



# Gefahren begegnen!

## Handlungsfelder – Aktueller Stand aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**Dr. Sabine Haverkamp**  
Referentin Psychiatrie/Psychosomatik Dez. I  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.



## Kurz zu meiner Person

- Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp
- Seit 15. November 2013 im Dezernat I der DKG als Referentin für Psychiatrie und Psychosomatik
- Dipl. Neurobiologin
- 10 Jahre Leitung des QM im Klinikum Bremen-Ost (integriertes Krankenhaus mit 7 somatischen Fachabteilungen, Psychiatrie (Erwachsene und Kinder), Psychosomatik und Forensik)
- 4 Jahre Leitung des QM der Gesundheit Nord gGmbH mit vier kommunalen Kliniken

Sie können mich erreichen unter:

**Dr. Sabine Haverkamp**

**T. 030 – 39 801 1121**

**s.haverkamp@dkgev.de**



## Gefahren!! – Welche und für wen??

Verschlechterung  
der Versorgung

Dokumentations-  
aufwand

Personalvorgaben

MDK-Prüfungen

Negative Anreize



Leistungsorientiert vs.  
Bedarfsorientiert vs.  
Diagnoseorientiert

Konvergenzphase

Abbildung der  
Kosten



# Handlungsfelder

1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems
2. Weiterentwicklung der Versorgung
3. G-BA - AG Qualitätssicherung Psychiatrie/Psychosomatik
  - 3.1 Personalausstattung
  - 3.2 Sektorenübergreifende QS
4. Regionale Versorgungsverpflichtung
5. Änderung § 22 Bedarfsplanungsrichtlinie
6. Transparenz der psychiatrischen Versorgung





# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems





# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

Ein Schritt zurück zum Anfang 2014 ...

## Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierten Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

### Kernelemente

- ✓ Ergänzende tagesbezogene Entgelte  
(Intensiv ab 3 Merkmale, 1:1 Betreuung ab 6h)
- ✓ Tagesbezogene Bewertungsrelationen
- ✓ Abrechnung des Entlasstages

### Dadurch

- Bessere Abbildung eines variierenden Behandlungsverlaufs
- Abschaffung der Vergütungsstufen und Verringerung der Degression

**Die Umsetzung erfolgte im PEPP-Katalog 2015.**



# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

Derzeit in Verhandlung ...

## Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2015

23.09.2014 Spitzengespräch zwischen GKV, KBV und DKG.

### 1. PEPP-Katalog 2015

- ✓ Umstellung der Methodik (Errechnung Bewertungsrelationen aus mittleren Tageskosten der am jeweiligen Tag entlassenen Fälle und Abrechnung des Entlassungstages)
- ✓ Tagesbezogene Vergütung
- ✓ 10 ergänzende Tagesentgelte (ET) vorgesehen

**Die DKG wird dem PEPP-Katalog zustimmen und deutlich machen, dass weiterhin Entwicklungsbedarf besteht und die Anwendung kritisch begleitet werden muss.**





# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

## PEPP-Katalog 2015 – tagesbezogene Bewertungsrelationen

### PEPP-Entgeltkatalog

#### Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4

#### Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär

PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	1	1,4308
		2	1,2935
		3	1,2618
		4	1,2305
		5	1,1991
		6	1,1678
		7	1,1364
		8	1,1051
		9	1,0737
		10	1,0424
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	1	1,1713
		2	1,0884
		3	1,0849
		4	1,0450
		5	1,0050





# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

## PEPP-Katalog 2015 – ergänzende Tagesentgelte (ET)

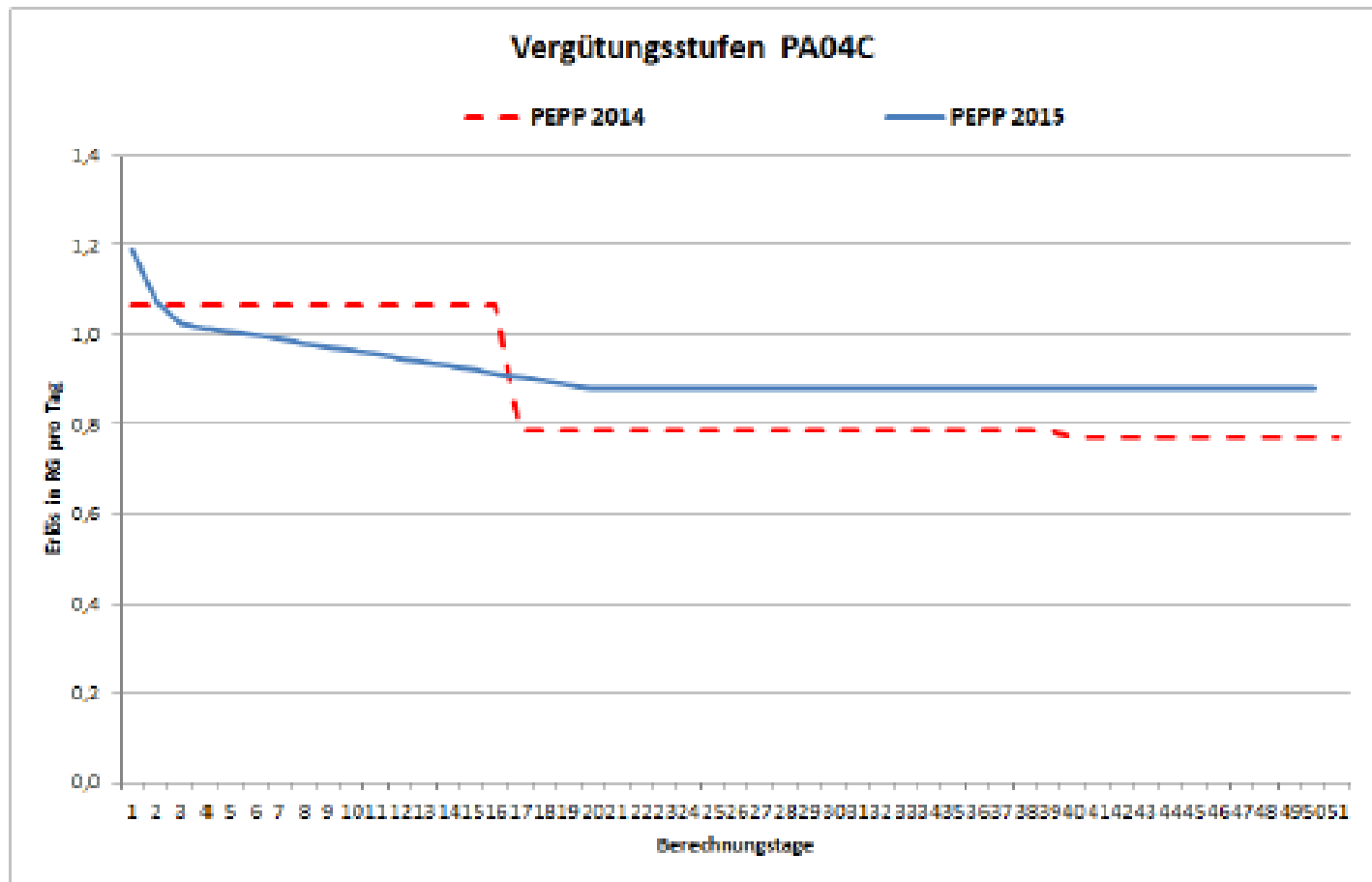
ET	OPS	OPS-Text	BR je Tag	ca. Euro je Tag
ET01.01	9-840.01	1:1-Betreuung Erwachsene, 6 bis 12 h pro Tag	1,1613	267,47
ET01.02	9-840.02	1:1-Betreuung Erwachsene, 12 bis 18 h pro Tag	1,9758	455,07
ET01.03	9-840.03	1:1-Betreuung Erwachsene, mehr als 18 h pro Tag	3,0219	696,00
ET02.01	9-815.*	Intensivbehandlung Erwachsene, 3 bis 4 Merkmale	0,1898	43,71
ET02.02	9-816.*	Intensivbehandlung Erwachsene, 5 und mehr Merkmale	0,2355	54,24
ET03.01	9-893.04	Intensive Beaufsichtigung KJ, 12 bis 18 h pro Tag	0,8867	204,22
ET03.02	9-893.05	Intensive Beaufsichtigung KJ, mehr als 18 h pro Tag	0,9503	218,87
ET03.03	9-893.13	Einzelbetreuung KJ, 8 bis 12 h pro Tag	1,2543	288,89
ET03.04	9-893.14	Einzelbetreuung KJ, 12 bis 18 h pro Tag	1,9680	453,27
ET03.05	9-893.15	Einzelbetreuung KJ, mehr als 18 h pro Tag	3,1205	718,71

Bezugsgröße V2015: 230,32



# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

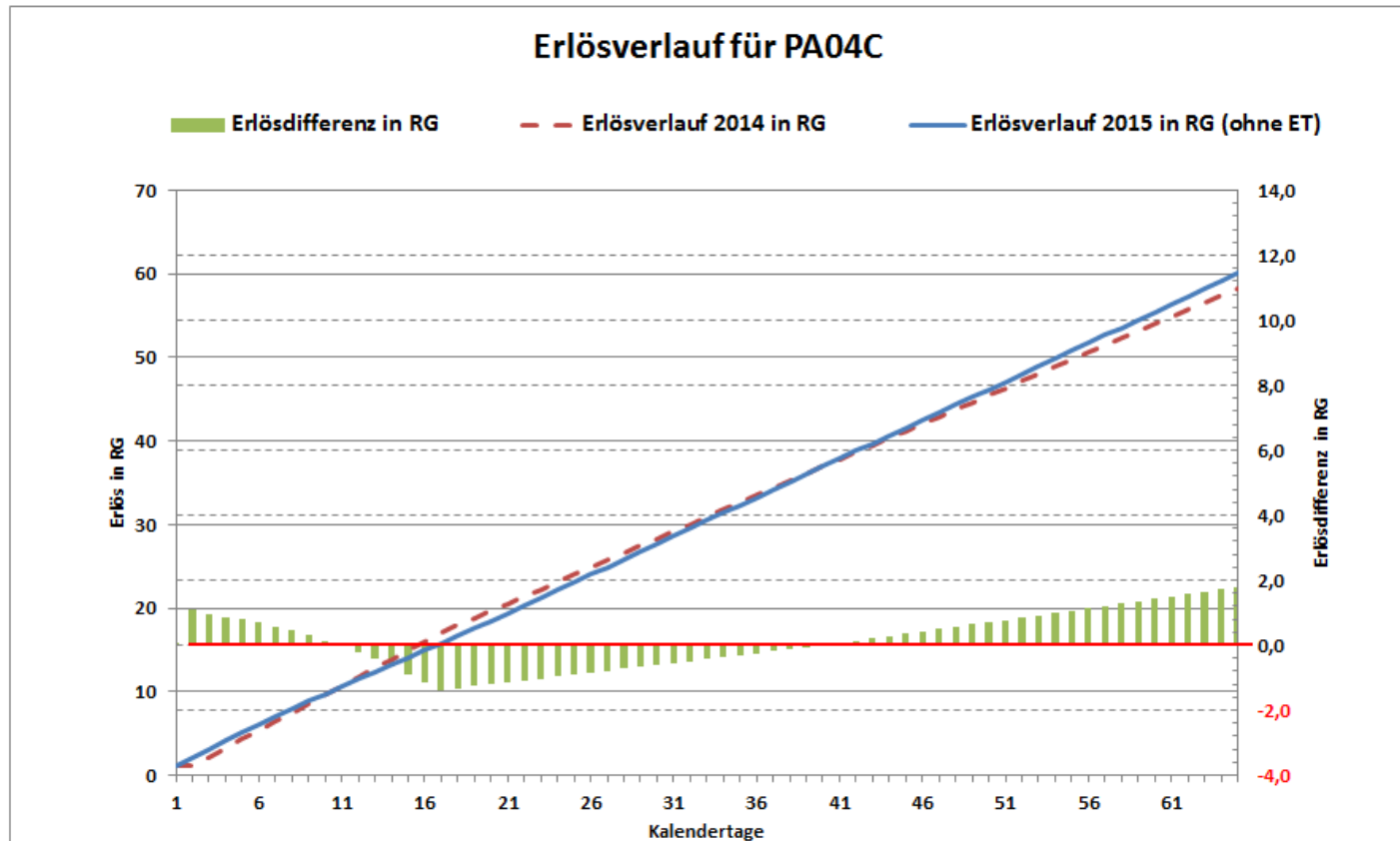
## PEPP-Katalog 2015 – Vergütungsstufen





# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

## PEPP-Katalog 2015 – Erlösverlauf





# 1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

Derzeit in Verhandlung ...

**Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2015**

23.09.2014 Spitzengespräch zwischen GKV, PKV und DKG.

## 2. Abrechnungsbestimmungen - Zentrale Verhandlungspunkte

- ? Fallzusammenführung über die Jahre
- ? Fallzusammenführung bei Suchterkrankten
- ? Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen
- ? Umgang mit Patienten, die aus Abwesenheit nicht zurückkehren



## 2. Weiterentwicklung der Versorgung





## 2. Weiterentwicklung der Versorgung

### **Koalitionsvertrag 18. Legislaturperiode (Dezember 2013)**

- Das neue Vergütungssystem darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.
- Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen halten wir fest.

### **Verabschiedung des GKV-FQWG (Juli 2014)**

- Verlängerung der PEPP-Optionsphase um zwei Jahre.
- Budgetanreize für Kliniken die optionieren.



## 2. Weiterentwicklung der Versorgung

### Eckpunkte der 87. Gesundheitsministerkonferenz zur Änderung des PsychEntgG (Juni 2014)

- Vorschlag der Einrichtung einer unabhängigen Expertenkommission zur Beratung in der grundlegenden Überarbeitung des PsychEntgG.
- Umfassende Prüfung und Anpassung des PEPP-Kataloges insbesondere hinsichtlich der Bedarfe chronisch psychisch Erkrankter.
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Umgestaltung der PsychPV auf Basis des überarbeiteten PEPP-Entgeltkatalogs.
- Gesetzliche Klarstellung der Vorgaben für Modellprojekte nach § 64b SGB V.
- Systemvergleich zwischen Regelversorgung und den sektorenübergreifenden Ansätzen der Modellprojekte.
- Der Auftrag zur Neugestaltung des Vergütungssystems sollte die Entwicklung von Vergütungsformen, die eine patientenzentrierte, bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen (z. B. patientenbezogene Jahresbudgets oder Regionalbudgets).





## 2. Weiterentwicklung der Versorgung

### Fragen des BMG u. a. an die DKG (Juli 2014)

BMG will Verlängerung der Optionsphase für grundsätzliche Prüfung des Psychiatrie-Entgeltsystems nutzen und fragt nach konkreten Handlungsbedarfen in den Punkten:

- Weiterentwicklungsbedarf PEPP-System
- Mögliche Alternativen PEPP-System
- Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgung mit konkreten Alternativvorschlägen

### Antwort des Präsidenten der DKG (August 2014)

- DKG begrüßt die Absicht zur grundsätzlichen Prüfung des Entgeltsystems, dabei sollten jedoch die Erfahrungen mit dem PEPP-Katalogs 2015 einbezogen werden.
- Sollte sich zeigen, dass das PEPP-System nicht geeignet sein, müssen Alternativen entwickelt werden (z. B. PEPP als Budgetfindungsinstrument, personalbedarfsorientierte Finanzierung, sektorenübergreifende Finanzierungssysteme).



## 2. Weiterentwicklung der Versorgung

### Modellprojekte nach § 64b SGB V

Zum 30.06.2014 sind beim InEK acht § 64b-Modellprojekte gemeldet.

Das Netzwerk „Anreiz- und Steuerungssysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ sieht Verbesserungen der Rahmenbedingungen für § 64b-Modellprojekte in folgenden Punkten:

- Die Initiative muss auch von den Einrichtungen ausgehen können.
- Einführung eines Kontrahierungszwanges für die Krankenkassen, ggf. ab Erreichen eines bestimmten Quorums.
- Anschubfinanzierung, ggf. aus dem geplanten Innovationsfonds für „innovative und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle“.
- Beteiligung der Krankenhauseite (DKG/LKGen) an der Begleitforschung zu Modellvorhaben.
- Verbindliche gesetzliche Absicherung der Krankenhäuser bei einer Rückkehr in die Regelfinanzierung nach Beendigung des Modellvorhabens (z.B. nach 8 Jahren Laufzeit).



### 3. G-BA Qualitätssicherung Psychiatrie und Psychosomatik





### 3. G-BA Qualitätssicherung Psychiatrie und Psychosomatik

#### Zwei Aufträge laut § 137 Abs. 1c SGB V

*„<sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und*

**A:** *beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie*

**B:** *Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich.*

*<sup>2</sup> (...) <sup>3</sup>Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. <sup>4</sup>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.“*



## G-BA - Strukturen

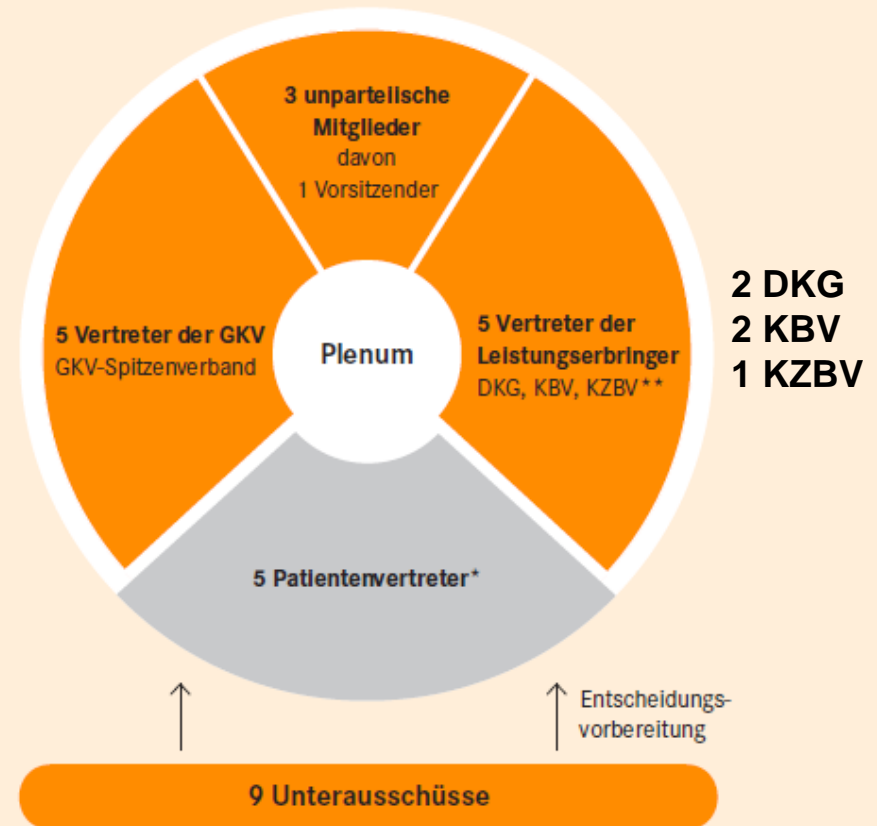
Das Entscheidungsgremium des G-BA ist das Plenum, mit nebenstehender Verteilung der Stimmberechtigung.

Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen ihres Versorgungsbereiches stimmberechtigt.

Die Patientenvertreter/innen verfügen über ein umfassendes Mitberatungs- und Antragsrecht.

### Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

(Gremium nach § 91 SGB V)



\* Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

\*\* Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen. Andernfalls erfolgt eine anteilige Stimmübertragung auf die betroffenen Organisationen nach § 14a Abs. 3 GO.



## G-BA - Strukturen

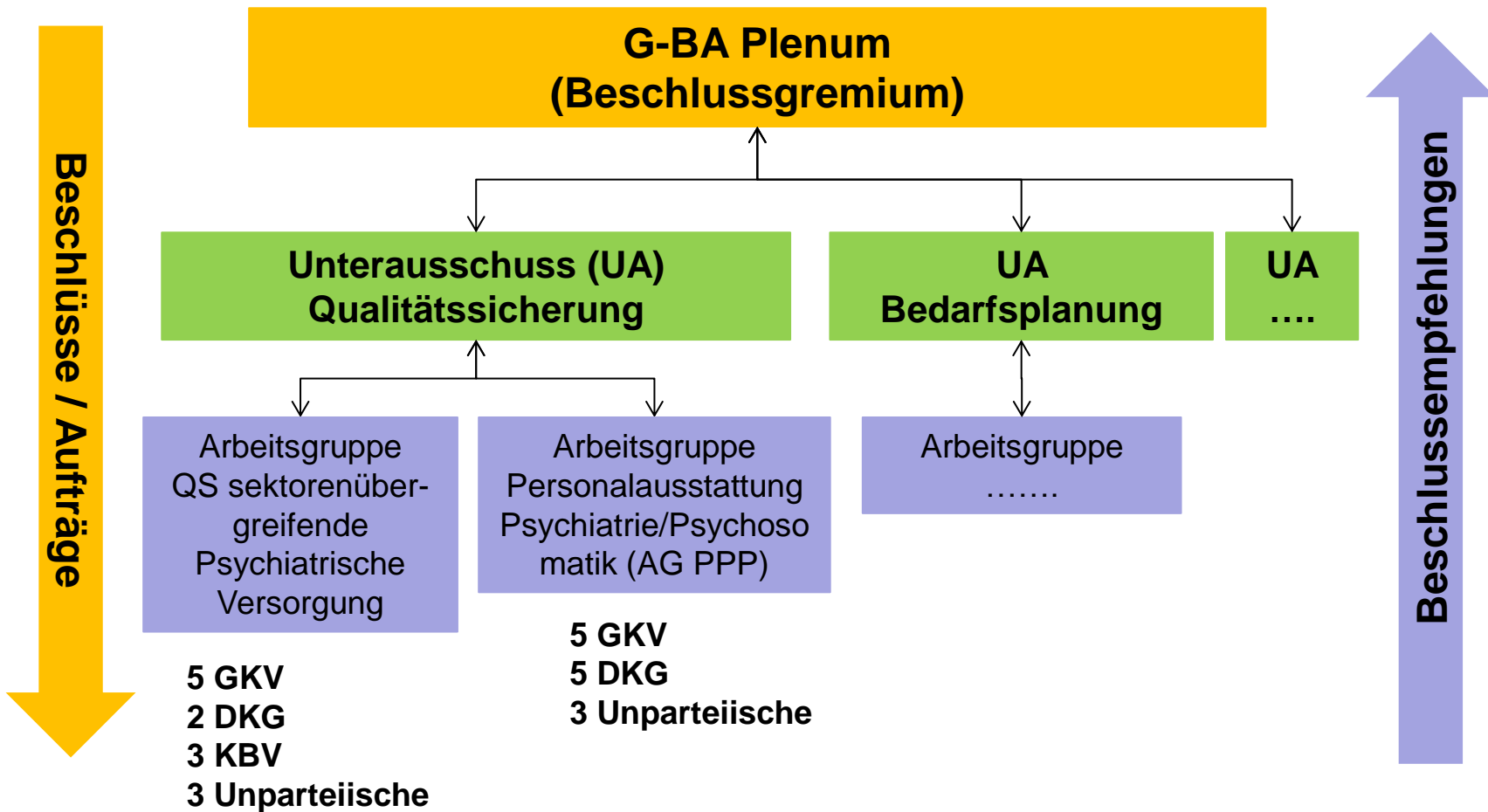
Zu **Richtlinien und Beschlüssen der Qualitätssicherung** nimmt jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats mitberatend teil.

Soweit die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist, erstreckt sich das Beteiligungsrecht auch für die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer.





# G-BA - Strukturen







## 3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

### Interpretationsfähige gesetzliche Formulierung § 137 Abs. 1c SGB V

*„Der GBA 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 dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (...) Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens 01. Januar 2017 einzuführen“.*



**→ Interpretationsdissens zwischen GKV und DKG**



## 3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

### Standpunkt der DKG-Geschäftsstelle

Im Sonderausschusses „Psych“ wurde beschlossen, dass die DKG-Geschäftsstelle **weiterhin ausschließlich Empfehlungen an die Personalausstattung einfordern** soll.

Die Folgen einer (ggf. späteren) Festlegung von Mindestanforderungen sollen unabhängig davon abgewogen werden.

### Standpunkt der GKV-SV

Erstellung einer Strukturqualitäts-Richtlinie nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 mit der Festlegung von Mindestanforderungen.



## 3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

### Strukturqualitätsrichtlinie nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

(1) *<sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § [92](#) Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere*

- 1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § [135a](#) Abs. 2, § [115b](#) Abs. 1 Satz 3 und § [116b](#) Absatz 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § [137a](#) Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und*
- 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.***



## 3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

### Stellungnahme des Gesetzgebers zur kleine Anfrage zur Stellensituation im Pflegedienst (04.2013)

- Aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern ist es kaum möglich, bundeseinheitlich allgemeingültige Anforderungen an die personelle Ausstattung festzulegen.
- Ein normatives Personalbemessungssystem mit finanzwirksamen Folgen (PsychPV) ist mit einem leistungsorientierten Vergütungssystem (PEPP-System) nicht vereinbar.
- Eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung in Krankenhäusern würde deren notwendige Dispositionsmöglichkeit unangemessen einschränken. Diesbezügliche bundeseinheitliche Vorgaben sind kaum sachgerecht möglich und nicht sinnvoll.
- Festlegungen des G-BA in Strukturqualitäts-Richtlinien nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 müssen indikationsbezogen zur Sicherstellung konkreter Leistungen sein.



## 3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

### Aufträge des Unterausschuss QS an die AG PPP

- Recherche der Evidenz für Empfehlungen und Mindestanforderungen gemäß § 137 Abs. 1c Satz 1 SGB V.
- Beratung über Empfehlungen und Mindestanforderungen gemäß § 137 Abs. 1c Satz 1
- Erstmalige Berichterstattung an den UA QS über den Stand der Beratung im Dezember 2014.





## 3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

### Gesetzlicher Hintergrund PsychEntG

- Ergänzung des § 137 SGB V um den Absatz 1c Satz 1  
*„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest (...) sowie **Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich.**“*
- Besetzung der AG QS Psychiatrie durch den GKV-SV, die DKG, die KBV und die Patientenvertretung. Es erfolgt eine Beteiligung nach § 137 SGB V (BÄK, BPtK, DPR und PKV).





## 3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

### Beschluss des UA Qualitätssicherung des G-BA

- Der Auftrag des AQUA-Instituts umfasst die **Entwicklung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.**
- Der Begriff Strukturqualität wird im Auftrag mit folgender Fußnote versehen:  
*„Die Beauftragung zur Entwicklung von Indikatoren zur Strukturqualität entspricht dem gesetzlichen Auftrag, schließt aber nicht aus, dass ggf. keine Indikatoren zur Strukturqualität entwickelt werden können.“*







## 3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

### Konzeptentwicklungs-Auftrag an das AQUA-Institut

- Entwicklung von Indikatoren zur QS in der Psychiatrie bis Ende 2015.
- Eingrenzung auf die Messung und Bewertung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD F2) insbesondere mit schweren und schwersten Verläufen.
- Entwicklung eines QS-Filters, unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich.

**Das Konzept des AQUA-Instituts wird in der AG Qualitätssicherung Psychiatrie und im UA QS des G-BA beraten.**



## 3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

### Konzeptskizze des AQUA-Instituts zur Prozess- und Ergebnisqualität

Voraussichtlich wird sich das **QS-Verfahren für den stationären Bereich**, hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität, auf Erhebungen zur Kontinuität in der Versorgung (Entlassungsmanagement) sowie die Dokumentation restriktiver Maßnahmen (Stations-schließungen, Fixierung/Isolation) beschränken.

Qualitätspotential/-defizit	Datenquellen/Erhebungsinstrumente				
	Sozial-daten KK	Erhebung stat. LE	Erhebung amb. LE	Befragung	Strukturdaten Versorgung sangebote
Koordination der Hilfen in den verschiedenen Bereichen			X	X	
Zugang zu Psychotherapie	X				
Pharmakotherapie	X			X	
Klärung der sozialen Hilfen			X	X	
Somatische Versorgung	X		X	X	
Ergänzende Therapien zur Unterstützung der Alltagsfunktionalität	X		X	X	
Zugang zu ambulanter Versorgung / Indikation zur stationären Aufnahme	X		X	X	X
Zugang zu ambulanter Versorgung / Indikation zur Entlassung aus stationärer Behandlung	X		X	X	X
Empowerment				X	
Angehörigenpartizipation				X	
Kontinuität der Versorgung		X	X	X	
Restriktive Maßnahmen		X			





## 3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

### Konzeptskizze des AQUA-Instituts zur Strukturqualität

#### Untersuchung von fünf Settings:

1. Baulich-technisch (Größe/Helligkeit der Räume, Sauberkeit, ...)
2. Personell (Anzahl und Art Personal, Weiterbildung, ...)
3. Konzeptionell (Öffnungszeiten, Erreichbarkeit Notfälle, Bezugspflege, Therapieausrichtung, ...)
4. Finanziell (Kooperationen mit Pharmaunternehmen, Chefarztboni, ...)
5. Regional (Verfügbarkeit weiterer Leistungserbringer, Erreichbarkeit, ...)

#### Ziel:

Bewertung welche Qualitätspotentiale/-defizite unter gegebenen rechtlichen und datentechnischen Möglichkeiten in das QS-Verfahren Psych einfließen könnten.



## 4. Regionale Versorgungsverpflichtung





## 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

- Nach **§ 17d KHG Absatz 2 Satz 6** ist die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung durch das InEK zu prüfen.
- Nach **§ 118 Abs. 2 und 3** sind Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig geleiteten psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachabteilungen und psychosomatischen Fachkliniken ermächtigt, PIA bzw. PsIA einzurichten soweit sie an der regionalen Versorgungsverpflichtung teilnehmen.
- Regelungen zur Versorgungsverpflichtung sind länderspezifisch unterschiedlich.





## 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

### Schwierigkeit der Definition von Regionaler Versorgungsverpflichtung

#### Pflichtversorgung (mögliche inhaltliche Kriterien)

1. Aufnahmeverpflichtung Patienten einer definierten Region.
2. Aufnahme und Behandlung von gesetzlich untergebrachten Patienten
3. Psychiatrische Notaufnahme mit verpflichtender 24 stündiger Facharztverfügbarkeit im Hintergrund.
4. Nachweis einer angemessenen regionalen Kooperation.

➔ Versorgungsverpflichtung und Verpflichtung zur Notaufnahme sind nicht identisch.



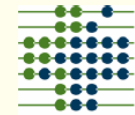


## 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



**InEK**

### Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

- Gemäß Angaben der Einrichtungen ist regionale Pflichtversorgung grundsätzlich gekennzeichnet durch
  - Abgegrenzte Versorgungsregion
  - Vorhaltung von freien Betten und Personal (z.B. Bereitschaftsdienst)
  - Aufnahmebereitschaft „rund-um-die-Uhr“
  - Ggf. zusätzliche Maßnahmen (z.B. Wachdienst, Transportdienstbereitschaft)

468

© InEK 2014





# 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14

Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



## Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung

- 73 von 85 Kalkulationseinrichtungen geben „ja“ an
- 12 Einrichtungen ohne regionale Pflichtversorgung, davon
  - 4 in unmittelbarer Nähe einer Klinik mit regionaler Pflichtversorgung (v.a. gemeinpsychiatrische Behandlung)
  - 4 rein psychosomatische Einrichtungen/Fachabteilungen
  - 3 Einrichtungen ausschließlich mit Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - 1 Einrichtung mit ausschließlich teilstationärer Behandlung

469

© InEK 2014



## 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14

Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



### Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

#### Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung

- 73 von 85 Kalkulationseinrichtungen geben „ja“ an
- 12 Einrichtungen ohne regionale Pflichtversorgung, davon
  - 4 in unmittelbarer Nähe einer Klinik mit regionaler Pflichtversorgung (v.a. gemeinpsychiatrische Behandlung)
  - 4 rein psychosomatische Einrichtungen/Fachabteilungen
  - 3 Einrichtungen ausschließlich mit Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - 1 Einrichtung mit ausschließlich teilstationärer Behandlung

469

© InEK 2014



# 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“ Referent: Dr. F. Heimig



## Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Anteil Fälle aus Einrichtungen mit Angabe „regionale Pflichtversorgung“ über Strukturkategorien

Strukturkategorie	PRE	PSY	PKJ	PSO
Kalkulationsdaten <sup>1)</sup>	99,4%	97,7%	96,7%	41,3%
§21-Daten <sup>2)</sup>	82,4%	79,6%	74,5%	28,8%

<sup>1)</sup> Plausible Daten ohne Begleitpersonen, ohne rein vor-/nachstationäre Fälle, ohne teilstationäre Fälle  
<sup>2)</sup> Alle Daten ohne Begleitpersonen, ohne rein vor-/nachstationäre Fälle, ohne teilstationäre Fälle



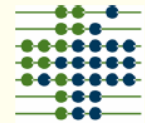
## 4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14

Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



InEK

ausgeblendet

### Weitere Analysen von Vorschlägen

#### Gerichtliche Unterbringung

- Länderspezifische Gesetzeslage
- Ergänzende Datenbereitstellung zu Art und Dauer der Unterbringung
  - Fälle und Angabe der Anzahl der Tage mit gerichtlicher Unterbringung
  - 8.293 Datensätze geliefert
- Im Ergebnis keine wesentlichen Kostenunterschiede

471

© InEK 2014



## 5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie





## 5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie

- Der § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA beschreibt **Berücksichtigung** der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der **Anrechnung auf den Versorgungsgrad**, sie werden jedoch nicht selbst in die Bedarfsplanung einbezogen.
- Gesetzliche Grundlage des Auftrages des G-BA ist der § 101 Satz 1 Nr. 2b SGB V Überversorgung.
- Die DKG hat die Auffassung vertreten, dass die PIAs aufgrund ihres gesetzlich und vertraglich festgelegten Versorgungsauftrag grundsätzlich nicht angerechnet werden dürften.
- Nach kontrovers geführten Beratungen wurde im UA Bedarfsplanung eine gemeinsame Beschlussempfehlung zwischen GKV-SV, KBV und DKG erzielt.
- Die Beschlussempfehlung wurde am 17.04.2014 im G-BA Plenum einstimmig beschlossen. Die KBV hat den Beschluss zugestimmt, da er auf vier Jahre befristet ist.





## 5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie

### Beschluss des G-BA Plenum vom 17.04.2014

- Einrichtungen gem. § 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen, Psychosomatische Institutsambulanzen) und § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren), werden **pauschal mit 0,5 je Einrichtung** auf den Versorgungsgrad angerechnet.  
Diese pauschale **Anrechnung kommt dann zum Tragen, wenn geeignete Informationen über Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum (fallbezogen) eines/einer niedergelassenen Vertragsarzt/-ärztin nicht vorliegen.**
- Die Anrechnung der Ermächtigungen erfolgt für die jeweils relevante Arztgruppe. Bei Einrichtungen gem. § 118 wird entsprechend des jeweiligen Schwerpunktes die Anrechnung vorgenommen; liegt diese Information nicht vor, findet für die PIAs eine Anrechnung bei den Psychotherapeuten und für die SPZ bei den Kinderärzten statt.



## 5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie

**Zustimmung des BMG vom 17. Juli 2014 mit folgenden Hinweisen:**

- Vor dem Hintergrund der vielfach geäußerten Kritik, dass mit der Berücksichtigung ermächtigter Leistungserbringer Zulassungsmöglichkeiten wegfallen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sein, wird der G-BA gebeten, die Notwendigkeit einer Anpassung der Verhältniszahlen zu prüfen.
- Der G-BA wird darüber hinaus gebeten, mit der in dem Beschluss vorgesehenen Evaluation der Auswirkungen der Regelungen möglichst frühzeitig zu beginnen.



## 6. Transparenz der psychiatrischen Versorgung





## 6. Transparenz der psychiatrischen Versorgung

**Interesse der Kassen mehr Transparenz des Leistungsgeschehens in allen Bereichen:**

- PEPP und OPS-Definition
- Bedarfsplanung
- PIA-Prüfauftrag
- Begleitforschung der § 64b-Modellprojekte durch die Kassen
- Abschluss der § 64b-Verträge unter der Voraussetzung nach PEPP oder bayrischen Modell abzurechnen

Die neue Rahmenvereinbarung zum MDK-Prüfverfahren gilt auch für die Psychiatrie und Psychosomatik ab dem 01.01.2015.



## PEPP-Begleitforschung

- Auftraggeber (Verhandlungspartner) sind GKV-SV, PKV und DKG, die Projektleitung obliegt dem InEK.
- Der Teilnehmerwettbewerb und die Angebots- und Verhandlungsphase wurde auf Basis einer detaillierten Leistungsbeschreibung Ende Juli 2014 abgeschlossen.
- Die Leistungsbeschreibung enthält Forschungsfragen, Methodenbeschreibung, Messzyklen (2011-2027) und die Beschreibung von ca. 100 Indikatoren.





# PEPP-Begleitforschung

## Leistungsbeschreibung Datenquellen

Folgende Datenquellen sind lt. Leistungsbeschreibung für die PEPP-Begleitforschung zu nutzen:

- Daten des Statistischen Bundesamtes
- Daten nach § 21 KHEntG
- Daten gem. § 301 und § 295 SGB V (Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenkassen)
- Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1-Statistik)
- Daten aus Befragungen (Krankenhäuser, Gesetzliche Krankenkassen, MDK etc.)





# PEPP-Begleitforschung

## **Forschungsfrage (beispielhaft)**

Führt das PEPP-Entgeltsystem zu einer Verbesserung der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen?

## **Indikatoren**

- Casemix / Casemixindex je Auswertungsjahr und Veränderung zum jeweiligen Vorjahr
- Effektive Bewertungsrelation je Behandlungstag und Auswertungsjahr und Veränderung zum jeweiligen Vorjahr

## **Datenquelle**

Daten nach § 21 KHEntgG

## **Differenzierung**

Gesamt, Bundesland, Bettengröße, Krankenhaustyp



# Rahmenvereinbarung Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA)

## Stellungnahme des BMG vom 25.07.2014

- Psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit selbstständig geleiteten psychosomatischen Abteilungen können keine PsIAs nach § 118 Abs. 1 errichten, da alle PsIAs systematisch dem § 118 Abs. 3 SGB V zuzuordnen sind.
- Bzgl. der im § 118 Abs. 3 SGB V vorgesehenen regionalen Versorgungsverpflichtung wird eine gesetzliche Änderung/Anpassung erfolgen.

**→ Sowohl GKV SV als auch KBV werden die Verhandlungen erst nach erfolgter gesetzlicher Änderung/Anpassung weiterführen.**



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

**Ich wünsche Ihnen einen  
angenehmen Abend in**



**Dr. Sabine Haverkamp  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. Dezernat I  
Referentin Psychiatrie/Psychosomatik  
T. 030 – 39 801 1121  
s.haverkamp@dkgev.de**