „Jedes Bett schreit so lange, bis jemand drin liegt“),
- sich auf leichter erkrankte Patienten ausrichten bzw. sich von schwerer beeinträchtigten möglichst fernhalten,
- Patienten möglichst lange und möglichst vollstationär behalten,
- ihre Personalkosten durch eine geringere Bezahlung und durch eine geringere Personaldichte reduzieren,
- mit anderen Diensten in der Region und mit dem sozialen Umfeld der Patienten möglichst wenig interagieren, da dies nicht ausreichend bezahlt wird.

Dies alles vor dem Hintergrund, dass psychische Erkrankungen an Bedeutung erheblich zugenommen haben. Ihre Auswirkungen verursachen inzwischen eminente volkswirtschaftliche Kosten.

Gleichzeitig ist die psychiatrische Versorgung in der Gefahr, zwischen den Mühlsteinen eines in die Krise geratenen Sozialstaates und eines defizitären Gesundheitssystems zu geraten.

Der „Zeitgeist“ ist auf Rationalisierung und den Abbau von Sozialleistungen ausgerichtet. In dieser Situation muss es darum gehen, eine den Bedürfnissen der Patienten entsprechende, hochwertige psychiatrische Versorgung zu sichern, die finanzierbar ist.

Und es muss darum gehen, ein neues Entgeltsystem so auszugestalten, dass eine strukturelle Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlung nicht behindert, sondern belohnt wird.

3. „Vision“ als Gegenentwurf zum Bestehenden

3.1 Über die zentralen fachlichen Ziele besteht weitgehend Konsens:

3.11 Die PsychPV z.B. nennt als eine der wichtigsten Qualitätsanforderungen, dass die Therapieziele nicht nur in der Symptomverbesserung bestehen, sondern auch in der Befähigung zu einem möglichst eigenständigen Leben außerhalb von Institutionen, insbesondere in der Befähigung zur Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung, Rehabilitation und anderer Hilfen.

Deswegen muss die Behandlung im Lebensfeld des Betroffenen erleichtert und die Nutzung vernetzter, präventiver und komplementärer Angebote gefördert werden. *Niemand sollte mehr in der Klinik verbleiben müssen, weil andere Hilfen fehlen.*

Die Hilfesysteme selbst sollten so weiterentwickelt werden, dass sie sich noch stärker am Bedarf der einzelnen Patientin bzw. Patienten und nicht an den Einrichtungen orientieren. Ein solcher „patientenorientierter“ oder auch „personenzentrierter“ Ansatz hat stets die größtmögliche Teilhabe des Betroffenen als Ziel.

Die Vision eines „personenzentrierten Ansatzes“ bedeutet für die Behandlung, dass individuelle Hilfen wie folgt erbracht werden:

- Individuell passgenau,
 - flexibel (*dem jeweils aktuellen Bedarf entsprechend*),
 - integriert (*alle Hilfebereiche umfassend*),
 - zeitnah,
 - im Lebensumfeld (*Wohnung, Arbeitsplatz, Nachbarschaft*),
 - unter abgestimmten Zielen,
 - im Verlauf koordiniert,
 - in personeller Kontinuität, Beziehungskonstanz (*Niemand soll gezwungen sein, seine Leidensgeschichte ständig neu gegenüber ihm Fremden erzählen zu müssen*) und
 - verlässlich.
- (Krüger, Pörksen, S.61)

3.12 Eine weitere Qualitätsanforderung der PsychPV besteht darin, dass die regionale Versorgungsverpflichtung gesichert ist und insbesondere die schwer gestörten Patienten mit dem Risiko einer hohen Belastung für die Versorgungsstruktur nicht abgewiesen werden. *Niemand soll gezwungen sein, außerhalb seiner Stadt, seines Kreises Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (und dadurch seine sozialen Bezüge gefährden)- Spezialangebote ggf. ausgenommen.*

Insbesondere schwergradig und chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen benötigen ein kooperierendes, flexibles und - wenn erforderlich - auch mobiles Gesundheitssystem.

Daraus ergibt sich eine besondere Verantwortung für die Kontinuität der Behandlung im Krankenhaus und vom Krankenhaus aus in der Lebenswelt des Patienten unter Einbeziehung aller sozialen Problembereiche der Betroffenen.

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung muss als integraler Bestandteil eines regional vernetzten psychiatrischen Versorgungssystems organisiert sein.

Die therapeutischen Netzwerke bedürfen des Ausbaus und der Differenzierung. Die Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung müssen flexibler gestaltet werden. *Niemand soll gezwungen sein, wegen seiner komplexen Schwierigkeiten eine Vielzahl von Stellen kontaktieren und in Anspruch nehmen zu müssen.*

3.2 Vor allem an diesen Zielen hat sich die Entwicklung eines zukünftigen Entgeltsystems zu orientieren.

3.21 Ein zukünftiges Finanzierungssystem sollte also Anreize so setzen, dass das (durchaus verbreitete) Bekenntnis zu Verbund, Kooperation und Koordination auch im Alltag relevant umgesetzt wird bzw. werden kann.

Mit dem neuen Entgeltsystem sollten im Interesse der Effizienz und auch der Wirtschaftlichkeit flexiblere, Sektor übergreifende, verstärkt ambulante und besser vernetzte Behandlungsformen durch die Kliniken entwickelt werden.

Dies gilt insbesondere im Bereich der Behandlung mit geringerem Ressourcenverbrauch, um bei dem großen Abstand zwischen der teilstationären Behandlung heutiger Art und der Behandlung durch die Institutsambulanz mehr Abstufungen zu ermöglichen.

Das Finanzierungssystem soll dahingehend fortentwickelt werden, dass eine patientenzentrierte Behandlung durch das Krankenhaus ermöglicht und gefördert wird. Dabei ist zu prüfen, welche Formen und ggfls. Kombinationen einer pauschalierten (z.B. Tagespauschalen, Komplexleistungspauschalen) oder einzelleistungsbezogenen Vergütung dieses Ziel optimal unterstützen.

Das Finanzierungssystem sollte dabei den „Facharztstandard“ für die ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung und für den Konsiliar- und Liaisondienst absichern.

Das Finanzierungssystem soll Anreize für Patienten und das Krankenhaus setzen, die regionale Versorgung zu bevorzugen, um möglichst weitgehende Beziehungskontinuität sicherzustellen, lebensweltbezogene Behandlung zu erleichtern und die vernetzte Nutzung präventiver und komplementärer Angebote zu fördern. Dies setzt auch eine angemessene Personalbemessung und ihre Finanzierung voraus, weil *Patienten und Angehörige ein Recht darauf haben, nicht auf überarbeitete Mitarbeiter angewiesen zu sein, die nicht wissen, „wo ihnen der Kopf steht“*.

Das Finanzierungssystem soll daher auch Regelungen zur Vereinbarung eines regionalen Budgets (für die Pflichtversorgung) und andere innovative Versorgungsformen ermöglichen und unterstützen. Dabei ist eine leistungsgerechte, wettbewerbsfähige und über mehrere Jahre rechtssichere Finanzierung zu gewährleisten.

3.22 Ein Entgeltsystem soll nicht nur die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen (§ 27 (1) SGB V) und ein leistungsfähiges und qualitätsgesichertes Versorgungssystem ermöglichen.

Es soll zudem grundsätzlich

- leistungsgerecht,
- transparent,
- einfach anzuwenden sein und
- Anreize für eine wirtschaftliche Leistungsgestaltung geben.

Das Finanzierungssystem sollte im Wege von Mehr- und Mindererlösausgleichen das Morbiditätsrisiko – unter Einbeziehung von Mengen- und Belegungsveränderungen – zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern gerecht verteilen.

4. Das KHRG als Chance für eine Annäherung an die „Vision“

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom März des vergangenen Jahres bietet einige Chancen:

Der Ansatz des Gesetzes (Entwicklung tagesbezogener Entgelte – Stufe 1, Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanz und „anderer Entgeltformen – Stufe 2, bietet die Chance einer schrittweisen Entwicklung i.S. eines „lernenden Systems“.

Das KHRG bietet zudem die Möglichkeit, durch eine Verbesserung der Personalausstattung nach der PsychPV die Qualitätseinbußen auszugleichen.

Durch die Neuregelung der Finanzierung können Anreize gesetzt werden, die „Dosis Krankenhausbehandlung“ auf der Basis verlässlicher therapeutischer Beziehungen flexibel – und damit kostengünstig – dem individuellen Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten anzupassen.

Den „Machern“ des KHRG war – wie die Begründung zum Gesetz zeigt – durchaus bewusst, dass in Fachkreisen die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert wird, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z.B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen.

Sie teilten durchaus die Überzeugung, dass Hilfen dann wirtschaftlich erbracht werden, wenn sie nicht institutionellen Gesetzmäßigkeiten und Bedürfnissen entsprechen, sondern sich bedarfsgerecht an dem jeweiligen individuellen Hilfebedarf orientieren.

Der Gesetzgeber hat daher das KHRG auch so ausgestaltet, dass wenigstens für den klinischen Teil der Versorgung die Chance besteht, auf der Basis entsprechender Vereinbarungen ein Finanzierungssystem zu entwickeln, das eine bedarfsgerechte flexible Leistungserbringung erlaubt, so dass heute vollstationär erbrachte Leistungen möglichst weit gehend als ambulante und teilstationäre Hilfen erbracht werden können – auch unabhängig vom Ort des Krankenhauses (home treatment).

Das KHRG bietet (siehe KUNZE) insoweit einige Chancen für die Verwirklichung folgender Ziele:

- Eine Verbesserung der Stellenausstattung nach PsychPV als Startbedingung zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems zu sichern.
- Die regionale Versorgungsverpflichtung zu erhalten – insbesondere für die Patienten, die von sich aus eine Behandlung nicht oder nur unzureichend suchen.
- Die Finanzierung auf die Verbesserung der Qualität bei möglichst sparsamem Ressourcenverbrauch auszurichten.
- Die Fragmentierung zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung zu überwinden.
- Die Voraussetzungen zu verbessern für Personen- und Lebensfeld-bezogene Krankenhausbehandlung, die auch die vorher und nachher beteiligte Therapeuten einbezieht.
- Die für „Misstrauensaufwand“ (Aufwand für die Kontrollen durch die Krankenkassen) verwendete Therapeutenzeit wieder für Behandlung zu nutzen.
- Präventive Maßnahmen in die Finanzierung einzubeziehen, um die Nachhaltigkeit der Behandlung zu verbessern und den Bedarf an Krankenhausbehandlung zu mindern.

- Zur Weiterentwicklung der Qualität sind die Effizienzverbesserung der Behandlungsprozesse mit der Begleitforschung gemäß §17d Absatz 8 zu verknüpfen.
- Die „Kirchenspaltung“ der Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik ist in Richtung einer „ökumenischen“ Versorgung der Patienten zu überwinden.

5. Probleme der derzeitigen Entgeltentwicklung

Aktuell besteht allerdings die Gefahr, dass die Chancen nicht bzw. nur unzureichend genutzt werden:

Der derzeitige Ansatz, sog. OPS – Kodes für die Psychiatrie zu entwickeln, differenziert die Leistungszeiterfassung zu einseitig und zu weitgehend, ohne vorher den Aufwand und die Funktion als Kostentrenner („praktikabel“) im begrenzten Rahmen erprobt zu haben. Statt – wie es in einem „lernenden System“ nahe läge – auf der Basis valider Daten unkompliziert anzufangen und differenziert zu enden startet man zu differenziert und droht zu kompliziert zu enden bzw. riskiert ständig einen erheblichen Korrekturaufwand.

Psychiatrische Leistungen im „25 – Minuten Takt“ zu erfassen, kommt mir übrigens ein bisschen so vor, als wolle man die Leistungen von Chirurgen an den Zentimetern Naht messen.

Nun, ob die OPS wirklich eine „Kostentrennerfunktion,“ besitzen, wissen wir erst in ein paar Jahren. Es deutet sich jetzt schon an, dass sie nur in gewissen Randbereichen der Behandlung relevant sind und wenig zur Erklärung der Varianz beitragen.

Die pseudo-exakte Erfassung klinischer Therapieleistungen bekommt in der gegenwärtigen Entwicklungsphase einen unverhältnismäßigen Stellenwert.

Der aktuelle Entwicklungsprozess der 1. Stufe mit der ausschließlichen Orientierung auf ein tagesbezogenes Entgeltsystem droht eine Eigendynamik zu entwickeln, welche die Möglichkeiten der 2. Stufe nicht nutzt oder sogar verbaut.

Die im 13-Verbände-Konzept formulierten Eckpunkte werden (nach Ansicht ihrer Autoren – siehe BEINE) im bisherigen Entwicklungsprozess nur unzureichend berücksichtigt.

Durch die bisher getroffenen Entscheidungen werden (nach Auffassung der ACKPA) falsche Leistungsanreize gesetzt, die dringend notwendige Überwindung der sektoralen Zersplitterung kann auch unter der Annahme eines „selbstlernenden Systems“ unter diesen Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden, und die Akzeptanz des neuen Entgeltsystems wird durch unsinnig anmutende flächendeckende Einzelleistungserfassung zusätzlich belastet.

Ein nur mangelhafter Ausgleich der Unterfinanzierung der Personalstellen nach Psych PV droht die Unterfinanzierung durch die BPfIV mit gravierenden Auswirkungen auf die Leistungsqualität auf Dauer zu zementieren.

6. Vorschläge zum weiteren Vorgehen

Der im Gesetz formulierte Prüfauftrag zur Entwicklung alternativer Entgeltformen im Sinne regionaler Psychiatriebudgets, anderer innovativer Versorgungsformen bzw. integrierter Versorgungsmodelle sollte durch Vergabe entsprechender

Forschungsaufträge und konkrete Erhebungen zu Nutzen und breiterer Anwendbarkeit der vorhandenen Versorgungsmodelle umgesetzt werden.

In der weiteren Entwicklung ist auf folgendes zu achten:

- Eine sorgfältige Planung der Entwicklungsschritte unter Berücksichtigung ihres Zeitbedarfs,
- die Verzahnung 1. und 2. Entwicklungsstufe (Zielsetzungen der 2. Stufe sollten schon bei den Arbeiten zur 1. Stufe berücksichtigt werden). Die Vorbereitungen und die Konzipierung der Grundzüge für die zweite Stufe („Prüfaufträge“) sollten jetzt schon beginnen, damit die Entwicklungen der ersten Stufe auch entsprechend der Zielperspektive der zweiten Stufe justiert werden können.
- Erfahrungen mit modellhaften Entwicklungen (Akutbehandlungspauschalen, Regionalbudgets...) sollten frühzeitig einbezogen werden,
- Begleitforschungsergebnisse sollten so früh wie möglich einbezogen werden, um sie rückkoppeln und nutzbar machen zu können,
- die Wiederherstellung einer angemessenen Personalausstattung gemäß PsychPV als Basis für die weitere Entwicklung,
- eine angemessene finanzielle und inhaltliche Ausgestaltung der Psychiatrischen Institutsambulanzen,
- die Ausgestaltung der Krankenhausleistungen entsprechend dem jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf der Patienten. Die bisherigen „Dosis-Stufen“ Krankenhausbehandlung sollten bis in die Nähe der PIA differenziert werden. Die institutionelle „Dosis“ Krankenhausbehandlung wird flexibler dem individuellen Bedarf angepasst, wann immer möglich nach unten – aber auch nach oben, wenn nötig. Die tagesklinische Behandlung sollte bis hin zur ambulanten Behandlung „ausgedünnt“ werden können. Grundlage dabei sind jedenfalls verlässliche therapeutische Beziehungen.
- Wichtiger als die hoch differenzierte Codierung von Einzelleistungen wäre die schrittweise Entwicklung von personen- und zeitbezogenen Komplexpauschalen für die unterschiedlichen Patientengruppen, in denen die Krankenhausleistungen für eine definierte Zeitstrecke zusammengefasst werden (z.B. 1 Jahr). Sie würden es den Kliniken erlauben, die Behandlung individuell flexibilisiert durchzuführen und so die Sektorgrenzen zu überwinden.
- Darüber hinaus wäre eine Ergänzung des § 39 SGB V hilfreich, um die Definition der Krankenhausbehandlung an die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker anzupassen. Um die Weiterentwicklungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im Leistungserbringerrecht abzusichern, wird daher eine Anpassung des §39 SGB V durch Ergänzung von Satz 4 (neu) in Absatz 1 vorgeschlagen:
 „Die Krankenhausbehandlung im Geltungsbereich des §17d KHG wird auch im Lebensumfeld durchgeführt, wenn dadurch den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker besser Rechnung getragen werden kann (§27 Satz 3), und wenn dies die Behandlungsbereitschaft und die Erreichung der Behandlungsziele fördert.“

Weitere Aspekte sind:

- eine flexible Ausgestaltung der Krankenhausleistungen unter Einbeziehung „anderer Abrechnungseinheiten“,
- die Gewährleistung der regionalen Pflichtversorgung, um Ausgrenzungen von Patienten zu verhindern und
- der Kontrollaufwand (Misstrauensaufwand) sollte durch Einführung von Mechanismen der Selbststeuerung reduziert werden.

Aktuell bzw. kurzfristig besteht folgender Handlungsbedarf:

- „Entschleunigung“ der Festlegungen in der 1. Stufe, um langfristige Steuerungswirkungen und Kompatibilität zu Zielen der 2. Stufe prüfen zu können (wir sollten uns nicht von einer bürokratischen Eigendynamik überrollen lassen).
- Appell an die Verhandlungspartner, für die PIA eine bundeseinheitliche Leistungsbeschreibung und Kostenbewertung vorzubereiten,
- Schnellere Rückkopplung von Ergebnissen von Evaluations- bzw. Begleitforschungsprozessen (nicht erst 2014!),
- die Verhandlungen zur Sicherstellung einer angemessenen Personalausstattung sollten ausgewertet und der Erfüllungsgrad nach PsychPV empirisch ermittelt werden.

7. Schlussbemerkung

Es wird Sie nicht überraschen, wenn ich die Vision/die Vorstellungen ist nicht durch einen Endpunkt markiert sehe, sondern in einer möglichst weit gehenden Umsetzung einer „Personen - zentrierten“ Behandlung und eines Entgeltsystems, das hierfür die richtigen Anreize setzt.