

**Informationen zum
Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und
psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)**

Bundestag und Bundesrat haben dem Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) zugestimmt. Mit dem Gesetz wird schrittweise eine leistungsorientierte Krankenhausvergütung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik eingeführt. Außerdem wird die Finanzierung somatischer Krankenhäuser verbessert.

Im Einzelnen regelt das Gesetz

- die schrittweise Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems.
- die Ablösung der Grundlohnrate durch einen anteiligen Orientierungswert (Veränderungswert) als Obergrenze für die Verhandlung insbesondere des landesweiten Preisniveaus für Krankenhausleistungen ab 2013,
- eine anteilige Tarifierfinanzierung für somatische Krankenhäuser für das Jahr 2012 im Vorgriff auf den Veränderungswert,
- die Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit der Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrages als Grundlage, um die dynamische Leistungsentwicklung mittelfristig einer Lösung zuzuführen, sowie
- eine übergangsweise Erhebung von Mehrleistungsabschlägen in den Jahren 2013 und 2014, die im Jahr 2015 entfallen.

Saldiert über die verschiedenen Maßnahmen des Psych-Entgeltgesetzes erhalten die Krankenhäuser in den Jahren 2012 bis 2014 zusätzliche Finanzmittel in Höhe von rd. 630 Mio. Euro, von denen rd. 82% durch die GKV zu finanzieren sind. Dabei sind die aus heutiger Sicht noch nicht genau abschätzbaren finanziellen Auswirkungen des anteiligen Orientierungswertes im Jahr 2014 noch nicht berücksichtigt.

1. Finanzierung der DRG-Krankenhäuser (Somatik)

1.1. Handlungsbedarf und Ziele

Das Preisniveau für akutstationäre Krankenhausleistungen ist bislang durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (sog. Grundlohnrate) begrenzt. Durch die Tarifabschlüsse für das Jahr 2012 mit Erhöhungen von rd. 3% hat sich die wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser verschlechtert. Vor diesem Hintergrund haben sich die Gesundheitspolitiker von Union und FDP auf ein Maßnahmenpaket zur Krankenhausfinanzierung verständigt, das sowohl die Kostensituation der Krankenhäuser als auch die Ausgabenentwicklung der GKV berücksichtigt. Konkret ist danach die Einführung des anteiligen Orientierungswerts (Veränderungswert) ab dem Jahr 2013 vorgesehen, der die Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser abbildet als die Grundlohnrate. Im Vorgriff auf den Veränderungswert wird für das Jahr 2012 eine anteilige Tarifierfinanzierung für somatische Krankenhäuser vorgenommen, mit der Tarifsteigerungen, die die Grundlohnrate übersteigen, zu 50% refinanziert werden.¹ Darüber hinaus soll mit einem durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu vergebenden Forschungsauftrag zu Ursachen und Lösungsvorschlägen zur Mengenentwicklung mittelfristig ein Beitrag zur Entwicklung einer gesetzlichen Regelung der Mengensteuerung geschaffen werden. Flankierend wird der Mehrleistungsabschlag auf die Jahre 2013 und 2014 befristet, in seiner Höhe festgeschrieben und die Wirkung des Mehrleistungsabschlags für das Jahr 2013 auf das Jahr 2014 verlängert, soweit die Mehrleistungen auch noch im Jahr 2014 vom Krankenhaus erbracht werden. Die Mehrausgaben der Kassen sind auch vor dem Hintergrund der positiven Finanzentwicklung vertretbar, ohne die finanzielle Stabilität der GKV zu gefährden.

Eine verbesserte Finanzierung von Krankenhausleistungen muss aber zugleich in Zusammenhang mit Maßnahmen zur Beeinflussung der bestehenden Mengendynamik diskutiert werden. So hat z. B. die DRG-Begleitforschung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)) gezeigt, dass die Entwicklung der stationären Leistungsdynamik nicht allein durch die demografische Veränderung und den medizinischen Fortschritt erklärt werden kann.

¹ Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist eine gesonderte Regelung für eine anteilige Tariflohnrefinanzierung im Jahr 2012 nicht erforderlich, da dies bereits geltendes Recht ist.

Das Zusammenspiel von Preis- und Mengeneffekten hat ungeachtet einer Begrenzung der Preiszuwächse durch die Grundlohnrate dazu geführt, dass die Krankenhausaussgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 2010 und 2011 um mehr als 4,7 Mrd. Euro (8,5%) gestiegen sind. Bei diesem Zuwachs sind die ausgabenbegrenzenden Maßnahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes im Jahr 2011 bereits berücksichtigt. Im Vergleich dazu wuchsen im gleichen Zeitraum die GKV-Ausgaben insgesamt um 8,4 Mrd. Euro bzw. 5,2% an. Diese Zahlen verdeutlichen die Notwendigkeit, bei den Regelungen zur künftigen Krankenhausfinanzierung auch die Mengenentwicklung zu berücksichtigen.

1.2. Wesentliche Inhalte

Ablösung der Veränderungsrate durch den anteiligen Orientierungswert ab 2013

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden – erstmals für das Jahr 2013 – beauftragt, den Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg des Basisfallwerts zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage hierfür ist der vom Statistischen Bundesamt auf Basis empirischer Daten zur Kostenentwicklung ermittelte Orientierungswert für Krankenhäuser. Übersteigt der Orientierungswert die Grundlohnrate, ist die Grundlohnrate um bis zu ein Drittel der Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate zu erhöhen. Das Vereinbarungsergebnis ist der anteilige Orientierungswert, auch Veränderungswert genannt. Im Ergebnis kann die Preisentwicklung im Krankenhausbereich stärker an der für die Häuser relevanten Kostenentwicklung ausgerichtet werden.

Die Begrenzung der möglichen zusätzlichen Finanzierung auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Grundlohnrate trägt zur dauerhaften Finanzierbarkeit bei. Bereits die von der großen Koalition geschaffene Rechtsgrundlage sieht einen anteiligen Orientierungswert, nicht aber den von Krankenhausverbänden geforderten vollen Orientierungswert vor. Etwas anderes wäre im Sinne einer nachhaltig tragfähigen Finanzierbarkeit von Krankenhausleistungen auch nicht verantwortbar. Ferner werden Fehlanreize für eine vollständige Überwälzung von Kostensteigerungen, wie sie bei einer ungekürzten Anwendung des Orientierungswerts gegeben wären, vermieden. Durch die Anwendung des anteiligen Orientierungswerts wird ein Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser geleistet und gleichzeitig werden mit Blick auf sozial tragbare Entgelte die zusätzlich entstehenden Belastungen der Kostenträger in Grenzen gehalten.

Der Vorwurf von Krankenhausverbänden, mit dem anteiligen Orientierungswert werde die Grundlohnrate lediglich fortgeschrieben, geht ins Leere. Vielmehr werden den Krankenhäusern gute Argumente an die Hand gegeben, den eröffneten Verhandlungskorridor auch auszuschöpfen. Dies ist einerseits die Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung, andererseits sind zur Ausschöpfung des Korridors Personal- und Sachkostensteigerungen zu berücksichtigen. Gelingt den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene eine Einigung nicht, entscheidet die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei.

Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, werden im Orientierungswert berücksichtigte Kostensteigerungen, die wie z.B. die Tariflohnrefinanzierung bereits anderweitig durch die Kostenträger finanziert wurden, bei der Vereinbarung des Veränderungswerts mindernd berücksichtigt, soweit dadurch die Grundlohnrate nicht unterschritten wird. So beinhaltet der Orientierungswert 2013 teilweise die Kostenentwicklung des Jahres 2012. Eine bereits für das Jahr 2012 erfolgte anteilige Tarifrefinanzierung, die zu einer dauerhaft basiswirksamen Erhöhung des Landesbasisfallwerts 2012 führt, darf somit den Veränderungswert 2013 nicht zusätzlich erhöhen.

Anteilige Tarifrefinanzierung in 2012 als Vorgriff auf anteiligen Orientierungswert

Vor dem Hintergrund steigender Kosten für die Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen erfolgt noch im Jahr 2012 für somatische Krankenhäuser im Vorgriff auf den anteiligen Orientierungswert 2013 eine zusätzliche anteilige Finanzierung bestimmter, tariflich für das Jahr 2012 vereinbarter Lohn- und Gehaltssteigerungen. Die Regelung bewirkt, dass die Differenz zwischen der für das Jahr 2012 maßgeblichen Grundlohnrate und den Tariflohnsteigerungen – bezogen auf die Personalkosten – zu 50% finanziert wird. Diese zusätzliche Finanzierung von Personalkosten für das Jahr 2012 erfolgt basiswirksam und somit dauerhaft. Allein dadurch – also z. B. ohne Berücksichtigung der jährlichen Preissteigerungsraten und der Erlöszuwächse durch Leistungssteigerungen – stehen den somatischen Krankenhäusern somit ab dem Jahr 2012 jährlich zusätzliche Finanzmittel in Höhe von 280 Mio. Euro zur Verfügung, von denen rd. 82% durch die GKV zu finanzieren sind.

Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen besteht bereits eine entsprechende Vorschrift für eine anteilige Tariflohnrefinanzierung.

Forschungsauftrag zu Ursachen und Lösungsansätzen der Mengendynamik

In den letzten Jahren war im Krankenhausbereich eine dynamische Mengenentwicklung zu beobachten. So kommt z. B. die DRG-Begleitforschung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für den Zeitraum 2006 bis 2008 zu dem Ergebnis, dass lediglich rund ein Drittel des Leistungsanstiegs durch die demografische Entwicklung erklärt werden kann. Damit ging ein stetiger Ausgabenanstieg für Krankenhausbehandlung einher. Um mittelfristig diese Problematik einer Lösung zuzuführen, werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesetzlich mit der Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrages zur Mengendynamik und möglichen Lösungsansätzen verpflichtet. Der Auftrag umfasst eine differenzierte Analyse des Sachstandes sowie die Erarbeitung von gemeinsamen Lösungsansätzen. Zudem sind Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung zu entwickeln. Bei den gemeinsamen Lösungsvorschlägen sind insbesondere deren finanzielle Auswirkungen und die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten darzustellen. Zu untersuchen ist auch, welche Alternativen zu der derzeit geltenden Regelung bestehen, nach der zusätzliche Leistungen absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind. Der im Gesetz vorgegebene zeitliche Rahmen zur Vorlage der Ergebnisse (bis zum 30. Juni 2013) soll gewährleisten, dass der Gutachtenauftrag in einem überschaubaren Zeitraum umgesetzt wird.

Gesetzlich fixierte Mehrleistungsabschläge in den Jahren 2013 und 2014

Um bereits übergangsweise die Mengendynamik zu beeinflussen, wird der Regelungsmechanismus des Mehrleistungsabschlags angepasst. Der Mehrleistungsabschlag wird auf die Jahre 2013 und 2014 befristet und bezüglich seiner Höhe festgeschrieben. Darüber hinaus wird die Wirkung des Mehrleistungsabschlags für das Jahr 2013 auf das Jahr 2014 verlängert. D.h., die für das Jahr 2013 vereinbarten Mehrleistungen unterliegen im Jahr 2014 weiterhin dem Mehrleistungsabschlag, soweit sie auch noch im Jahr 2014 vom Krankenhaus erbracht werden. Die für das Jahr 2014 vereinbarten Mehrleistungen unterliegen dagegen wie bislang lediglich einmalig einem Abschlag in der gesetzlich festgelegten Höhe. Im Jahr 2015 entfällt der Mehrleistungsabschlag. Ab diesem Zeitpunkt soll die Mengensteuerung auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung unter Einbeziehung der Ergebnisse des Forschungsauftrags und der zu entwickelnden gemeinsamen Vorschläge der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erfolgen.

Die bereits bestehenden Ausnahmeregelungen vom Mehrleistungsabschlag (Leistungen mit sehr hohen Sachkosten; zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des

Investitionsprogramms des Landes; Öffnungsklausel zur Vermeidung unzumutbarer Härten) werden zudem um weitere Sachverhalte erweitert:

- Transplantationen werden verpflichtend vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen.
- Zudem können die Vertragsparteien vor Ort für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag auf Grund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen. Gegenstand solcher Qualitätsvereinbarungen können zusätzliche Anforderungen sowohl an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sein, die über die gesetzlich oder durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Qualitätsvorgaben hinausgehen. Mit der Regelung wird daher ein finanzieller Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt, Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen mit besonders hohen Qualitätsanforderungen zu treffen.
- Schließlich erhalten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene die Option, die Mengensteuerung zielgenauer auszugestalten, indem Leistungen vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen sind, für die die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene abgesenkte oder gestaffelte Bewertungsrelationen vereinbart haben. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) können die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, abgesenkte oder gestaffelte Bewertungsrelationen vereinbaren.

2. Neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

2.1. Handlungsbedarf und Ziele

Zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wurde den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene im Jahr 2009 der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erteilt (§ 17d KHG). Diese Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen sind von der Anwendung des DRG-Fallpauschalensystems ausgenommen. Das neue Vergütungssystem ist in den Jahren 2013 und 2014 erstmals auf freiwilliger Grundlage und unter budgetneutralen Bedingungen für die Abrechnung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anwendbar.

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems wird auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik der Weg von der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgesetzt. Statt krankenhausespezifischer Vergütungen mit einheitlichen, leistungsunabhängigen Tagessätzen werden bundeseinheitliche, nach Leistungen zu differenzierende Entgelte kalkuliert. Damit wird die Transparenz über die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen der Krankenhäuser verbessert. Mit dem neuen Entgeltsystem ist die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen verbunden. Die Verknüpfung von Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausesintern wie auch krankenhausesübergreifend effizienter eingesetzt werden. Gleichzeitig wird die Qualität der Leistungen durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalausstattung gefördert.

Mit dem Psych-Entgeltgesetz werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Einführung und Einbindung des neuen Psych-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung festgelegt.

2.2. Wesentliche Inhalte

Ablösung der Veränderungsrate durch den anteiligen Orientierungswert ab 2013

Ebenso wie im somatischen Bereich haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab dem Jahr 2013 – jeweils bis zum 31. Oktober des Vorjahres – den anteiligen Orientierungswert (Veränderungswert) zu vereinbaren. Der Veränderungswert bildet die Obergrenze für den Anstieg der Krankenhausbudgets und ab dem Jahr 2017 für das landeseinheitliche Preisniveau im Psych-Bereich (Landesbasisentgeltwerte). Übersteigt der Orientierungswert die Grundlohnrate, ist der Veränderungswert in Höhe der Grundlohnrate zuzüglich 40% der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Grundlohnrate zu erhöhen. Gegenüber der bisherigen Rechtslage erfolgt damit eine Besserstellung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen insoweit, als dass zukünftig nicht nur Personal-, sondern auch Sachkostensteigerungen anteilig von den Kostenträgern refinanziert werden.

Sofern der vom Statistischen Bundesamt ermittelte und veröffentlichte Orientierungswert geringer ist als die Grundlohnrate, haben die Selbstverwaltungspartner den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts zu vereinbaren. Die Regelung eröffnet die Möglichkeit, die ge-

samen durchschnittlichen Kostensteigerungen im Krankenhausbereich bei der Vereinbarung der Krankenhausbudgets bzw. des Landesbasisentgeltwerts zu berücksichtigen.

Kostensteigerungen, die bereits anderweitig durch die Kostenträger finanziert wurden und in die Ermittlung des Orientierungswerts eingeflossen sind, z. B. eine gesetzlich vorgegebene anteilige Tariflohnrefinanzierung im Vorjahr, sind bei der Vereinbarung des Veränderungswerts mindernd zu berücksichtigen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Die Bereinigung darf jedoch nicht zu einer Unterschreitung der Grundlohnrate führen.

Einbindung des neuen Psych-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung

Budgetneutrale Einführung

Mit einer vierjährigen budgetneutralen Phase wird das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in den Jahren 2013 bis 2016 unter geschützten Bedingungen eingeführt. In der budgetneutralen Phase bleiben die Vorgaben zur Budgetermittlung unverändert. Der zentrale Unterschied gegenüber der heutigen Pflegesatzermittlung liegt auf der Abrechnungsseite: Statt über Abteilungs- und Basispflegesätze wird das vereinbarte Budget unter Anwendung der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelten bundesweiten Bewertungsrelationen und des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerts abgerechnet. Über die Höhe des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerts wird gewährleistet, dass das nach alten Regeln vereinbarte Budget in einer Höhe zur Auszahlung kommt, die durch das neue Entgeltsystem nicht beeinflusst wird. In der budgetneutralen Phase führt die Anwendung des neuen Entgeltsystems damit nicht zu hierdurch bedingten Gewinnen oder Verlusten für die stationären Psych-Einrichtungen.

Die Dauer der budgetneutralen Phase und der damit verbundene Schutz vor Verlusten in Folge des neuen Entgeltsystems geben den Einrichtungen ausreichend Zeit, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Auch den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene wird dadurch umfassend Zeit eingeräumt, die Entwicklung des neuen Entgeltsystems voranzutreiben und weiter zu verbessern. Die Ausgestaltung der budgetneutralen Phase trägt damit den grundlegenden Entwicklungsarbeiten für das Entgeltsystem Rechnung.

Optionsjahre

In den Jahren 2013 und 2014 können die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen frei entscheiden, ob sie von dem neuen Entgeltsystem Gebrauch machen. Der Wechsel erfolgt in diesen Jahren auf freiwilliger Grundlage (Optionsjahre). Bei einem optionalen Einstieg haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Gelegenheit, sich unter geschützten Bedingungen frühzeitig mit dem neuen System vertraut zu machen. Da die Optionsjahre in die budgetneutrale Phase fallen, entstehen den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch den frühen Umstieg keine Verlustrisiken. Vielmehr bietet der Gesetzentwurf Anreize zum frühzeitigen Umstieg, damit früher und auch länger Erfahrungen und Know-how mit dem neuen System gesammelt werden können. Als Anreiz für eine frühzeitige Anwendung des neuen Entgeltsystems werden in den Jahren 2013 und 2014 die Erlösausgleiche zeitlich befristet nachhaltig verbessert. Damit werden Schätzfehlerrisiken für die Optionseinrichtungen vermindert.

Der Anspruch zur Nachverhandlungsmöglichkeit von Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung steht weiterhin allen Einrichtungen offen, für die diese Verordnung Anwendung findet. Die Einrichtungen werden jedoch verpflichtet, eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember sowie über die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel vorzulegen; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Bericht vor Einführung der Konvergenzphase

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, vor Beginn der Konvergenzphase gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eine gemeinsame Zwischenbilanz über die bis dahin erfolgte Einführung des neuen Entgeltsystems zu ziehen. Der Bericht hat erste Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Versorgung sowie erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu würdigen. Zudem ist auf der Grundlage vorliegender Informationen über erste Erkenntnisse zu den auf neuer Rechtsgrundlage durchgeführten Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berichten.

Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen

An die budgetneutrale Phase schließt sich im Jahr 2017 eine fünfjährige Konvergenzphase an, in der unterschiedlich leistungsgerechte Krankenhausbudgets schrittweise an das neue, landesweit einheitliche Preisniveau (Landesbasisentgeltwert) angeglichen werden. Dabei müssen Krankenhäuser mit zu hoch bewerteten Erlösbudgets in dieser Phase Erlösabsenkungen in Kauf nehmen, Krankenhäuser mit zu gering bewerteten Erlösbudgets werden dagegen Erlöszuwächse realisieren. Auf diese Weise wird die Leistungsgerechtigkeit der bestehenden Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbessert.

Um die Auswirkungen bei Erlöseinbußen abzufedern, werden aus den Konvergenzschritten resultierende Budgetminderungen begrenzt. Dies erfolgt durch eine im Verlauf des Konvergenzprozesses schrittweise ansteigende Obergrenze, bis zu der Budgetverminderungen umgesetzt werden (beginnend bei maximal 1% des Budgetvolumens im Jahr 2017, endend bei 3% im Jahr 2021). Für Krankenhäuser mit konvergenzbedingten Erlöszuwächsen gilt keine entsprechende Obergrenze. Am Ende der Konvergenzphase gilt für alle Leistungserbringer innerhalb eines Landes der gleiche Preis für gleiche Leistungen.

Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung gibt es bislang weder spezifische gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung noch hat der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu gesonderte Richtlinien vorgegeben. Damit mit der Einführung eines bundeseinheitlich kalkulierten pauschalierenden Entgeltsystems die Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Qualität geht, ist eine systematische Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung angezeigt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird daher verpflichtet, in seinen Richtlinien die erforderlichen Festlegungen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu treffen sowie Indikatoren zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Die Indikatoren sind in Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung umzusetzen. Um die Versorgungssituation in diesem Bereich transparent zu machen, sollen geeignete Ergebnisse der Qualitätsbewertung in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden. Durch zusätzliche Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit für die Behandlung erforderlichem therapeutischem Personal wird eine ausreichende Personalausstattung zur Sicherung der Strukturqualität

gewährleistet. Bei der Festlegung der Empfehlung hat der G-BA die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung zur Orientierung heranzuziehen und an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anzupassen.

Darüber hinaus soll der G-BA bei seinen Festlegungen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus den altersabhängigen Bedürfnissen dieser Patientengruppe (z.B. differenzierte Leistungsangebote, unterschiedliche Organisation in diesem Versorgungsbereich, erhöhter Personalbedarf) ergeben.

Sektorenübergreifende Versorgung

Angesichts der komplexen Krankheitsverläufe, die durch eine oftmals besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte und eine vielfach besonders hohe Zahl der zu beteiligenden Akteure gekennzeichnet ist, hat die sektorenübergreifende Versorgung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine wichtige Bedeutung. Zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wird daher eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung in besonderem Maße ermöglicht und gefördert. Dies geschieht insbesondere durch die erleichterten Rahmenbedingungen für Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen und die Schaffung der Möglichkeit für psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen, Institutsambulanzen zu betreiben.

Möglich sind Modellvorhaben etwa zur besseren Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten. Im Rahmen der Modellvorhaben sind jedoch grundsätzlich alle in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer zum Vertragsabschluss mit den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt. Zudem wird im Gesetz die komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld („home treatment“) ausdrücklich als Gegenstand eines möglichen Modellvorhabens genannt. Diese aufsuchende Behandlung im häuslichen Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten kann insbesondere bei Kindern und Jugendlichen helfen, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, und damit die Nachhaltigkeit der Behandlung stärken. Um ausreichend Erkenntnisse für die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen zu gewinnen, soll in jedem Bundesland mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben durchgeführt werden.

Neben den weit gefassten inhaltlichen Vorgaben werden zur erleichterten Durchführung von Modellvorhaben die administrativen Anforderungen gesenkt. Zum Beispiel entfällt die Notwendigkeit krankenkassenindividueller Satzungsregelungen ebenso wie die ansonsten erforderliche

Genehmigung der Satzung durch die Aufsichtsbehörde. Eine Anzeige des beabsichtigten Vertragsschlusses bei der Aufsichtsbehörde reicht aus. Um die Verwertbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen, können die Vertragspartner unter bestimmten Umständen eine Verlängerung der Laufzeit der Verträge über die an sich vorgesehenen 8 Jahre hinaus beantragen.

Psychosomatische PIAs

Künftig wird sowohl für die psychosomatischen Krankenhäuser als auch für die Allgemeinkrankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen die Teilnahme an der ambulanten Versorgung in dem Umfang ermöglicht, wie es die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vertraglich eröffnen. Es ist ausdrücklich nicht das Ziel der gesetzlichen Ermächtigung, neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen zu schaffen. Deshalb ist es sachgerecht, sowohl bei den psychosomatischen Krankenhäusern als auch bei den Allgemeinkrankenhäusern mit psychosomatischen Fachabteilungen auf die nähere Ausgestaltung und Begrenzung der gesetzlichen Ermächtigung durch die Vertragslösung der Selbstverwaltungspartner abzustellen. Diese treffen Festlegungen zum spezifischen erforderlichen Versorgungsbedarf und bewirken hierdurch eine zielgenaue, nur an dem jeweiligen Versorgungsbedarf ausgerichtete gesetzliche Ermächtigung der Einrichtungen.

3. Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Geriatrische Institutsambulanzen

Mit der künftigen Möglichkeit zur Ermächtigung geriatrischer Institutsambulanzen soll eine strukturierte und koordinierte ambulante wohnortnahe geriatrische Versorgung der GKV-Versicherten bei Vermeidung von Krankenhausaufenthalten gewährleistet werden. Die nähere Ausgestaltung des Inhalts, des Umfangs, der betreffenden Patientengruppen, der Voraussetzung an die Leistungserbringung und der Anforderungen an die Qualitätssicherung vereinbaren die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Entsprechende Ermächtigungen werden durch die Zulassungsausschüsse erteilt, die aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen bestehen. Eine Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange diese notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung in der von den Selbstverwaltungspartnern konkretisierten Form sicherzustellen.

Honorarärzte

Mit dem Gesetz werden flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eröffnet, um vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität insbesondere auch in strukturell benachteiligten Räumen von Flächenländern eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen. Dazu wird gesetzlich verankert, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können. Die gesetzliche Regelung greift eine bereits weit verbreiteten Praxis auf und schafft hierzu mehr Rechtssicherheit. Im Interesse von Patienten und Personal werden die Krankenhäuser bei Inanspruchnahme von nicht im Krankenhaus fest angestellten Ärztinnen und Ärzten zur Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen verpflichtet sicherzustellen, dass die „Honorarkräfte“ die fachlichen Anforderungen und Nachweispflichten in dem Umfang erfüllen, wie sie auch für das ärztliche Krankenhauspersonal bestehen.