

**Die Senatorin für Bildung,
Wissenschaft und Gesundheit**

Bremen, 18.09.2012
Bearbeitet von F. Buscher
Tel.: 361 4791
Lfd. Nr. L-51-18

**Vorlage
für die Sitzung
der staatlichen Deputation für Gesundheit
am 25. September 2012**

**Bericht zu den Ergebnissen des Gesetzgebungsverfahrens zum
„Psychiatrieentgeltgesetz“ – PsychEntgG –**

A. Problem

Der von den Fraktionen von „SPD“ und „Bündnis 90, DIE GRÜNEN“ in die Bürgerschaft (Landtag) eingebrachte Entschließungsantrag zur „Zukunftssicherheit für die Krankenhäuser“ enthält folgenden Beschlusstext:

„Die Bürgerschaft (Landtag) fordert den Senat auf, sich auf der Bundesebene dafür einzusetzen, dass

a) Regelungen eingeführt werden, die die Einführung eines sachgerechten Orientierungswertes für Preissteigerungen von Krankenhausleistungen vorsehen und damit die vollständige Finanzierung der allgemeinen Kostenentwicklung der Krankenhausbetriebe zukünftig sichern;

b) verbindliche Personalstandards in der Krankenhauspflege eingeführt werden, um einen ruinösen Wettbewerb auf Kosten der Beschäftigten und Patientinnen und Patienten zu verhindern;

c) ökonomische Anreize zur ungerechtfertigten „Mengenausweitung“ unterbunden werden und Regelungen einzuführen, die den Qualitätsaspekt in der Versorgung stärken;

d) Unternehmensüberschüsse bei den Krankenhäusern verbleiben und nicht aus deren Finanzierungssystem genommen werden dürfen;

e) die Weiterentwicklung der Krankenhausförderung und die Finanzierung bedarfsnotwendiger Investitionen im Bundesgebiet einheitlich gestaltet werden und dass der Weg u. a. in Richtung eines prozentualen Investitionszuschlags auf die Fallpauschalen konsequent verfolgt wird;

f) die volle Finanzierung der morbiditätsbedingten Mehrleistungen der Krankenhäuser erbracht wird. Dies gilt auch für die Bundespflegesatzverordnung im psychiatrischen Leistungsbereich. Auch hier ist eine vollständige Finanzierung von vereinbarten Mehrleistungen anzustreben. Das Versorgungssystem soll dabei als Ganzes in den Blick genommen werden;

g) der Vermittlungsausschuss angerufen wird, wenn die im aktuellen Beratungsverfahren zum PsychEntgG vom Bundesrat eingebrachten Änderungen zur Finanzierungssystematik der Krankenhäuser von der Bundesregierung nicht übernommen werden.“

B. Lösung / Sachstand

In der 899. Sitzung des Bundesrates am 06. Juli 2012 (2. Lesung) wurde das Psychiatrieentgeltgesetz – PsychEntgG – in der Fassung der Bundesregierung mit Änderungen durch den Deutschen Bundestag v. 15.06.2012 beschlossen. Zum Gesetzgebungsverfahren gehörten neben der Einführung eines neuen Psychiatrieentgeltes auch Regelungen zur Zukunftssicherheit für die Krankenhäuser. Die vom Land Bremen zusammen mit den A-Ländern geforderte Anrufung des Vermittlungsausschusses – VA – wurde u. a. mit Änderungsanträgen zum Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG – zur Verbesserung der Krankenhausfinanzierung begründet. Die Anrufung des VA fand keine Ländermehrheit.

Im gesamten Bundesratsverfahren wurde ungeachtet der Ablehnung zur Anrufung des VA am 06.07.2012 eine A-B länderübergreifende Positionierung auf fachministerieller Ebene deutlich. Dabei stand im Mittelpunkt, die tarifbedingten Kostensteigerungen im Krankenhauswesen verlässlich im Preissystem der Landesbasisfallwerte

abzubilden. Zudem sollte die derzeit vorherrschende Systematik durchbrochen werden, nach der Krankenhäuser wirtschaftlich auf die Erhöhung der Fallzahlen angewiesen sind.

Diese Übereinstimmung führte auch zu dem mehrheitlich in der 1. Lesung angenommenen Antrag des Landes Bremen zur Klarstellung, dass Wirtschaftlichkeitsreserven, die in Zusammenhang mit Investitionen entstehen, die durch Überschüsse der Krankenhäuser (§ 17 Abs. 1 Krankenhausgesetz – KHG –) refinanziert werden, nicht bei der Findung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden dürfen (§ 10 Abs. 3 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz –KHEntgG).

Bis zum Bundesratsbeschluss am 2. März (1. Lesung) wurde das Bundesratsverfahren deshalb mehrheitlich von den Ländern vor allem dazu genutzt, diesen „Systemfehler“ der Fallpauschalenfinanzierung gesetzestechnisch zu beheben – ein Fehler, der die Krankenhausmedizin zunehmend dem Vorwurf aussetzt, ungerechtfertigte, nicht medizinisch indizierte Fallzahlsteigerungen z. B. bei planbaren medizinischen Prozeduren, wie etwa Hüft- und Kniegelenkersatz hervorzurufen.

Zur Stabilisierung der Krankenhausfinanzierung wurde von den Ländern beantragt, die Tarifsteigerung im Jahr 2012 bei der Findung des Landesbasisfallwerts voll zu berücksichtigen und einen an der tatsächlichen Kostenentwicklung orientierten Wert zur Ablösung der Grundlohnsummenrate als Preisbegrenzung einzuführen (vom Statistischen Bundesamt jährlich ermittelter „Orientierungswert“). Im Gegenzug sollte eine gestaffelte Mehrleistungsbegrenzung eingeführt werden.

Die Anrufung des Vermittlungsausschusses durch die Länder wurde mit folgenden Anträgen zu den in der nachstehenden Synopse dargestellten Themen des PsychEntgG` s und des KHEntgG` s begründet:

Gesetzentwurf, Bezug: BT Be- schluss v. 15.06.12	Anrufung VA Stand: 06.07.12 Thema	<u>Gesetzesvorlage</u> Bun- desregierung v. 14.03.12 incl. Änderungen BT v. 15.06.12	Abgelehnte Anträge der Länder zur Anrufung des VA
PsychEntgG Art. 1 Nr. 3 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb	Teilnahme an der regionalen Versorgungspflichtung	Die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teil- nahme an der regionalen Versorgungspflichtung ist von den Spitzen- verbänden auf Bundes-	Teilnahme an der regionalen Versorgungspflichtung soll der Regel- fall sein. Deshalb: Bei Nichtteilnahme ist in den Budgetverhandlungen ein Abschlag zu verein-

		ebene zu prüfen.	baren.
PsychEntgG Art. 2 Nr. 9	Zu- und Abschlagsregelung bei Verweildauerunter- und -überschreitung „erkrankungstypischer“ Behandlungszeiten	Einführung der Regelung	Streichung der Regelung, da systemfremd (tagesgleiche Pauschalen sind keine Fallpauschalen); zudem: falsche Behandlungsanreize
PsychEntgG Art. 4 Nr. 2	Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Leistungserbringung	Durchführung gemeinsam von allen Kassen oder kassenindividuell	Priorisierung von „gemeinsam und einheitlich“ bei der Vertragsgestaltung durch Kassen
PsychEntgG Art. 2 Nr. 9; KHEntgG Art 3 Nr. 3, 4	Einführung des Orientierungswerts sowie Berücksichtigung Tarifentwicklung 2012	Orientierungswert wird als ein „Veränderungswert“ in Höhe eines Bruchteils der Differenz zwischen Grundlohnsummenrate und Orientierungswert eingeführt (Liegt der Orientierungswert höher: Bis zu 1/3 des Unterschiedsbetrags in der Somatik, +40% der Differenz in der Psychiatrie) sowie Anrechnung der Hälfte der Tariflohnsteigerung im Jahr 2012 als Aufschlag zum Landesbasisfallwert	Einführung des vollen Orientierungswerts ab 2013 und Ablösung der Grundlohnsummenrate als Preisbegrenzung für den Landesbasisfallwert (Somatik) / Landesbasisentgeltwert (Psychiatrie) sowie volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerung (2012)
Gesetzentwurf, Bezug: BT Beschluss v. 15.06.12	Anrufung VA Stand: 06.07.12 Thema	<u>Gesetzesvorlage Bundesregierung v. 14.03.12</u> incl. Änderungen BT	Abgelehnte Anträge Länder zur Anrufung des VA
KHEntgG Art. 3 Nr. 02, 4	Mehrleistungsabschläge	Gesetzlicher Mehrleistungsabschlag für 2013 und 2014 (Mehrleistungsabschlag im Jahr 2013 mit 2 jähriger nicht verhandelbarer Festschreibung / „doppelte Degression“) sowie Forschungsauftrag zur Leistungsentwicklung der Krankenhäuser mit Ergebnissen bis Juni 2013.	Festschreibung gestaffelter gesetzlicher Mehrleistungsabschläge mit Ausnahmen wie z. B. Pandemie / EHEC sowie Streichung der Vorgabe, dass Fallzahlsteigerungen bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind.
SGB III Art 4a	Stärkung des sozialen Sicherungssystems für atypisch Beschäftigte	keine Regelung	Verkürzung d. Anwartschaften und Verlängerung d. Rahmenfristen für die Arbeitslosenversicherung

Das PsychEntgG hat in der Schlussfassung folgenden Ausgestaltungsrahmen:

1. Freiwillige budgetneutrale Optionsphase zur Anwendung des neuen Entgeltsystems in den Jahren 2013 und 2014 mit Anreizen zur frühzeitigen Teilnahme durch verbesserte Minder- und Mehrerlösausgleiche und Verringerung von Erlösrisiken.
2. Budgetneutrale Pflichtphase zur Anwendung des neuen Entgeltsystems in den Jahren 2015 und 2016.
3. Konvergenzphase 2017 bis 2021 mit gestufter Angleichung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes an den jeweiligen Landesbasisentgeltwert zur Vermeidung von Budgetverlusten mit Kappungsgrenzen.
4. Nachverhandlungsoption für die Psychiatriepersonalverordnung – PsychPV – für alle psychiatrischen Kliniken bis zum Jahr 2017.
5. Einführung des anteiligen Orientierungswerts ab 2013 (Grundlohnsummenrate plus 40% der Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnsummenrate).

Bewertung:

Im Gesetzgebungsverfahren ist die Bundesregierung den Ländern nur in drei Punkten entgegengekommen: Verlängerung der Optionsphase, Nachverhandlungsmöglichkeiten für die Nicht-Optionshäuser zur PsychPV, Einführung des Orientierungswerts.

Das Land Bremen hat im Bundesrat am 06.07.2012 für die Anrufung des Vermittlungsausschusses gestimmt. Der Grund lag vor allem darin, dass der Orientierungswert als sogenannter „Veränderungswert“ eingeführt wird, der nur in einem sehr geringen Bruchteil zur Geltung kommen soll. Zudem entsteht durch die nicht verhandelbaren Mehrleistungsabschläge mit der sogenannten doppelten Degression¹ und andere von Krankenkassenseite verhandelbare Gegenrechnungen wie z. B. das Geltendmachen von Wirtschaftlichkeitsreserven, ein Ungleichgewicht der Partner auf Selbstverwaltungsebene, das eher zu Ungunsten der Krankenhausesseite ausfällt. Vermutlich wird somit der vorgesehene „Veränderungswert“ als anteiliger Orientie-

rungswert bei den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert kaum in voller Höhe als Begrenzung der Preisentwicklung realisiert werden können (bis zu 1/3 des Unterschiedsbetrags von Grundlohnsummenrate und Orientierungswert).

Bezogen auf das PsychEntgG selbst und seine Auswirkungen auf die Psychiatrie wurde mit der Anrufung des VA durch die Länder folgende, das Gesetzgebungsverfahren bewertende EntschlieÙung eingebracht:

„Der federführende Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Bundesrat ferner, folgende EntschlieÙung zu fassen:

a) Der Bundesrat stellt fest:

Mit dem vorliegenden Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird eine Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Grundversorgung nicht erreicht. Es bedarf dringend der Ergänzung und Weiterentwicklung, um den erreichten Stand bei der Behandlung psychisch kranker Menschen in Deutschland nicht zu gefährden, sondern nach modernen Maßstäben qualitativ weiterzuentwickeln.

Die weitgehende Anlehnung an die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes und damit an die DRG-Systematik für den Bereich der somatischen Erkrankungen birgt die Gefahr, dass die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen und die Besonderheiten des psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystems nicht ausreichend Berücksichtigung finden.

Die Einführung eines neuen Entgeltsystems muss deshalb dazu genutzt werden, eine bedarfsorientierte, patientenzentrierte und sektorenübergreifende Versorgung fördern, um eine effiziente und gute Behandlung psychisch kranker Menschen zu ermöglichen. Dazu muss das Finanzierungssystem so gestaltet werden, dass die sektorenübergreifende Behandlung gestärkt und die Fragmentierung der stationären, teilstationären und ambulanten Krankenhausbehandlung zu Gunsten der Behandlung "aus einer Hand" überwunden werden kann.

¹ Abschlag für 2013 gilt auch für 2014 und kann dadurch für 2014 zu einer doppelten Abschlagszahlung führen.

Besonderes Augenmerk ist auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und auf die Besonderheiten des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu richten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist bereits heute modern organisiert, mit vielen kleinen Abteilungen und dem Primat einer ambulanten, vernetzten Versorgung. Die zukünftigen Rahmenbedingungen dürfen diese Strukturen nicht gefährden.

Schließlich muss sichergestellt werden, dass die neuen Rahmenbedingungen nicht zu einer Benachteiligung chronisch kranker Patienten führen. Die bisherigen Versuche, die in den psychiatrischen Kliniken erbrachten Leistungen zu messen, erweisen sich als sehr schwierig. Im Klinikalltag kommt dem Leistungskomplex pflegerisch-milieutherapeutische Leistungen über 24 Stunden eine Hauptrolle zu. Dieser Leistungskomplex eignet sich aber nicht zur Kostentrennung zwischen einzelnen Patientengruppen. Bisher werden nur etwa 25 bis 30 Prozent aller Leistungen als codierbare Leistungen erfasst. Die Erfahrungen der Pretest- Krankenhäuser zeigen, dass sich der größte Kostenblock gerade nicht leistungsgerecht zuordnen lässt.

Die codierbaren Leistungen (Therapieeinheiten im 25-Minuten-Takt) bilden vor allem für schwerer erkrankte Patienten den tatsächlichen Behandlungsaufwand nicht ab. Gerade bei diesen Patienten sind in der Regel eine Vielzahl, jedoch weitaus kürzerer Interventionen notwendig. In der akutpsychiatrischen Behandlung kann es auch kontraproduktiv sein, die notwendige therapeutische Zuwendung in nicht der Aufnahmefähigkeit und Belastbarkeit der Patienten angemessene Zeittakte zu pressen.

b) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf:

aa) in den Auftrag zur Entwicklung des Vergütungssystems explizit die Vorgabe eines Systemvergleichs zwischen der Regelversorgung und den in Modellvorhaben realisierten sektorübergreifenden Ansätzen aufzunehmen. Dazu muss der Entwicklungsauftrag um die Vorgabe erweitert werden, Vergütungsformen zu entwickeln und zu erproben, die eine patientenzentrierte, bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen. Hierbei sind sowohl die deutschen als auch die internationalen Erfahrungen mit alternativen Finanzierungs-

formen, wie etwa patientenbezogenen Jahresbudgets oder Regionalbudgets, einzubeziehen,

bb) im Verfahren zur Einführung des neuen Entgeltsystems die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und die Besonderheiten des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders zu berücksichtigen. In jedem Land sollte ein Modellvorhaben zur kinder- und jugendpsychiatrischen- und psychotherapeutischen Versorgung vereinbart und die Ergebnisse dieser Modellvorhaben für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems unmittelbar genutzt werden,

cc) den Bedürfnissen chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten besonders Rechnung zu tragen. Dazu ist im Entwicklungsauftrag festzuhalten, dass das neue Entgeltsystem keine Anreize zur Schlechterstellung besonders schwer erkrankter Patientinnen und Patienten enthalten darf, die unter anderem in Folge der Privilegierung derjenigen Patienten entstehen kann, die besser als chronisch Erkrankte von strukturierten Behandlungsangeboten profitieren können. Außerdem sind alle Anreize zu verhindern, die eine unsachgemäße Verkürzung von Verweildauern und die Erhöhung der Wiederaufnahmeraten begünstigen,

dd) umgehend eine trialogisch besetzte Expertenkommission aus Vertreterinnen und Vertretern der Patienten und ihrer Angehörigen sowie in der psychiatrischen Versorgung Tätigen zu berufen, die eine fachlich fundierte Prozessbegleitung sicherstellt und hierbei vor allem die Auswirkungen der neuen Rahmenbedingungen auf die Qualität der Versorgung überprüft. Der Prüfauftrag soll auch eine Kosten- Nutzen-Bewertung des Dokumentations- und Erhebungsaufwandes enthalten. Die Berichte der Expertenkommission sollen öffentlich zugänglich gemacht werden.“

Die Weiterentwicklung der Krankenhausförderung und die Einführung verbindlicher Personalstandards in der Krankenhauspflege, wie im Entschließungsantrag zur „Zukunftssicherheit für die Krankenhäuser“ gefordert, konnten in dem Gesetzgebungsverfahren zum PsychEntgG thematisch nicht aufgegriffen werden und werden an anderer Stelle weiter verfolgt.

C. **Beschluss**

Die staatliche Deputation für Gesundheit nimmt den Bericht zur Kenntnis.