

Vorschläge für

Eckpunkte

zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

1. Beginn der Einführung der Psych-Entgelte nach § 17d KHG zum 1. Januar 2013

Die budgetneutrale Einführung des Psych-Entgeltsystems beginnt zum 1. Januar 2013. Ab diesem Zeitpunkt können die Psych-Entgelte gegenüber Krankenkassen und Patienten abgerechnet werden, wodurch Leistungsstrukturen transparent werden.

Das neue Entgeltsystem wird schrittweise und als lernendes System eingeführt: Einer vierjährigen budgetneutralen Phase soll sich eine fünfjährige Konvergenzphase anschließen. Die budgetneutrale Phase umfasst zudem mit den Jahren 2013 und 2014 zwei optionale Jahre, in denen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem auf freiwilliger Grundlage erfolgt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und setzt sie in Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ein. Entsprechende Verfahren sind spätestens mit Beginn der Konvergenzphase für die Krankenhäuser verbindlich anzuwenden. Die nach Einführung mit den Indikatoren gemessenen, veröffentlichungsfähigen Ergebnisse sind transparent nach Außen (z. B. in Qualitätsberichten der Krankenhäuser) darzustellen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Psych-Entgeltsystem werden in einer eigenständigen Rechtsgrundlage geregelt.

2. Budgetneutrale Phase ab 2013

- Die budgetneutrale Phase des Psych-Entgeltsystems startet im Jahr 2013 und dauert vier Jahre. In den Jahren 2013 und 2014 kann das neue Entgeltsystem optional von den Einrichtungen angewendet werden; für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach den neuen Psych-Entgelten verpflichtend. In den Jahren 2015 und 2016 ist unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtend. Die Einrichtungen können sich somit ab Vereinbarung der Eckpunkte über drei Jahre auf die verpflichtende Umstellung des neuen Entgeltsystems vorbereiten. Mit der verpflichtenden budgetneutralen Anwendung erhalten die Einrichtungen zwei weitere Jahre unter geschützten Bedingungen.
- In der budgetneutralen Phase werden die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen noch nach den bisherigen Regeln vereinbart. Dadurch werden für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch das neue Entgeltsystem bedingte Verluste oder Gewinne vermieden (Einführung unter geschützten Bedingungen).
- Die Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV ist als Anreiz für Optionseinrichtungen im Gegensatz zu nicht optierenden Einrichtungen auch noch während der Optionsjahre möglich.

- Auf Grundlage der Krankenhausbudgets werden unter Anwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge krankenhausindividuelle Preise (Basisentgeltwerte) ermittelt und abgerechnet.
- Mehr- und Mindererlösausgleiche werden weiterhin durchgeführt. Um anfangs ggf. noch bestehenden Kodiermängeln Rechnung zu tragen, wird die Mindererlösausgleichsquote für Einrichtungen, die die Optionsphase nutzen, in den Optionsjahren 2013 und 2014 von derzeit 20 auf 75 Prozent erhöht. Ab 2015 wird die Mindererlösausgleichsquote wieder abgesenkt. Kodierbedingte Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen.
- Angelehnt an die Systematik des Krankenhausentgeltgesetzes werden Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte, Zu- und Abschläge abrechenbar.
- Die von Krankenhäusern für die Verhandlungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem vorzulegenden Aufstellungen für die Budgetverhandlungen werden auf das leistungsorientierte Entgeltsystem ausgerichtet (u. a. neue Aufstellung zu Art und Anzahl der Leistungen). Nach der erstmaligen gesetzlichen Vorgabe können die Aufstellungen von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene weiter entwickelt werden.

3. Zum Festpreissystem in fünf Konvergenzjahren

- Die Konvergenzphase beginnt im Jahr 2017 und dauert bis zum Jahr 2021.

Hierfür werden folgende Rahmenbedingungen vorgegeben:

- Mit Beginn der Konvergenzphase werden erstmalig Landesbasisentgeltwerte vereinbart, die sich aus dem Erlös- und Leistungsvolumen im Land ableiten.
- Die unterschiedlich leistungsgerechten Krankenhausbudgets werden in der fünffährigen Konvergenzphase stufenweise angeglichen, indem die Differenz zwischen dem nach den bisherigen Regeln verhandelten Budget und dem nach dem neuen Entgeltsystem ermittelten Psych-Erlösvolumen (einrichtungsbezogene Art und Anzahl der Leistungen x Landesbasisentgeltwert) abgebaut wird.
- Kodierbedingte Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen.
- Konvergenzbedingte Budgetvermindierungen einzelner Einrichtungen werden durch eine Kappungsgrenze begrenzt (beginnend bei 1 Prozent, jährlich um 0,5 Prozentpunkte steigend). Die Summe der Kappungsbeträge ist bei der Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes mindernd zu berücksichtigen, um hierdurch Mehrausgaben für die Kostenträger zu vermeiden.
- Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können bei fehlender sachgerechter Abbildung krankenhausindividuelle Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern geschlossen werden.
- Einzelne Einrichtungen können mit dem Konzept der besonderen Einrichtungen nach Abschluss der budgetneutralen Phase von der Anwendung des Psych-Entgeltsystems zeitlich befristet ausgenommen werden, wenn deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden.
- Bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes (Preiskomponente) sind insbesondere Fallzahlentwicklungen und Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Die Obergrenze für den Zuwachs des Landesbasisentgeltwertes bildet der aus dem Orientierungswert abzuleitende Veränderungswert.

4. Stärkung sektorenübergreifender Ansätze

Sektorenübergreifende Ansätze werden gestärkt:

- Sektorenübergreifende Versorgung im Rahmen von Modellvorhaben oder integrierter Versorgung ist weiterhin möglich. Zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten (u. a. optimierte regionale Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereich oder neue Formen der Leistungserbringung wie z. B. Hometreatment) sollen im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens die Vorgaben für Modellvorhaben weiter entwickelt werden. Die geltenden Dokumentationsvorgaben sind auch für Modellvorhaben verbindlich.
- Als Voraussetzung zur Durchführung des Prüfauftrags nach § 17d Abs. 1 Satz 3 KHG zur Einbeziehung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) sind die Leistungen der PIAs möglichst kurzfristig über eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation zu erfassen.
- Zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten wird auch psychosomatischen Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen) die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V eröffnet.
- Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Fallsteuerung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen Empfehlungen für Interventionszeitpunkte, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen kann. Hierdurch kann eine sektorenübergreifende Leistungskoordination gefördert und spätere Rechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vermindert werden.