

Die Fachgesellschaften und Verbände
der Plattform Entgelt

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

für die Fachgebiete

Psychiatrie und Psychotherapie

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Inhalt

1.	Zielsetzung	3
2.	Budget-Struktur.....	4
3.	Budgetfindung.....	5
	3.1 Festlegung des Personalbedarfs.....	5
	3.2 Bildung von merkmalsbezogenen Modulen	5
	3.3 Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten.....	6
	3.4 Sicherstellung der Leistungstransparenz	7
4.	Leistungs-Abrechnung	8
5.	Erforderliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen	9
6.	Umsetzung	9
	Anhang A: Grundlagen der Ermittlung des Patienten- und Qualitätsorientierten Personalbedarfs (PQP)	11
	Anhang B: Grundlagen der Ermittlung des Patienten- und Qualitätsorientierten Personalbedarfs (PQP-KJ) – Beispiele für Kinder und Jugendliche.....	13
	Anhang C: Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten.....	14

1. Zielsetzung

Mit dem vorliegenden Konzept legen die o. g. Fachgesellschaften und Verbände gemeinsam ein Konzept für die Entwicklung und Einführung eines grundsätzlich alle Behandlungs-Settings und Fachgebiete umfassenden Entgeltsystems vor. Es umfasst die durch Krankenhäuser zu erbringenden Leistungen in den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Das Budgetsystem ist insbesondere an bedarfs- und qualitätsorientierten strukturellen Elementen ausgerichtet.

Die im Rahmen der bisherigen Entwicklung eines neuen Entgeltsystems geführten Diskussionen und Untersuchungen haben gezeigt, dass eine reine Preisorientierung, wie sie im PEPP-System vorgesehen ist, für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung nicht geeignet ist. Die Finanzierung der Versorgung muss verstärkt auf die Versorgungs- und Leistungsstrukturen sowie auf regionale bzw. krankenhausindividuelle Elemente ausgerichtet werden.

Grundlegendes Prinzip des hier vorgelegten Entgeltsystems ist deshalb die Trennung von krankenhausindividueller Budgetfindung auf der Basis von evidenzbasierten merkmalsbezogenen Modulen und der Abrechnung in Form von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.

Das hier beschriebene Budgetbasierte Entgeltsystem ist geeignet, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend deren besonderen Bedürfnissen¹ zu gewährleisten und die sachgerechte Weiterentwicklung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern.

Basis des Budgetbasierten Entgeltsystems sind die durch die Verbände der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie am 5. Juni 2015 veröffentlichten Eckpunkte.

Dieses Entgeltsystem entspricht den Zielen, die im § 17d KHG² formuliert sind, und überführt das aktuell in Entwicklung befindliche, auf den Preis und den Wettbewerb fokussierte PEPP-System (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik; PEPP) in ein leistungsorientiertes transparentes Budgetsystem.

¹ §27 (1) SGB V: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.(...) Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen,(...)“

² §17d (1) KHG: „(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.“

Zu diesem Zweck ist die Bundespflegesatzverordnung noch vor Ablauf der Optionsphase bzw. noch vor der für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbindlichen Umstellung auf das PEPP-System (01.01.2017) durch den Gesetzgeber zu ändern.

2. Budget-Struktur

Auf der Grundlage bundeseinheitlicher struktureller Kriterien sind krankenhausindividuelle Budgets durch die Verhandlungspartner auf der Ortsebene zu vereinbaren.

Wesentliche strukturelle Kriterien sind^{3,4}:

- Die erforderliche personelle Ausstattung
- Die milieutherapeutischen Erfordernisse
- Besondere krankenhausindividuelle Strukturkriterien für Basiskosten und für besondere Aufgaben (z. B. Gemeindenähe, Dezentralität, spezialisierte Aufgaben) und Pflichtversorgung.

Die erforderliche Personalausstattung ist in Höhe ihrer Kosten⁵ dem Budget zugrunde zu legen und vollständig und dauerhaft zu finanzieren.

Zudem ist die Finanzierung der strukturellen Anforderungen der medizinischen und nicht-medizinischen Infrastruktur sowie der Sachkosten sicherzustellen.

Auf der Grundlage der vereinbarten Budgets und eines prospektiv vereinbarten Mengengerüsts werden krankenhausindividuell die Abrechnungsbeträge für bundeseinheitlich vorgegebene tagesbezogene Entgelte vereinbart.

Die Transparenz über das Leistungsspektrum der Kliniken wird durch tagesbezogene Zuordnung der Patienten zu merkmalsbezogenen Behandlungsmodulen gewährleistet.

Relevante krankenhausindividuelle Strukturmerkmale sind in den hausindividuellen Budgetverhandlungen zu berücksichtigen.

Das Budgetsystem muss dazu geeignet sein, das gesamte Leistungsspektrum des Krankenhauses in allen Settings (stationär, teilstationär, stationsergänzend⁶, stationsäquivalent (stationersetzend)⁷, aufsuchend⁸, komplex-ambulant⁹) adäquat abzubilden.

³ Vgl. Klimke A, Godemann F, Hauth I, Deister A (2015) Strukturqualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nervenarzt 86:525-533

⁴ Das detaillierte Konzept wird im Anhang dargestellt.

⁵ Tatsächlich anfallende Brutto-Arbeitgeberkosten einschl. der die Veränderungsrate übersteigenden Tarifsteigerungen

⁶ Durch das Krankenhaus erbrachte Leistungen, die die stationäre oder teilstationäre Behandlung ergänzen (z. B. Netzwerkarbeit)

⁷ Durch das Krankenhaus erbrachte Leistungen, die die stationäre oder teilstationäre Behandlung im Einzelfall ersetzen können (z. B. hochfrequente nicht-stationäre Behandlung)

⁸ Leistungen, die im häuslichen Umfeld der Patienten erbracht werden (z. B. Home Treatment)

⁹ U. a. Psychiatrische Institutsambulanz

3. Budgetfindung

Um Transparenz über das Leistungsgeschehen und mehr Budgetgerechtigkeit zu erreichen, muss (in Abgrenzung zu einem Preissystem) das dem jeweiligen Krankenhaus zur Verfügung stehende Budget aus den Besonderheiten der Versorgungsstruktur in der jeweiligen Region, Qualitätsmerkmalen und den krankenhausindividuellen Strukturmerkmalen abgeleitet werden.

Bei der Entwicklung des Budget-basierten Entgeltsystems werden zunächst die Patienten- und Leistungsstrukturen im stationären und teilstationären Bereich betrachtet.

In einem zweiten Schritt werden auch die weiteren Behandlungssettings einbezogen. Im Rahmen der Entwicklung von Behandlungsmodulen in den anderen Settings erhalten die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch¹⁰, krankenhausindividuelle und settingübergreifende Leistungen zu vereinbaren. Dazu sind die Bestimmungen des §64b SGB V und der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzupassen (z. B. Kontrahierungszwang) sowie ggf. die Bestimmungen des §39 SGB V zu erweitern.

Die durch die Modellprojekte nach §64b SGB V erreichten und durch wissenschaftliche Begleitforschung evaluierten Ergebnisse sowie weitere spezifische Ergebnisse der Versorgungsforschung¹¹ müssen für die sektorenübergreifende Weiterentwicklung des Finanzierungssystems, insbesondere für die Voraussetzungen der Einbeziehung des stationergänzenden, stationersetzenden und komplex-ambulanten Bereichs in ein gemeinsames Finanzierungssystem mit dem stationären und teilstationären Bereich genutzt werden¹².

3.1 Festlegung des Personalbedarfs

Die Festlegung des Personalbedarfs erfolgt evidenzbasiert¹³ quantitativ (bezogen auf den notwendigen Zeitaufwand) sowie qualitativ (erforderliche Kompetenzen).

Die in diesem Zusammenhang künftig zu treffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁴ sind auf der Grundlage der Empfehlungen einer Expertenkommission zu treffen.

3.2 Bildung von merkmalsbezogenen Modulen

Die Bemessung des Personalbedarfs orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten, sichert eine ausreichende und wirtschaftliche Behandlungsqualität (Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf; PQP) und basiert auf merkmalsbezogenen Modulen. Zahl und Struktur der merkmalsbezogenen Module müssen praktikabel sein und den Misstrauensaufwand begrenzen.

Die zu bildenden merkmalsbezogenen Module spiegeln die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Diagnostik und Behandlung (zum Beispiel Modul „Intensivbehandlung“ oder Modul

¹⁰ Änderung des §64b SGB V erforderlich

¹¹ Z. B. zu settingübergreifenden Angeboten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

¹² Dabei wird in der Modellphase das Budget nicht abgesenkt

¹³ U. a. auf der Grundlage von Leitlinien, spezifischer wissenschaftlicher Erkenntnisse und gesicherter klinischer Erfahrung.

¹⁴ §137 (1c) SGB V

„Basisbehandlung“) während eines Behandlungsverlaufs wider. Die Zuordnung der Patienten zu den Modulen erfolgt tagesbezogen.

Die erforderlichen personellen Ressourcen werden evidenzbasiert für die jeweiligen merkmalsbezogenen Module festgelegt und tagesbezogen ausgewiesen. Die Zuordnung eines Personalbedarfs zu den einzelnen Modulen wird durch eine Expertenkommission¹⁵ erstellt und in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst.

Die zu entwickelnden Module orientieren sich am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft einschließlich der aktuellen evidenzbasierten Leitlinien. Deren regelmäßige Aktualisierung berücksichtigt die Entwicklung der wissenschaftlichen Evidenz. Bei der Umsetzung der Module in die klinische Praxis sind die Kliniken verpflichtet, den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung sowie ggf. bestehende evidenzbasierte Leitlinien dem Einzelfall entsprechend angemessen zu berücksichtigen.

3.3 Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten

Grundlage für die Berechnung der Kosten für krankenhausesindividuelle Strukturelemente sind die im Folgenden aufgeführten Bereiche. Diese jeweils krankenhausesindividuellen Aufstellungen von Kostenpositionen, die außerhalb des unmittelbaren Personalbezugs entstehen, müssen für eine Aufrechterhaltung des Leistungsspektrums und zur Weiterentwicklung der patientenorientierten Versorgung gemäß der regionalen Bedingungen vor Ort verhandelt und vereinbart werden.

Basis-Kosten einer Einrichtung

Die Basis-Kalkulations- und Verhandlungspositionen umfassen:

- Medizinische Institute bzw. Leistungen (z. B. Radiologie) und Dienstleistungen (z. B. Konsiliardienste, Hygiene)
- Leitungskräfte und deren Strukturen (z. B. Klinikleitung, Pflegedirektion, Chefärzte, incl. Sekretariate)¹⁶
- Medizinische Verbrauchsgüter
- Administrative Dienstleistungen (Kosten der Verwaltung)
- Sonstige Dienstleistungen (z. B. Küche)
- Infrastrukturelle Verbrauchsgüter (z. B. Energie)

Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten sind im Wesentlichen:

- Kosten für akute Notfallversorgung
- Kosten für spezielle Einrichtungen¹⁷
- Kosten für Aus- und Weiterbildung
- Kosten für Einrichtungen zur Verbesserung der wohnortnahen Patientenversorgung
- Kosten für an milieuthérapeutischen Anforderungen orientierte Stationsgrößen und spezielle Bauten.

¹⁵ Angebunden an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

¹⁶ Nach konsentierten, wirtschaftlich adäquaten Relationen.

¹⁷ Die Voraussetzungen für die jeweiligen Kostenbereiche finden sich im Anhang B

- Kosten für innovative Versorgungskonzepte und Behandlungsmethoden
- Kosten für besondere Infrastruktur und Betriebskosten für aufwändige Diagnostik und Therapieverfahren

Am Beispiel der Akut- und Notfallversorgung wird das Verfahren im Anhang B exemplarisch beschrieben.

Zur Orientierung der Verhandlungspartner wird ein bundesweiter Krankenhausvergleich etabliert, aus dem die Bandbreiten der Kosten der einzelnen Strukturleistungstatbestände (z. B. Notfallversorgung; siehe Anhang B) hervorgehen. In einem zu regelnden Verfahren werden diese Vergleichskalkulationen jährlich weiter entwickelt und gegenüber den Verhandlungspartnern transparent ausgewiesen. Bei nachweisbaren Extremkosten können diese Positionen auch abweichend verhandelt werden.

3.4 Sicherstellung der Leistungstransparenz

Leistungstransparenz dient nicht nur der Weitentwicklung der Versorgungsstrukturen sondern auch der Abbildung von strukturellen und leistungsbezogenen Unterschieden zwischen den Krankenhäusern.

Die Transparenz des Leistungsspektrums und der erbrachten Leistungen erfüllt auch eine wesentliche Funktion in der Sicherung der erforderlichen Qualität psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung.

Die differenzierte Leistungsbeschreibung basiert auf der Beschreibung und Abgrenzung funktional sinnvoller Behandlungsmodule und der dazu erforderlichen strukturellen Merkmale¹⁸. Beschrieben werden prototypisch die notwendige Bereitstellung von personellen Ressourcen, typische Behandlungsstrategien sowie die dafür erforderlichen Strukturmerkmale. Dabei ist darauf zu achten, dass einerseits die Zuordnung von Patienten zu den einzelnen Modulen möglichst eindeutig ist, andererseits aber eine weitgehende Reduktion der Komplexität und damit der Zahl der Behandlungsmodule erfolgt.

Die Leistungsbeschreibung wird tagesbezogen dargestellt.

Die Kliniken verpflichten sich zu einer sach- und leistungsgerechten Darstellung der vorhandenen strukturellen Merkmale, der Behandlungssituation und der erbrachten Leistungen.

Der MDK kann Konzepte und die strukturellen Auswirkungen dieser Konzepte sowie exemplarisch die Eingruppierung von Patienten in die merkmalsbezogenen Module überprüfen¹⁹. Es muss darauf geachtet werden, dass das System der Überprüfung möglichst bürokratiearm erfolgt und Misstrauensaufwand so weit wie möglich reduziert wird.

Es bleibt im Verlauf zu prüfen, ob und ggf. in welchem Ausmaß bestehende Prozeduren (OPS) zur Beschreibung der erbachten Leistungen verwendet werden können. Vorstellbar ist die Verwendung von OPS-Codierungen als „Transparenzmarker“, insbesondere für spezielle Leistungen.

¹⁸ Die diagnostische Zuordnung stellt eines der Merkmale in den merkmalsbezogenen Patientengruppen dar, sofern dadurch unterschiedliche Aufwände begründet werden können.

¹⁹ Überprüft wird dagegen nicht die im Einzelfall erbrachte Leistung.

4. Leistungs-Abrechnung

Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung patientenbezogen²⁰ auf der Basis der Behandlungstage im Sinne von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.

Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage von bundeseinheitlich definierten, tagesbezogenen Entgelten mit einheitlich vorgegebenen Bewertungsrelationen. Durch Division des krankenhausindividuellen Budgets (ggf. nach Abzug von Budgetanteilen für gesondert zu finanzierende Tatbestände) durch die Summe der Bewertungsrelationen resultiert ein krankenhausindividueller Basisentgeltwert, der als ein wesentliches Ergebnis der Budgetverhandlung zu vereinbaren ist. Der Abrechnungsbetrag eines Tagesentgeltes ergibt sich durch Multiplikation von Bewertungsrelation und krankenhausindividuellem Basisentgeltwert. Im Ergebnis sind die Abrechnungsbeträge als Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget zu verstehen. Zugleich werden jedoch die Leistungstransparenz und die Vergleichbarkeit der Einrichtungen im Vergleich zu Basis- und Abteilungspflegesätzen aufgrund der bundeseinheitlichen Definition der Tagesentgelte deutlich verbessert.

Unter diesen Rahmenbedingungen muss ein bundeseinheitlicher Entgeltkatalog nicht auf eine möglichst hohe „Kostengerechtigkeit“, sondern verstärkt auf die Anreizwirkung und eine sinnvolle Leistungstransparenz ausgerichtet werden. Auch müssen der bürokratische Aufwand durch Dokumentationspflichten und der Misstrauensaufwand durch Rechnungsprüfungen auf ein für Abschlagszahlungen notwendiges Maß begrenzt werden.

Als bundeseinheitlicher Entgeltkatalog kommen die tagesbezogenen Behandlungsmodule des PQP oder ein grundlegend neu ausgerichteter und vereinfachter PEPP-Katalog ohne Degression in Frage. Es ist noch zu diskutieren bzw. zu prüfen, ob die o.g. Anforderungen an das Abrechnungssystem eher mit einem einheitlichen Katalog für Personalbedarf und Abrechnung oder eher mit einem gesonderten Entgeltkatalog für die Abrechnung erfüllt werden können.

Die Entscheidung über die Struktur des Abrechnungssystems ist abhängig von vorheriger Klärung der Ausgleiche von Mehr- und Mindererlösen, des Dokumentationsaufwandes und der Regeln zur Dynamisierung des Budgets bei veränderten Rahmenbedingungen.

²⁰ Unter Einbeziehung aller Behandlungsformen und Behandlungs-Settings

5. Erforderliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen

Zur Sicherstellung der zielgerichteten Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und zur Vermeidung ökonomischer Fehlanreize sind konkrete ordnungspolitische Rahmenbedingungen zu schaffen.

Dadurch erhalten die Kliniken einen rechtlich abgesicherten Anspruch auf Finanzierung der verhandelten personellen Ressourcen, der institutionsbezogenen Strukturmerkmale sowie deren Kostenentwicklung.

Es besteht ein Anspruch auf Finanzierung des medizinisch leistungsgerechten Budgets und dessen Veränderung im Rahmen der medizinisch-fachlichen Entwicklung, der Mengen- und Morbiditätsentwicklung und der Veränderung der Inanspruchnahme.

In Modellprojekten nach §64b SGB V besteht ein Kontrahierungszwang der Krankenkassen.

Die Vereinbarungen sind grundsätzlich schiedsstellenfähig.

6. Umsetzung

Die Umsetzung des Budgetbasierten Entgeltsystems erfolgt schrittweise.

In einem ersten Schritt werden die merkmalsbezogenen Module sowie der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) definiert und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung konsentiert.

Auf der Basis der merkmalsbezogenen Module und der krankenhausindividuellen Strukturkomponenten werden krankenhausindividuelle Budgets vereinbart.

Ausgangsbasis der zu verhandelnden Budgets ist das zum Zeitpunkt der Einführung des Budgetbasierten Entgeltsystems bestehende Krankenhausbudget. Die krankenhausindividuellen Budgets werden schrittweise fortentwickelt unter Berücksichtigung der Merkmale vergleichbarer Krankenhäuser mit vergleichbaren regionalen Rahmenbedingungen.

Es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung und evtl. Anpassung der Definitionen der merkmalsbezogenen Module und der PQP durch eine Expertenkommission.

Gez.

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA),
- Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,
- Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser,
- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK),
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK),
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), (angefragt),
- Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP),
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS),
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP),
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP),
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM),
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs),
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Anhang A: Grundlagen der Ermittlung des Patienten- und Qualitätsorientierten Personalbedarfs (PQP)

Die Ermittlung von Personalbedarfskennzahlen erfolgt auf der Basis von aufwandshomogenen²¹ Modulen. Sie lassen eine eindeutige, tagesbezogene Zuordnung von Patienten zu einzelnen Modulen zu.

- Die Zuordnung einzelner Patienten zu den Modulen erfolgt auf der Basis von klinisch orientierten Fallbeschreibungen, welche die Patientenmerkmale und -bedarfe deutlich machen.
- Entscheidend für die Zuordnung zu einzelnen Module ist, welche Merkmale bei dem einzelnen Patienten am Tag der Einstufung nach klinischer Einschätzung vorrangig vorliegen (Prinzip der Vorrangigkeit).
- In allen Modulen kommen regelhaft auch diagnostische und therapeutische Elemente der anderen Module in unterschiedlichem Maße zur Anwendung.

In der Weiterentwicklung wird es notwendig sein, die Aufwandshomogenität der Module zu prüfen, um festzustellen, ob die initial gewählten Module korrekt, zu weit oder zu eng gefasst sind.

Exemplarische Beschreibung von zwei Modulen:

- Intensivbehandlung
- Basisbehandlungsmodul

In der weiteren Entwicklung sind weitere 10-15 Module geplant, die durch die psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften (DGPPN, DGPM, DGKJP) in engem Austausch mit den unterzeichnenden Verbänden entwickelt werden. Mit diesen wird der gesamte Behandlungsverlauf aller Patienten abgebildet werden können.

Modul „Intensivbehandlung“

Eine Intensivbehandlung ist gekennzeichnet durch Patientenmerkmale, die den allgemeinen Betreuungsaufwand bei einer Behandlung wesentlich erhöhen. Dazu zählen:

- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
- Akute Fremdgefährdung
- Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
- Keine eigenständige Flüssigkeits- bzw. Nahrungsaufnahme
- Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung
- Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
- Oder im Aufwand vergleichbare Merkmale

²¹ „Aufwandshomogene Module“ im PQP-System stellen leistungshomogene Module im Sinne von Zeitaufwand und Kompetenzeinsatz des erforderlichen Personals dar. Sie sind mit dem Ziel von leitlinien- und qualitätsorientierter Versorgung definiert und müssen von – auf Basis von Durchschnittskosten – ökonomisch definierten aufwandshomogenen Gruppen, die rein kostenorientiert definiert sind, unterschieden werden.

Klinische Beispiele für die Merkmale einer Intensivbehandlung (Auswahl)

■ Merkmal: Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten

Beschreibung:

- Z. B. ein Patient kommt nach einem Suizidversuch, es besteht die Gefahr, dass ein weiterer Suizidversuch auf Station geschieht.
- Z. B. eine Patientin hat intensiv drängende Suizidgedanken.
- Z. B. Im Rahmen einer schweren psychischen Erkrankung besteht ein präsuizidales Syndrom.
- Z. B. ein Patient mit einer Borderline-Störung mit wiederholtem selbstverletzendem Verhalten muss chirurgisch versorgt werden.
- Z. B. Patienten die sich durch eine akute oder chronische kognitive Einschränkung und die daraus resultierenden Handlungen massiv selbst gefährden (z. B. durch Verlaufen oder die Gefahr, bei Teilnahme am Straßenverkehr überfahren zu werden).
- Z. B. durch eine schwer ausgeprägte psychogene Essstörung mit lebensbedrohliche Komplikationen (schwerster Untergewicht; Elektrolytstörungen).

■ Merkmal: Akute Fremdgefährdung

Beschreibung:

- Z. B. ein Patient mit gereizter Manie wird krankheitsbedingt immer wieder tätlich zudringlich gegenüber Patienten oder/und Mitarbeitern.
- Z. B. ein Patient mit akut exazerbierter wahnhafter Verkennung seiner Umgebung, der bereits früher in seiner psychotischen Angst Mitpatienten oder Personal angegriffen hat.
- Z. B. eine desorientierte Patientin, die bei der Durchführung von notwendigen Pflegemaßnahmen immer wieder Personal verletzt.
- Z. B. psychotischer Patient mit Drogenabusus, der unter dem Substanzgebrauch aggressiv ist und es zu körperlichen Übergriffen kommt.

Modul „Basisbehandlung“

Das Modul „Basisbehandlung“ bildet die multimodale psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Basistherapie ab. Zu einer multimodalen Behandlung gehören Einzel- und Gruppenbehandlungen der verschiedenen Berufsgruppen wie ärztliche und psychologische Therapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Künstlerische Therapie, Soziale Arbeit, Physiotherapie usw., die je nach Krankheitsbild und -verlauf mit unterschiedlicher Gewichtung eingesetzt werden.

Beschreibung:

- Z. B. ein depressiver Patient erhält eine übliche, leitliniengerechte Therapie

- Z. B. eine Patientin mit abklingendem Delir durch Medikamentenüberdosierung und mit im Vorfeld der stationären Aufnahme stattgehabten erheblichen Fehlhandlungen erhält eine übliche, leitliniengerechte Therapie
- Z. B. ein alkoholkranker Patient erhält eine medizinisch überwachte qualifizierte Entzugsbehandlung ohne dass besondere Komplikationen auftreten

Anhang B: Grundlagen der Ermittlung des Patienten- und Qualitätsorientierten Personalbedarfs (PQP-KJ) – Beispiele für Kinder und Jugendliche

Beispiel-Modul „Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren mit vorwiegend psychotherapeutischem Behandlungsbedarf“

Beschreibung:

Patienten mit geplanter Behandlung, vornehmlich psychotherapeutischer Bedarf mit Unterstützung von Transferleistungen in den Alltag, sozialpädagogische Diagnostik und ggfs. Einleiten spezieller schulischer und Jugendhilfe-Maßnahmen

Leistungsmodule: störungsspezifische Diagnostik und Differenzialdiagnostik mit spez. Assessmentinstrumenten, Behandlungsplan gestuft, pflegerische Bezugsarbeit und Übungen zum Alltagstransfer, Gruppen- und Erlebnistherapien mit störungsspezifischer Ausrichtung und Aufgabenstellung, ggfs. Kreativtherapien, teils höherfrequente Einzeltherapie (sofern vorhanden leitliniengestützt), Familientherapie zur Bearbeitung störungsaufrechterhaltender Verhaltensweisen und Konstellationen, ggfs. Pharmakotherapie und Monitoring. Bei Schulproblemen Stützung in Schule für Kranke, ggfs. begleiteter Außenschulversuch am Ende der Behandlung.

Beispiel-Modul „Behandlung von Kindern im Alter von 9-13 Jahren mit Hauptmerkmal externalisierende Störung“

Beschreibung:

Patienten mit überwiegender Impulsivität als Problemverhalten (Gefährdung), Eskalationsgefahr des Verhaltens aufgrund der Symptomatik, ggfs. Fremdgefährdung. Patienten benötigen klar strukturiertes Milieu, Überwachung der Regeleinhaltung, Begrenzung, ggfs. kurzfristige Freiheitsbeschränkungen unterhalb der Schwelle der Intensivbehandlung.

Leistungsmodule: In aller Regel (unbekannte Patienten, nicht vordiagnostiziert) Diagnostik und Differenzialdiagnostik (z. B. Ausschluss von Überforderung; DD depressive Störung, Reaktive Bindungsstörung, Störung des Sozialverhaltens), pflegerische Interventionen unterschiedlicher Art mit individuellen Modulen z. B. zur Aggressionskontrolle, Soziales Kompetenztraining; Gruppeninterventionen, z. B. Erlebnistherapie; In Fachtherapien z. B. Konzentrationstraining, Mastery-Erfahrungen, Zugewinn an Selbstsicherheit; Einzelpsychotherapie; Familien-/Elterntherapie z. B. zum Aufbau von begrenzendem und stützendem Verhalten bezogen auf das Kind; Ggfs. Medikationsüberwachung, -umstellung u. a. m.; enge Kooperation mit der Schule für Kranke.

Anhang C: Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten

Die folgenden Positionen sind Grundlage für die Berechnung der Kosten für krankenspezifische Strukturelemente. Es ist eine Aufstellung von Kostenpositionen, die außerhalb des unmittelbaren Personalbezugs entstehen.

Voraussetzung für den hausindividuellen Verhandlungstatbestand der verschiedenen aufgeführten Punkte ist, dass die Kosten nicht über PQP abgebildet werden.

Am Beispiel der Notfallversorgung soll die Praktikabilität des Verfahrens gezeigt werden:

1. Basis-Kosten einer Einrichtung

Die Basis-Kalkulations- und Verhandlungspositionen umfassen:

- Medizinische Institute (z. B. Radiologie) und Dienstleistungen (z. B. Konsildienste, Hygiene)
- Leitungskräfte und deren Strukturen (Klinikleitung, Pflegedirektion, Chefärzte, incl. Sekretariate)
- Medizinische Verbrauchsgüter
- Administrative Dienstleistungen (Kosten der Verwaltung)
- Sonstige Dienstleistungen (z. B. Küche)
- Infrastrukturelle Verbrauchsgüter (z. B. Energie)

2. Kosten für die akute Notfallversorgung

Kalkulations- und Verhandlungspositionen:

- Mehrkosten für Bereitschaftsdienst (anteilig)
- Erhöhte (z. B. doppelte) Stationsbesetzungen in der Nacht und am Wochenende
- Kosten der Notaufnahme (24h)
- Sonstige Kosten (z. B. Sicherheitsdienst, Nachtbesetzung Empfang)
- Kosten für Instandhaltung für besondere Infrastruktur (z. B. Sicherheitseinrichtungen, PNA)

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über 9 stationäre Einrichtungen mit regionaler Pflichtversorgung, die auf der Grundlage einer eigenen Kostenstelle, die vier genannten Positionen anteilig zum Gesamtbudget berechnet haben.

Haus	Prozentuale Kosten der akuten Notfallversorgung am Gesamtbudget	Prozentualer Anteil der Wochenend- und Nachtaufnahmen (alle = 100 %)	Kosten für die akute Notfallversorgung (€) pro Berechnungstag	Kosten für die akute Notfallversorgung (€) pro Einwohner der (Pflicht-) Versorgungsregion
1	7,08 %	28,8 %	16,86	3,55
2	3,72%	21 %	7,91	3,62
3	6,38%	19%	11,54	11,54
4	4,03%	31%	k. A.	k. A.
5	6,00%	15 %	14,62	3,03
6	7,10%	17,6 %	k. A.	k. A.
7	6,09%	18 %	16,40	3,40
8	9,40%	28 %	8,69	7,16
9	7,56 %	25 %	13,12	3,51

Der Kostenanteil der Notfallversorgung am Gesamtbudget schwankt zwischen 3,7 und 9,4 %, die Kosten / Berechnungstag zwischen 7,91 und 16,86 €/Tag und die Kosten / Einwohnerzahl zwischen 3,03 und 11,54 €/Einwohner.

Alle Einrichtungen wiesen eine Notfallaufnahme in den Nächten und am Wochenende von mehr als 15 % auf.

Die Ergebnisse zeigen, dass

- ein relevanter Anteil der Kosten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik am Allgemeinkrankenhaus oder eines Fachkrankenhauses mit der Notfallversorgung verknüpft ist,
- diese Einrichtungen einen hohen Anteil an Nacht- und Wochenendaufnahmen haben (als ein Indikator für die Notfallversorgung),
- die Kosten sowohl als Kosten pro Belegungstag als auch als Kosten pro Bewohner der Region mit Pflichtversorgung ausgewiesen werden können und
- die Zahlen sehr variabel sind, was auf die individuelle Struktur einzelner Einrichtungen hinweist und die Notwendigkeit hausindividueller Verhandlungen betont.

3. Kosten für spezielle Einrichtungen

Kalkulations- und Verhandlungspositionen:

- Mehrkosten für eine quantitativ und qualitativ erforderliche besondere Personalausstattung in dieser Einrichtung
- Mehrkosten für spezielle Medizinprodukte für die Versorgung spezieller Patientengruppen (z. B. bei Chorea Huntington „Schutzhelme“)
- Mehrkosten für sonstige Sachkosten dieser Versorgungsbereiche pro Fall bzw. Tag (z. B. in spezialisierten Versorgungsbereichen von intelligenzgeminderten Patienten mit psychiatrischem Behandlungsbedarf, Autismus)

4. Kosten für Ausbildungskrankenhäuser (außer Pflege)

Voraussetzung für den hausindividuellen Verhandlungstatbestand: Die Einrichtung kann die Vorhaltung und Durchführung systematischer Weiterbildungscurricula mit praktischen und theoretischen Bausteinen gemäß Facharzt-Weiterbildungsordnung und/oder Curricula gemäß Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer und/oder andere anerkannte systematische Weiterbildungscurricula für andere Berufsgruppen nachweisen.

Kalkulations- und Verhandlungspositionen:

- Mehrkosten für die systematische Facharztweiterbildung in den Psych-Fächern, einschließlich Ausfallzeiten der Weiterbildungsassistenten in den theoretischen und praktischen Ausbildungszeiten.
- Mehrkosten durch die Ausbildung und Supervision im Rahmen des praktischen Jahres von Psychologen zum psychologischen Psychotherapeuten
- Mehrkosten für die systematische Durchführung anderer systematischer, anerkannter Berufweiterbildungen

5. Kosten für Einrichtungen (z. B. Satellitenstationen) zur Verbesserung der wohnortnahen Patientenversorgung

Voraussetzung für den hausindividuellen Verhandlungstatbestand:

Die Erreichbarkeit zum jeweiligen spezifischen Versorgungsangebot beträgt mehr als xy (Zeitangabe) mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Kalkulation- und Verhandlungspositionen:

- Mehrkosten für die Sicherstellung der Personalausstattung insb. auch nachts und am Wochenende (z. B. Bereitschaftsdienste, höhere Vorhaltekosten)
- Mehrkosten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals durch Wegezeiten
- Mehrkosten durch Logistikaufwand und Schnittstellen zwischen Zentralklinik und Satellit

6. Kosten für an milieutherapeutischen Anforderungen orientierte Stationsgrößen und spezielle Bauten

Voraussetzung für den hausindividuelle Verhandlungstatbestand: Die Station ist baulich-organisatorisch weder am Tag noch in der Nacht aufgrund baulicher Gegebenheiten oder aufgrund von Behandlungsaspekten als größere Betriebseinheit mit anderen Stationen zusammenzuschließen.

Kalkulations- und Verhandlungspositionen:

- Mehrkosten für die betriebserforderliche Personalausstattung kleinerer Stationen, insbesondere auch nachts und am Wochenende (z. B. Stationsgrößen 18-22 Betten/Plätze)
- Mehrkosten für aufwändigere Logistik bei kleinteiligen Betriebseinheiten

7. Kosten für innovative Versorgungskonzepte und Behandlungsmethoden

Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird ein Verfahren entwickelt, welches Grundlagen und Voraussetzungen für den krankenhausindividuellen Verhandlungstatbestand definiert. Das innovative Versorgungskonzept wird evaluiert.

8. Kosten für besondere Infrastruktur und Betriebskosten für aufwendige Diagnostik und Therapieverfahren

Voraussetzung für den hausindividuellen Verhandlungstatbestand: Nur verhandelbar, wenn sie nicht im Rahmen von PQP abzubilden sind, z. B. Verfahren mit großer hausindividueller Kostenspreizung wie z. B. EKT oder MRT oder genetische Diagnostik.

Kalkulation- und Verhandlungspositionen:

- Mehrkosten durch quantitative und qualitative besondere Personalausstattung
- Mehrkosten im sächlichen Bereich, z. B. Laborkosten, Logistikkosten, usw.
- Mehrkosten z. B. aufgrund von Krankenhausabteilungs-übergreifenden Strukturumlagen
- ...

Zur Orientierung der Verhandlungspartner wird ein bundesweiter Krankenhausvergleich etabliert, aus dem die Bandbreiten der Kosten der einzelnen Strukturleistungstatbestände (z. B. Notfallversorgung; s.o.) hervorgehen. In einem zu regelnden Verfahren werden diese Vergleichskalkulationen jährlich weiter entwickelt, und gegenüber den Verhandlungspartnern transparent ausgewiesen. Bei nachweisbaren Extremkosten können diese Positionen auch abweichend verhandelt werden.