



Thesen der Begleitgruppe zuhanden der AG Spitalplanung der GDK

Finanzierung von Veränderungen in der psychiatrischen Leistungserbringung

1. Kantone und Versicherer streben bei strukturellen und/oder prozessualen Veränderungen in der Leistungserbringung nicht prioritär eine Reduktion der finanziellen Aufwendungen im Feld der Psychiatrie an. Ein gradueller Abbau stationärer Leistungen zu Gunsten von teilstationären und ambulanten lässt sich in der Periode der Modellprogramme selten kostenneutral durchführen. Die Kantone sollten daher grundsätzlich von einem Mehraufwand bei der Durchführung von Modellprogrammen ausgehen; und auch für die Versicherer könnte ein Mehraufwand entstehen. Aber auch während der Periode des Arbeitens mit Modellprogrammen gelten die Maximen in Art. 32 KVG – nur unter diesen Bedingungen können für Patienten gute Leistungen in der Psychiatrie erbracht werden.
2. Kantone haben quasi kontinuierlich Investitionen für ihre Akutspitäler zu tätigen (insbesondere im medizinisch-technischen Bereich). Die zeitlich limitierten zusätzlichen Aufwendungen für strukturelle und/oder prozessuale Veränderungen in der psychiatrischen Leistungserbringung sind in diesem Sinne auch als „Investitionen“ zu betrachten. Wie hoch die zusätzlichen Kosten in den Jahren 2008 bis Mitte 2011 ausfallen werden, hängt auch vom aktuellen finanziellen Engagement eines Kantons ab und ist damit kaum für alle Kantone in gleichem Ausmass anzusetzen. Um aber für die Budgetierung und die Finanzplanung Grössenordnungen zur Diskussion stellen zu können, wurde ein zeitlich limitierter Zusatzaufwand von 1% - 4% der kantonalen Aufwendungen für die Psychiatrie (ohne Investitionen) p.a. kalkuliert.
3. Für die Finanzplanung können die Kantone, in denen Modellprogramme durchgeführt werden, grundsätzlich damit rechnen, dass ihr Aufwand für die *stationäre* Leistungserbringung per 2012 dann unter jenen für das Jahr 2008 zu liegen kommt¹. Gleichzeitig muss mit Mehrausgaben im Bereich der integrierten Versorgung gerechnet werden.
4. Die Versicherer begrüessen grundsätzlich die Durchführung von Modellprogrammen und sind bereit, unter Wahrung der Usanzen der Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern, eine Mitfinanzierung in Betracht zu ziehen, wenn dadurch künftig zu ähnlichen finanziellen Bedingungen eine bessere Versorgung erreicht werden kann.

¹ Dies gilt nicht für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesem Bereich ist der Versorgungsstand noch relativ bescheiden, so dass ein Ausbau der ambulanten Leistungen kaum mit einem Abbau der stationären einhergehen wird.

5. Es liegt im Wesen von Modellprogrammen, dass auch Kosten resultieren, die gemäss den aktuellen Bestimmungen von keiner der beiden Versicherungen (OKP und IV) gedeckt werden können. Die Kantone sollten diese Kosten im Rahmen von Modellprogrammen (auf der Basis der Hinweise unter 2.) tragen. Auf Grund der von den Leistungserbringern erarbeiteten Evaluationen ist dann darüber zu entscheiden, wie nach Ablauf der Modellprogramme diese Kosten neu zu verteilen sind.
6. Als gewichtiges Anliegen wird den Kantonen empfohlen, die angesprochenen zusätzlichen Kostenübernahmen so unbürokratisch wie nur möglich zu tätigen. Einer globalen Entschädigung sollte in aller Regel gegenüber einer detaillierten Erfassung (z.B. Auflistung jeder Wegstrecke) Vorzug gegeben werden. Die Kantone und Versicherer erhalten mit der Evaluation von Elementen der entsprechenden Modellprogramme ausreichend viele Informationen, um die von ihnen verlangte Rechenschaftslegung zu erfüllen.

Modellprogramme für Veränderungen der psychiatrischen Leistungserbringung (anfangs 2008 bis Mitte 2011)

Definition von Modellprogrammen

Modellprogramme sind Massnahmen von Leistungserbringern, welche Strukturen und/oder Prozesse zielgerichtet verändern und damit Informationen darüber aufarbeiten, in welchem Ausmass die gesetzten Ziele erreicht wurden.

1. Nicht jede Veränderung in der öffentlichen psychiatrischen Leistungserbringung verlangt nach Modellprogrammen – aber eine substanzielle Anzahl von Veränderungen kann nur überzeugend mit Hilfe von Modellprogrammen ausgetestet werden.
2. Die Durchführung von Modellprogrammen muss so unbürokratisch wie nur möglich gestaltet werden. Den Leistungserbringern soll für die Genehmigung von Modellprogrammen bescheidener zusätzlicher Aufwand entstehen – eine überzeugende Konzeptualisierung der Veränderungsvorstellungen wird vorausgesetzt.
3. Grundsätzlich soll für jedes intendierte Modellprogramm nach Partnern in einer anderen Versorgungsregion gesucht werden. Diese Partner müssen nicht eine deckungsgleiche Testanlage verfolgen; aber der anvisierte Wirkungsbereich hat ähnlich zu sein. Das Zentralsekretariat der GDK wird das Suchen von Partnern in anderen Versorgungsregionen unterstützen.
4. Die Vereinigungen der Leistungserbringer sind dazu aufgerufen, über ihre Organisationen das Durchführen von Modellprogrammen zu fördern.
5. Wie im „Leitfaden zur Psychiatrieplanung“ angestrebt, unterstützen die Kantone die Leistungserbringer bei der Konzeptualisierung von Modellprogrammen und begleiten die Veränderungsprozesse mit. Wo nötig, sollen die verschiedenen kantonalen Departemente (Gesundheits-, Justiz-, Erziehungsdepartement) unbürokratisch zusammenarbeiten.

6. Es wird empfohlen, bei der Konzeptualisierung von Modellprogrammen die Versicherer beizuziehen.
7. Von der Umsetzung der 5. IV-Revision wird ein substanzieller Beitrag zur Erhöhung der Chancen für psychisch Erkrankte erwartet. Die IV-Stellen sollen Modellprogramme in ihrem Wirkungsbereich initiieren. Dabei muss den Leistungserbringern Mitentscheidungsrecht zukommen. Die Leistungserbringer lassen sich dann ihrerseits daran messen, wie weit sie in der Lage sind, die Erwartungen der 5. IV-Revision in der öffentlichen Psychiatrie zu erfüllen.
8. Der Prozess des graduellen Wandels soll über eine Anzahl von Fachveranstaltungen (Seminare, Workshops, Tagungen) begleitet und transparent gemacht werden. Die folgenden Vorstellungen stehen zur Diskussion:
 - Spitex-Dienste in der psychiatrischen Versorgung – Januar/Februar 2008
 - Präsentation von Modellprogrammen in Bearbeitung – September 2008
 - Ein Jahr IV-Revision – Ansätze zu Modellprogrammen – März 2009
 - Herausforderungen für Modellprogramme: Alterspsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie – September 2009
 - Ausländische Entwicklungen – März 2010
 - Hausärzte als Leistungserbringer – unter neuen Bedingungen? – September 2010
 - *Schlussveranstaltung als öffentliche Rechenschaftslegung – Mai/Juni 2011*
9. Die GDK ist bereit, als Träger einzelner Veranstaltungen zu fungieren. Grundsätzlich sieht sie sich aber eher in einer unterstützenden Rolle.

Als Orientierungslinien für die in Aussicht stehenden Fachveranstaltungen gelten:

- a) Die GDK unterstützt bei der Organisation. Grundsätzlich sollten aber Leistungserbringer Träger sein.
- b) Die GDK kann immer nur einen Teil des Aufwandes mitfinanzieren. Sie ist aber bereit, allfällige Gesuche um Drittfinanzierung zu unterstützen.
- c) Die Veranstaltungen sollen grundsätzlich für Vertreter aller Leistungserbringer und die Versicherer offen sein.
- d) Der jeweilige Hauptträger erstellt einen Tagungsbericht. Dieser wird über die GDK der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

■