

Informationsvermerk
zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung des pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Wesentliche Inhalte des Referentenentwurfs sind:

1. Optionaler Einstieg in das neue Psych-Entgeltsystem in 2013 und 2014

In den Jahren 2013 und 2014 erfolgt die Anwendung des neuen Entgeltsystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 3 Abs. 1 Satz 2 BPfIV n.F. auf freiwilliger Grundlage (Optionsjahre). In beiden Jahren findet die Anwendung unter budgetneutralen Bedingungen statt. Die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden weiterhin nach den bisherigen Regeln vereinbart, so dass durch das neue Entgeltsystem bedingte Verluste oder Gewinne für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vermieden werden. Das vereinbarte Budget wird jedoch nicht mehr mit Abteilungs- und Basispflegesätzen abgerechnet. Vielmehr werden unter Berücksichtigung der bundesweiten Bewertungsrelationen jeweils krankenhausespezifische Basisentgeltwerte ermittelt, die für die Rechnungsstellung mit den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen des Entgeltkataloges multipliziert werden. Für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach den neuen Psych-Entgelten von Anfang an verpflichtend. Durch die Budgetneutralität wird das neue Entgeltsystem unter geschützten Bedingungen für die Krankenhäuser eingeführt.

Den Einrichtungen werden zudem Anreize gesetzt, bereits während der Optionsjahre das neue Entgeltsystem auf freiwilliger Basis einzuführen:

- Einerseits werden die Mindererlösausgleiche, die bei einer Unterschreitung der prospektiv vereinbarten Krankenhausbudgets von den Kostenträgern zu tragen sind, für die Optionshäuser in den Jahren 2013 und 2014 von 20% auf 75% vorübergehend deutlich verbessert (§ 3 Abs. 5 Satz 2 BPfIV n.F.). Damit wird für diese Einrichtungen bei der erstmaligen Ermittlung der krankenhausespezifischen Basisentgeltwerte das Schätzfehlerrisiko besser ausgeglichen. Dies führt für die GKV zu geschätzten Mehrausgaben in Höhe von **rd. 16 Mio. Euro im Jahr 2013 und rd. 33 Mio. Euro im Jahr 2014**. Ab 2015 wird die Mindererlösausgleichsquote wieder abgesenkt.
- Andererseits ist für Optionshäuser die nach § 6 Abs. 4 BPfIV mögliche Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bis zum Jahr 2016 möglich (§ 3 Abs. 1 Satz 4 BPfIV n.F.). Hierdurch entstehen **keine Mehrausgaben**,

da vielmehr für die nicht optierenden Einrichtungen die bisherige gesetzliche Möglichkeit zur Nachverhandlung im Jahr 2012 endet. Letzteres kritisiert die DKG.

2. Verpflichtende und budgetneutrale Anwendung in 2015 und 2016

In den Jahren 2015 und 2016 ist unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtend (§ 3 Abs. 1 Satz 5 BPfIV n.F.). Wie in den Jahren 2013 und 2014 wird die Höhe der vereinbarten Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Entgeltsystem beeinflusst. Mit der verpflichtenden budgetneutralen Anwendung erhalten die Einrichtungen zwei weitere Jahre unter geschützten Bedingungen.

3. Fünfjährige Konvergenzphase vom 1. Januar 2017 bis 1. Januar 2022

Mit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 werden unterschiedlich leistungsgerechte Krankenhausbudgets in mehreren Stufen an das neue, landesweit einheitliche Preisniveau angeglichen (§ 4 BPfIV n.F.). Dazu werden für das Jahr 2017 erstmalig Landesbasisentgeltwerte vereinbart, die sich aus dem Erlös- und Leistungsvolumen für die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte im Land ableiten.

Die unterschiedlich leistungsgerechten Krankenhausbudgets werden in der fünfjährigen Konvergenzphase stufenweise angeglichen, indem die Differenz zwischen dem nach den bisherigen Regeln verhandelten Budget und dem unter Berücksichtigung des neuen Landesbasisentgeltwertes ermittelten Psych-Erlösvolumen abgebaut wird (§ 4 Abs. 2 bis 5 BPfIV n.F.). Krankenhäuser mit zu hoch bewerteten Erlösbudgets müssen in dieser Phase Erlöseinbußen hinnehmen, sofern sie nicht die lange Einführungszeit unter geschützten Bedingungen für rechtzeitige Anpassungen an die geänderten Rahmenbedingungen nutzen. Krankenhäuser mit zu gering bewerteten Erlösbudgets werden dagegen Erlöszuwächse realisieren. Damit erfolgt eine Umverteilung hin zu mehr Leistungsgerechtigkeit. Um die Auswirkungen bei Erlöseinbußen abzufedern, werden konvergenzbedingte Budgetminderungen einzelner Einrichtungen nach § 4 Abs. 5 Satz 5 BPfIV n.F.) durch eine Kappungsgrenze begrenzt (beginnend bei 1 Prozent, jährlich um 0,5 Prozentpunkte steigend). Die Summe der Kappungsbeträge ist bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes mindernd zu berücksichtigen, um hierdurch Mehrausgaben für die Kostenträger zu vermeiden.

4. Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf leistungsorientierte Entgelte

Anstelle der bisherigen tagesgleichen Pflegesätze, die sich als Durchschnittswert für alle Leistungen einer Fachabteilungen ergeben, werden im neuen Entgeltsystem zukünftig

leistungsorientierte Entgelte abgerechnet. Neben den auf der Bundesebene mit Bewertungsrelationen bewerteten insbesondere tagesbezogenen Entgelten sind zusätzlich Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte sowie Zu- und Abschläge abrechenbar (§ 7 BPfIV n.F.). Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können bei fehlender sachgerechter Abbildung im Psych-Entgeltsystem krankenhausindividuelle Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern geschlossen werden. Wenn die Leistungen besonderer Einrichtungen insbesondere aus medizinischen Gründen mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können diese Einrichtungen zudem zeitlich befristet von der Anwendung des Psych-Entgeltsystems ausgenommen werden und krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart werden.

5. Stärkung der Qualitätssicherung

Für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung gibt es bislang keine speziellen gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung. Mit der Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems wächst die Notwendigkeit einer systematischen Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird daher verpflichtet, durch Richtlinien für diesen Bereich erforderliche Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen sowie Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität zu entwickeln (§ 137 Abs. 1d SGB V). Die Indikatoren sind in Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung umzusetzen, die vom G-BA mit Beginn der Konvergenzphase zum 1. Januar 2017 einzuführen sind. Damit sich Patientinnen und Patienten zukünftig über die Qualität der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung informieren können, hat der G-BA geeignete Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufzunehmen.

6. Stärkung sektorenübergreifender Ansätze

Zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten sieht der Entwurf folgende Regelungen vor:

- Vorgaben für sektorenübergreifende Modellvorhaben werden durch einen neuen § 64b SGB V weiter entwickelt. Anstelle einer satzungsrechtlichen Änderung, die als maßgeblicher Hinderungsgrund von den Krankenkassen genannt wird, wird die Vorlagepflicht der Vereinbarung bei der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde vorgegeben. Die Aufsichtsbehörden können unter Würdigung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zudem Modellvorhaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder zur Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung für die Versorgung von psychisch kranken Menschen über die

Regeldauer verlängern. Aus Transparenzgründen kann in entsprechenden Modellvorhaben nicht von den gesetzlichen Vorgaben zur Leistungsdokumentation und Datenübermittlung abgewichen werden.

- Die Krankenkassen gemeinsam und das einzelne Krankenhaus können zudem nach der BPfIV zeitlich befristete, sektorenspezifische Modellvorhaben nach § 16 BPfIV n.F. zur Weiterentwicklung der Versorgung und deren Vergütung vereinbaren. Zielsetzung ist dabei, eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung bei möglichst geringem Ressourceneinsatz zu fördern. Auch bei diesen Modellvorhaben soll unter Würdigung der Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung eine Möglichkeit zur Verlängerung bestehen sowie die gesetzlichen Vorgaben zur Leistungsdokumentation und Datenübermittlung verpflichtend sein.
- Psychosomatischen Einrichtungen wird ebenso wie bisher psychiatrischen Einrichtungen die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V eröffnet (§ 118 Abs. 3 SGB V).
- Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene vereinbaren für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen Empfehlungen für Interventionszeitpunkte, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen kann (§ 9 Abs. 1 Nummer 7 BPfIV n.F.). Hierdurch können eine sektorenübergreifende Leistungskoordination gefördert und spätere Rechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vermindert werden.

7. Ausbildungsfinanzierung

Bei der Ausbildungsfinanzierung der Krankenhäuser wird die Entwicklung einer bundesweiten Ausbildungskostenkalkulation gestärkt, indem umgestellt wird von Euro-Richtwerten auf ein Konzept von bundesweit zu ermittelnden Ausbildungsbewertungsrelationen und landesweit geltende Ausbildungsbasiswerte. Damit wird der gesetzlichen Zielsetzung des § 17a KHG Rechnung getragen, wonach durch die bundesweite Kalkulation die Transparenz im Bereich der Ausbildungsfinanzierung der Krankenhäuser verbessert werden und eine leistungsgerechte Angleichung von krankenhausesindividuellen Ausbildungsbudgets erfolgen soll. Der GKV-Spitzenverband fordert die Umsetzung eines entsprechenden Konzepts. Von der DKG ist mit Kritik zu rechnen, da die DKG in Abrede stellt, dass die jetzigen Euro-Richtwerte mit der Problematik verbunden sind, dass ein Anreiz zur Kalkulationsteilnahme von überwiegend überdurchschnittlich teuren Ausbildungsstätten besteht und sie somit systematisch nach oben verzerrt sind.

Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen des Entwurfs sind derzeit auf die geschätzten Mehrausgaben in Höhe von rd. 16 Mio. Euro im Jahr 2013 und rd. 33 Mio. Euro im Jahr 2014 für die zeitlich befristete Verbesserung der Mindererlösausgleichsquoten begrenzt. Dem stehen in nicht quantifizierbarer Höhe Einsparungen gegenüber, indem die Möglichkeit zur Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung nach § 6 Absatz 4 BPfIV a.F. zum Jahr 2012 für Einrichtungen endet, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen.

Erfüllungsaufwand

Es wird von einem bis zum Jahr 2015, also dem Jahr der verpflichtenden Anwendung des neuen Entgeltsystems, sukzessive ansteigenden gesamten Erfüllungsaufwand von bis zu rd. 3,1 Mio. Euro p.a. ausgegangen. Im Jahr 2016 liegt der Erfüllungsaufwand aufgrund des entfallenden Einmalaufwandes mit rd. 2,1 Mio. Euro deutlich niedriger. Ab dem Jahr 2017 wird sowohl für Krankenkassen und Krankenhäuser mit Entlastungen gerechnet (rd. minus 286 Tsd. Euro bzw. rd. minus 109 Tsd. Euro), die ab 2022 noch einmal höher ausfallen (rd. minus 345 Tsd. Euro bzw. rd. minus 168 Tsd. Euro). Die Belastung der Krankenhäuser ist in allen Jahren höher bzw. die Entlastung geringer als die der Krankenkassen.

IV. Zustimmungsfreier Gesetzentwurf

Nach Prüfung von Referat 216 ist der vorgesehene Regelungskomplex zustimmungsfrei und kann über ein Einspruchsgesetz auf der Grundlage der Voraussetzungen der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Abs. 1 Nummer 19a GG (und den Voraussetzungen des Artikels 74 Abs. 2 GG) ausgestaltet werden. Länderkompetenzen werden im Rahmen des Artikel 84 Abs. 1 GG berührt. Nach Artikel 84 Abs. 1 GG kann der Bund auch durch ein bloßes Einspruchsgesetz Regelungen zum Verwaltungsverfahren der Länder sowie zur Errichtung von Behörden regeln. Die Länder haben demgegenüber das Recht von diesen Vorschriften abweichende Regelungen zu treffen (nur Vorschriften im Hinblick auf das Verwaltungsverfahren der Länder und die Einrichtung von Behörden der Länder, siehe Artikel 84 Abs. 2 Satz 2 GG). Soll die bundesgesetzliche Regelung (Verwaltungsverfahren/Einrichtung von Behörden der Länder) hingegen bindend sein, ist dies wiederum nur über ein Zustimmungsgesetz (Artikel 84 Abs. 1 Satz 6 GG) möglich. Die Durchsetzung des Bundes zur "Abweichungsfestigkeit" nach Artikel 84 Abs. 1 Satz 5 GG wird laut BMJ ausgesprochen restriktiv gefahren, da das besondere Bedürfnis nach bundeseinheitlichen Regelungen nur in wirklich seltenen Ausnahmefällen gegeben sei.

Mit dem Entwurf wird weder bundesgesetzlich die Errichtung von Behörden der Länder noch ein durchgreifendes Verwaltungsverfahren der Länder (mit Ausnahme z. B. eines Genehmigungserfordernisses) verankert. Verwaltungsverfahren nach Artikel 84 Abs. 1 GG sind regelmäßig gesetzliche Bestimmungen z. B. zur Art und Weise behördlicher Handlungsformen, Form behördlicher Willensbildung, Prüfung bzw. Vorbereitung der Entscheidung usw. Beispielhaft werden regelmäßig Bestimmungen über Antragserfordernisse, Beweiserhebung, Form und Fristvorschriften usw. angeführt. Die inhaltlichen Vorgaben für ein Preissystem ("Preisfaktoren") und dessen Anwendung stellen hingegen keine Regelung eines Verwaltungsverfahrens im Sinne von Artikel 84 Abs. 1 GG dar. Eine Abweichungsmöglichkeit kann sich im Übrigen für die Länder – auch nach telefonischer Auskunft des BMJ – im Rahmen des Artikel 84 Abs. 1 Satz 2 GG nur auf "reine" Verwaltungsverfahrensregelungen beziehen und nicht auf die inhaltlichen bzw. materiell-rechtlichen Vorgaben (hier z. B. zum "Preissystem", Stichwort "Landesbasisentgeltwert").