



Psychiatrie- Entgeltgesetz (PsychEntG)

Zum Stand der aktuellen Diskussion

Prof. Dr. med.

Arno Deister

Ärztlicher Direktor des Klinikums Itzehoe
Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin



Die Diskutanten

- Die Politik
 - BMG
 - Gesundheitsausschuss des Bundestages
 - 16 Bundesländer
 - Die Selbstverwaltungspartner
 - GKV / PKV
 - DKG
 - Die Behörden
 - InEK
 - DIMDI
 - Die Krankenkassenverbände
 - AOK
 - vdek
 - Die Institute
 - DRG-Research Group
 - AQUA / IGES etc.
- Die Kammern
 - Bundesärztekammer
 - Bundespsychotherapeutenkammer
 - Die Fachgesellschaften
 - DGPPN
 - DGKJP
 - Fachgesellschaften der Psychosomatik
 - Die Verbände psychiatrischer Kliniken
 - ackpa
 - BDK
 - Weitere Verbände der Kliniken (Universitätskliniken, Diakonie, Bischofskonferenz)
 - Die Aktion Psychisch Kranke
 - Das Netzwerk
 - Die Verbände von Betroffenen und Angehörigen
 - Die Gewerkschaften
 - Die Verbände der niedergelassenen Ärzte



Weiterer Zeitplan

- 18.01.2012 Regierungsentwurf (Kabinettsentwurf)
- 15.02.2012 Beratung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates
- 02.03.2012 Erste Lesung im Bundesrat
- 14.03.2012 Gegenäußerung der Bundesregierung
- 22. 03.2012 Erste Lesung im Bundestag
- 23. 04.2012 Beratung im Gesundheitsausschuss des Bundestages
- 11.05.2012 Zweite und dritte Lesung im Bundestag
- Inkrafttreten zum 1.7.2012, 1.1.2013 und 1.1.2017



Geltungsbereich

„Krankenhaus im Sinne dieser Verordnung ist auch die Gesamtheit der selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) und für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) an einem somatischen Krankenhaus.“

- Alle psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Einrichtungen einschl. der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Ziele des Gesetzes

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems soll der Weg von der krankenhausespezifischen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer pauschalierenden leistungsorientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgesetzt werden. Das Leistungsgeschehen soll transparenter werden.

Zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) wird die noch offene Einbindung in die Krankenhausfinanzierung durch dieses Gesetz geregelt.

Vorgegeben werden insbesondere:

- die Ein- und Überführungsphase des Psych-Entgeltsystems bis zum 1. Januar 2022,
- die Vergütungsvereinbarungen,
- die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts,
- Möglichkeiten zur Stärkung sektorenübergreifender Ansätze
- begleitende Maßnahmen.

Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat auf die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine finanziellen Auswirkungen, da nicht mehr Mittel verausgabt werden als bisher. Die Mittel werden zwischen den Einrichtungen lediglich stärker leistungsorientiert verteilt.

- Umsetzung § 17d KHRG
- Entwicklung zu einem pauschalierenden Entgeltsystem in der DRG-Systematik auch für die psychiatrischen Einrichtungen
- Stärker leistungsorientierte Verteilung der vorhandenen Mittel
- Möglichkeiten zur Stärkung sektorenübergreifender Ansätze

aber

- Kein Gesetz zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen *Versorgung*
- Ziel der Begrenzung der Ausgaben für die Psycho-Fächer



Ziele des Gesetzes (Begründung)

Mit dem neuen Entgeltsystem soll die Transparenz über die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen der Krankenhäuser verbessert werden. Durch die leistungsorientierte Ausgestaltung des neuen Psych-Entgeltsystems wird die Möglichkeit eröffnet, Versorgungsstrukturen zu analysieren und zu optimieren. Die Vergleichbarkeit von Einrichtungen auf der Grundlage ihrer Leistungen wird zunehmen. Die Verknüpfung von Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhauserintern wie auch krankenhauserübergreifend effizienter eingesetzt werden. Zugleich ist mit dem neuen Entgeltsystem auch die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen verbunden.

Einrichtungen, die aufwendige Leistungen erbringen, sollen diese auch höher vergütet bekommen als Einrichtungen, die weniger aufwendige Patientinnen und Patienten versorgen. Das Geld soll den Leistungen folgen. Durch die sowohl für Krankenhäuser wie auch Krankenkassen gestärkte Transparenz ist zudem davon auszugehen, dass nicht nur die Verteilungsgerechtigkeit zunimmt, sondern auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gestärkt wird. Die Qualität der Leistungen soll durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren gefördert werden. Die Ergebnisse sind dabei nach Außen transparent zu machen.



Ziele des Gesetzes: *Diskussionen*

- Regelmäßiger Hinweis des BMG darauf, dass der gesetzliche Auftrag in der Einführung eines neuen Entgeltsystems und nicht in der Einführung neuer Versorgungsstrukturen liege.
- Sorge vor Kostensteigerungen (Krankenkassen)
- Falsche Anreizwirkung
- Keine Weiterentwicklung des Versorgungssystems
- Weitgehend einheitliche Kritik an dem Ziel der Kosten-Begrenzung
- Zu große Nähe zum DRG-System wird kritisch gesehen
- Finanzierung des zunehmenden Versorgungsbedarfs (Morbidity bzw. medizinischer Fortschritt) nicht gesichert
- Finanzierung der Kostenentwicklung (Tarifschere) nicht gesichert
- Stärkere Betonung der regionalen Pflichtversorgung erforderlich



Fristen

„Das Vergütungssystem wird für die Einrichtung für die Jahre 2013 bis 2016 budgetneutral umgesetzt, erstmals für das Jahr 2013.“

„Das Vergütungssystem wird zum 1. Januar 2013 oder 1. Januar 2014 jeweils auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 sein Verlangen bis zum 30. November des jeweiligen Vorjahres schriftlich mitzuteilen. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2015 eingeführt. Erstmals für das Jahr 2017 wird nach § 18 Absatz 3 Satz 3 ein landesweit geltender Basisentgeltwert vereinbart. Ab dem Jahr 2017 werden der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget der Einrichtungen nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung schrittweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.“

- Vier budgetneutrale Jahre (2013-2016)
- 2013 und 2014 optionale Einführung
- 2015 verbindliche Einführung
- 2017 Vereinbarung eines landesweit geltenden Basisentgeltwertes
- 2017 – 2011 Konvergenzphase



Fristen: *Diskussionen*

- Die Fristen werden als insgesamt lange und ausreichend angesehen
- In den bisherigen Diskussion wurden teilweise längere Fristen gefordert. Die aktuell vorgegebenen Fristen erscheinen den meisten Verbänden jedoch als praktikabel.
- In der budgetneutralen Phase sind frühere Budgets nicht automatisch festgeschrieben, sondern werden lediglich nicht nach den neuen Regeln beimessen.



PsychPV

Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2013 oder 2014 das Vergütungssystem einführen, können bis zum Jahr 2016 für das jeweilige Anwendungsjahr eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung treffen; für alle anderen Krankenhäuser endet die Vereinbarungsmöglichkeit für das Jahr 2012.

(4) Soweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen bei einem Krankenhaus bis zum 31. Dezember 2008 nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden, sollen nach Aufforderung einer Vertragspartei die zu diesem Stichtag fehlenden Personalstellen nach Maßgabe der folgenden Sätze verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden:

- 1. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 unterhalb von 90 Prozent ist ab dem 1. Januar 2009 eine Umsetzung zu 90 Prozent zu vereinbaren;*
- 2. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 zwischen 90 und 100 Prozent ist bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs nach der Psychiatrie-Personalverordnung eine höhere Personalbesetzung zu vereinbaren;*

Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 19. Die Zahl der nach Satz 1 fehlenden Personalstellen bemisst sich nach der tatsächlichen Personalbesetzung zum Stichtag

- Die PsychPV endet mit dem 30.12.2016
- Krankenhäuser, die nicht in 2013 oder 2014 optieren, können keine zusätzlichen Stellen nach den Regelungen der PsychPV mehr verhandeln (Anreizwirkung zur Optierung)



PsychPV: *Diskussionen*

- PsychPV als ein Mittel des Anreizes für frühzeitigen Umstieg in der Optionsphase
- Erhalt der PsychPV als Instrument verbindlicher Strukturvorgaben, insbesondere im personellen Bereich
- Übergang in die Konvergenzphase erst dann, wenn die PsychPV umfassend finanziert ist



(3) Der Ausgangswert nach Absatz 2 wird verändert, indem für einen zukünftigen Zeitraum folgende Tatbestände berücksichtigt werden:

1. Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
2. die Veränderungsrate nach § 71
3. die jeweils nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate.

(5) Weicht für die Jahre 2013 bis 2016 die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 von dem veränderten Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 5 ab, so werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mindererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 75 Prozent und ab dem Jahr 2015 zu 20 Prozent ausgeglichen,
2. Mehrerlöse, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen,
3. sonstige Mehrerlöse werden bis zur Höhe von 5 Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach Absatz 2 Satz 5 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus abweichende Ausgleichssätze vereinbaren,

Erlös-Ausgleiche

- Abweichungen von den vereinbarten Leistungen (Mehr- oder Mindererlöse) werden unterschiedlich ausgeglichen.
- Ab 2015 werden Mindererlöse nur noch mit 20% ausgeglichen
- Codierungsbedingte Mehrerlöse werden nicht bezahlt
- Sonstige Mehrerlöse werden bei einer Erhöhung bis 5% zu 85%, darüber hinaus zu 90% ausgeglichen, d.h., 10% bleiben beim Leistungserbringer



Erlösausgleiche: *Diskussionen*

- DKG: wirkungsvoller Anreiz zum frühzeitigen Systemumstieg, z. B. verbesserter Mehrerlösausgleich in Höhe von 65 %
- Nicht ausreichende Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung



Konvergenzphase

(4) Als Zielwert für die Angleichung nach Absatz 1 wird für die Jahre 2017 bis 2021 jeweils ein Erlösvolumen für das Krankenhaus vereinbart, indem Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 mit dem jeweiligen Landesbasisentgeltwert nach § 10 bewertet werden und die ermittelte Summe der Erlöse um die voraussichtliche Summe der Erlöse aus Zusatzentgelten erhöht wird.

(5) Die Angleichung nach Absatz 1 erfolgt für das Jahr 2017 zu 10 Prozent, für die Jahre 2018 und 2019 zu jeweils 15 Prozent und für die Jahre 2020 und 2021 zu jeweils 20 Prozent.

- Die Konvergenzphase beträgt 5 Jahre
- Ab 2017 wird für 5 Jahre das bisherige Entgelt schrittweise an das nach den neuen Regeln errechnete Entgelt angepasst
- Ab 2022 gilt die neue Systematik ohne Einschränkungen



Konvergenzphase: *Diskussionen*

- Analoge Regelung zum DRG-System





Abrechnungsregeln

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Katalog nach § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten einschließlich der Bewertungsrelationen sowie in geeigneten Fällen Regelungen zu Zu- oder Abschlägen, die nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmen sind,
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (..)
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte
4. Empfehlungen für die Kalkulation und die krankenspezifische Vergütung von Leistungen und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (...)
6. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten

- Die Selbstverwaltung vereinbart Bewertungsrelationen
- Es sollen Regeln für die Über- und Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vereinbart werden
- Es sollen Regeln für die Datenerhebung und –übermittlung erstellt werden.



Abrechnungsregeln: *Diskussionen*

- Einrichtung einer Expertenkommission wird durch das BMG strikt abgelehnt
 - Verbände wurden frühzeitig in die Diskussion einbezogen
 - Verweis auf die Uneinigkeit der Verbände
 - Keine Veränderung des Versorgungssystems gewünscht (BMG)
 - Hinweis auf das „lernende System“
 - Ersatzvornahme?
- Forderung nach der Einrichtung einer Expertenkommission
 - Erarbeitung bedarfs- und verteilungsgerechter praktikabler Tagesentgelte und Zusatzentgelte
 - Erarbeitung von Gewichtungsmodellen für die „Residualgröße“
 - Streichung der Vorgaben zu verweildauerabhängigen Zu- und Abschlägen
 - Teilweise Forderung nach einem „Moratorium“



Budgetsteigerungen

(3) Der nach Absatz 2 vereinbarte Landesbasisentgeltwert darf den um die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veränderten und berichtigten Landesbasisentgeltwert des Vorjahres nicht überschreiten. Dies gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Landesbasisentgeltwertes lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Lediglich technisch bedingt ist eine Erhöhung des Landesbasisentgeltwertes insbesondere dann, wenn sie auf die Weiterentwicklung des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der Abrechnungsbestimmungen zurückzuführen ist

- Der Landesbasisentgeltwert darf nicht stärker als um Veränderungsrate steigen.
- Lediglich „technisch bedingte Veränderungen“ sind erlaubt.



§ 64b SGB V

- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie von § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.
- (2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.
- (3) Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zu Grunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens mitzuteilen. Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine Vereinbarung. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung und die Datenübermittlung entsprechend anzuwenden.
- (4) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.



§ 64b SGB V (Begründung)

Die sektorenübergreifende Versorgung hat in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine wichtige Bedeutung.

Zur Förderung dieser Versorgungsmöglichkeiten werden die Vorgaben für Modellvorhaben weiter entwickelt. Möglich sind Modellvorhaben z. B. zur optimierten Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereich, zu neuen Formen der Leistungserbringung wie z. B. Home Treatment oder zur Versorgung auf der Grundlage von regionalen Budgets.

Die geltenden Dokumentationsvorgaben sind auch für Modellvorhaben verbindlich.

Zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten wird auch psychosomatischen Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen) die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V eröffnet.



§ 64b SGB V (Begründung)

Modellvorhaben nach § 64b können nach Absatz 1 gemeinsam von den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen werden. Auch einzelne Krankenkassen können Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen.

Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer sind auch im Rahmen der Modellvorhaben zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung zum Vertragsschluss mit den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt sind. Zu den zum Vertragsschluss berechtigten Leistungserbringern zählen damit neben den stationären Einrichtungen auch die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigten Ärzte und Einrichtungen.

Satz 2 stellt klar, dass durch Modellvorhaben eine bestehende Versorgungsverpflichtung nicht abbedingt werden kann, z. B. hat eine durch die Krankenhausplanung des Landes vorgegebene regionale Versorgungsverpflichtung weiterhin Bestand.

Damit auch die Daten aus Modellvorhaben für die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG genutzt werden können und zur Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen, wird die nach § 63 Absatz 3 bestehende Möglichkeit zur Abweichung von geltenden Rechtsvorschriften eingeschränkt. Nach Satz 3 kann deshalb in Modellvorhaben, die die Versorgung psychisch kranker Menschen zum Gegenstand haben, nicht von den Vorgaben zur Übermittlung von Leistungsdaten abgewichen werden. Dies gilt entsprechend für die Übermittlung von Daten nach § 21 KHEntgG. (...)

Um den Modellcharakter sicherzustellen, bedarf es einer Laufzeitbefristung dieser Verträge. Gleichzeitig muss diese Frist jedoch so bemessen sein, dass verwertbare Ergebnisse erzielt werden können.



Modellprojekte: *Diskussionen*

- Die im Referentenentwurf noch vorgesehenen zwei Paragraphen im SGB und in der Bundespflegeverordnung wurden zu einem gemeinsamen Paragraphen zusammengefasst.
 - Satzungsänderungen der Krankenkassen sind nicht mehr erforderlich.
 - Auch nicht-stationäre Einrichtungen sind zukünftig zugelassen.
 - Betonung der Notwendigkeit der Transparenz der Modellprojekte
- Berücksichtigung von Modellprojekten wird von den sozialpsychiatrisch orientierten Verbänden insgesamt positiv bewertet
 - § 64b SGB V scheint als Basis für Modellprojekte (auch Fortführung der bestehenden Projekte) grundsätzlich geeignet
 - Schaffung von klarer formulierten Anreizen für den Einstieg in Modellprojekte
 - Einheitliche Ziele für Modellprojekte
 - Systemorientierte Begleitforschung
 - Bereitschaft zur Datenlieferung an ein unabhängiges Institut
 - Berücksichtigung regionaler Aspekte



Institutsambulanzen

Dem § 118 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend.“

- Psychosomatische Einrichtungen können nur dann eine Institutsambulanz erhalten, wenn sie an der Regelversorgung beteiligt sind



Qualitätssicherung

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen.“

- Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden im Wesentlichen dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen
- Gefordert werden auch Maßnahmen zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die Einrichtungs- und Sektorenübergreifende Versorgung
- Die Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten darzustellen.



Qualitätssicherung: *Diskussionen*

- Transparenz der Qualitätssicherung
- Forderung nach eindeutigen Qualitätskriterien für die personelle und strukturelle Ausstattung der Kliniken
- Betonung der Ergebnisqualität als Parameter für die erbrachte Leistung



Stellungnahme sozialpsychiatrisch orientierter Verbände

- ackpa (Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland e.V.)
- APK (Aktion Psychisch Kranke e.V.)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
- BApK (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker)
- BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.)
- Netzwerk "Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung"
- Diakonisches Werk



Stellungnahme sozialpsychiatrisch orientierter Verbände

- Berufung eine Expertenkommission aus Sachverständigen, der auch Patienten-und Angehörigen-Vertreter angehören
- Sicherstellung der Anpassung der Personalausstattung in allen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung vor Eintritt in die Konvergenzphase
- Weiterentwicklung der Psych-PV zu einer dauerhaft verlässlich finanzierten Mindest-Personalausstattung als unverzichtbares Maß für Strukturqualität
- Sicherstellung der zeitgerechte Bearbeitung bedarfs- und verteilungsgerechter, praktikabler Tagesentgelte und Zusatzentgelte
- Stärkung der fachlichen und ökonomischen Anreize für Modellerprobungen sowie Erleichterungen für deren Umsetzung
- Erweiterung des Auftrags für Begleitforschung
- Weiterentwicklung der Vernetzung im regionalen Hilfesystem



Stellungnahme sozialpsychiatrisch orientierter Verbände

- Berufung eine Expertenkommission aus Sachverständigen, der auch Patienten-und Angehörigen-Vertreter angehören
- Sicherstellung der Anpassung der Personalausstattung in allen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung vor Eintritt in die Konvergenzphase
- Weiterentwicklung der Psych-PV zu einer dauerhaft verlässlich finanzierten Mindest-Personalausstattung als unverzichtbares Maß für Strukturqualität
- Sicherstellung der zeitgerechte Bearbeitung bedarfs- und verteilungsgerechter, praktikabler Tagesentgelte und Zusatzentgelte
- Stärkung der fachlichen und ökonomischen Anreize für Modellerprobungen sowie Erleichterungen für deren Umsetzung
- Erweiterung des Auftrags für Begleitforschung
- Weiterentwicklung der Vernetzung im regionalen Hilfesystem



Beschluss des Gesundheitsausschusses des Bundesrats vom 15.02.2012

- Abschlüsse bei Nicht-Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung (7:4:5)
- Möglichkeit der Erklärung der Option bis zum 3.12. eines Jahres (statt 30.11.) (12:2:2)
- **Fortführung der Regelung nach § 6 Abs. 4 BPfIV bis Ende 2016 (14:0:2)**
- Höherer Mindererlösausgleich (8:7:1)
- Erhöhung des Mehrerlösausgleichs auf 65% für Optionshäuser
- **Berücksichtigung des Orientierungswertes als Basis für die Budgetveränderungen (13:2:1)**
- **Keine Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenhäuser (14:1:1)**
- **Keine Zu- bzw. Abschlüsse bei Über- bzw. Unterschreitung erkrankungstypischer Liegezeiten (11:3:2)**
- **Stärkung von Modellvorhaben mit allen Krankenkassen und anschließende Überführung in einen regelhaften Leistungsbereich mit allen Krankenkassen (11:3:2)**
- Die stationäre Versorgung im Rahmen von Integrationsverträgen muss dem Versorgungsauftrag der Krankenhäuser entsprechen (8:7:1)



Beschluss des Gesundheitsausschusses des Bundesrats vom 15.02.2012

Antrag Brandenburg und Hamburg:

- „Dabei geht es ihnen (Anmerkung: den Ländern) darum, die finanziellen Steuerungsmöglichkeiten eines künftigen leistungsbezogenen Entgeltsystems nicht allein zur Herstellung von Kostentransparenz und zur Kostendämpfung im stationären Sektor zu nutzen, sondern mit geeigneten finanziellen Anreizen auch dem Ziel einer qualitativen Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Grundversorgung gerecht zu werden. (...)
- Nach Auffassung des Bundesrates muss insbesondere der bisher bestehende Fehlanreiz zu vorrangiger stationärer Unterbringung beseitigt und durch ein sektorenübergreifendes, patientenzentriertes und schwerpunktmäßig ambulantes Versorgungsangebot ersetzt werden. (...)
- Der Bundesrat hält die Berücksichtigung der Ergebnisse solcher Modellprojekte für die weitere Entwicklung des Entgeltsystems für unabdingbar“

Abstimmungsergebnis: Ja 14; Nein 1 BY; Enthaltung 1 HE



Ich bedanke mich für Ihr Interesse