

Gesundheitsausschuss am 24.11.2006

hier: TOP 3: Eckpunkte der Gesundheitsreform 2006 und ihre Auswirkungen auf die Belange psychisch erkrankter Menschen

Die Bundesregierung hat am 25.10.2006 den Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz; GKV-WSG) beschlossen. Die 1. Lesung des inzwischen 614 Seiten umfassenden Gesetzentwurfes im Bundestag fand am 27.10.2006 statt. Die 2. und 3. Lesung im Bundestag ist für den 15.12.2006 vorgesehen. Der 2. Durchgang Bundesrat soll am 16.02.2007 stattfinden. Das Gesetz soll zum 01.04.2007 in Kraft treten.

Für die Psychiatrie sind folgende Regelungen des Gesetzentwurfes von Bedeutung:

1. § 11 SGB V

Die Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Die Krankenkassen unterstützen sie dabei. Das Nähere soll in den 2- und 3-seitigen Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V geregelt werden.

2. §§ 20 a – 20 c SGB V

Präventive Elemente in Form betrieblicher Gesundheitsförderung, arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der Förderung von Selbsthilfegruppen werden als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickelt und verstärkt.

3. § 37 SGB V

Die häusliche Krankenpflege und damit auch die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird auf „... oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Betreuten Wohnformen“ ausgedehnt. Ausnahmsweise wird häusliche Krankenpflege „auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonderen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben“, gewährt.

4. § 40 a SGB V

Die Krankenkassen haben die im Einzelfall zur geriatrischen Rehabilitation gebotenen Leistungen zu erbringen. Ob diese Regelung die Gerontopsychiatrie einschließt, ist zurzeit unklar.

5. § 85 b SGB V

Für den einzelnen Vertragsarzt wird ab 01.01.2009 ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung der abrechenbaren Leistungsmenge eingeführt. Überschreitet der Arzt die Leistungsmenge, werden abgestaffelte Preise vergütet.

Diese Regelung kann Auswirkungen auf die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen haben. Schon heute versuchen die Krankenkassenverbände in einzelnen Ländern bei Fallzahlsteigerungen degressive Vergütungspauschalen durchzusetzen.

6. § 140 d SGB V

Mittel der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung „dürfen nur für Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglichen, verwendet werden“. Die Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung wird um zwei Jahre verlängert. Die Rückerstattung nicht verbrauchter Mittel aus der Anschubfinanzierung bleibt unklar.

7. § 281 SGB V

Leistungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach § 275 Abs. 4 SGB V (z. B. allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung, Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern) sind vom jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Diese Leistungen sind nicht mehr Bestandteil der Umlagefinanzierung der Krankenkassen.

8. §§ 91 ff. SGB V

Zusammensetzung und Organisation des gemeinsamen Bundesausschusses werden grundsätzlich revidiert. Die DKG sieht hierin ein „zentralistisches Bürokratiemonster“. Für die Psychiatrie hatte der gemeinsame Bundesausschuss bisher noch keine wesentliche Bedeutung.

9. § 92 b SGB XI

Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Vertragspartnern nach § 140 b Abs. 1 SGB V Verträge zur integrierten Versorgung schließen. Die integrierte Versorgung wird also auf Pflegeeinrichtungen ausgedehnt.

10. § 12 Abs. 2 BPfIV

Der Mindererlösausgleich wird von 40 auf 20 % reduziert.

11. § 14 BPfIV

Für alle nach dem 31.12.2006 entlassenen Kassenpatienten werden die Rechnungen um 0,7 % gekürzt. Dieser Abschlag gilt bis zum Inkrafttreten des geplanten Gesetzes über den ordnungspolitischen Rahmen nach der Konvergenzphase des Krankenhausentgeltgesetzes (ca. 2 Jahre). Diese Kürzung bleibt beim Erlösausgleich ausgeklammert.

Die Tarifierhöhung, die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes und die Mehrwertsteuererhöhung werden nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Kostensteigerungen von rund 5 % bei den Krankenhäusern führen. Dem steht für 2007 eine Veränderungsrate von 0,28 % (West) bzw. 1,05 % (Ost) gegenüber.

Damit droht eine weitere Aushöhlung der PsychPV zum Nachteil der Behandlungsqualität. Diese Situation wird durch den Sanierungsbeitrag des GKV-WSG noch weiter zugespitzt.

Die Lasten der Krankenhäuser aus der Gesundheitsreform 2006 sind in **Anlage 1** dargestellt (Quelle: Argumentationspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß Anlage zum KGNW-Rundschreiben Nr. 230/2006 vom 20.10.2006). Dieser Aufstellung sind – soweit möglich – die entsprechenden Auswirkungen bei den Rheinischen Kliniken gegenüber gestellt, soweit diese dort bereits bezifferbar sind (**Anlage 2**).

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform geplant:

- Minus 500 Millionen Euro (Sanierungsbeitrag)
- Minus 500 Millionen Euro (Verlängerung 1 % Abzug Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung)
- Minus 330 Millionen Euro Folgewirkung Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AWVG) / Absenkung Veränderungsrate in 2006 von 0,83 % auf 0,63 %

Gesetzliche- und tarifbedingte Kosten- und Ausgabensteigerungen:

- 1,5 Milliarden Euro (TVöD-Umstellung, neue und erwartete Tarifierhöhung für Klinikärzte)
- 1,3 Milliarden Euro (erwartete Mehrkosten durch Änderung Arbeitszeitgesetz)
- 500 Millionen Euro (gesetzliche Vorgaben Abschaffung AiP, Pflegeausbildung, DRG-Systemkosten)
- 500 Millionen Euro (Mehrwertsteuererhöhung ab 2007)
- 1 Milliarde Euro (durch gesetzliche Auflagen wie Naturalrabattverbot, steigende Anforderungen an Qualitätssicherung, sicherheitstechnische Auflagen)
- Erhöhung Beitragssatzung der Krankenkassen (0,25 % der Löhne und Gehälter)
- Personalkostenerhöhung (2 % der Löhne und Gehälter)

Voraussichtliche Auswirkungen auf RK (geschätzt)

Anlage 2

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform geplant:

• Sanierungsbeitrag	↑	1.853.593 €
• Verlängerung 1 % Abzug Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung	↑	2.647.991 €
• Folgewirkung Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AWVG) / Absenkung Veränderungsrate	↑	529.598 €

Gesetzliche- und tarifbedingte Kosten- und Ausgabensteigerungen:

• Erwartete Tarifierhöhung für Klinikärzte	↑	Geschätzt 5 %: 2.411.510 €
• TVöD-Umstellung / Änderung Arbeitszeitgesetz	↑	Z. Zt. noch nicht bezifferbar
• Mehrwertsteuererhöhung ab 2007	↑	1.736.552 €
• Erhöhung Beitragssatzung der Krankenkassen (0,25 % der Löhne und Gehälter)	↑	852.507 €
• Personalkostenerhöhung (2 % der Löhne und Gehälter)	↑	6.820.060 €
• Voraussichtliche Entlastung durch Absenkung der Arbeitslosenversicherung	↑	- 3.410.030 €

Summe Auswirkungen ↑ **13.441.781 €**