



# **Aktueller Stand Psych-Entgeltsystem aus Sicht der DKG**

## **- Eine Berliner Großbaustelle -**

**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.  
VKD – Fachgruppe Psychiatrie  
46. Fachgruppentagung  
20. September 2012  
Bad Emstal**



# Gliederung

- **Das neue Psych-EntgG – Essenzen**
- **Detailbetrachtungen:**
  - PEPP-Katalog und Abrechnungsbestimmungen
  - Modellvorhaben
  - Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA)
  - Qualitätssicherung in der Psych-Versorgung
  - Psych-Begleitforschung



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Kontroverse Finanzierungsdiskussion

- Koalition gibt 280 Mio. € Tarifhilfe - aber nur halbherzig
- Kostenorientierungswert startet - bleibt aber zu sehr bei der Grundlohnbudgetierung
- Mehrerlös-Kürzungen werden auf 25 % begrenzt – in 2014 aber verdoppelt (370 Mio. € Kürzung), fallen in 2015 weg
- Doppelte Degression als Problem erkannt – Lösung aber erst in nächster Legislaturperiode



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Ausgestaltung Einführungsphase

### Zeitplan:

**2013 + 2014** budgetneutrale Optionsphase

**2015 + 2016** budgetneutrale Pflichtphase

⇒ **Bericht der Selbstverwaltungspartner über erste**

⇒ Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf  
Versorgung

⇒ Anwendungserfahrungen

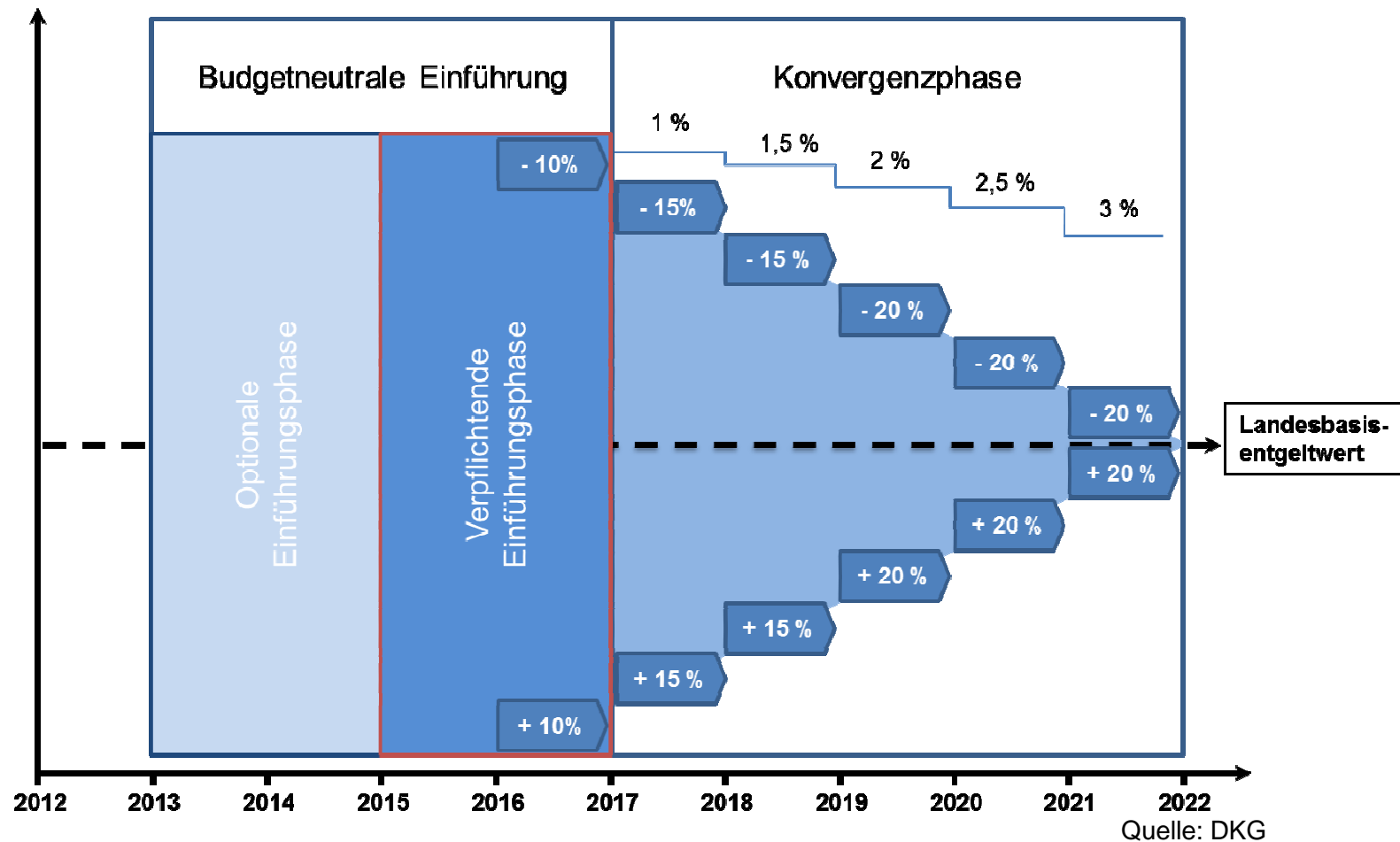
⇒ Erkenntnisse aus Modellvorhaben

**2017 - 2021** Konvergenzphase



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Ausgestaltung Einführungsphase





## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Budgetneutrale Optionsphase 2013 + 2014

### 1. Optionsanreiz:

#### Deutlich verbesserte Erlösausgleiche für 2013 + 2014:

- Mindererlösausgleich zu 95 %; Nicht-Optionshäuser 20 %
- Mehrerlösausgleich zu 65 %;  
Nicht-Optionshäuser 85 % für Mehrerlöse bis zu 5 % des veränderten Gesamtbetrages, darüber hinaus zu 90 %

### 2. Psych-PV Personalstellen:

- Möglichkeit für alle Krankenhäuser, Personalstellen nach der Psych-PV nachzuverhandeln  
(endet mit Aufhebung der Psych-PV zum 1. Januar 2017)
- Ab 2013 Nachweispflicht über zweckmäßige Mittelverwendung

### 3. Veränderungswert:

- Letztmalig 2012 Verhandlung der Tarifraten bzw. der Berichtigungsrate, ab 2013 Gültigkeit Orientierungswert bzw. Veränderungswert



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Ablösung der Grundlohnsumme

- Der (anteilige) Orientierungswert wird in Form eines Veränderungswerts eingeführt
  - Der Veränderungswert entspricht der Veränderungsrate plus 40% der Differenz aus dieser und dem Orientierungswert, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind. Die Berücksichtigung dieser Kostenanteile darf hier nicht zur Unterschreitung der Veränderungsrate führen.
  - Liegt der Orientierungswert unterhalb der Veränderungsrate entspricht dieser dem Veränderungswert.
  - Die Berichtigungsrate wird letztmalig in 2012 vereinbart.
- ⇒ **Die (anteilige) Einführung eines Orientierungswertes ist im Sinne eines ersten Schrittes positiv zu werten. Nachbesserungen sind jedoch erforderlich.**



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Konvergenzphase

- Die Anpassung an den Landesbasisentgeltwert erfolgt in fünf Konvergenzschritte. In Bezug auf das Ausgangsbudget betragen diese 2017 10 %, 2018 und 2019 jeweils 15 % und 2020 und 2021 jeweils 20 %.
- Leistungsveränderungen wurden noch leicht verbessert und werden ab 2017 mit folgenden Prozentsätzen berücksichtigt:

	<b>alt:</b>	<b>neu:</b>
<b>2017</b>	<b>33 %</b>	<b>45%</b>
<b>2018</b>	<b>45 %</b>	<b>55%</b>
<b>2019</b>	<b>55 %</b>	<b>60%</b>
<b>2020</b>	<b>65 %</b>	<b>70%</b>
<b>2021</b>	<b>75 %</b>	<b>80%</b>

⇒ **Die Vergütung von zusätzlich notwendigen Leistungen ab 2017 ist zwar verbessert, reicht jedoch nicht aus um eine Schlechterstellung gegenüber dem Status Quo zu beheben.**





## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Verweildauerbezogene Vergütungselemente

- Vorgabe der Möglichkeit von verweildauerabhängigen Zu- und Abschlägen und anderer verweildauerbezogener Vergütungselemente über einen Prüfauftrag.
  - Können nicht nur für Fallpauschalen, sondern auch für Tagespauschalen eingeführt werden.
  - Allerdings nur in begrenztem Umfang und nach Prüfung.
  - Es sollen durch das neue System keine Anreize zur Verweildauerreduktion gesetzt werden.
- ⇒ **Zu- und Abschläge bei Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten sind bei einem tagesbezogenen Entgeltsystem nicht erforderlich.**



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Refinanzierung von zusätzlichen Leistungen

- Infolge der demographischen und morbiditätsbedingten Entwicklung ist auch in den nächsten Jahren von einem zunehmenden Versorgungsbedarf auszugehen.
  - Mit jeder zusätzlichen Leistung ist auch ein zusätzlicher Personal- und Sachmitteleinsatz verbunden, der letztlich auch sachgerecht finanziert werden muss.
  - Der äußerst problematische Effekt der „Kollektivhaftung“ wird aus dem DRG-System übernommen. Leistungsveränderungen sollen auf Ebene des Landesbasisentgeltwerts ab 2017 nur in Höhe des geschätzten variablen Kostenanteils berücksichtigt werden.
- ⇒ **Die absenkende Wirkung von zusätzlichen Leistungen auf den Landesbasisentgeltwert ist grundsätzlich abzulehnen.**



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Regionale Pflichtversorgung

- Die regionale Pflichtversorgung durch psychiatrische Einrichtungen ist von hoher Bedeutung für die Qualität der regionalen Versorgung.
  - In Abhängigkeit der Anforderungen vor Ort sind diese besonderen Aufgaben der Krankenhäuser und deren Umfang sehr unterschiedlich.
- ⇒ **Die im Gesetz vorgesehene Beauftragung der Selbstverwaltung lediglich zur Prüfung von „bundeseinheitlichen Regelungen für Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung“ wird der hohen Bedeutung der Krankenhäuser für die regionale Versorgung nicht gerecht.**



## Das neue Psych-EntgG – Essenzen

# Psych-EntgG - Fazit

- ⇒ Die geplanten Übergangszeiten sind hinsichtlich der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sachgerecht und spiegeln die Erfahrungen der bisherigen Systementwicklung wieder.
- ⇒ Es dürfen nicht die Regelung aus dem somatischen Bereich mit den bekannten Konfliktpotentialen (Ermittlung des Landesbasisentgeltwertes) übernommen werden.
- ⇒ Die Finanzierung von zusätzlichen Leistungen ab der Konvergenzphase ist bisher unbefriedigend geregelt. Hier besteht noch dringend Korrekturbedarf.
- ⇒ Zumindest für die optierenden Einrichtungen wurden Anreize zum Umstieg in Form von deutlich verbesserten Erlösausgleichen gesetzt.
- ⇒ Die grundsätzliche Einführung des (anteiligen) Orientierungswertes ist positiv zu werten, jedoch noch verbesserungsbedürftig.



# Gliederung

- Das neue Psych-EntgG – Essenzen
- **Detailbetrachtungen:**
  - PEPP-Katalog und Abrechnungsbestimmungen
  - Modellvorhaben
  - Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA)
  - Qualitätssicherung in der Psych-Versorgung
  - Psych-Begleitforschung



## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# Eckpunkte der Systementwicklung

## Entscheidung zur fallbezogenen Kalkulation

- **Alle Daten, Leistungen und Kosten werden fallbezogen betrachtet:**
  - Geringer Auswirkung einzelner Leistungen auf den Fall, es zählt die Gesamtleistung.
  - Leistungen und entsprechende Kosten müssen nur noch fallbezogen übereinstimmen, die tagesbezogene Übereinstimmung ist nicht mehr erforderlich. Dadurch mehr gültige Datensätze.
- **Bildung von Tagesentgelten**
- **Berücksichtigung von Verweildauerabschnitten:**
  - Tendenziell sinken die Kosten mit zunehmender Verweildauer.
  - Daher Bildung von Verweildauerklassen.
  - Vermeidung von "Fallsplitting" erforderlich, daher Wiederaufnahmeregelung.
- **Katalog der pauschalierenden Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)**
  - 1 Fall  $\Rightarrow$  1 PEPP
  - Differenziert nach verweildauerabhängigen Vergütungsstufen



## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# Eckpunkte der Systementwicklung

Beispiel: Darstellung PEPP-Entgelt mit Verweildauerklassen

PEPP-Entgeltkatalog																
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung																
PEPP-Entgelt	Bezeichnung	1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer von	Verweildauer bis	Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer von	Verweildauer bis	Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer von	Verweildauer bis	Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer von	Verweildauer bis	Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer von	Verweildauer bis	Bewertungsrelation/Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Psychiatrie, vollstationär																
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	1	8	1,4073	9	24	0,9987	25		0,9709						
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	1	7	1,3095	8	22	0,9434	23		0,8172						
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation	1	6	1,4581	7	17	0,9524	18		0,8918						
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation	1	6	1,3638	7	13	0,7925	14		0,7379						
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1	20	1,1267	21	40	0,9169	41		0,8868						

Quelle: InEK: PEPP-Version 2013 Anlage 1a

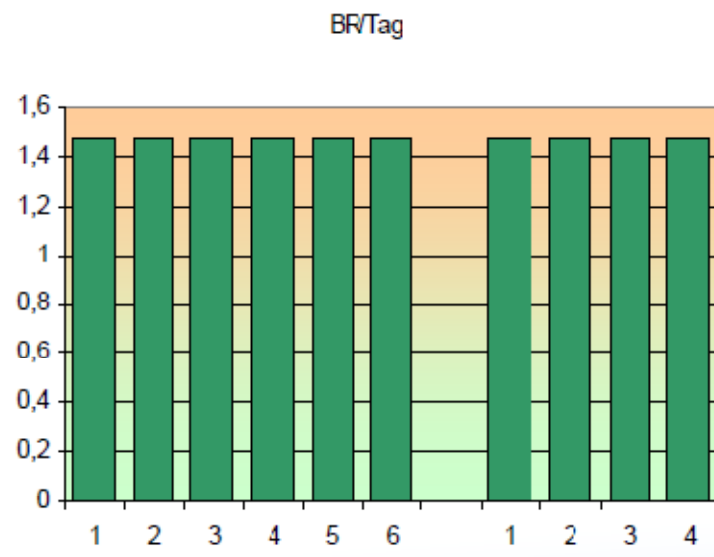
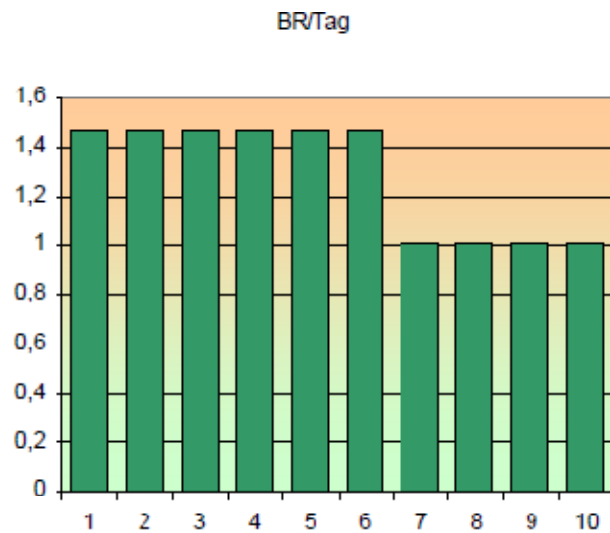


## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# Eckpunkte der Systementwicklung

## Fallzusammenführung

- Verweildauerabhängigkeit mit sinkenden Tageserlösen
- Bei zunehmender Verweildauer Fehlanreiz, Patienten frühzeitig zu entlassen
- Bei Wiederaufnahme höhere Tagesentgelte am Behandlungsbeginn





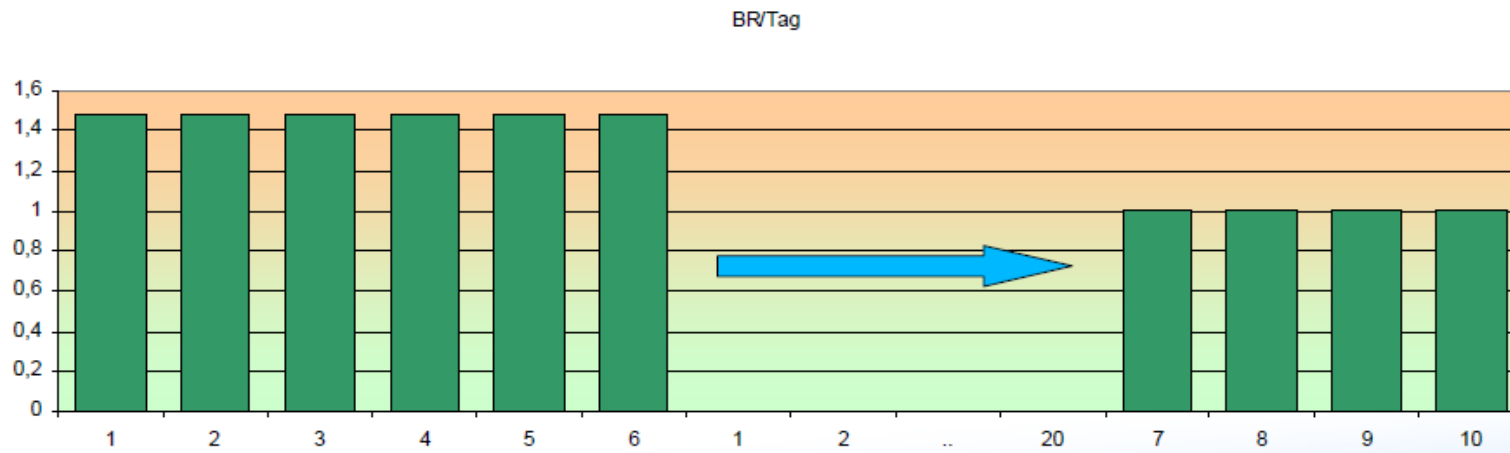


## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# Eckpunkte der Systementwicklung

## Fallzusammenführung

- Vereinbarung Fallzusammenführungsregelung Selbstverwaltungsebene
- Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme innerhalb von 21 Tagen nach Entlassung
- Maximal 120 Tage nach der ersten Aufnahme
- Rein formale Regelung! Unabhängig von Diagnosen und medizinisch- inhaltlicher Relevanz





## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# 1. Differenzierungsebene: Strukturkategorien

## 1. „Prä-Strukturkategorie“

- Schlafapnoesyndrom, als krankenhausspezifische Besonderheit oder
- hohe 1:1-Betreuung bei Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen oder
- Intensivbehandlung bei Erwachsenen mit mehr als 3 Merkmalen, bezogen auf Anteil Pflgetage > 75 %

## 2. „Kinder- und Jugendpsychiatrie“

- Alter < 14 Jahre oder
- Alter < 18 Jahre und Fachabteilung Psychosomatik und Anteil von Gültigkeitsdauer Psychosomatik bezogen auf Pflgetage > 49 % oder
- Fachabteilung „KJP“ und Anteil von Gültigkeitsdauer bezogen auf Pflgetage > 49 %

## 3. „Psychosomatik“

- Fachabteilung Psychosomatik

## 4. „Psychiatrie“

- Psychiatrische Störung als Haupt- oder Nebendiagnose oder
- Definition PEPP (PA15A) und Aufnahmegrund ungleich teilstationär und ohne Fachabteilung Psychosomatik und ohne Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Alter > 13 Jahre

## 5. „Fehler-PEPP und sonstige PEPP“

- Klinisch untypische Datensätze und ungültige Informationen
- Fehlerhafte Kodierung bei 1:1-Betreuung, Feedback-Funktion



## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# Weitere Differenzierungsebenen

### 2. Ebene: Klassifizierung anhand der Diagnosen

- Orientierung an den Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10-GM Kapitel V
- zumeist Zusammenfassung von mehreren Hauptdiagnosen in ein Basis-PEPP
- Basis-PEPP ⇒ sehr hohes Aggregationsniveau

### 3. Ebene: Split nach Aufwand unterschiedlicher Schweregradgruppen

- Unterteilung der Basis-PEPP von „A-D“ nach Schweregrad; „Z“ keine weitere Schweregraddifferenzierung
- Weitere Splitkriterien: „Alter > 65“, „komplizierende Nebendiagnosen“ und „Vorliegen komplizierender Konstellationen“
- keine CCL-Matrix definiert

### 4. Ebene: verweildauerassoziierte Vergütungsstufen

- maximal fünf Vergütungsstufen für ein PEPP, bisher nur PEPP mit vier Stufen
- zeitliche Intervalle der einzelnen Vergütungsstufen weichen zwischen den PEPP deutlich voneinander ab
- letzte Vergütungsstufe beinhaltet nur den Beginn des Zeitintervalls, Ende offen



PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

## Eckpunkte der Systementwicklung

**...und die Therapieeinheiten???**

Nach Darstellung des InEK:

- Keine Kostentrennung durch Anzahl der Therapieeinheiten
- Behandlungsart zeigt deutlich bessere Kostentrennung
- Problematik des Fehlanreizes durch Bewertung der summe an erbrachten TE
- Perspektivisch bessere Abbildung durch Betreuungsintensitätsmodell?



## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# PEPP-Katalog: Erste Einschätzung der DKG

- **Gruppierungslogik sehr eng an den Aufbau des G-DRG-Systems angelehnt:**
  - strukturierter Aufbau
  - eindeutige Zuordnung der Behandlungsfälle zu spezifischen tagesbezogenen Entgelten (bewertet oder unbewertet)
- **„Robustes System“ (InEK)**
  - noch nicht alle möglichen und wünschenswerten Differenzierungen
  - nur 19 unterschiedliche medizinisch definierte Basis-PEPP
- **Fallbasierte Betrachtung gleicht Unschärfen der tagesspezifischen Leistungsabbildung und Kostenzuordnung aus**
- **Höchster Differenzierungsgrad durch verweildauerassoziierte Vergütungsstufen**
  - aus 22 definierten Basis-PEPP (vollstationär) entstehen durch Verweildauerdifferenzierung 94 abrechenbare, unterschiedlich bewertete Entgelte
- **Noch wenige kodierbare Kostentrenner am Anfang**
  - geeignet: hohe 1:1-Betreuung, mehr als 3 Patientenmerkmale in Intensivbetreuung, hoher Anteil ärztliche/psychologische TE)
  - ungeeignet: Krisenintervention
  - Alter: lediglich eine Kategorie > 65 Jahre, Abbildung der Gerontopsychiatrie?
  - Somatische Nebendiagnosen teils schweregradsteigernd (z.B. Lungenentzündung, Lähmungen, Multiple Sklerose)



## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen

# PEPP-Katalog: Erste Einschätzung der DKG

- **Leistungsdokumentation über TE perspektivisch nur eingeschränkt geeignet für weitere Schweregraddifferenzierung**
  - hier speziell die TE-Dokumentation durch die Pflege
  - Hoher Dokumentationsaufwand weiterhin berechtigt? (OPS-Anpassung wäre erforderlich!)
- **Darstellung der Entgelte im Definitionshandbuch ist sehr komplex**
- **„Lernendes System“: verbesserte Kalkulationsgrundlage in den Folgejahren wird zu zunehmend differenzierten Abbildungen des Leistungsspektrums führen**
- **Rechtfertigt der vorliegende Entwurf den hohen Umstellungsaufwand in den Kliniken??**



## PEPP-Katalog u. Abrechnungsbestimmungen



**Weiteres Vorgehen.....**



# Gliederung

- Das neue Psych-EntgG – Essenzen
- **Detailbetrachtungen:**
  - PEPP-Katalog und Abrechnungsbestimmungen
  - Modellvorhaben
  - Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA)
  - Qualitätssicherung in der Psych-Versorgung
  - Psych-Begleitforschung





## Modellvorhaben § 64b SGB V

# Modellvorhaben § 64b SGB V

- Neue Formen der Leistungserbringung zur sektorenübergreifenden Versorgung werden erprobt
- Im Fokus Ambulantisierung
- Einschließlich komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld ⇒ Home Treatment
- Verträge auch ohne Teilnahme eines Krankenhauses
- Psych-Modellvorhaben: Keine Ausnahme von der Regeldokumentation!
- Vereinbarung zur zusätzlichen Datenübermittlung nach § 64b Abs. 3 SGB V bis 31.12.2012



## Modellvorhaben § 64b SGB V

# Daten aus der Regeldokumentation

### Übermittlung der Daten nach:

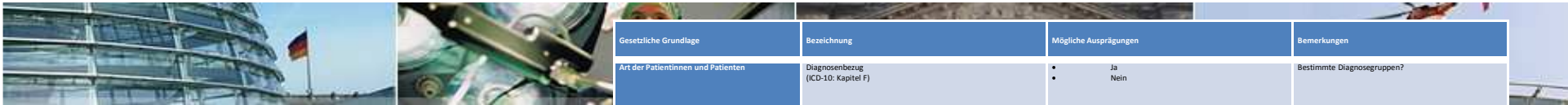
- |                    |   |
|--------------------|---|
| § 295 SGB V –      | Abrechnung ärztl. Leistungen/ PIA                         |
| § 300 SGB V –      | Abrechnung Arzneimittel/ KH-Apotheken                     |
| § 301 SGB V –      | Abrechnungsdaten der Krankenhäuser                        |
| § 302 SGB V –      | Abrechnung sonstiger Leistungserbringer                   |
| § 17d Abs. 9 KHG – | § 21 KHEntgG-Daten sowie Psych-PV-Eingruppierung pro Fall |



## Modellvorhaben § 64b SGB V

# Zusätzlich geforderte Dateninhalte

- 1. Infos zur vereinbarten Art und Anzahl der Patienten**  
⇒ Schweregraddefinitionen, bestimmte Diagnosekonstellationen, soziales Umfeld...?
- 2. Infos zu den spezifischen Leistungsinhalten des Modells**  
⇒ Home Treatment, Personalausstattung, Gruppenangebote, Krisendienste, Kooperationen...?
- 3. Kosteninformationen und Vergütungsinhalte**  
⇒ keine gesonderte Kostenkalkulation, Übermittlung der Verhandlungsunterlagen (spezifische Vergütungsvereinbarung) ausreichend
- 4. Infos zu den strukturellen Merkmalen des Modells**  
⇒ Infos zur Pflichtversorgungsregion, Anzahl niedergelassener Fachärzte, Klinikstandorte, regionales Versorgungsnetzwerk...?



## Modellvorhaben § 64b SGB V

# Konzept der DKG:

**Datensatzstruktur  
plus  
neues Merkmal  
für Modellpatient  
im Feld  
„Aufnahmearbeit“  
des § 21-Datensatzes**

Gesetzliche Grundlage	Bezeichnung	Mögliche Ausprägungen	Bemerkungen
Art der Patientinnen und Patienten	Diagnosenbezug (ICD-10: Kapitel F)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	Bestimmte Diagnosegruppen?
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ohne KJP</li> <li>Mit KJP</li> </ul>	
Anzahl der Patientinnen und Patienten	Anzahl der Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>vereinbarte Anzahl pro Jahr</li> <li>Anzahl tatsächlich behandelter Patienten pro Jahr</li> </ul>	
Spezifische, vereinbarte Leistungsinhalte	Stationäre Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	
	Teilstationäre Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	
	(Klinisch-) ambulante Behandlung durch das Stationsteam	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	Einschl. Home Treatment
	Aufsuchende ambulante Behandlung durch PIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	Hausbesuche
Verhandelte Vergütungen, zugrunde gelegte Kosten	Kostenbezug (Form der Kalkulation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budgets des Jahres vor Beginn des Modellprojektes als Basis</li> <li>Populationsbezug</li> <li>andere Kalkulation</li> </ul>	Evtl. Beschreibung der Kostenermittlung
	Abrechnungssystematik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopfpauschale pro Jahr</li> <li>Fallpauschale</li> <li>Tagespauschale</li> <li>Quartalspauschale</li> <li>Mischform</li> <li>anderes</li> </ul>	
Strukturelle Merkmale	Art der Klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitätsklinik</li> <li>Fachklinik</li> <li>Klinik am Allgemein-krankenhaus</li> </ul>	
	Regionaler Bezug	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	Evtl. Angabe der Region
	Teilnahme an der regionalen Pflicht-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> </ul>	
	Laufzeit	Datum Projektende	
	Beteiligte Kassenarten	<ul style="list-style-type: none"> <li>alle GKV / PKV</li> <li>alle GKV</li> <li>Einzelne Kassen</li> </ul>	Angabe der beteiligten Kassen
	Beteiligte Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nur klinische Einrichtung</li> <li>Klinische und außerklinische Einrichtungen</li> <li>Vertraglich vereinbarte Kooperationen mit Niedergelassenen</li> </ul>	Außerklinische Einrichtungen aus welchem Versorgungsbereich: SGB V, SGB XI, SGB XII?
	Begleitforschung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projektbezogene Begleitforschung</li> <li>Teilnahme an überregionaler Begleitforschung</li> <li>Auftragnehmer der Begleitforschung</li> </ul>	



**PsIA § 118 Abs. 3 SGB V**

## **Psychosomatische Institutsambulanzen**

- **Psychosomatische Fachkrankenhäuser und psychosomatische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur ambulanten Behandlung schwer und chronisch psychosomatisch Kranker ermächtigt.**
- **Zur Definition der Patientengruppe schließen der GKV-Spitzenverband, die KBV und die DKG eine dreiseitige Vereinbarung**
- **DKG setzt Experten-AG dazu ein**



QS Psych § 137 Abs. 1c SGB V

## Qualitätssicherung in der Versorgung psychisch kranker Menschen

- **Maßnahmen zur Sicherheit der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einrichtungs- und sektorenübergreifenden Richtlinien**
- **Novum: G-BA ist erstmals beauftragt eine Empfehlung zur Ausstattung mit therapeutischem Personal in den Krankenhäusern festzulegen, orientiert an der Psych-PV**
- **Start der QS-Maßnahmen in den Kliniken mit Beginn der Konvergenzphase ab 2017**
- **Veröffentlichung der Ergebnisse der externen QS in den Qualitätsberichten**



## Begleitforschung § 17 d Abs. 8 KHG

# Status Quo Psych-Begleitforschung

- Machbarkeitsstudie liegt seit Mai 2012 vor
- **Hauptergebnis:** Datenbank mit **250** Forschungsfragen und den zu ihrer Bearbeitung geeigneten Indikatoren
- **KEA-AG „Begleitforschung Psychiatrie“:** Verhandlung auf Selbstverwaltungsebene unter der Moderation des InEK, welche Fragestellungen und Indikatoren mittels welchen Studiendesigns in die Ausschreibung der Hauptstudie Eingang finden sollen.
- **Ziel:** Verständigung auf Inhalte der europaweiten Ausschreibung der Hauptstudie bis Ende 2012
- **Berichtszeiträume** für die Ergebnisdarstellung der Psych-Begleitforschung:

<u>Zyklus 1:</u> 2013 – 2015	Beide Optionsjahre und erstes Jahr verpflichtende Einführung
<u>Zyklus 2:</u> 2016 - 2018	Letztes budgetneutrales Jahr und erste zwei Konvergenzjahre
<u>Zyklus 3:</u> 2019 - 2021	Letzte drei Jahre bis Ende der Konvergenzphase
<u>Zyklus 4:</u> 2022 - 2024	Erste drei Jahre in der Vollanwendung (optional)



**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

