

Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

c/o DGPPN, Reinhardtstraße 27 B, 10117 Berlin

Bundesminister für Gesundheit
Hermann Gröhe
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Berlin, den 16. März 2016

Nachrichtlich an:

Herrn Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB; Frau Hilde Mattheis, MdB; Frau Maria Michalk, MdB; Herrn Dr. Georg Nüsslein, MdB

Anmerkungen und Hinweise der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände aus den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu den „Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vorgelegt am 18. Februar 2016

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,

wir bedanken uns für Ihre Bemühungen um die Einführung eines zukunftsfähigen Entgeltsystems und für die Möglichkeit, zu den o. g. Eckpunkten, die Sie im Rahmen des Strukturierten Dialogs einigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden am 18. Februar 2016 vorgestellt haben, Stellung nehmen zu können.

Wir verstehen die „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ als eine verbindliche Basis für eine noch in diesem Jahr zu schaffende gesetzliche Grundlage für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems für die Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Die Fachgesellschaften und Verbände begrüßen es, dass das Bundesministerium für Gesundheit und die Regierungsfractionen sich die wesentlichen Elemente des Verbändevorschlags für ein Budgetorientiertes Finanzierungssystem vom September 2015 zu Eigen gemacht haben. Wir stimmen ausdrücklich mit Ihnen darin überein, dass es ein Ziel des zukünftigen Entgeltsystems sein muss, dass *„die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt [werden], indem sie unter Berücksichtigung*

regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten bedarfs- und leistungsgerechte Budgets vereinbaren.“¹

Entscheidend für die Erreichung dieses Ziels wird es sein, dass die Eckpunkte rasch mit Leben erfüllt werden.

Aus der Perspektive der Fachgesellschaften und Verbände müssen dabei folgende Punkte konkret umgesetzt werden.

(II.1) Ausgestaltung als Budgetsystem

In den Eckpunkten wird ausgeführt, dass das „*neue Entgeltsystem (...) als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen*“ (und damit auch für stationersetzende und stationergänzende Leistungen) umgesetzt wird.

Dies bedeutet für uns, dass die Ebene der Budgetfindung strikt von der Ebene der Abrechnung getrennt gesehen werden muss.

Die Grundlage für die Budgetfindung stellt demnach der konkret erforderliche regionale Bedarf, die Struktur der Versorgungsregion (Morbiditätsstruktur, Inanspruchnahmeverhalten etc.) und die krankenhausspezifische Struktur der Leistungsbereiche dar. Die Budgetfindung erfolgt somit nicht auf der Basis empirisch kalkulierter Entgelte.

Zur krankenhausesindividuellen Budgetfindung müssen die strukturellen Besonderheiten und der daraus abzuleitende Personalbedarf berücksichtigt werden, wie z.B. Dezentralität, gemeindenahe Versorgung, unterschiedliche Stationsgrößen, Altersstruktur der Patienten mit sehr jungen bzw. sehr alten Patienten, hohe Notfallquoten, Aus-, Fort- und Weiterbildung, universitäre Medizin, Spezialangebote etc.. Die genannten Strukturbereiche haben eine direkte Auswirkung auf die Personalbemessung bzw. die Personalkosten und weitere damit verbundene Kosten.

Die Vereinbarungen zur Budgetfindung müssen über alle Budgetanteile schiedsstellenfähig sein.

Besonderer Wert ist bei der Budgetfindung auf die strukturellen Besonderheiten der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie zu legen. Es wird deshalb dringend empfohlen, für

¹ Eckpunkte Abschnitt I, 2. Absatz

jede Einrichtung getrennte (Teil-) Budgets für die Fachgebiete der (Erwachsenen-)Psychiatrie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und ärztlichen Psychotherapie zu vereinbaren.

Weiterhin wird ausgeführt, dass *„die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt.“*

Diese Bestimmung wird von uns ganz ausdrücklich unterstützt. Wir sehen darin den Willen, das zukünftige Finanzierungssystem leistungsgerecht und dynamisch bzgl. regionaler Veränderungen der Demografie und Epidemiologie sowie der Inanspruchnahme bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

Dieser Prozess darf jedoch in keinem Fall dazu führen, dass es letztlich durch Verschiebungen zu einer Reduktion der im gesamten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kommt.

(II.2) Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen

Gemäß den Eckpunkten erfolgt die *„auf empirische Daten gestützte Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen unter Verwendung der Kostendaten von Kalkulationskrankenhäusern, die zukünftig eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden.“*

Es ist uns wichtig zu betonen, dass die Repräsentativität der Kalkulationskrankenhausstichprobe nicht primär anhand formaler Daten ermittelt wird, sondern dass die Repräsentativität der unterschiedlichen Versorgungsregionen und -strukturen dabei in den Vordergrund gestellt wird. Die Repräsentativität muss für jede Stichprobe der Kalkulation, also auch für die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, fachspezifisch gewährleistet sein.

Der derzeitige fall- und diagnosebezogene Entgeltkatalog eignet sich nicht als Grundlage für die Budgetverhandlungen, da er auf die Generierung einheitlicher deduktiv ermittelter Bewertungsrelationen ausgelegt ist. Wie sich in der Erprobungsphase des PEPP-Systems gezeigt hat, sind solche empirischen einheitlichen Bewertungsrelationen eben gerade nicht geeignet, die Heterogenität

des regionalen Leistungsgeschehens adäquat abzubilden. Allerdings kann die empirische Kalkulation zum Krankenhausvergleich weiterentwickelt werden.

Das Budget selbst sollte auf der Basis eines umfassenden Personalbemessungsinstrumentes und unter Berücksichtigung weiterer krankenhaustypischer Budgetkomponenten sowie der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten des Krankenhauses verhandelt werden. Ausgangspunkt sind dabei die aktuellen Krankenhausbudgets, die zunächst – vor Verfügbarkeit des neuen Personalbemessungsinstrumentes – in allen Krankenhäusern so angepasst werden müssen, dass eine 100%ige Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sichergestellt ist. Damit entfällt die Notwendigkeit einer landesweiten Konvergenz. Motor für die anzustrebende Reduktion der aktuell noch sehr hohen Variabilität der Vergütung werden in Zukunft die verpflichtenden Regelungen zur Personalausstattung sein. Dabei sind insbesondere Kosten für die Pflichtversorgung (Aufnahme rund um die Uhr an 7 Tagen pro Woche; einschließlich gesetzlich untergebrachter Patienten) zu berücksichtigen. Ebenfalls wird in diesem Punkt ausgeführt, dass *„die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist.“* Die psychiatrischen und psychosomatischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände unterstreichen die in den Eckpunkten erkennbare Ausrichtung hin zu einer verbesserten Versorgungsqualität.

Ebenfalls wird festgelegt, dass *„die Mindestanforderungen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt. (...) In der Übergangsphase soll für die Krankenhäuser eine 100%ige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgegeben werden.“*

Es ist uns wichtig zu betonen, dass die geforderte 100%ige Umsetzung der Psych-PV durchgehend bis zu einer verbindlichen neuen Regelung erfolgt und nicht nur für die Kalkulationskrankenhäuser, sondern für alle Einrichtungen, die der Psych-PV unterliegen, gültig sein muss. Die Berechnung der (vollständigen) Psych-PV-Umsetzung muss auf eine eindeutige und einheitliche Grundlage gestellt werden. Für Kliniken und Abteilungen der Psychosomatischen Medizin, für die die Psych-PV nicht gilt, sind analoge, empirisch begründete und bereits bisher bei der Personalbemessung anerkannte Personalanhaltszahlen (in Analogie zur Psych-PV) zu verwenden und zu 100 % umzusetzen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch eine 100%ige Umsetzung der Psych-PV systembedingt nicht alle für die Versorgung relevanten Kosten abgebildet werden (z. B. Nachtdienst der Pflege, Bereitschaftsdienste der Ärzte) und dass auch die medizinischen Entwicklungen seit Inkrafttreten der Psych-PV nicht adäquat abgebildet sind.

Es müssen deshalb Tatbestände definiert werden, die über den durch die Psych-PV geregelten Bereich hinausgehen.

Der in den Eckpunkten genannte Bezug auf die S3-Leitlinien darf nicht dazu führen, dass relevante klinische Fragestellungen nicht berücksichtigt werden bzw. dass dabei die jeweiligen Diagnosen im Vordergrund stehen. Zu berücksichtigen ist neben den häufigen Komorbiditäten ebenfalls, dass sich die relevanten Unterschiede aus dem jeweils erforderlichen klinischen Aufwand und aus dem Setting ergeben. S3-Leitlinien liegen ebenso auch für nicht-diagnosebezogene Situationen vor (z. B. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ bzw. Definition der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung analog OPS Ziff. 9-634). In besonderer Weise gilt dies auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bei der der Rückbezug auf störungsspezifische Leitlinien aufgrund der Studienlage meist nicht möglich ist. Für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie werden aktuell Personalbedarfsberechnungen auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien vorgelegt.

(II.3) Verbesserte Personalausstattung

Gemäß den Eckpunkten wird der G-BA beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen. Er hat dabei die Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen.

Aus unserer Sicht ist eine verbesserte Personalausstattung im Sinne der Eckpunkte dringend erforderlich.

Wir begrüßen es deshalb ausdrücklich, dass die durch den G-BA festzulegenden Mindestvorgaben verbindlichen Charakter haben sollen. Dabei ist es unbedingt erforderlich, dass die Ausfinanzierung dieser Mindestvorgaben und der daraus resultierenden Personalkosten bzw. damit verbundener Kosten verbindlich für alle Krankenkassen festgeschrieben wird. Diese Finanzierung muss im Fall der Nicht-Einigung schiedsstellenfähig sein.

Die Formulierung im Eckpunktepapier ist an Art. 2 Abs. 5 Ziff. 3 des KHSG anzulehnen, bei der die verbindliche Finanzierung der für den verbesserten Personaleinsatz erforderlichen Mehraufwände zu durch den G-BA festgelegten Mindestanforderungen festgelegt wurde. Wir gehen davon aus, dass diese Regelung weiterhin auch auf die psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen übertragen wird.

In jedem Fall ist sicherzustellen, dass eine regelmäßige Überprüfung der Vorgaben auf der Basis von epidemiologischen, demographischen und fachlichen Entwicklungen erfolgt (definierte Anpassungszeitpunkte). Anderenfalls würde sich erneut eine Lücke zwischen der Festlegung der verbindlichen Personalvorgaben und möglichen inhaltlichen Weiterentwicklungen ergeben.

Die durch den G-BA zu ermittelnden Mindestvorgaben müssen sich auf quantitative und qualitative Vorgaben erstrecken.

Bei der Festlegung von Mindestvorgaben kann der G-BA gemäß den Ausführungen der Eckpunkte auch „*externe Expertise*“ einbeziehen. Dies ist aus unserer Sicht zwingend erforderlich, zumal nicht für alle Patientengruppen entsprechende Leitlinien umfassend vorliegen. Diese Vorgabe verstehen wir dahingehend, dass durch den G-BA eine Expertenkommission einzusetzen ist, die alle Bereiche der genannten Fächer und Versorgungsbereiche abdeckt.

Abschließend führen die Eckpunkte in diesem Abschnitt aus, die verbindlichen personellen Mindestvorgaben seien bis zum 1.1.2020 vorzulegen.

Hierbei ist besonders darauf hinzuweisen, dass die Regelungen der Psych-PV nach der geltenden Rechtslage zum 31.12.2018 auslaufen würden. Es ist aus unserer Sicht unabdingbar, dass zwischen einem möglichen Auslaufen der Regelungen der Psych-PV und neuen Mindestanforderungen keine zeitliche Lücke auftritt.

In diesem Zusammenhang ist es für uns von großer Bedeutung, dass es zu einer umfassenden „Entbürokratisierung“ auf allen Ebenen des Finanzierungssystems kommt. Durch ausufernde und nicht fachlich begründete Dokumentationsverpflichtungen sowie durch einen massiven Misstrauensaufwand werden dem Hilfe- und Versorgungssystem personelle und finanzielle Ressourcen in erheblichem Ausmaß entzogen, die dann für eine patientenbezogene Arbeit nicht mehr zur Verfügung stehen.

(II.4) Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

Es ist aus unserer Sicht zwingend erforderlich, dass der geplante Krankenhausvergleich insbesondere für die bedarfsorientiert unterschiedlich ausgeprägten strukturellen Leistungsbereiche der Krankenhäuser entwickelt wird. Der Krankenhausvergleich soll zwei Funktionen erfüllen. Erstens sollen abgrenzbare Strukturbereiche mit Definitionen, wie sie auf Ortsebene zu kalkulieren sind, erarbeitet werden und zweitens sollen transparent die Schwankungsbreiten dieser Kalkulationen

auf Bundesebene erhoben und veröffentlicht werden und den Verhandlungspartnern vor Ort eine Hilfestellung und Orientierung sein. Da die strukturell unterschiedlich ausgestalteten Leistungsbereiche der Krankenhäuser überwiegend regional am Bedarf der Versorgungsregion ausgestaltet sind, sind Durchschnittsbetrachtungen vor Ort nicht hilfreich.

Der Krankenhausvergleich darf – wie bereits im Strukturierten Dialog besprochen – nicht als „Betriebsvergleich“ angelegt sein und sich damit am scheinbar günstigsten Krankenhaus orientieren.

Es ist deshalb sicherzustellen, dass die Budgets aller Krankenhäuser – nicht nur der Kalkulationshäuser – einer 100%igen Psych-PV-Umsetzung (bzw. für die Psychosomatische Medizin einer 100%igen Ausstattung gemäß der Personalanhaltszahlen der Psychosomatik) entsprechen.

Für den benannten Krankenhausvergleich sind fraglos geeignete Kriterien noch zu vereinbaren, die es ermöglichen, die im Krankenhaus und die durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen adäquat zu beschreiben. Es müssen dabei u. a. regionale strukturelle und fachliche Schwerpunkte, die Bedingungen der Pflicht- und Regelversorgung, die gemeindenahere Versorgung und die Vernetzung der Angebote eingehen. Darüber hinaus sollen unterschiedliche Kostenstrukturen, die durch regionale Faktoren oder z. B. durch die Anwendung bestimmter Tarifverträge begründet sind, in ihren Bandbreiten transparent gemacht werden. Bei der Entwicklung des Krankenhausvergleichs werden die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt die Partner der Selbstverwaltung entsprechend beratend unterstützen.

Das InEK ermittelt aus den Daten der Krankenhäuser, die individuelle Strukturbereiche kalkuliert und verhandelt haben, die Vergleichszahlen für den Krankenhausvergleich. Es müssen dazu die Voraussetzungen geschaffen werden (Kostenstellen, zusätzliche Daten abfragen), um diese Aufgabe zu bewältigen. Der Krankenhausvergleich sollte jährlich erfolgen. Ferner müssen die Leistungsbereiche des Krankenhausvergleichs schiedsstellenfähig und die entsprechenden Kalkulationen und deren Grundlagen allen Beteiligten zugänglich sein.

(II.5) Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)

Gemäß den Vorgaben der „Eckpunkte“ sollen die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden. Insbesondere soll eine *„komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im*

häuslichen Umfeld der Patienten durch spezielle Behandlungsteams“ für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Home-Treatment) ermöglicht werden.

Wir unterstützen diese Regelungen ausdrücklich. Dabei ist es allerdings nicht die diagnostische Zuordnung, die den Bedarf an einer Behandlung im häuslichen Umfeld begründet, sondern die individuelle patientenbezogene Situation unter besonderer Berücksichtigung der Fähigkeit zur Teilhabe am Leben und sozialen Umfeld. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind stationärer ersetzende Maßnahmen auch aus Gründen der Beziehungsstabilität umzusetzen.

Bezüglich der Finanzierung dieses Angebots wird ausgeführt, dass diese Leistungen im Rahmen der Krankenhausvergütung zu erstatten sind und eine Bereinigung der Gesamtvergütung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung damit nicht verbunden ist. Das System der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) soll dabei – ebenso wie der Bereich der Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – unberührt bleiben.

Wir gehen davon aus, dass durch die hier aufgeführten Begriffe einer „komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Akut-Behandlung“ neben den Leistungen des Home-Treatments auch weitere, durch das Krankenhaus im Rahmen der regionalen Versorgungsverpflichtung durchzuführende, die stationäre Behandlung ersetzende bzw. ergänzende Maßnahmen gemeint sind, die bereits eingeführt sind oder zukünftig entwickelt werden und die eine gleichartige Zielsetzung wie Home-Treatment aufweisen. Insofern müssen die Bestimmungen zur Finanzierung so gestaltet werden, dass auch zukünftige entsprechende Behandlungsmaßnahmen adäquat finanziert werden. Die einschlägigen sozialrechtlichen Regelungen müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Ort der Leistungserbringung (im Krankenhaus oder außerhalb) für die adäquate Finanzierung nicht maßgebend ist.

Ergänzend dazu stellen wir fest, dass auch aus unserer Sicht Leistungen, die im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, nicht betroffen sind. Die benannten komplexen psychiatrischen Akut-Behandlungen im häuslichen Umfeld sind als Leistungen zu verstehen, die stationäre Behandlung ersetzen, erweitern oder ergänzen. Die Erstattung dieser Leistung im Rahmen der Krankenhausvergütung bedeutet, dass auch hierfür eine verbindlich zu finanzierende Personalbemessung im Rahmen einer Nachfolgeregelung zur Psych-PV festgelegt wird.

Es ist davon auszugehen, dass zur Umsetzung ein ausreichender Zeitrahmen erforderlich ist. Der Aufbau entsprechender Behandlungsteams und der aufsuchenden Infrastruktur benötigt einen zeitlichen Vorlauf. Es ist nicht zu erwarten, dass aus den jetzigen Modellvorhaben nach §64b SGB V umfassende Kalkulationsdaten abzuleiten sind. Im Rahmen von IV-Verträgen gibt es ebenfalls Erfahrungen mit Home-Treatment. Wir regen daher an, das DIMDI schon für 2017 anzuweisen,

den in den OPS 9.x formulierten Modellvorbehalt aufzugeben und auch das InEK auf eine Gesamtkostenkalkulation (inklusive Bereitstellungs-, Fahrtkosten und -zeiten) hinzuweisen.

Ebenfalls wird klargestellt, dass diese Finanzierung auf Bundesebene im Fall der Nicht-Einigung schiedsstellenfähig ist.

Unter dem Aspekt der notwendigen weiteren Vernetzung zwischen ambulanter und teil- bzw. vollstationärer Behandlung setzen wir auf die Zusage des BMG, dass die Einrichtung bereits gesetzlich vorgesehener Psychosomatischer Institutsambulanzen (PsIA) in der laufenden Gesetzgebung dahingehend konkretisiert wird, dass PsIAs vorrangig an Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit einem besonderen regionalen Behandlungsauftrag und einem breit gefächerten somatischen Fachabteilungsspektrum vergeben werden, um so den speziellen interdisziplinären Belangen der Psychosomatik Rechnung zu tragen. Diese Krankenhäuser haben für die Psychosomatik ein differenziertes Konzept der Vernetzung stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Einheiten mit ambulanten und teilstationären Versorgungsschwerpunkten zur Sicherung der Behandlungsergebnisse vorzulegen.

(III) Einführungsphase des neuen Entgeltsystems

Gemäß den Eckpunkten erfolgt die Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Jahr 2016.

Weiterhin wird angestrebt, dass das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2017 verbindlich von allen Psych-Einrichtungen unter budgetneutralen Bedingungen anzuwenden ist.

Es ist sehr zu begrüßen und dringend notwendig, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem im Jahr 2016 zu schaffen. Eine verbindliche Einführung mit Beginn des Jahres 2017 wäre möglich, wenn zunächst die sog. Optionskrankenhäuser wieder nach den Regeln der Bundespflegesatzverordnung (in der Form vor der Änderung durch das PsychEntgG) abrechnen, in einem zweiten Schritt die Personalausstattung aller Krankenhäuser auf 100 % angehoben würde und parallel der Krankenhausvergleich und das neue Personalbemessungsinstrument durch den G-BA entwickelt würde. Dies wäre bis 2020 zu schaffen. Die Gültigkeit der Psych-PV müsste dafür aber um zwei Jahre verlängert werden.

Wir gehen davon aus, dass durch die vorgesehene gesetzliche Regelung im Jahr 2016 die am 1.1.2017 beginnende budgetneutrale Phase (im Sinne des PsychEntgG) und die daran anschließende Konvergenzphase aufgehoben werden und damit entfallen.

An deren Stelle sollten zunächst eine Entwicklungsphase von 2 Jahren für das neue Entgeltsystem und eine daran anschließende, ausreichend lange Einführungs- und Umsetzungsphase treten. Die Entwicklungsphase muss unter budgetneutralen Bedingungen erfolgen.

Abrechnung

Abschließend ist festzuhalten, dass durch die Eckpunkte keine expliziten Aussagen zur Frage der Abrechnung (im Sinne von Abschlagszahlungen auf das Budget) gemacht werden. Hier sind weitere intensive Gespräche erforderlich, um ein geeignetes, leistungsgerechtes und transparentes Abrechnungssystem zu entwickeln.

Es ist darauf zu achten, dass die entstehenden Abrechnungsgrößen sich auf Patientengruppen mit einem möglichst gleichartigen Behandlungsaufwand (und nicht auf die Diagnose) beziehen. Die Abrechnungsgrößen müssen sich dynamisch an veränderte Situationen (z. B. Demographie, Morbidität, medizinische Entwicklung, Inanspruchnahme) anpassen können.

Mit freundlichen Grüßen

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

Gez.

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands (AKP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken (DATPPP)

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSB)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)