

AOK-BUNDESVERBAND GbR | POSTFACH 11 02 46 | 10832 BERLIN  
vdek e.V. | ASKANISCHER PLATZ 1 | 10963 BERLIN

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Regierungsdirektor  
Ferdinand Rau  
Rochusstraße 1  
53107 Bonn

GESPRÄCHSPARTNER

Herr Göbel, AOK-BV

Frau Bührig, vdek

DURCHWAHL

030 34646-2648

030 26931-1813

ABTEILUNGSTELEFAX

030 34646-2726

030 26931-2900

E-MAIL

thomas.goebel@bv.aok.de

svea.buehrig@vdek.com

DATUM

15.03.2011

IHRE NACHRICHT VOM  
04.01.2011

IHRE ZEICHEN

UNSERE ZEICHEN  
VE 4 BUR

## **Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens zur Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

Sehr geehrter Herr Rau,

wir bedanken uns für Ihren Brief und die Möglichkeit, unsere Vorstellungen zum weiteren Einführungsprozess des neuen Psych-Entgeltsystems darzulegen. Ihre Fragen beantworten wir gern, **zunächst** möchten wir Ihnen **unsere Eckpunkte** zur „**Sektorenübergreifenden Versorgung psychisch Kranker**“ vorstellen. Das Konzept wurde von Leistungserbringerverbänden (APK, ackpa) und Krankenkassenverbänden (vdek, AOK-Bundesverband) entwickelt und wird gemeinsam getragen.

Unser Ziel ist die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungssystems. Die Versorgung sollte durch die Flexibilisierung ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten weiterentwickelt werden, indem sie am individuellen Bedarf psychisch Kranker ausgerichtet wird. Damit bietet sich die Chance, dem Wunsch der Patienten nachzukommen, wohnortnah im vertrauten Umfeld behandelt zu werden. Durch die Schaffung von nicht krankenhausspezifischen Versorgungs- und Patientenbudgets kann auch die Vergütung leistungsgerecht ausgerichtet und die Qualität der Behandlung psychisch kranker Menschen nachhaltig verbessert werden.

Die Eckpunkte „Neustart für § 17d KHG: Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker“ (Anlage) halten wir für den geeigneten Weg, um das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser weiterzuentwickeln.

Falls bei der Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 der sektorenübergreifende Ansatz noch nicht im Detail berücksichtigt werden kann, nehmen AOK-Bundesverband und vdek gemeinsam wie folgt zu Ihren Fragen Stellung.

### **1. Dauer und Ausgestaltung einer budgetneutralen Einführung**

Der Umstieg auf das pauschalierende Entgeltsystem sollte im Jahr 2013 verpflichtend für alle Krankenhäuser erfolgen. Diesem sollte eine dreijährige budgetneutrale Phase bis einschließlich 2015 folgen. In diesem Zeitraum erfolgt die Ermittlung des Gesamtbetrages nach § 6 BpflV. Für die Ermittlung des krankenhausespezifischen Basisentgeltwertes (BEW) ist ein PSY-B1-Schema in Analogie zum B1-Schema des KHEntgG notwendig. Die Leistungen von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sollten beim Umstieg einbezogen werden.

#### **Begründung:**

Die Ausgangslage zur Implementierung eines PSY-Entgeltsystems ist im Vergleich zu den Prozessen im Rahmen der G-DRG-Einführung schwieriger; insbesondere in Hinblick auf Erfahrungen in der Kalkulation, der Vollständigkeit der Klassifikationssysteme sowie der Leistungsdokumentation selbst.

Die budgetneutrale Phase bietet allen Beteiligten eine geschützte Lernperiode, die Verfahren und die Umsetzung der Leistungsdokumentation, die Kalkulation usw. weiterzuentwickeln. Dieses Sammeln von Erfahrungen soll nicht optional, sondern verpflichtend im Jahr 2013 erfolgen. Dadurch werden den Beteiligten – sowohl auf Bundes- als auch auf Ortsebene - frühzeitig notwendige Daten in vergleichbarer Form vorliegen, die zur Weiterentwicklung des Systems notwendig sind. Durch den Verzicht auf ein Optionsjahr wird ein zögerlicher Einstieg wie bei § 17b KHG vermieden.

Das Ziel einer dreijährigen budgetneutralen Phase ist, ungerechtfertigte Budgetumverteilungen zwischen den Leistungserbringern und die erwarteten starken Effekte aus veränderter Kodierung in den ersten Jahren zu minimieren. Die dreijährige budgetneutrale Phase hätte zudem den Vorteil, dass die Vertragsparteien auf Landesebene bei der erstmaligen Verhandlung eines Landesbasisentgeltwertes (PSY-LBEW) im Spätsommer 2015 ausreichend valide Budgetdaten vorliegen hätten. Die Probleme bei der erstmaligen Verhandlung der Landesbasisfallwerte im Herbst 2004 würden somit vermieden.

## 2. Dauer und Ausgestaltung einer Konvergenzphase

Im Zeitraum von 2016 bis einschließlich 2019 sollten die krankenhausindividuellen BEW an einen PSY-LBEW linear in vier gleichen Schritten von jeweils 25 Prozent angeglichen werden. Eine Kappingsregelung ist nicht erforderlich.

### **Begründung**

Eine ausgabenneutrale Konvergenz kann nur dann erreicht werden, wenn sich „Gewinner- und Verliererkrankenhäuser“ in gleichen Schritten an einen PSY-LBEW angleichen (symmetrische Konvergenz). Eine einseitige Kappung der Angleichungsbeträge ist einerseits nicht ausgabenneutral, andererseits auch nicht erforderlich, da aufgrund einer dreijährigen budgetneutralen Phase die Krankenhäuser genug Zeit haben, ihre internen Prozesse und Strukturen anzupassen.

## 3. Nutzung des Entgeltsystems als Preissystem oder als Instrument der rationalen Budgetbemessung (Preisgestaltung: Fest-, Höchst- oder Richtpreise)

Das Entgeltsystem sollte als Instrument der rationalen Budgetbemessung ausgestaltet werden. Neben dem Landesbasisfallwert ist ein eigenständiger Landesbasisentgeltwert für die Psychiatrie notwendig.

### 3.1 Erstmalige Berechnung der Ausgangsbasis des PSY-LBEW

Die erstmalige Ermittlung der Ausgangsbasis sollte wie folgt erfolgen:

$$\frac{\text{(Vereinbarte Summe K5 Nr. 9 + 13)} - \text{Berichtigungstatbestände}}{\text{Summe der vereinbarten BWR aller PSY-KHs im Land}}$$

Fehlschätzungskorrekturen für die Berechnungsfaktoren sollten verpflichtend im Gesetz verankert werden, inklusive deren Schiedsstellenfähigkeit.

### **Begründung:**

Der Verhandlungsprozess wird weniger zeitkritisch verlaufen als bei der erstmaligen Verhandlung der LBFW, da nach dreijähriger budgetneutraler Phase mehr Budgetdaten vorliegen und durch die verpflichtende Fehlschätzungskorrektur Konflikte vermieden werden. Der Tatbestand der Fehlschätzungskorrektur wurde von den Schiedsstellen im KHEntgG-Bereich in der Vergangenheit unterschiedlich ausgelegt. Daher halten wir eine gesetzliche Vorgabe für notwendig.

### 3.2 Verhandlungsparameter zur Berechnung des PSY-LBEW

Es sollte für die Berechnung des PSY-LBEW ein Schema gesetzlich vorgegeben werden. Ausgehend von den vereinbarten Parametern des Vorjahres bzw. von den unter 3.1 ermittelten Parametern (Erlösvolumen, Summe der BWR und LBEW) sind im ersten Schritt vereinbarte Fehlschätzungskorrekturen, technische Effekte (z.B. Katalogeffekte), Ausgabenerhöhungen aufgrund einer veränderten Kodierung im Vorjahr und Ausgabenentwicklungen von nicht pauschalieren Entgelten zu berücksichtigen.

Im zweiten Schritt werden insbesondere die Tatbestände wie allgemeine Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsreserven und Leistungsveränderungen (Anzahl Patienten und Schweregrad) in Höhe des Anteils der variablen Kosten beachtet.

Die Berechnung der Obergrenze erfolgt in dem budgetorientierten System über das Erlösvolumen des Landes, d.h., das im ersten Schritt bereinigte Erlösvolumen darf maximal um die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert steigen. Ausgenommen von dieser Begrenzung werden Leistungsveränderungen (Anzahl Patienten und Schweregrad), d.h. das Erlösvolumen wird bei Leistungssteigerungen um die Anteile der variablen Kosten auch über die Höhe der Grundlohnrate bzw. Veränderungswert erhöht.

Die Leistungsveränderungen sollten über die Anzahl der Patienten und nicht über die Anzahl der behandelten Fälle berechnet werden, um die verschiedenen und sich ggf. wandelnden Behandlungskonzepte, aber auch ein mögliches Fallsplitting durch die Krankenhäuser sachgerecht abzubilden. Damit würden Prüfaufwände durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verringert werden.

Die Vertragsparteien auf Landesebene sollten bis zum 31.10. eines jeden Jahres den LBEW, das Erlösvolumen sowie die Summe der BWR vereinbaren.

#### **Begründung:**

Das pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie bietet – wie die aktuelle BpflV - für die Krankenhäuser den Anreiz, maximale Belegungstage zu erbringen. Die Budgetorientierung ist ein bewährtes Instrument zur Mengensteuerung, ohne dass erforderliche Leistungen rationiert werden.

Das Morbiditätsrisiko ist von den Krankenkassen zu tragen. Dies erfolgt, indem dass gekappte Erlösvolumen (Obergrenze) um die Finanzierungsanteile variabler Kosten für zusätzliche Leistungen erhöht wird. Damit bekommen die Krankenhäuser bei zusätzlich erbrachten Leistungen auch zusätzliche Finanzmittel zu Verfügung gestellt. Somit erfolgt ein sachgerechter Interessenausgleich zwischen Krankenkassen (Beitragssatzstabilität) und Krankenhäusern (leistungsgerechte Finanzierung).

Die Berechnung der Obergrenze über das Erlösvolumen und die gleichzeitige Berücksichtigung von Leistungsveränderungen wird eine zweite Divergenzlücke verhindern.

#### 4. Veränderungen für die Budgetverhandlungen

Bei den krankenhausesindividuellen Budgetverhandlungen wird sich der Fokus auf die Leistungsplanung (Art und Menge der Tagespauschalen) richten. Daher sollte analog der Anlagen E1 und E2 im KHEntgG eine Aufstellung für die Psychiatrie erfolgen (PSY-E1 und PSY-E2). Die krankenhausesindividuellen Erlösbudgets sollten sich nach Beendigung der Konvergenzphase wie folgt ermitteln:

$(\text{Summe der BWR} \times \text{PSY-LBEW}) + \text{Erlössumme Zusatzentgelte}$

Eine Anwendung der Obergrenze für krankenhausesindividuelle Erlösbudgets wie aktuell in § 6 Abs. 1 Satz 3 BPflV wird nicht mehr erforderlich sein, da der Grundsatz der Beitragssatzstabilität unter Beachtung des Morbiditätsrisikos über das Erlösvolumen des Landes sichergestellt würde.

Während der Konvergenzphase von 2016-2019 sollten Leistungsveränderungen auch auf Krankenhausebene nicht in voller Höhe, sondern nur anteilig in Höhe der variablen Kosten im Erlösbudget berücksichtigt werden. Nach Abschluss der Konvergenzphase würden zusätzliche Leistungen zu 100% auf Ortsebene im Erlösbudget eingerechnet.

Die Mehr- und Mindererlösausgleiche sollten auch weiterhin im Gesetz aufgenommen werden. Der Mindererlösausgleich kann 20 Prozent und der Mehrerlösausgleich 90 Prozent betragen. Die Erlösausgleiche aber auch andere Tatbestände wie z.B. die Ausbildungsfinanzierung gemäß § 17a KHG können über krankenhausesindividuelle Zu- und Abschläge finanziert werden.

##### **Begründung:**

Die Erlösausgleiche geben einerseits den Krankenhäusern Planungssicherheit und unterstützen andererseits die Krankenkassen, die angebotsinduzierte Nachfrage zu begrenzen. Aufgrund des hohen Anteils der Fixkosten ist ein Mehrerlösausgleich in Höhe von 90 Prozent gerechtfertigt. Bereits heute liegen die Mehrerlösausgleiche zwischen 85 und 90 Prozent.

Eine anteilige Berücksichtigung von Leistungsveränderungen auf Krankenhausebene ist für die Dauer der Konvergenzphase in gleicher Höhe wie auf Landesebene (in Höhe der variablen Kosten) notwendig, damit nach Abschluss der Angleichung keine Divergenzlücke, wie im DRG-System, entsteht.

## 5. Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität

Der in § 6 Abs. 1 Satz 3 BPfIV verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität sollte auf den PSY-LBEW übertragen werden (siehe Punkt 3.2).

### **Begründung:**

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sollte von Beginn an berücksichtigt werden um spätere Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen (z.B. KHEntgG: Mehrleistungsabschlag) zu vermeiden. Die Obergrenze muss sich auf die Vereinbarung des Erlösvolumens des Landes beziehen und nicht auf den LBEW. Eine andere Betrachtung wäre nicht sachgerecht, da der Bezug auf den LBEW eine vollständige Mengenfregabe bedeutet, was den Grundsatz der Beitragssatzstabilität aushöhlen würde.

Eine Budgetdeckelung für das einzelne Krankenhaus würde nicht entstehen, da Leistungsänderungen nach Abschluss der Konvergenzphase vollständig im Erlösbudget berücksichtigt werden. Bei der Vereinbarung des PSY-LBEW kommt es ebenfalls nicht zu einer Deckelung, weil die Leistungsänderungen in Höhe der variablen Kostenanteile über die Grundlohnrate hinaus finanziert werden.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen widersprechen sich damit nicht.

## 6. Weitere erforderliche begleitende Regelungen

### 6.1. Überführung der Psych-PV

Ab dem Jahr 2013 sollte in § 6 BPfIV Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 und Absatz 4 sowie die Psych-PV gestrichen werden.

### **Begründung:**

Durch die Bewertungsrelationen werden ab 2013 die Aufwände der Krankenhäuser individuell vergütet, indem auch ein höherer Personalaufwand bei z.B. einer Intensivbehandlung durch ein höheres Relativgewicht abgebildet wird. Die separate Vereinbarung von Personalstellen für einzelne Behandlungsbereiche anhand von Minutenwerten gemäß der Psych-PV in den Budgetverhandlungen kann dann entfallen. Die Vergütung der Personalstellen erfolgt zukünftig über die Einstufung in die Behandlungsbereiche im Rahmen der Leistungsbeschreibung (OPS).

Weiterhin können vor dem Hintergrund, dass die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wurden, die Regelungen in § 6 Abs. 1 Satz 4 Nummer 4 und Absatz 4 BPfIV entfallen. Die entsprechenden Finanzvolumina werden bei der Berechnung der krankenhausesindividuellen BEW und des PSY-LBEW jeweils berücksichtigt.

## 6.2. Transparenz über Personalstellen in den Berufsgruppen

Damit die Krankenhäuser auch künftig ausreichend Personal für die Behandlung vorhalten, sollten sie den Krankenkassen jährlich im Rahmen der Budgetverhandlungen eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung der jahresdurchschnittlich Beschäftigten in den einzelnen Berufsgruppen, die in § 5 Abs. 1 Psych-PV aufgeführt werden, vorlegen. Diese Bestätigung sollte eine gesetzlich vorgegebene Anlage der Budgetunterlagen sein (PSY-AEB).

Die Finanzierung der Personalstellen entsprechend der Vorgaben der Psych-PV wird im Jahr 2012 vollständig umgesetzt sein. Um zu gewährleisten, dass die Krankenhäuser die Finanzmittel auch für Personalstellen zweckgebunden verwenden, sollte für das Jahr 2013 eine verbindliche Rückzahlungsverpflichtung im Gesetz aufgenommen werden. Sofern Krankenhäuser im Jahr 2012 die vereinbarten Personalstellen nicht umgesetzt und dementsprechend die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet haben, sollten sie die Finanzmittel im Rahmen der Budgetverhandlung 2013 an die Krankenkassen zurückzahlen (Absenkung des Budgets).

### **Begründung:**

Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers wird im neuen Entgeltsystem zwar nicht mehr für die Bemessung der Personalstellen benötigt, dient jedoch als Grundlage für die Qualitätssicherung. Die Transparenz über das vorhandene medizinische Personal in der Psychiatrie ist auch im neuen Entgeltsystem erforderlich, um Qualitätseinbußen durch fehlendes Personal auszuschließen. Eine Rückzahlungsverpflichtung im Jahr 2013, wie auch beim Pflegesonderprogramm im KHEntG-Bereich, soll eine zweckentsprechende Mittelverwendung sicherstellen. Nur so kann vermieden werden, dass ärztlich - therapeutisches Personal auf Kosten der Solidargemeinschaft abgebaut bzw. substituiert wird.

## 6.3. Modelle zur Versorgungsoptimierung

Die Krankenkassen und die Krankenhäuser sollten mit dem Ziel, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern, weiterhin die Möglichkeit haben, Verträge zu Modellvorhaben schließen zu können (z.B. Regionalbudgets, Patientenbudgets). Die Schaffung der Möglichkeit, Direktverträge abzuschließen, muss mit einer Regelung zur Abgrenzung aus der kollektiven Versorgung einhergehen (Budgetausgliederung, Ausgleichsmechanismen, etc.).

### **Begründung:**

In der Gesetzesbegründung zu § 17d KHG wird als mittelfristiges Ziel die Einführung von flexiblen Budgets genannt. Durch die Möglichkeit der Modellvorhaben können die Vertragspartner neue innovative Versorgungsformen ausprobieren und deren Ergebnisse in die systematische Weiterentwicklung des Systems einbringen. Die Hürden für Modellvorhaben sind derzeit zu hoch (Satzungsänderung, aufwändige Begleitforschung) und die Regelungen zur Integrierten Versorgung z. B. aufgrund der Einschreibungspflicht zu bürokratisch. Diese Hürden sollten daher für die Evaluation von entsprechenden Modellvorhaben abgebaut werden.

#### 6.4 Entwicklung von sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren

Es sollten Qualitätsindikatoren zur Messung der Strukturqualität (z.B. Personalausstattung, Entlassungsmanagement) und zur Messung der Ergebnisqualität (z.B. Arbeitsunfähigkeitszeiten, Versorgungseffizienz, Wiederaufnahmequote) entwickelt und verpflichtend vorgegeben werden.

**Begründung:**

Um Fehlentwicklungen bei der Implementierung eines pauschalierten tagesbezogenen Entgeltsystems – ohne Erfahrungsberichte aus dem Ausland - rechtzeitig zu erkennen, sind messbare Qualitätsindikatoren notwendig.

**Unsere Ausführungen zu Ihren Einzelfragen würden die Berücksichtigung des sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsansatzes auch zu einem Zeitpunkt nach dem Jahr 2013 ermöglichen.**

**Zusammenfassend** halten wir eine Trennung des somatischen und psychiatrischen Bereiches auf absehbare Zeit für notwendig. Dabei ist die BPfIV und die Psych-PV außer Kraft zu setzen und ein neues PSY-KHEntgG zu entwickeln. Die budgetneutrale Phase sollte drei Jahre und die Konvergenzphase vier Jahre mit jeweils gleichen Angleichungsschritten dauern. Für die Verhandlung auf Orts- und Landesebene sind verpflichtende Berechnungsschemata vorzugeben. Die Möglichkeit, Verträge zu Modellvorhaben schließen zu können, sollte erleichtert werden. .

Wir möchten abschließend noch einmal betonen, dass wir die Eckpunkte „Neustart für § 17d KHG: Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker“ (Anlage) für den geeigneten Weg halten, um das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser weiterzuentwickeln.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

  
Malzahn

  
Wöhrmann

**Anlage**



## Neustart für § 17d KHG: Sektorenübergreifende Versorgung für psychisch Kranke

Die Relevanz psychischer Erkrankungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft ist erheblich. Psychische Störungen nehmen kontinuierlich weiter zu. Nach Analysen des Statistischen Bundesamtes lagen die Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen bereits 2008 mit 28,7 Mrd. Euro auf Platz drei.

Ab dem Jahr 2013 soll nun für die Krankenhausbehandlung psychisch kranker Kinder und Erwachsener ein tagesbezogenes pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt werden (§ 17d KHG). Die Intention des Gesetzgebers, einen sektorenübergreifenden Ansatz bei der Entwicklung eines neuen Vergütungssystems mit zu implementieren, ist schon der Gesetzesbegründung zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) zu entnehmen. In dieser wird auch das Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zitiert, wonach „dabei (...) die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden“ soll.

Bei den Entwicklungsschritten für ein neues Entgeltsystem wurden diese Aspekte bisher nicht berücksichtigt. Auch die bisherige Umsetzung des §17d KHRG behält die Fehlanreize für die Ausweitung stationärer Betten bei und verhindert die Entwicklung stationsersetzender ambulanter Leistungen. Um das Ziel einer sektorenübergreifenden und individuellen Behandlung psychisch Kranker zu erreichen, sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich, die über eine reine Änderung des § 17d KHG hinausgehen und damit auch das SGB V betreffen müssen. Damit bietet sich die Chance, zeitgleich mit einer Veränderung der Vergütung auch die Versorgung sektorenübergreifend und effektiver weiterzuentwickeln. Dies entspricht dem Bedarf und dem Wunsch fast aller Patienten, wohnortnah im vertrauten Umfeld behandelt zu werden.

### Versorgung psychisch Kranker heute

Die bestehende ambulante Versorgung ist arzt- und psychotherapeutenorientiert. Moderne sektorenübergreifende Behandlungsformen, wie beispielsweise das Home-Treatment – Behandlung im häuslichen Umfeld durch multiprofessionelle Teams aus bspw. Psychiatern, Pflegefachkräften, Psychologen, Sozialarbeitern und Erziehern werden kaum angeboten. Immer wieder kommt es deshalb bei akuten psychischen Krisen zu vermeidbaren stationären Krankenhausaufenthalten.

In der stationären Versorgung steigen bundesweit die Zahl der Aufnahmen und damit auch das Angebot an vollstationären Betten. Unterstützt wird dieser Trend durch die Anreizwirkung des derzeitigen Vergütungssystems, eine maximale Belegung anzustreben. Die Bettenauslastung in der Psychiatrie ist deutlich höher als in somatischen Krankenhäusern. Unabhängig von dieser bundesdeutschen Entwicklung ist das Versorgungsgeschehen regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Aus diesem Grund ist eine stärkere regionale Betrachtungsweise der Versorgungslandschaft angezeigt.

### Internationale Versorgungskonzepte

Die Weltgesundheitsorganisation (Deklaration von Helsinki) und die Europäische Kommission (Grünbuch 2005) fordern die Frühinterventionen schon im Kindes- und Jugendalter, eine Verringerung der stationären Behandlung und den Ausbau von sektorenübergreifenden Behandlungsformen.

So wurde die psychiatrische Versorgung in Italien und England bereits entsprechend weiterentwickelt. Italien hat z.B. 211 interdisziplinäre Teams geschaffen, die regional orientiert Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker gewährleisten. In England wurden neue Versorgungsangebote, wie z.B. spezialisierte Gemeindepsychiatrie-Teams für Akut- und Frühinterventionen sowie nachgehende Langzeitbehandlungen eingeführt.

### Gesetzliche Perspektive

Mit § 17d KHG wurde der Selbstverwaltung aufgegeben, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Basis von tagesbezogenen Entgelten bis zum Jahr 2013 einzuführen. Die Selbstverwaltungspartner haben die Grundlagen der Kalkulation konsentiert. Ein Pretest mit ausgewählten Krankenhäusern ist bereits im Jahr 2010 durchgeführt worden. Der Gesetzgeber hat – wie in § 17d KHG vorgegeben – sowohl den ordnungspolitischen Rahmen umzusetzen als auch die Prüfung eines sektorenübergreifenden Ansatzes sicherzustellen.

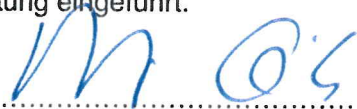
### Anforderungen an eine Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems

Ziel der Neugestaltung des Entgeltsystems muss die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungssystem sein. Hierzu sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Implementierung von sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsregelungen z.B. durch die Schaffung von nicht krankenhausspezifischen Versorgungs- und/oder Patientenbudgets (Neuausrichtung des § 17d KHG und Erweiterung des SGB V)
- Flexibilisierung ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten nach Art und Umfang entsprechend den individuellen Bedarfen der psychisch Kranken auf der Basis regionaler Pflichtversorgung
- Umsetzung der in § 17d KHG vorgegebenen Prüfaufträge zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Analyse anderer Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche. Dabei sind auf die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den bisherigen Projekten, z. B. IV-Verträgen, zurückzugreifen.
- Einführung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungssystems
- Erleichterung der Rahmenbedingungen zur Durchführung von Projekten zur Erprobung von individuellen Behandlungsformen
- Förderung der Finanzierung sozialer Betreuungsangebote durch Städte und Kommunen

Mit diesen Maßnahmen wird die Qualität der Behandlung psychisch kranker Menschen nachhaltig verbessert und zugleich eine leistungsgerechte Vergütung eingeführt.


Berlin, 10.03.2011

  
.....  
AOK-Bundesverband

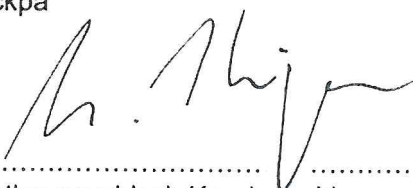
Berlin, 09.03.2011

  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1, 10063 Berlin  
.....  
Verband der Ersatzkassen e.V.

Hamm, 08.03.2011

  
.....  
ackpa

Bonn, 11.03.2011

  
.....  
Aktion psychisch Kranke e. V.