

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(19)
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
17.04.2012



Berlin, den 17.04.2012

**Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung über ein
„Gesetz zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und
psychosomatische Einrichtungen“**

Vorbemerkungen

Finanzierungsgrundlagen für alle Krankenhäuser

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im somatischen und psychiatrischen Bereich stehen insbesondere durch die jüngsten Tarifabschlüsse und Kostensteigerungen unter erheblichem Finanzierungsdruck. Zur adäquaten Abbildung des Personalaufwands und Überwindung der Kostenproblematik in den Einrichtungen sind die Einführung eines Tarifausgleichs sowie die zeitnahe Einführung des Orientierungswerts in voller Höhe notwendig.

Im Kontext der Einführung von Orientierungswert und Tarifausgleich forderte die Politik von Seite der Leistungserbringer ein Konzept zum Umgang mit Mehrleistungen. Das im Rahmen der DKG entwickelte Konzept zur Finanzierung von Mehrleistungen im DRG System wird vom BDPK unterstützt und ist eine geeignete Grundlage für weitere Diskussionen auch im psychiatrischen und psycho-somatischen Bereich.

MDK-Prüfungen

Der organisatorische und auch finanzielle Aufwand der MDK-Prüfungen nimmt ein Besorgnis erregendes Niveau an. Die derzeitige Praxis der Abrechnungsprüfung macht vom Instrument der Stichprobenprüfung (§ 17c KHG) zu wenig Gebrauch und führt Abrechnungsprüfungen insbesondere als Einzelfallprüfungen (§ 275 SGB V) durch. Häufig ist die Zielsetzung der Einzelfallprüfung durch die Krankenkassen nicht die Überprüfung der Korrektheit der Rechnung, sondern die Rechnungskürzung. Folge sind eine Flut von unsinnigen und systemwidrigen Prüfungen, der gesetzlich Einhalt geboten werden muss. Stichprobenprüfungen bieten das Potenzial, den Verwaltungsaufwand massiv zu verringern und müssen gefördert werden. Ein vom BDPK beauftragtes Diskussionspapier zu MDK-Prüfungen ist der Stellungnahme beigelegt.

Finanzierungsgrundlagen für psychiatrische und psycho-somatische Kliniken

Der Entwurf der Bundesregierung deckt sich weitgehend mit der Systematik des KHEntgG für den Bereich der somatischen Erkrankungen. Für den Bereich der Somatik sind diese Regelungen des fallbezogenen Vergütungssystems, bisher als durchaus geglückt zu bewerten und führten in der Vergangenheit in Verbindung mit dem pauschalierenden Entgeltsystem auch zu positiven Veränderungen in der Versorgung der Patienten. Dies zeigen z.B. die Verweildauerverkürzungen bei gleichzeitig gesteigener Behandlungsqualität, was sicherlich u.a. an der Einführung von Behandlungspfaden, Spezialisierungen und auch der Transparenz in der Leistungserbringung liegt.

Solche Effizienzsteigerungen durch Verweildauerverkürzungen sind im Bereich der stationären Behandlung von psychiatrischen und psycho-somatischen Erkrankungen wegen stringenten krankenhauplanerischen Strukturvorgaben derzeit nicht möglich.

Die stationäre Versorgung psychisch und psycho-somatisch erkrankter Patienten unterscheidet sich von der Versorgung somatisch erkrankter Patienten. Deutlich wird dies an folgenden Punkten:

- Die Behandlung der psychiatrisch/psycho-somatischen Patienten soll möglichst wohnortnah erfolgen. Daraus resultieren kleinere Behandlungseinheiten, die nicht über die vermuteten Effizienzreserven verfügen. Eine gegebenenfalls wirtschaftlich sinnvolle Zusammenlegung der Behandlungsangebote gefährdet das Primat der wohnortnahen Versorgung.
- Die psychiatrische Versorgung ist durch die so genannte Pflichtversorgung gekennzeichnet. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser alle Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet behandeln müssen. Hierfür müssen die psychiatrischen Krankenhäuser die entsprechenden Strukturvorgaben vorhalten und finanzieren. Ein leistungsbezogenes Vergütungssystem kollidiert mit diesem Prinzip.
- Im Bereich der psychiatrischen/psycho-somatischen Versorgung können die durch den Umstieg auf das neue Vergütungssystem entstehenden Verweildauerverkürzungen den Behandlungserfolg negativ beeinflussen. Erhoffte Effizienzgewinne werden vermutlich zu Lasten des Behandlungserfolgs erreicht.

Die mit dem Umstieg auf ein leistungsbezogenes Entgeltsystem verbundenen wirtschaftlichen Risiken für die psychiatrisch/psycho-somatischen Kliniken sind enorm. Die notwendige Anpassung der Kliniken an das neue Vergütungssystem wird dazu führen, dass Zielkonflikte im Hinblick auf die wohnortnahe Versorgung und die Pflichtversorgung entstehen. Aus diesem Grunde halten wir es für dringend notwendig, die Entscheidung zur finanzwirksamen Umstellung für die psychiatrischen/psycho-somatischen Kliniken zunächst zurückzustellen. Hierüber sollte in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren rechtzeitig vor dem Jahr 2017 entschieden werden.

Änderungsbedarf im Einzelnen

1. Veränderungsrate/Orientierungswert

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde der Orientierungswert als krankenhausspezifischer Kostenindex eingeführt. Dieser soll insbesondere die spezifische Entwicklung der Krankenhauskosten und -strukturen berücksichtigen und die Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate ablösen. Der Orientierungswert muss neben einer Anwendung im somatischen Bereich ab dem Jahr 2013 auch im psychiatrischen und psycho-somatischen Bereich mit der Umstellung auf das neue Entgeltsystem zur Anwendung kommen.

Änderungsvorschlag:

Die Vorgaben zur Anwendung der Regelung nach § 71 SGB V in den §§ 3, 4, 6 Abs. 3 und 10 BpflV n.F. sind entsprechend anzupassen und die Anwendung des Orientierungswerts zur Sicherstellung der Planungssicherheit ab dem Jahr 2013 für somatische, psychiatrische und psycho-somatische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich zu kodifizieren. Weiterhin sind die Vorgaben zur Anwendung der Veränderungsrate, durch die Anwendung des Orientierungswertes zu ersetzen.

2. Anreiz zur Nutzung des Optionsrechts in den Jahren 2013/2014

Bereits bei Einführung des DRG-Systems in der Somatik wurde den Optionshäusern, welche bereits im Jahr 2003 auf das pauschalierte Entgeltsystem umgestiegen sind, ein Anreiz in Form veränderter Erlösausgleichssätze gesetzt. Im Jahr 2003 betrug der Mindererlösausgleichssatz 95 %.

Da sich der vorliegende Gesetzentwurf in wesentlichen Teilen an der Einführung des DRG-Systems und der damaligen Fassung des KHEntg orientiert, ist auch im Zuge der Einführung des Psych-Entgeltsystems für die Optionsjahre 2013 und 2014 ein Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 95 % anzusetzen.

Änderungsvorschlag:

§ 3 Abs. 5 Satz 2 n.F. wird wie folgt gefasst

Mindererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 95 Prozent und ...

3. Mehrerlösausgleich (§ 3 Abs. 5, § 4 Abs. 8 n.F.)

Die Kliniken sind bezogen auf den Ausgleich von Mehrerlösen erheblich schlechter gestellt als im somatischen Bereich. Dies sollte durch eine Anpassung von § 3 Abs. 5 und § 4 Abs. 8 vermieden werden.

Änderungsvorschlag:

§ 3 Abs. 5 Nr. 3 sowie § 4 Abs. 8 Nr. 2 n.F. werden wie folgt gefasst:

Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.

4. § 4 Abs. 3 BPflV n.F. Finanzierung von Mehrleistungen auf Hausebene

Die Absicht, zukünftig Mehrleistungen auf Hausebene nur zwischen 25,6% und 50% (2017-2021) finanzieren zu wollen verlagert das Morbiditätsrisiko, in einem Bereich auf die Krankenhäuser, in dem stark steigende Erkrankungszahlen zu erwarten sind.

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung verfügt mit einer Personalkostenquote von ca. 80 % an den gesamten Behandlungskosten über einen hohen Personalkostenanteil. Zusätzlich muss Personal im Rahmen der Pflichtversorgung bereitgehalten werden. Ohne eine adäquate Gegenfinanzierung ist zu befürchten, dass es zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung kommen wird.

Beispielrechnungen nach neuem und altem Pflegesatzrecht für das Jahr 2017 zeigen, dass dem System durch die neue Finanzierungsgrundlage nachhaltig Geld entzogen wird. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser müssen mit einer durchschnittlichen Budgetabsenkung in Höhe von zwei Prozent rechnen. Diese Verschlechterung der finanziellen Situation bei steigenden Fallzahlen, die im Einzelfall noch deutlich höher ausfallen kann, gefährdet die Qualität der Patientenversorgung.

Änderungsvorschlag:

Die durch Mehrleistungen entstehenden zusätzlichen Personalkosten müssen auch während der Konvergenzphase bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes refinanziert werden.

5. Fehlenden Finanzierungsmöglichkeit gem. § 6 Abs.4 BPfIV

Die eingeschränkte Geltendmachung (nur für Optionskrankenhäuser) von zusätzlichen Kosten im Rahmen des § 6 Abs. 4 BPfIV ist weder sachlogisch mit der Einführung des neuen Entgeltsystems verbunden, noch führt sie zu einer verlässlichen Planungssicherheit für die Krankenhäuser.

Mit Beginn der Konvergenzphase wird der Landesbasisentgeltwert auf Grundlage der vereinbarten Budgets der Krankenhäuser vereinbart. Ist bis dahin die Zahl der Personalstellen nach der Psych-PV nach § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. nicht vollständig finanziert, fehlen diese Kostenbestandteile bei der Überführung der kostenorientierten Budgets hin zur leistungsorientierten Vergütung.

Änderungsvorschlag:

- Vor Einführung der Konvergenzphase muss sichergestellt sein, dass die vereinbarte Zahl der Personalstellen gem. Psych-PV bzw. L2 (Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV a.F.) auch zu 100 % finanziert ist.
- Die Krankenhäuser müssen über eine Klarstellung in § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. die Möglichkeit bekommen, bis zum Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 die vollständige Finanzierung der vereinbarten Personalstellen bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Gesamtbetrages berücksichtigen zu können.

6. § 10 Abs. 4 BPflV n.F. (Bestimmung der Obergrenze)

Die Regelung, Mehrleistungen durch die Versorgung zusätzlicher Patienten nur mit dem variablen Kostenanteil berücksichtigen zu wollen (§ 10 BPflV n.F.) wird dazu führen, dass der Basisentgeltwert in Folge von Mehrleistungen letztendlich nach unten sinkt. Diese Effekte führen im Ergebnis auf Landesebene zu einem „Hamsterradeffekt“, der sich auf der Hausebene fortsetzt.

Die derzeit noch gültigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung sehen zusätzlich zur Veränderungsrate und der Tarifraten auch die Möglichkeit, folgende Tatbestände zu berücksichtigen:

- Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen
- Zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes
- Erhöhung des Schweregrades
- Zusätzliche Leistungen aufgrund des Abschlusses eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V oder des Beitritts zu einem solchen Vertrag

Im Gesetzentwurf fehlt darüber hinaus auch eine analoge Regelung zum Bereich des KHEntgG (§ 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG), dass der Landesbasisentgeltwert auch über die o.a. Veränderungsrate steigen darf, wenn und insoweit die Summe der Bewertungsrelationen absinkt. Analog zu § 10 Abs. 2 Satz 2 BPflV n.F. ist folgerichtig zu ergänzen, dass eine Fallzahlreduzierung bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes erhöhend zu berücksichtigen ist. Dabei wäre sicherzustellen, dass es durch diesen Effekt nicht zu Ausgabensteigerungen kommt.

7. Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus und Laufzeit (§§ 11 und 15 BPfIV n.F.)

Aus dem Regierungsentwurf geht grundsätzlich die Wiedereinführung der prospektiven Verhandlungen, Vereinbarungen und Genehmigungen hervor.

In der Praxis der vergangenen Jahre zeigt sich jedoch, dass der prospektive Abschluss von Vereinbarungen auch im BPfIV-Bereich nicht möglich ist. Dies liegt teilweise daran, dass sich die Krankenkassen in vielen Bundesländern weigern eine separate Vereinbarung für den BPfIV-Bereich abzuschließen. Dies erfolgt teilweise mit Verweis auf die Genehmigungsbehörden, die dieses Vorgehen unterstützen.

Des Weiteren kommt es in den letzten Jahren vermehrt zu teilweise wochenlangen Verzögerungen des Unterschriftenverfahrens auf Seiten der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag:

Daher bedarf es der Entkoppelung des Genehmigungsverfahrens nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung.

§ 14 Abs. 1 Satz 4 (neu) BPfIV n.F.

Die zuständige Landesbehörde entscheidet über die Genehmigung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte, des Erlösbudgets, der Erlössumme und der Zu- und Abschläge nach § 5 innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags.

§ 15 Abs. 2 Satz 4 (neu) BPfIV n.F.

Ein Ausgleich von Mehrerlösen entfällt, sofern die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von den Krankenkassen oder ihren Verbände zu vertreten ist.

8. Einführung der Möglichkeit für den Bereich der Psychosomatik und der Geriatrie Institutsambulanzen zu betreiben (§ 118 Abs. 3 SGB V n.F., § 118a SGB V n.F.)

Die Möglichkeit der Leistungserbringung von PIA-Leistungen durch die Psychosomatik ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Zusätzlich unterstützt der BDPK die im Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgeschlagene Einführung des § 118a SGB zur Ermächtigung von Krankenhäusern zur Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen.

Der Vorschlag ist aus Verbandssicht dazu geeignet, eine Doppelvorhaltung von Versorgungsstrukturen zu vermeiden. Hierzu ist es aber unerlässlich auch geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111 c SGB V die Möglichkeit zur Einrichtung solcher Versorgungszentren zu gewähren.

Änderungsvorschlag:

Der Geltungsbereich des im Änderungsvorschlag vorgesehenen neuen § 118a muss auf Rehabilitationseinrichtungen erweitert werden:

„§ 118a

Geriatrische Institutsambulanzen

(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen ~~sowie~~ und Krankenhausärzte sowie geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111 c SGB V können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.