

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(15)
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016
21.09.2016

AOK
Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung
des Ausschusses für Gesundheit
am 26.09.2016**

zum

**Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der
Vergütung für psychiatrische und
psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Bundestags-Drucksache 18/9528
sowie zu den
Änderungsanträgen
18/(14)0196.1 bis 18/(14) 0196.3**

Stand 21.09.2016

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis:

I. Vorbemerkung	- 4 -
II. Kabinettsentwurf	- 8 -
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	- 8 -
Nr. 1 § 2 a (neu) Definition von Krankenhausstandorten	- 8 -
Nr. 4 § 17 c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss.....	- 11 -
Nr. 5 b § 17 d Abs. 2 Satz 1 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	- 13 -
Nr. 5d § 17d Abs. 4 Verlängerung der Optionsphase	- 14 -
Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	- 15 -
Nr. 2 § 1 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausleistungen in Verbindung mit Nr. 3 § 2 Abs. 1 Satz 1.....	- 15 -
Nr. 4 d § 3 Abs. 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags	- 17 -
Nr. 4 d-g § 3 Abs. 4 – 7 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags	- 21 -
Nr. 5 § 4 Leistungsbezogener Vergleich (neu).....	- 23 -
Nr. 6 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte.....	- 25 -
Nr. 9 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene	- 27 -
Nr. 10 § 10 Vereinbarung auf Landesebene (neu).....	- 29 -
Nr. 12 § 14 Abs. 1 und 4 Genehmigung	- 31 -
Nr. 14 § 18 Absatz 2 Übergangsvorschriften	- 32 -
Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	- 35 -
Nr. 2 § 14 Abs. 1 und 4 Genehmigung	- 35 -
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	- 36 -
Nr. 3b § 21 Abs. 2 Übermittlung und Nutzung von Daten	- 36 -
Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 37 -
Nr. 2 § 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung	- 37 -
Nr. 3 § 101 Abs. 1 Satz 10 Überversorgung SGB V	- 40 -
Nr. 4 § 109 Abs. 1 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.....	- 41 -
Nr. 5 § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu)	- 43 -
Nr. 6 § 118 Abs. 3 Psychiatrische Institutsambulanzen	- 47 -
Nr. 7b § 136 Abs. 1 Satz 3 (neu) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	- 49 -
Nr. 9 § 136c Abs. 2 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausbehandlung	- 51 -
Nr. 10 § 137 Abs. 2 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	- 52 -

Nr. 13 § 271 Gesundheitsfonds.....	- 53 -
Nr. 14 § 293 Abs. 6 (neu) Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	- 55 -
Nr. 15 § 295 Abs. 1b Satz 4 (neu) Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	- 57 -
Nr. 16 § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhäuser	- 58 -
Artikel 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	- 59 -
III. Sonstiger Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes..	- 60 -
§ 6 Absatz 1 KHG – Krankenhausplanung und Investitionsprogramme.....	- 60 -
§ 293 Absatz 4 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	- 61 -
IV. Änderungsanträge 18/(14)0196.1 bis 18/(14) 0196.3	- 62 -
Änderungsantrag 1 Artikel 5 Nr 13a - Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 269 SGB V	- 62 -
Änderungsantrag 2 Artikel 6a Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs- verordnung § 31 Abs. 4 RSAV - Anpassung des Klassifikationsmodells für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 an die Änderungen des GKV-FQWG	- 63 -
Änderungsantrag 3 Inkrafttreten der Artikel 5 Nr. 13a (Änderung § 269 SGB V) und Artikel 6a (Änderung § 31 RSAV)	- 64 -

I. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) orientiert sich eng an den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psychiatrie-Entgeltsystems vom 18.02.2016. Der Gesetzentwurf greift diese Eckpunkte auf und konkretisiert die Vorgehensweise. Darüber hinaus finden sich fachfremde Regelungen zur Erhöhung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, zum Fixkostendegressionsabschlag und der Standortidentifikation von Krankenhäusern.

Die Abkehr vom Preissystem zur Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen ist grundsätzlich zu hinterfragen, weil sie Tendenzen zur Selbstkostendeckung bei der Vergütung stationärer Leistungen bestärkt. Dies ist nicht nur aus ordnungspolitischen Gründen abzulehnen, sondern auch aufgrund der durch Auswertungen von Jahresabschlüssen belegbaren guten finanziellen Lage der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Die Stärkung der Ortsebene für die Versorgung und Vergütung psychiatrischer Leistungen steht im Fokus des Gesetzes. Die Umsetzung der neuen Optionsphase agiert richtigerweise mit einer klassischen Budgetobergrenze, die nur in bestimmten Situationen überschritten werden darf. Allerdings scheinen die finanziellen Risiken nicht abschließend abschätzbar, da die Auswirkungen der zahlreichen undefinierten Ausnahmetatbestände bei der Budgetermittlung nicht quantifizierbar sind. Dies gilt auch für die Zeit ab 2020, in der das neue Vergütungssystem in Kombination mit dem leistungsorientierten Vergleich ökonomische Wirkung entfalten soll. Dafür sind explizite Nachweis- und Substantiierungspflichten für Krankenhäuser bei höheren Preisparametern im Vergleich zum Durchschnitt der Krankenhäuser notwendig, weil sie Transparenz schaffen und grundsätzlich einen Preisangleichungsprozess zwischen den Krankenhäusern unterstützen. Leider bleibt der Gesetzentwurf hier hinter seinen Ansprüchen zurück, da auf die Ermittlung neutraler, empirisch fundierter Referenzwerte verzichtet wird. Die Nachweis- und Substantiierungspflichten sind in Ihren Auswirkungen auf die Budgetwirkung nicht nur zu präzisieren, sondern auszuweiten. Der mit diesem Gesetz eingeführte leistungsorientierte Vergleich droht sonst ein zahnloser Papiertiger zu werden, der lediglich zusätzlich Bürokratie und vermeidbare Kosten verursacht.

Die umfassende Festlegung von Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung ist eine erhebliche Herausforderung für die Praxis. Die Fehler der Vergangenheit, die bzgl. der Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gemacht wurden, über deren Erfüllungsgrad sich Krankenhäuser und Krankenkassen oft nicht einigen konnten, dürfen nicht wiederholt werden. Die Nachverhandlung zur vollständigen Umsetzung der Psych-PV sind daher kritisch zu beurteilen, da die Finanzierung in der Vergangenheit bereits flächendeckend erfolgte – die vereinbarten und finanzierten Stellen wurden von den Krankenhausträgern nur nicht flächendeckend besetzt. Insofern sind die klaren Kontrollmöglichkeiten und Nachweisverpflichtungen zwischen vereinbarter und tatsächlicher Personalausstattung, Nichterfüllung der Personalvorgaben und nicht zweckentsprechender Mittelverwendung wichtig und richtig. Die Konsequenz bei Nichteinhaltung muss allerdings eine Nichtvergütung von Leistungen bzw. eine Rückzahlung der Mittel sein. Abzulehnen ist der Verzicht auf Nachweise der Krankenhäuser

zur Umsetzung der Psych-PV gegenüber den Krankenkassen, da die Krankenkassen das Personal in der Psychiatrie bezahlen. Denn dies hat nichts mit dem Abbau von Bürokratie zu tun. Es ist vielmehr normal, dass für eine Zahlung der Nachweis über die erbrachte Leistung erfolgt. Ob die Krankenhäuser das angegebene Personal tatsächlich beschäftigen oder die finanziellen Mittel anders verwendet werden, ist sonst nicht feststellbar. Das kann weder im Sinne der Behandlungsqualität oder der Patienten und Beitragszahler sein. Die Personalpolitik der Psychiatrien bleibt somit eine „black box“.

Die Einführung neuer stationsäquivalenter Leistungen (Hometreatment) durch Krankenhäuser ist als ordnungspolitische Maßnahme zu begrüßen, weil es ein Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung und weiterer bedarfsgerechter Anpassung stationärer Bettenkapazitäten ist. Wichtig ist eine gesetzliche Verankerung, dass die Nutzung dieser neuen Behandlungsform zwingend zu einer Absenkung der stationären Kapazitäten führt.

Die Einführung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser ist überfällig und unterstreicht, dass ein Nichteinigen der Selbstverwaltungspartner zu Konsequenzen führt. Jedoch ist die Umsetzungszeit zu großzügig ausgelegt und sollte gestrafft werden.

Insgesamt setzt der Kabinettsentwurf die politischen Vorgaben zur Reform der Vergütung der psychiatrische und psychosomatische Leistungen konsequent um, die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner auf Ortsebene werden durch diesen Entwurf gestärkt, aber auch mit Mehraufwand versehen. Da viele konkrete Ausgestaltungen streitbefangen sein werden, bedarf es verschiedentlich noch Anpassungen und Konkretisierungen, um eine inflationäre Anrufung der Schiedsstellen zu vermeiden. Diese erneuten gesetzlichen Anpassungen am psychiatrischen Versorgungs- und Vergütungssystem führen allerdings auch dazu, dass bereits getätigte Aufwendungen für das „Altsystem“ nun als „vergebliche“ Kosten zu verbuchen sind. Die erneuten Modifikationen infolge der Kritik der Psych-Verbände verwundern in der Hinsicht, da die Mehrzahl der Behandlungsfälle bereits nach dem PEPP-System unter den bisherigen Rahmenbedingungen abgerechnet wird. Das Gesetz sollte nun bewirken, dass alle Akteure wieder an einem Strang ziehen und Planungssicherheit erhalten.

Zusammenfassend sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes im weiteren Gesetzgebungsverfahren zum PsychVVG insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- I. Die Vorgaben der Psych-PV wurden und werden bereits vollständig durch die Krankenkassen refinanziert. Daher besteht kein Anlass für eine zusätzliche Finanzierung. Krankenhäuser müssen einen Nachweis über die verwendeten Mittel gegenüber den Kostenträgern erbringen und die zweckfremd verwendeten Mittel erstatten
- II. Um einen wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern zu gewährleisten, bedarf es in einem Entgeltsystem in der Psychiatrie wirkungsvoller Mechanismen wie einer Budgetobergrenze und einer Mengensteuerung. Die Erhöhung des Mindererlösausgleichs wird nicht nachvollziehbar begründet und ist daher aufgrund der dadurch entstehenden Fehlanreize und der Schaffung eines abweichenden Erlösausgleichssatzes im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern abzulehnen.

- III. Krankenhausvergleiche müssen Budgetverhandlungen so beeinflussen, dass Effizienzreserven ermittelt und dann auch realisiert werden können. Dabei soll der Krankenhausvergleich nicht nur Informationen bereitstellen, sondern echte Wirkung entfalten.

Die mit dem Gesetzentwurf geplante Entlastung der GKV-Beitragszahler um 1,5 Mrd. Euro wird vom AOK-Bundesverband ausdrücklich begrüßt. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird aus Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder gebildet, alle über die gesetzlichen Mindestvorschriften zur Höhe der Reserve hinausgehenden Finanzmittel müssen deshalb ausschließlich der Beitragszahlergemeinschaft zu Gute kommen. Dies muss nach klaren und nachvollziehbaren Regeln zur Entnahme erfolgen.

Zu hinterfragen ist jedoch der vom Gesetzgeber vorgebrachte Verwendungszweck der Gelder als Begründung für die Absenkung der Liquiditätsreserve. Die einmalige Aufstockung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds aus der Liquiditätsreserve wird mit in 2017 steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und Investitionen in die Telematikinfrastruktur begründet. Diese Begründung ist schon aufgrund der fehlenden Quantifizierung der jeweilig erwarteten Finanzierungsbedarfe sachlogisch nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus ist die Unterfinanzierung der GKV im Bereich der SGB XII-Leistungsberechtigten kein durch Asylberechtigte entstehendes Problem, vielmehr besteht schon seit Jahren Anpassungsbedarf bei der Höhe der ALG II-Pauschale. Dieses Problem wird durch den verstärkten Zugang asylberechtigter ALG-II-Empfänger in die GKV lediglich verschärft. Hier muss der Gesetzgeber seiner Verantwortung nachkommen und die gegenwärtig gezahlte monatliche Pauschale für ALG-II-Bezieher nach § 232a SGB V entsprechend anpassen

Wenn der Gesetzgeber allerdings der GKV für die Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten einmalig finanzielle Mittel zur Verfügung stellen will, ist nicht nachvollziehbar, warum dies durch Beitragsgelder geschehen soll. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind zwingend aus Steuermitteln, konkret durch eine einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses im Jahr 2017, aufzubringen.

Mit den Änderungsanträgen eins bis drei beabsichtigt der Gesetzgeber, die Berechnungsgrundlagen für die Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich rückwirkend ab dem Jahr 2013 zu ändern. Begründet wird dies als „Klarstellung“ der ursprünglichen Gesetzesinitiative im Rahmen des GKV-FQWG.

Diese rückwirkende Umsetzung ist abzulehnen. Die Regelungen für die Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind gem. § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV jeweils im Voraus für ein Ausgleichsjahr festzulegen. D.h. mit dem Inkrafttreten zum 1.8.2014 wurde die Anwendung der Sonderregelung im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV erstmals für das Ausgleichsjahr 2015 möglich. So hat auch das LSG NRW in seinem Urteil vom 29.10.2015 (Aktenzeichen: L 5 KR 745/14 KL) festgestellt, dass die Anwendung der Sonderregelungen für 2013 rechtswidrig ist. Mit dem GKV-FQWG wurde durch den Gesetzgeber eine zeitlich befristete Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte eingeführt, um die Zeit bis zum Vorliegen einer wissenschaftlich fundierten, zielgenaueren Lösungsoption zu überbrücken. Zu diesem

Verfahren hatte sich der AOK-Bundesverband seinerzeit aus sachlichen Gründen bereits kritisch geäußert und darauf hingewiesen, dass diese Regelungsvorgaben sowohl dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen, als auch Fehlanreize in Bezug auf die Leistungsausweitung setzen [vgl. hierzu auch Bundestagsdrucksache 18(14)0033(5)].

Darüber hinaus teilt der AOK-Bundesverband auch nicht die Auffassung, dass eine Änderung des Zuweisungsverfahrens nicht gegen das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot verstoße. Gesetze, die eine echte Rückwirkung auslösen, sind grundsätzlich verfassungswidrig, das gilt auch dann, wenn sie Rechtsverhältnisse zwischen Hoheitsträgern regeln. Die ständige Rechtsprechung, so auch das LSG NRW, betont daher zu Recht, dass gerade die finanzielle Planungssicherheit einen besonders schutzwürdigen Grundsatz der GKV darstellt.

Der AOK-Bundesverband begrüßt in diesem Zusammenhang jedoch, dass die rückwirkenden Anpassungen auf die Umsetzung der GKV-FQWG Regelungen für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 beschränkt sind und keine Ermächtigung des BVA für generelle rückwirkende Anpassungen vorgesehen ist.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Gesetzentwurfes Stellung genommen, wobei nur Paragraphen kommentiert werden, die einer Positionierung bedürfen und/oder einen Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Systems aufweisen.

II. Kabinettsentwurf

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 2 a (neu) Definition von Krankenhausstandorten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner auf Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) werden beauftragt, ein Verzeichnis zur Standortidentifikation aufzubauen. Die Regelung zur Erstellung des Verzeichnisses soll bis zum 30. Juni 2017 vereinbart werden. Hierbei soll eine bundeseinheitliche Definition gefunden werden, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

Kommt eine Vereinbarung über die Definition der Kriterien ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Bundesschiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen diese Kriterien fest.

B Stellungnahme

Bereits in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes wurde durch den AOK-Bundesverband eine zwingende Identifikation der Standorte gefordert. Mindestmengenregelungen, Informationen des strukturierten Qualitätsberichts und andere Regelungen machen die Etablierung eines Standortverzeichnisses erforderlich und notwendig.

Die Evaluation und Berücksichtigung von Qualitätsergebnissen, die Zuordnung von Strukturen und Leistungen im Zusammenhang mit der Notfallversorgung, der Sicherstellung, der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, etc. erfordern eine klare Identifikation der leistungserbringenden Institution. Die IK-Nummer kann diesen Zweck derzeit nicht erfüllen. Für eine Regelung zum Sicherstellungszuschlag ist es unabdingbar, eine eindeutige Differenzierung nach Standorten und in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung festzulegende Definition der Einheit „Krankenhausstandort“ zu gewährleisten. Mindestmengen sowie auch die strukturierten Qualitätsberichte werden nach den Vorgaben des G-BA standortbezogen erstellt. In Hinblick auf die strukturierten Qualitätsberichte ist die Abgrenzung zwischen verschiedenen Standorten unter einem Träger für Kostenträger als auch andere Beteiligte oft nicht ersichtlich und transparent.

Des Weiteren sollte die Expertise der aktuell im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses arbeitenden Arbeitsgruppe AG Standorte des G-BA in die Erstellung des Verzeichnisses einfließen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass das zu entwickelnde Verzeichnis die Bedarfe des G-BA berücksichtigt. Dieser Hinweis sollte in die amtliche Begründung aufgenommen werden.

Die Verpflichtung zur Möglichkeit der Abbildung der Ambulanzen wird ebenfalls begrüßt, dies könnte angelehnt an die Betriebsstättennummern im vertragsärztlichen Bereich erfolgen). Dies kann zu deutlicher Transparenz sowohl in Vergütungs-, Qualitätssicherungs- und Planungsfragen führen.

Bei der Erstellung des Verzeichnisses müssen Standortnummern vergeben werden, die sowohl von der Zeit als auch von Fusionierungen unabhängig sind. Ein Krankenhausstandort kann also auch nach einer Fusion mit einem anderen Haus eindeutig identifiziert werden.

Der Gesetzgeber weist in seiner Begründung darauf hin, dass die Länder an die zu vereinbarende Standortdefinition nicht gebunden sind und somit auch keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder zu erwarten sind. Das Recht der Länder, im Rahmen der Krankenhausplanung die Standorte von Krankenhäusern nach selbst gewählten planerischen Abgrenzungskriterien selbst festzulegen, bleibt unberührt.

Dieser Auslegung kann nicht zugestimmt werden. Die Krankenhausplanung ist weiterhin Aufgabe der Länder, jedoch sollte es keine Pluralität bei der Definition und Verwendung des Begriffes Standort oder Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen geben. Die Nutzung einer einheitlichen Standortdefinition muss somit auch bei der Krankenhausplanung eine Berücksichtigung finden. Gemäß § 6 Absatz 2 KHG sollen sich Länder bei der Krankenhausplanung abstimmen, wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder eine wesentliche Bedeutung hat. Eine Abstimmung kann nur erfolgen, wenn durch die Nutzung einheitlicher Begriffe alle Unklarheiten auf der Orts-, Landes- und Bundesebene beseitigt sind. Im Gesetzestext des § 2a Absatz 1 KHG wird auch nochmal darauf verwiesen, dass die Definition für die Krankenhausplanung geeignet sein soll.

In der amtlichen Begründung wird weiterhin ausgeführt:

„Sind zur Erfüllung von mit der Standortdefinition verbundenen Aufgaben standortbezogene Informationen erforderlich, z. B. für den Nachweis von Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, können diese im Rahmen der Budgetverhandlungen auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien auf Ortsebene zusätzlich von dem Krankenhaus angefordert werden (§ 11 Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntG -, § 11 Absatz 4 Satz 3 BpflV).“ Hiermit wird suggeriert, dass standortbezogene Informationen im Zusammenhang mit Mindestmengen ausschließlich während der Budgetverhandlung nach den angegebenen Verfahren zur Verfügung zu stellen seien. Derzeit ist der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Überarbeitung der Mindestmengen Richtlinie. Es ist zu erwarten, dass es ein gesondertes Nachweisverfahren für die Erfüllung der Mindestmengen geben wird. Daher sollte das Beispiel hier gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Worten "rechtlicher Hinsicht" die Worte „dauerhaft und unveränderbar“ eingefügt.

Für die Berücksichtigung der Standortdefinitionen bei der zukünftigen Krankenhausplanung sowie Qualitätssicherung der Länder wird auf den sonstigen Änderungsbedarf des § 6 Absatz 1 KHG verwiesen.

Nr. 4 § 17 c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Referentenentwurf wurde ein neuer Absatzes 2a eingefügt, der mit dem Kabinettsentwurf wieder entfallen ist. Dieser sah vor:

- a) Weiterentwicklung des Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V durch die DKG und den GKV-SV, insbesondere im Hinblick auf statistische Auffälligkeiten und Merkmale von Strukturqualität. Abschluss einer Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen erstmals bis zum 30.06.2017.

B Stellungnahme

Zu a) Die Streichung des neu geplanten Absatzes 2a wird grundsätzlich begrüßt. Die geforderten Maßnahmen stellen eine Überschneidung mit den jüngst zurückliegenden Maßnahmen zur Modifizierung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) und der damit einhergehenden Konsentierung des zugehörigen DTA-Verfahrens dar. Beides wurde bereits im Februar 2016 beschlossen.

- Hinsichtlich der Streichung wurde allerdings auch die Möglichkeit genommen, Strukturqualitätsmerkmale in die Prüfungen aufnehmen zu können. Damit wurde das grundsätzliche Anliegen zur Überprüfung der Einhaltung von Qualitätsanforderungen in der Leistungserbringung genommen. Die Abrechnungsqualität hätte damit verbessert werden können.
- Die Streichung des Vorschlages zur Weiterentwicklung von statistischen Auffälligkeiten wird vor dem Hintergrund, dass diese globale Forderung mit dem Beitragsschuldengesetz in § 17c Absatz 4a KHG schon einmal Einzug fand, dann aber wieder ersatzlos gestrichen wurde, begrüßt. Mit dieser Vorgehensweise konnte keine entlastende justiziable Lösung dargestellt werden.

Eine Verbesserung der Qualität könnte der Gesetzgeber noch durch die zwingende Einführung einer DTA-Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und dem MDK erwirken. Dieses mittelfristige Ziel würde dann z.B. neben der Rechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V auch in weiteren Bereichen wie z.B. den momentan beim GBA in Bearbeitung befindlichen Qualitätskontrollen zur Entlastung führen.

Zu b) Im Referentenentwurf wurde die Erarbeitung einer eigenen Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen gefordert. Die PrüfV i. V. m. § 39 Abs. 1c SGB V regelt die Abrechnungsprüfung für Fälle nach BPfIV sowie KHEntgG. Insofern besteht kein Bedarf an einer Neuregelung.

C Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 1 KHG ist die Prüfung von Strukturqualität zu ergänzen.

In § 17c Absatz 2 KHG wird der elektronische Datenaustausch zwischen Krankenhaus und MDK verpflichtend aufgenommen.

Nr. 5 b § 17 d Abs. 2 Satz 1 Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt klar, dass die Vergütung der neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V den gleichen Regeln folgt wie die Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen. Solange eine Kalkulation der Entgelte für diese Leistungen auf empirischer Grundlage noch nicht möglich ist, werden die Entgelte daher nach § 17d Absatz 2 Satz 3 von den Pflegegesetzparteiern vereinbart.

B Stellungnahme

Die Aufnahme der neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld in § 17d Abs. 2 integriert diese als allgemeine Krankenhausleistung in das pauschalierende Vergütungssystem. Damit wird klar geregelt, dass auch für dieses Behandlungsangebot der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung eine leistungsorientierte und pauschalierende Vergütung zu finden ist. Es ist demnach eine pauschalierende Vergütung auf Basis tagesbezogener Entgelte vorzunehmen (Weiterentwicklung der bisherigen tagesbezogenen Pflegesätze).

Die Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf unter A II.6, „Da die betroffenen Patientinnen oder Patienten derzeit nur durch eine stationäre Aufnahme angemessen versorgt werden können, obwohl eine aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen klinischen Versorgungsverantwortung an sieben Tagen die Woche ausreichend wäre, wird mit dem neuen Behandlungsangebot die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht“, implizieren über das Wort „ausreichend“ auch hier das geltende Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Aus der Einordnung in § 39 SGB V und die entsprechende Aufnahme in den Grundsatz ambulant vor stationär (stationersetzend vor stationär) wäre demnach stationersetzend vorrangig. In Anbetracht der inhaltlichen Ausgestaltung – aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen klinischen Versorgungsverantwortung – an sieben Tagen der Woche ergeben sich allerdings Zweifel im Hinblick auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Um dem Wirtschaftlichkeitsgebot gerecht werden zu können, muss sichergestellt werden, dass die zu findenden pauschalierenden Entgelte für stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nicht teurer sind als diejenigen für stationäre Behandlung.

C Änderungsvorschlag

Am Ende des Satzes 1 wird vor dem Punkt ein Semikolon eingefügt. Danach wird der folgende Halbsatz ergänzt: „das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zwingend zu beachten.“

Nr. 5d § 17d Abs. 4 Verlängerung der Optionsphase

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach aktueller Rechtslage läuft die Optionsphase, in der sich die Krankenhäuser für das neue Entgeltsystem entscheiden können, Ende 2016 aus. Mit der Neuregelung wird die Optionsphase auf das Jahr 2017 ausgedehnt.

B Stellungnahme

Die Verschiebung der Einführung des neuen Entgeltsystems um ein weiteres Jahr ist abzulehnen. Eine weitere Verlängerung der Optionsphase trägt nicht zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems bei, welches sich als lernendes Entgeltsystem versteht. Voraussetzung für eine zielgerichtete und leistungsgerechte Weiterentwicklung des Entgeltsystems ist eine umfassende Teilnahme aller Psychiatrieeinrichtungen. Somit ist eine weitere Verlängerung der dann insgesamt fünfjährigen Optionsphase daher abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Streichen der Neuregelung

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2 § 1 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausleistungen in Verbindung mit Nr. 3 § 2 Abs. 1 Satz 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei den beiden Gesetzesänderungen handelt es sich um Folgeänderungen zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§§ 39, 115d SGB V). Beide Regelungen sind im gleichen Sachzusammenhang zu sehen. Geregelt wird, dass auch die von dieser Behandlungsform umfassten Leistungen nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts vergütet werden.

B Stellungnahme

Die Regelungen des § 2 BPfIV sind untrennbar mit denen des § 1 BPfIV verknüpft. § 2 bezieht sich nur auf Leistungen nach dieser Vorschrift: also auf stationäre Leistungen, seien sie vollstationär, teilstationär oder eben jetzt auch stationsäquivalent. Gehören diese Leistungen zum Leistungsspektrum und werden sie auch erbracht, so sind diese Leistungen auch Krankenhausleistungen im Sinne des Absatzes 1 (vgl. dazu auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5b zu § 17d Abs. 2 Satz 1 KHG).

Im Zusammenhang mit § 2 Abs. 2 BPfIV (unverändert durch PsychVVG) wird das Krankenhaus zu einer umfassenden und einheitlichen Gesamtleistung verpflichtet. Es hat alles Notwendige zu leisten. Es darf sich einzelnen Leistungen nicht entziehen und sie Dritten überlassen. Nach der gängigen Kommentierung muss das Krankenhaus die allgemeine Krankenhausleistung im Rechtssinne selbst erbringen. Unerheblich ist hierbei, ob sich das Krankenhaus hierzu der Hilfe anderer bedient. Die Krankenhausleistung liegt weiter darin, dass das Krankenhaus für die notwendige Leistung Dritter Sorge trägt und die Kosten hierfür übernimmt. Kosten dieser Krankenhausleistung sind die an die Dritten gezahlten Entgelte.

Insofern ist die Regelung in § 115d Absatz 1 Satz 4 SGB V n.F. (Beauftragung Dritter mit der Durchführung von Teilen der Behandlung) als Leistungserbringung Dritter zu qualifizieren.

Für eine sachgerechte Kalkulation dieser stationsäquivalenten Leistung ist es notwendig, die in Rahmen des Leistungseinkaufs über die Leistungserbringung Dritter an diese gezahlten Entgelte sachgerecht in die Kalkulation einzubeziehen. Es ist zu vermeiden, dass die eingekauften Personalkosten Dritter als Sachkosten einer sachgerechten Kalkulation entzogen werden und schließlich auch vom tatsächlichen Personalbedarf im Krankenhaus nicht umfasst sind.

Problematisch gestaltet sich die Neuregelung „durch das Krankenhaus“ mit dem erweiterten Anwendungsbereich der stationsäquivalenten Leistung beispielweise für Versicherte, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben.

Die Wechselwirkungen zu den kalkulierten Pflegesätzen der Pflegestufen sind derzeit noch unklar. Bisher erfolgte eine Kürzung des stationären Pflegesatzes ab dem dritten Tag des stationären Aufenthalts (§ 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI). Inwieweit die stationsäquivalente Leistung vor Ort anteilig auf das Heimentgelt anzurechnen ist, ist derzeit noch nicht geregelt. Möglicherweise kann dies sachgerecht auch erst nach Abschluss einer Kalkulation erfolgen. Ob dies bereits ab der ersten Leistungserbringung relevant ist oder aber erst ab der dritten im Quartal etc. ist derzeit schwer abschätzbar. Jedoch wäre es unsachlich, es gänzlich unberücksichtigt zu lassen. Bei einem Inkrafttreten ab dem Jahr 2019 bliebe zur Klärung ausreichend Zeit.

Generell gilt, dass der Umfang des Leistungszukaufs über Dritte viel schärfer definiert und geregelt werden muss. Insbesondere, um zu vermeiden, Ressourcen aus dem ambulanten Bereich abzuziehen und das Leistungsangebot somit zu reduzieren.

C Änderungsvorschlag

Ein sachgerechter Einbezug in die Kalkulation ist sicherzustellen:

1. Änderung der Krankenhausbuchführungsverordnung durch Aufnahme einer Kennziffer in Kontenklasse 6

Kontenklasse 6: Aufwendungen
60 Löhne und Gehälter

...

6013 Aufwendungen für die Beauftragung Dritter mit der Durchführung von Teilen der stationsäquivalenten Behandlung

2. Klarstellung der Wechselwirkungen zum SGB XI, insbesondere Änderung § 87a SGB XI „Berechnung und Zahlung des Heimentgelts“.

Nr. 4 d § 3 Abs. 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 3 regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrag) ab dem Jahr 2020. In einer nicht abschließenden Aufzählung sind zunächst ausgehend vom Gesamtbetrag des Vorjahres nach den Nummern 1 und 2 neben den voll- und teilstationären Entgelten zukünftig auch Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld einzubeziehen. Nach Nummer 3 sind neben der Kostenentwicklung ebenso die Verkürzungen von Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, zu berücksichtigen. Nach Nummer 4 sind die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPflV einzubeziehen. In Nr. 5 ist geregelt, dass die G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung zu berücksichtigen sind, sobald diese vorliegen, wobei mit Blick auf die zu vereinbarenden Zuschläge für Mehrkosten infolge von G-BA-Beschlüssen nach § 5 Abs. 4 Doppelfinanzierungen auszuschließen sind. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung ist sicherzustellen.

Grundsätzlich bildet der Veränderungswert die Obergrenze für die Erhöhung des Gesamtbetrages. Eine Überschreitung der Obergrenze ist zulässig, um die vom G-BA vorgegebene Personalausstattung zu gewährleisten. Ferner ist eine Überschreitung der Obergrenze aufgrund der Art und Anzahl der Leistungen dann möglich, wenn der Leistungszuwachs durch einen durch die Krankenhausplanung oder das Investitionsprogramm des Landes begründeten Kapazitätswachst begründet ist. Darüber hinaus ist ein Überschreiten der Obergrenze im Fall einer Anpassungsvereinbarung möglich, die unter Berücksichtigung der krankenhausesindividuellen Situation eine flexible Anpassung in Richtung eines leistungsorientierten Budgets ermöglicht. Dabei sind neben regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung auch die Erkrankungsschwere der Patienten sowie die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 heranzuziehen. Liegen die vom Krankenhaus geforderten Entgelte deutlich über den Vergleichswerten, hat das Krankenhaus vor Abschluss einer Anpassungsvereinbarung die Gründe für eine Überschreitung schlüssig darzulegen. Sofern sich aufgrund der nach § 18 Abs. 2 vorzulegenden Unterlagen ergibt, dass eine Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.

B Stellungnahme

1. Eine Ausnahme für G-BA Regelungen zur Personalausstattung ist grundsätzlich nachvollziehbar, aber unter allen Umständen ist eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, auch hinsichtlich der bereits nach der Psych-PV vereinbarten und finanzierten Stellen. In der Begründung zur § 3 Abs. 3 Nr. 5 BPflV wird zutreffend gefordert, dass ab dem Jahr 2020 bei den Personalanforderungen nach GBA „die hierfür bereitgestellten Mittel auch zweckentsprechend verwendet werden.“ Neben der zwingend in § 18 Abs. 2 BPflV vorgegebenen Stellenachweise ist jedoch ebenso zwingend eine Sanktionierung nötig, wenn ein

Krankenhaus die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet. Die Formulierung im Kabinettsentwurf ist hier nicht ausreichend, da eine „Vereinbarung darüber, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist“ (§ 3 Abs. 3 Satz 8 BPfIV), einer Klinik die Möglichkeit eröffnet, die nötige Budgetabsenkung fast vollständig zu verweigern.

2. A) Ein leistungsbezogener Vergleich ist grundsätzlich zu begrüßen. Da aber der Umgang mit den Erkenntnis aus diesem Vergleich im Unklaren bleibt, ist kritisch zu hinterfragen, ob die Vertragspartner auf Ortsebene dieser Aufgabe im Verhandlungsprozess gewachsen sein werden und nicht die meisten Abschlüsse in Schiedsstellen enden werden. Dass Angleichungsprozesse von Vergütungen nicht dadurch einfacher werden, dass statt der Vorgabe eines Schemas Verhandlungen in jedem einzelnen Krankenhaus vorgenommen werden sollen, liegt auf der Hand. Um die Ergebnisse des Vergleichs auch im Hinblick auf eine Umsetzung von Absenkungen überhaupt effektiv umsetzen zu können, sollte der Weg einer Basisbereinigung gewählt werden. Vom Krankenhausträger ist bei jeder Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 eine schlüssige Darlegung zu fordern, nicht nur bei einer deutlichen Überschreitung. Insofern ist das Wort „deutlich“ zu streichen. Eine Überschreitung der Obergrenze ist nur dann zu ermöglichen, wenn der Krankenhausträger die maßgeblichen Vergleichswerte „deutlich“ unterschreitet. Damit kann vermieden werden, dass in jedem Jahr und bei jeder kleinen Änderung jedes Vergleichswerts Anpassungsvereinbarungen diskutiert und gegebenenfalls bei der Schiedsstelle verhandelt werden müssen. Kleinere Anpassungen könnten innerhalb der Obergrenze abgewickelt werden.

B) Zur Vermeidung eines einseitigen Treppeneffekts sollten die Ergebnisse des Vergleiches basisbereinigend berücksichtigt werden. Um unbillige Härten hierbei zu vermeiden, sollte die Basisbereinigung entsprechend der getroffenen Regelungen der Anpassungsvereinbarung umgesetzt werden. Eine schrittweise Anpassung aus der Anpassungsvereinbarung ergebe dann auch eine schrittweise Basisbereinigung.
3. Es ist nicht hinnehmbar, dass Krankenhäuser die für die Finanzierung medizinischen Personals zweckgebunden zur Verfügung gestellten Mittel nicht zweckgebunden verwenden. Diese Mittel wurden von den Krankenkassen für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung zur Verfügung gestellt. Wenn eine Nicht-Besetzung von finanzierten Stellen keine Rückzahlung und Budgetbereinigung zur Folge hat, besteht für Krankenhäuser ein wirtschaftlicher Anreiz, die Stellen auch künftig nicht zu besetzen. Genau dieser Umstand hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass an Krankenhäusern die vereinbarte und finanzierte Personalanzahl nicht auch tatsächlich beschäftigt wurde, obwohl in der Bilanz teils deutliche Gewinne ausgewiesen wurden. Damit ist auch sicherzustellen, dass der allgemeine Rechtsgrundsatz der ungerichtfertigten Bereicherung nicht verletzt wird. Es ist daher auch aus systematischen Gründen zwingend, dass bei einer Nichtbesetzung vereinbarter und finanzierter Stellen die anteiligen Mittel zurückgezahlt werden und das Budget angepasst wird. Nach der Gesetzesbegründung zur § 3 Abs. 3 Nr. 5 BPfIV ist dementsprechend ab dem Jahr 2020 hinsichtlich der Personalvorgaben des G-BA „zu gewährleisten, dass die hierfür bereitgestellten Mittel auch zweckent-

sprechend verwendet werden.“ Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Vereinbarungslösung wird dagegen in der Praxis nicht ausreichen. Es bedarf der konkreten Verpflichtung zur Budgetkorrektur. Die Umsetzung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 ist auch nicht eindeutig geregelt. Handelt es sich um den Gesamtbetrag des Vorjahres oder den aktuellen Gesamtbetrag? Da die Ist-Kräfte des Vorjahres testiert werden, ist auf die Ausgangsgrundlage abzustellen, die als Basis für die Ermittlung des Gesamtbetrags dient.

4. Die bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu berücksichtigenden Tatbestände sollen nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf „insbesondere“ berücksichtigt werden. Die genannten Tatbestände sind jedoch vollständig und abschließend. Ein Wildwuchs von weiteren Themen zur Überschreitung des Gesamtbetrags muss auch im Sinne der Beitragssatzstabilität verhindert werden.
5. In § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 sind als Ausnahmetatbestände Veränderungen von Art und Menge der Leistungen aufgeführt. Diese Veränderungen sind jedoch zunächst um Katalogeffekte zu bereinigen. Zudem ist sicherzustellen, dass zusätzliche Leistungen nur zu ihren variablen Anteilen eingestellt werden können. Doppelfinanzierungen mit weiteren Ausnahmetatbeständen müssen ausgeschlossen werden. Dies wurde in der Gesetzesbegründung aufgeführt, sollte zur Schaffung von Rechtssicherheit aber auch Eingang in den Gesetzestext selbst finden. Darüber hinaus wird die in der Gesetzesbegründung aufgeführte Auflistung der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen aufgrund regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung als sehr umfassend gewertet. Nachweise dafür sind unbedingt erforderlich.
6. Der Begriff der „Anpassungsvereinbarung“ nach § 3 Abs. 3 Satz 5 BPflV ist noch zu unscharf definiert. Nach der Begründung ist diese für eine „schrittweise Erhöhung oder Absenkung“ in Ablösung der bisher vorgesehenen bundesweiten Konvergenz gedacht. Die daraus folgende Mehrjährigkeit des Anpassungsprozesses kommt in der Regelung aber nicht hinreichend zum Ausdruck. Dies wurde in der Gesetzesbegründung aufgeführt, sollte zur Schaffung von Rechtssicherheit aber auch Eingang in den Gesetzestext selbst finden
7. Die Möglichkeit, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven über die Verkürzung von Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen hinaus absenkend im Gesamtbetrag zu berücksichtigen, ist ergänzend vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

Zu 1.:

Art. 2 Nr. 4 d Satz 3 Nr. 5 wird wie folgt geändert: Ergänzung eines Halbsatzes „soweit diese Kräfte nicht bereits im Gesamtbetrag des Vorjahres über die Psych-PV finanziert waren,“

Zu 2 A):

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 5 wird hinter den Worten „entsprechende Überschreitung“ die folgenden Worte eingefügt „zur Vermeidung einer deutlichen Unterschreitung der Entgelte von den Vergleichswerten nach § 4“.

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 7 wird im Satz „Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten,...“ das Wort „deutlich“ gestrichen.

Zu 2 B):

- Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt: „Dieser ist zu verändern um die Ergebnisse des Vergleiches nach § 4 entsprechend der Anpassungsvereinbarung“. Satz 3 wird Satz 4 etc.
- Satz 5 wird wie folgt formuliert: „Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 und die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten [...]“
- Der darauf folgende Satz ist wie folgt zu formulieren:
 „Die Vertragsparteien vereinbaren unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere [...] der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 eine Anpassungsvereinbarung mit dem Ziel, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, wobei für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung genaue Regelungen zu treffen sind“

Zu 3.:

In Art. 2 Nr. 4 d wird in Satz 8 der Halbsatz nach „Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde,“ wie folgt neu formuliert: „..., ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen und die Ausgangsgrundlage nach Absatz 3 Satz 2 entsprechend abzusenkten.“

Zu 4.:

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 3 wird das Wort „insbesondere“ gestrichen.

Zu 5.:

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 3 Nr. 1 wird nach dem Komma folgender Halbsatz angehängt:
 „,bereinigt um Katalogeffekte; es sind ausschließlich variable Kostenanteile zu berücksichtigen; eine Doppelfinanzierung mit anderen nach § 3 Abs. 3 zu berücksichtigenden Tatbeständen ist auszuschließen.“

Zu 6.:

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 5 2. Halbsatz wird vor dem Wort „Anpassungsvereinbarung“ das Wort „mehnjährigen“ eingefügt.

Zu 7.:

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 3 Nr. 3 werden nach dem Wort „sowie“ die Worte „Wirtschaftlichkeitsreserven, wie z. B.“ ergänzt.

Nr. 4 d-g § 3 Abs. 4 – 7 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 4 wird die bisher in § 18 Abs. 3 BPflV vorgesehene Berichtigung des Gesamtbetrags im Falle der Vereinbarung einer Tarifierhöhungsrates verankert.

In Abs. 5 wird normiert, dass der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert aus der vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Kalenderjahr unter anteiliger Einbeziehung der Überlieger berechnet wird.

Die Änderung in Abs. 6 beinhaltet, dass bei nicht nach dem KHG geförderten Krankenhäusern die Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen auch ab dem Jahr 2020 im Gesamtbetrag berücksichtigt werden können, soweit der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert niedriger ist als der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert der Krankenhäuser im Land.

In Abs. 7 wird geregelt, dass der Ausgleichssatz für Mindererlöse ab dem Jahr 2017 von 20% auf 50% angehoben wird.

Bei den Änderungen in Abs. 8 und 9 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen bzw. Folgeänderungen.

B Stellungnahme

Eine Berichtigung des Gesamtbetrags wegen Tarifierhöhungen wird abgelehnt, weil die Personalkostenentwicklung bereits über den Veränderungswert hinreichend berücksichtigt und abgedeckt ist.

Eine Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ist nicht erforderlich und wird abgelehnt. Die in der Gesetzesbegründung angeführten Argumente eines Schätzfehlerisikos sowie einer nicht hinreichenden Kodierqualität sind aus der Praxis heraus nicht ableitbar. Erst durch die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes würde für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz geschaffen, wenig Wert auf die Kodierqualität zu legen, da man ja auch ganz ohne Kodierung, oder gar ganz ohne Leistung, künftig noch 50 % der entstehenden Erlösdifferenz einnehmen würde. Zum einen konnte nicht beobachtet werden, dass eine vermeintlich nicht hinreichende Kodierqualität in nennenswerten Größenordnungen zu Mindererlösen geführt hat. Zum anderen konnten auch Erlösausfälle aufgrund eines Schätzfehlerisikos nicht beobachtet werden. Auch im Bereich des Krankenhaus-Entgelt-Gesetzes gilt ein Mindererlösausgleich von 20 %. Daher gebietet bereits der Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung die Heranziehung eines gleichen Prozentsatzes. Der Grundsatz der Prospektivität sollte nicht dazu führen, dass den Krankenkassen das Risiko einer zu offensiven Vorkalkulation der Krankenhäuser auferlegt wird. Die Krankenhäuser hätten einen Anreiz, massiv höhere Leistungen zu fordern und im Budget durchzusetzen, ohne sie tatsächlich zu erbringen. Damit würden diese Krankenhäuser für diese Nicht-Leistung 50 % des Entgeltwertes im Ausgleich erhalten; das ist ein typischer Fehlanreiz. Die Erhöhung der Min-

dererlösausgleiche bedeutet einen Schritt in Richtung Selbstkostendeckung, der mit dem Ziel eines leistungsorientierten Budgetsystems nicht konform geht. Hohe Mindererlösausgleichssätze tragen darüber hinaus nicht dazu bei, Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsprozesse in den Krankenhäusern zu beschleunigen und Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Die in der Begründung angenommenen Kodiereffekte würden im Übrigen allenfalls in der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems wirken und keinesfalls dauerhaft einen Mindererlösausgleich von 50 % zu Gunsten der Krankenhäuser erfordern. Die Abschätzung der Mehrausgaben laut Gesetzesbegründung in Höhe von 60 Mio. Euro für die GKV insb. infolge der Erhöhung des Mindererlösausgleichs ist nicht nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

- In Art. 2 Nr. 4 d wird die Regelung zu § 3 Abs. 4 BPfIV gestrichen, d.h. Abs. 4 wird gestrichen
- Art. 2 Nr. 4 h bbb) wird gestrichen.

Nr. 5 § 4 Leistungsbezogener Vergleich (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 soll ein leistungsbezogener Vergleich die Budgetverhandlungen der Vertragsparteien auf Ortsebene unterstützen. Er soll sowohl die bundeseinheitlichen Leistungen als auch die krankenhausbezogenen Besonderheiten nach § 6 BPfIV umfassen. Der leistungsbezogene Vergleich tritt an die Stelle der verbindlichen Konvergenz der unterschiedlichen Basisentgeltwerte der Krankenhäuser auf einen Landesbasisentgeltwert, wobei der leistungsbezogene Vergleich sowohl landes- als auch bundesweite Ergebnisse liefern soll.

Die Umsetzung erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben dabei die Einzelheiten und die Ausgestaltung des leistungsbezogenen Vergleichs auf Basis eines vom InEK erstellten Konzepts zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Partei. Über die Einbeziehung von Abweichungen gegenüber dem Landesdurchschnitt verhandeln die örtlichen Vertragspartner. Eine deutliche Überschreitung bedeutet nach der amtlichen Begründung eine Überschreitung von mehr als einem Drittel gegenüber dem maßgeblichen Vergleichswert. Die Ergebnisse des Vergleichs sind rechtzeitig für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 bereitzustellen.

B Stellungnahme

Die Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs ist grundsätzlich zu begrüßen, weil dieser Transparenz schafft und grundsätzlich einen Preisangleichungsprozess zwischen den Krankenhäusern unterstützen kann. Jedoch sind die Vorgaben für einen effektiven Einsatz des Krankenhausvergleichs aufgrund der laut amtlicher Begründung zulässigen Abweichungsquote von einem Drittel deutlich zu großzügig bemessen. Darüber hinaus fehlen weitgehende bindende Regelungen, in welcher Form die Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

Die Ergebnisse des Vergleichs umfassen u.a. Bandbreite, Lage und Streumaße für vereinbarte Entgelte auf den zum Zeitpunkt der Erstellung vorliegenden Daten. Anders als bei der Vereinbarung von landesweiten Referenzwerten auf Landesebene für Basisentgeltwerte und krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3, die auch die Zuschätzung fehlender Vereinbarungen vorsieht, ist dieses Verfahren u.a. anfällig für eine strategische Verschleppung von Vereinbarungszeitpunkten. Zum Zeitpunkt der Ergebniserstellung liegt erfahrungsgemäß nur eine Stichprobe an bereits geschlossen Vereinbarungen vor, was die sachgerechte Berücksichtigung der Ergebnisse zusätzlich erschwert und das Verfahren diskreditiert.

Des Weiteren sollte den Vertragsparteien auf der Ortsebene weiterhin die Möglichkeit geben werden, Parteienvergleiche in die Budgetverhandlungen einzubringen. Die vorgesehene Substantiierungspflicht für die Krankenhäuser ist erforderlich. Zudem ist im Leistungsvergleich die Effizienz zu berücksichtigen.

Für den Fall des Abschlusses von Anpassungsvereinbarungen sind diese bei der Ermittlung der Vergleichsgrößen zu berücksichtigen. da andernfalls keine tatsächliche Vergleichsbildung stattfindet, weil die Zwischenergebnisse der Anpassungsvereinbarung die Vergleichsgrößen bilden.

C Änderungsvorschlag

Der Gesetzestext ist dahingehend klarzustellen, dass der leistungsbezogene Vergleich nicht nur Informationen zur Verfügung stellt, sondern tatsächlich eine Wirkung entfaltet. Dazu sind empirisch belastbare neutrale Referenzwerte vorzusehen.

Des Weiteren ist der Gesetzestext um die Möglichkeit zu ergänzen, dass bis zum Vorliegen der Orientierungsdaten des gemeinsamen Leistungsvergleichs, die Ergebnisse aus den Vergleichen der jeweiligen Vertragsparteien vor Ort bei der Findung des Gesamtbetrages genutzt werden können (analog des § 5 Abs. 4 der BPfIV in der Fassung bis zum 31.12.2012). Darüber hinaus sind Effizienzparameter für den Leistungsvergleich zu ergänzen.

In Absatz 1 wird die Aufzählung nach Satz 2 ergänzt: „5. Bei den vereinbarten Entgelten sind die Anpassungsvereinbarungen mit dem jeweiligen Zielwert zu berücksichtigen“.

Nr. 6 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Neuausrichtung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erhalten die Regelungen zur Vereinbarung der sonstigen Entgelte eine neue Gliederung.

Nach Absatz 1 wird die Möglichkeit der Vereinbarung von besonderen Einrichtungen ab dem Jahr 2019 in der Psychiatrie gestrichen.

In Absatz 2 wird definiert, wie strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, zu vereinbaren sind.

Bei dem Absatz 3 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neugliederung des Paragraphen, welche bereits im alten Absatz 1 enthalten war.

Auch die Absätze 4 und 5 stellen redaktionelle Folgeänderungen dar.

B Stellungnahme

Der Verzicht auf besondere Einrichtungen ist im Rahmen der Neuausrichtung des Entgeltsystems folgerichtig und zu begrüßen. In einem pauschalierenden Preissystem sind besondere Einrichtungen notwendig, um sehr spezifische Krankheitsbilder oder Patientengruppen, die einer sehr individuellen Behandlung bedürfen, im Zweifelsfall entgelttechnisch sachgerecht abbilden zu können. Da das neue System als Budgetsystem mit individuellen Verhandlungen vor Ort konzipiert ist, bedarf es der Alternative der besonderen Einrichtungen nicht mehr. Besonderheiten in der Leistungserbringung werden nunmehr direkt in den Verhandlungen vor Ort berücksichtigt.

Bei der Behandlung von Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen kann es in der Behandlung zu regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung kommen, die sich nicht mit den üblichen Entgelten abbilden lassen. Diese sind von den Vertragsparteien auf Ortsebene gesondert zu verhandeln. Bei regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung kann es sich allein vor dem Hintergrund des geplanten leistungsbezogenen Vergleichs im Rahmen der Budgetverhandlungen, nur um Ausnahmen handeln, da ansonsten der Selbstkostendeckung Tür und Tor geöffnet werden. Der Leistungsbezug bei regionalen und strukturellen Besonderheiten bereitet erhebliche inhaltliche Interpretationsschwierigkeiten. Mit der geplanten Neuregelung wird das einheitliche Vorschlagsverfahren konterkariert und der Grundsatz eines „lernenden Systems“ ausgehebelt. Die Möglichkeit der Vereinbarung von NUB-Entgelten ist hier grundsätzlich ausreichend. Ein Verweis auf § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB) kann als Lösung dienen und vereinheitlicht das Verfahren. Es erscheint sinnvoll und angemessen, die Vereinbarungen mit dem InEK

in diesem Zusammenhang zu harmonisieren bzw. analog auszugestalten. Damit ist eine Vorgehensweise gleich dem NUB-Verfahren möglich. Ansonsten besteht die große Gefahr, dass mit der geplanten Regelung eine Vergleichbarkeit von Budgets ad absurdum geführt wird, weil alle Krankenhäuser sich dann auf ihre Individualität und somit Nicht-Vergleichbarkeit berufen würden. Aus diesem Grund ist es mindestens notwendig, eine möglichst abschließende Liste von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung zu benennen.

Regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung sind in der Form des Gesetzentwurfs mit den damit verbundenen Zusatzkosten den Krankenkassen nur noch darzulegen und gegenüber dem InEK zu melden. Eine Prüfung oder gar Genehmigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten findet nicht statt. Der Verzicht auf jegliche Prüfung seitens der Krankenkassen und des InEKs ist abzulehnen, da hier der Kreativität der Krankenhäuser bei der Definition von regionalen und strukturellen Besonderheiten keine Grenzen gesetzt werden. Die Besonderheiten lagen ja auch bislang vor und sind daher bereits in den Budgets ausfinanziert. Sie werden in der Höhe des hausindividuellen Basisentgeltwerts berücksichtigt. Nach dem Wegfall der Konvergenz besteht kein Grund mehr, diese „Besonderheiten“ erneut zu berücksichtigen. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V kann so nicht entsprochen werden. Weder findet eine Prüfung statt, ob die strukturelle Besonderheit nicht bereits anders sachgerecht vergütet werden kann, noch wird geprüft, ob die dargestellten Zusatzkosten richtig kalkuliert worden sind. Auch aus Sicht der Patienten ist die Regelung kritisch zu sehen. So kann ein in der medizinischen Wissenschaft als exotisch angesehenes Therapiekonzept durchaus richtig vom Krankenhaus kalkuliert worden sein und ist somit als Entgelt zu vereinbaren. Ob mit diesem Therapiekonzept jedoch die Behandlungsqualität des Patienten gesteigert wird, dieses dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung entspricht oder im Ansatz eine wirtschaftliche Behandlung erlaubt, ist fraglich. Einer „Therapiewillkür“ ist im Sinne des Patienten vorzubeugen. Deshalb sind insbesondere andere Therapiekonzepte durch S3-Leitlinien zu untermauern, bevor sie vergütet werden. Ist das nicht möglich, sind andere Therapiekonzepte, die als leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten benannt werden, vorab durch den MDK auf ihren Nutzen zu prüfen.

C Änderungsvorschlag

Anstelle Absatz 2 Satz 1 wird eine Regelung analog § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB) eingeführt. Hilfsweise wird ein neuer Satz 2 mit einer abschließenden Liste von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten aufgeführt. Hilfsweise ist eine „insbesondere“ Formulierung mit Beispielen zu wählen und eine Ausgleichs- und Berichtigungsfähigkeit nach Vorlage der Informationen des MDK einzuführen.

In Absatz 2 werden nach Satz 1 zwei neue Sätze eingefügt:

„Werden Therapiekonzepte, die nicht mit den in § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 genannten Entgelten sachgerecht vergütet werden, als leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten durch das Krankenhaus benannt, sind diese mit S3-Leitlinien zu unterlegen. Sofern dies nicht möglich ist, prüft der MDK binnen drei Monaten das Therapiekonzept hinsichtlich des Behandlungserfolgs.“

Nr. 9 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Nummer 5 handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren und dementsprechend dient auch der Veränderungswert nicht mehr der Zuwachsbegrenzung eines entsprechenden Landesbasisentgeltwerts.

Die mit der neuen Rechtssystematik nicht mehr benötigten Anlagen E1 bis E3 sowie B1 und B2 der BPfIV werden in Absatz 1 Nummer 6 aufgehoben. Die AEB-Psych ist jedoch hinsichtlich des geplanten Vergleichs nach § 4 BPfIV weiterzuentwickeln.

Des Weiteren wurden dem Absatz 1 weitere Nummern mit Fristen für neue Aufgaben der Vertragspartner auf Bundesebene angefügt.

- Nummer 7: Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom DIMDI herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können.
- Nummer 8: Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden bis zum 31. März 2017 verpflichtet, insbesondere die Einzelheiten für den Nachweis nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Datenübermittlung vorzugeben.
- Nummer 9: Über die gesetzlichen Vorgaben des § 4 zum leistungsbezogenen Vergleich hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Vergleichs bis zum 1. Januar 2019 zu vereinbaren.

In Absatz 2 wird der Konfliktlösungsmechanismus für bestimmte Zu- und Abschläge mit dem des KHEntgG harmonisiert.

B Stellungnahme

Absatz 1 Nummer 5:

Die Neuregelung ist folgerichtig, da der Basisentgeltwert nach §10 Absatz 3 BPfIV abgeschafft wird.

Absatz 1 Nummer 6:

Die Neuregelung ist aufgrund der Neuausrichtung des Entgeltsystems folgerichtig. Sie muss jedoch auch die vereinbarten Personalkennzahlen beinhalten, um hinrei-

chend genaue vertragliche Transparenz für alle Beteiligten am Verfahren gewährleisten zu können.

Absatz 1 Nummer 7:

Die Neuregelung führt in die falsche Richtung und ist daher abzulehnen. Eine Verminderung des Dokumentationsaufwands ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, darf aber kein Selbstzweck sein. Da die Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik weiterhin durch das InEK als Grundlage für einen bundeseinheitlichen Entgeltkatalog kalkuliert werden, sind weiterhin Abrechnungsschlüssel notwendig. Nach der Einführung des DRG-Systems sind im großem Umfang neue Operationen- und Prozedurenschlüssel durch das DIMDI geschaffen worden. Diese waren und sind für eine sachgerechte Abrechnung und Bestimmung von leistungsgerechten Entgelten notwendig. Eine derartige Entwicklung hat bisher im Bereich der Psych-Entgelte nicht stattgefunden. Hier besteht noch Nachholbedarf. Da bisher noch nicht einmal alle Krankenhäuser mit dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik abrechnen, ist eine Prüfpflicht für möglicherweise nicht erforderliche Schlüssel wesentlich verfrüht. Vielmehr muss die Schaffung neuer Operationen- und Prozedurenschlüssel befördert werden, um zu einer zielgenaueren Abrechnung zu gelangen.

Absatz 1 Nummer 8:

Klare Kontrollmöglichkeiten und Nachweisverpflichtungen sind zwingend. Das beinhaltet auch die Umsetzung der Ausgestaltung eines Stellennachweises für Mittel der Psych-PV. Vgl. hierzu Stellungnahme zu § 18 BPfIV.

Absatz 1 Nummer 9:

Die Neuregelung ist aufgrund der Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs folgerichtig. Dabei ist sicherzustellen, dass der Vergleich auch Information zur sachgerechten Vergütung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten nach § 6 BPfIV umfasst.

Die Harmonisierung von Konfliktregelungsmechanismen in Absatz 2 ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Die Nummer 6 wird wie folgt formuliert:

6. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1 sowie die Weiterentwicklung der Abschnitte E1 bis E3, B1, B2 sowie der vereinbarten Vollzeitkräften nach Dienstarten nach der Anlage dieser Verordnung der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung, wobei Daten für Zwecke des Vergleichs nach § 4 zu berücksichtigen sind.

Streichung der Nummer 7

Nr. 10 § 10 Vereinbarung auf Landesebene (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift des § 10 wird im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gestrichen. Somit werden auf Landesebene weder ein Basisentgeltwert noch eine durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3 ermittelt.

B Stellungnahme

Durch die Neuorientierung des Entgeltsystems wird eine Konvergenz an einen landeseinheitlichen Basisentgeltwert obsolet. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit der Entgelte zu gewährleisten, wird stattdessen ein leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPfIV eingeführt. Durch die Streichung des § 10 stehen zum Zwecke des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 nun weder ein Basisentgeltwert noch eine durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3 zur Verfügung. Durch die Streichung von § 9 Abs. Nr. 10 in der Fassung des Referentenentwurfs wird bereits der Vergleich von krankenhausindividuellen Entgelten erschwert. Durch die Streichung von § 10 wird ein Vergleich nach § 4 weiter erschwert. Ob dieser mangels belastbarer Referenzgrößen überhaupt sachgerecht durchführbar sein wird, ist fraglich.

Die Streichung wird damit begründet, dass durch das neue Entgeltsystem keine Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen mehr durchgeführt werden muss, demnach sind auch keine durchschnittlichen Landeswerte mehr zu ermitteln. Der § 10 diene jedoch nicht der Konvergenz, sondern vielmehr der Entwicklung von Referenzgrößen für einen leistungsbezogenen Vergleich. An dieser Stelle sollte die Praktikabilität der zukünftigen Regelungen im Mittelpunkt stehen.

Es ist zu überlegen, ob der leistungsbezogene Vergleich in dieser Form, als lediglich bürokratiestiftendes Element, nicht völlig abgeschafft werden sollte. Ein völlig individualisierter Vergleich ohne jeglichen objektivierbaren Parameter erscheint nicht zielführend. Das Konfliktpotenzial für Schiedsstellen wird erheblich steigen.

C Änderungsvorschlag

Aufhebung der Streichung.

§ 10 wird wie folgt gefasst:

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

(1) Die in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) treffen die ihnen nach den folgenden Absätzen zugewiesenen Vereinbarungen.

(2) Für Zwecke des Vergleichs nach § 4 ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. November eines Jahres, erstmals zum 30. November 2018, für das folgende Kalenderjahr einen landesweiten Basisentgeltwert. Für die Ermittlung gehen sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen, fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen, Anpassungsvereinbarungen sind mit ihrem Zielwert zu berücksichtigen. Die vereinbarte Summe der Bewertungsrelationen ist um die vereinbarten Bewertungsrelationen von Modellkliniken zu bereinigen.

(3) Eine Vereinbarung nach Absatz 2 und 3 kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Einigung bis zum 30. November des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich die ausstehende Entscheidung fest.“

Nr. 12 § 14 Abs. 1 und 4 Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig von den Vertragsparteien auf Landesebene auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren. Dementsprechend sei hierzu auch keine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde mehr erforderlich.

B Stellungnahme

Die Regelung scheint dem Grund nach nachvollziehbar. Jedoch ergibt sich aufgrund der Schiedsstellenfähigkeit der § 10 Vereinbarung ein Konfliktpotential. Soll verhindert werden, dass die Schiedssprüche der Schiedsstelle mit aufschiebender Wirkung beklagt werden, so ist in § 14 BPfIV eine Genehmigungspflicht für eine Entscheidung nach § 10 Abs. 4 BPfIV aufzunehmen, um eine Umsetzung des Leistungsvergleiches nach § 4 BPfIV zu ermöglichen.

C Änderungsvorschlag

§ 14 wird wie folgt geändert:

- In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Landesbasisentgeltwerts nach § 10 und der“ ersetzt durch „Vereinbarung nach § 10“ und wird das Wort „Basisentgeltwerte“ durch das Wort „Basisentgeltwerts“ ersetzt.
- Absatz 4 wird nicht aufgehoben

Nr. 14 § 18 Absatz 2 Übergangsvorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf beinhaltet den wichtigen Punkt des durch den Wirtschaftsprüfer testierten Stellennachweises und enthält bereits einige notwendige Aspekte, die von der GKV gefordert werden.

B Stellungnahme

Die Norm sieht eine Nachweispflicht vor und muss aber auch die entsprechenden Konsequenzen unmissverständlich vorgeben. Es sollte von vornherein verhindert werden, dass in den Verhandlungen vor Ort Argumentationen über Beweis- und Darlegungslasten zu führen sind und Streitigkeiten über Beibringungspflichten ausgetragen werden. Aus den gesetzlichen Bestimmungen sollte daher eine allgemeine Auskunftspflicht über den Personalbestand klar vorgegeben werden. Die Bestimmung sollte den Auskunftsanspruch der Krankenkassen deutlich machen und eine konkrete Nachweisverpflichtung beinhalten.

Neben einer Offenlegung des Personalbestandes und den bindenden Bestimmungen der Psych-PV müssen die zu schaffenden Personalstellen auch dauerhaft vorgehalten werden. Dies muss von der GKV auch überprüft werden können. Andernfalls können die zur Verfügung gestellten Mittel zweckfremd verwendet werden, was mit § 3 BPfIV nicht vereinbar wäre. Eine Nichtbesetzung vereinbarter und finanzierter Stellen muss auch zwingende finanzielle Auswirkungen haben, damit kein finanzieller Anreiz für die Erbringung einer unterdurchschnittlichen Qualität durch weniger Personal entsteht.

Deshalb ist es unabdingbar, dass eine sachgerechte Verwendung der Mittel

- a) von den Krankenhäusern nachgewiesen wird,
- b) der Nachweis unstrittig in seiner Auslegung ist (d.h. transparent und unmissverständlich) und
- c) der Nachweis einer Nichtbesetzung vereinbarter Stellen zu einem Rückfluss der Mittel führt.

Leider ist die Nachweisverpflichtung der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen hinsichtlich der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen nicht mehr im Gesetzentwurf enthalten. Diese gilt nur noch gegenüber dem InEK. Die Regelung gilt, solange die Psych-PV weiter Anwendung bei der Personalausstattung in der Psychiatrie findet, also bis einschließlich 2019. Ab dem Jahr 2020 gelten die verbindlichen Personalvorgaben des G-BA. Ab diesem Zeitpunkt sind die Nachweise zur Personalbesetzung neben dem InEK, auch gegenüber den Krankenkassen zu leisten. Die Neuregelung ist strikt abzulehnen, da die Krankenkassen das Personal in der Psychiatrie bezahlen, hierfür aber keine Nachweise erhalten. Ob das angegebene Personal tatsächlich vorgehalten wird oder die finanziellen Mittel anders verwendet werden, ist nicht feststellbar.

Dabei wird in der Begründung des Gesetzgebers zu § 3 Abs. 3 Nr. 5 BPfIV richtigerweise folgendes festgestellt: „Wie bei der Finanzierung der Vorgaben nach der Psych-PV ist auch bei den Vorgaben des G-BA zu gewährleisten, dass die hierfür bereitgestellten Mittel auch zweckentsprechend verwendet werden“. Wie aber sollen die Krankenkassen sicherstellen, dass die zweckgebunden zur Verfügung gestellten Mittel für medizinische Fachkräfte auch

entsprechend verwendet werden, wenn ihnen der Anspruch auf die Nachweise der IST-Kräfte per Gesetz verwehrt wird?

Die Nachweispflicht des § 6 Abs. 4 BPfIV hilft nicht weiter, denn diese Regelung umfasst einmalig im Jahr der Anwendung nur einen Teil der Psych-PV Kräfte, nämlich die Nachfinanzierung einer etwaigen Personallücke im Vergleich zum 31.12.2008. Die Umsetzung des § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. ist in der Regel bereits erfolgt, da die Möglichkeit zur Schließung der personellen Lücke bereits seit dem Jahr 2009 bestand, so dass § 6 Abs. 4 kaum noch Relevanz hat. Damit bestehen auch auf der Basis des § 6 Abs. 4 kaum noch Vereinbarungen mit Anspruch auf Nachweis und Rückzahlung.

Somit besteht das Problem darin, dass die im Rahmen von § 6 Abs. 4 und § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 finanzierten Geldbeträge den Kliniken durch die jährliche Budgetfortschreibung dauerhaft verbleiben, egal ob die Kräfte dauerhaft beschäftigt werden oder die Personalanzahl auf ein Minimum heruntergefahren wird um die Jahresüberschüsse zu erhöhen oder die Mittel anderweitig zweckfremd zu verwenden.

Es geht daher um die grundlegende Frage, ob die psychiatrischen Kliniken bei der Umsetzung der unstrittig zweckgebunden finanzierten medizinischen Kräfte keiner Kontrolle unterliegen sollen und daher die Qualität in der Patientenversorgung auf ein personelles Mindestmaß einschränken dürfen, obwohl ihnen deutlich mehr Geld für diesen Zweck zur Verfügung steht.

Es muss an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen werden, dass eine auf diese Weise entstandene Differenz zwischen den finanzierten und den IST-Kräften eines Krankenhauses nicht zu einer künftigen Nachfinanzierung führen darf. Wenn die Kliniken in der Zeit bis zur Umsetzung der G-BA-Vorgaben den Personalbestand deutlich unter die Vereinbarung nach Psych-PV absenken können, ist eine personell gute Qualität der Patientenversorgung über ein Mindestmaß hinaus nicht zu gewährleisten. Es droht daher künftig über einen Nachholungseffekt eine erhebliche und vor allem ungerechtfertigte Ausgabensteigerung bei der Umsetzung der GBA-Vorgaben zur Personalbesetzung, selbst wenn der Bedarf nach G-BA-Vorgaben dem der Psych-PV entspräche. Wenn die Kliniken einen entsprechenden Nachweis –wie zuletzt gegenüber dem Referentenentwurf geändert- nur gegenüber dem InEK führt, wird den Krankenkassen die Möglichkeit einer Mitwirkung an der Sicherstellung einer qualitativ mehr als nur mindestens notwendigen personellen Ausstattung genommen.

Der sachgerechte Umgang mit Versichertengeldern ist mit dieser Regelung im jetzigen Gesetzentwurf nicht sichergestellt. Das kann auch nicht im Sinne der Behandlungsqualität sein, wenn Personal zwar finanziert wird, aber die Mittel gar nicht oder nur mittelbar in der Patientenversorgung verwendet werden. Die Personalpolitik der Psychiatrien bleibt somit eine „black box“. Von daher ist eine Kopplung mit § 6 Abs.4 im Satz 1 des §18 Abs.2 ausdrücklich abzulehnen, weil dieser Bezug lediglich auf das zusätzlich eingestellte Personal abstellt.

Dabei gibt es Beispiele einer funktionierenden Umsetzung und Kontrolle der Psych-PV. Die MDK-Landschaft verfügt mit dem „Evaluationsprojekt der Umsetzung der Psych-PV in den Hessischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (EVA-Psych-PV) des MDK Hessen auf dem Gebiet der Psych-PV-Prüfung über reichhaltige Erfahrungen. Über viele Jahre kann eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kliniken auf regionaler Ebene konstatiert werden. Das Projekt genießt eine breite Akzeptanz bei den Kostenträgern und Kliniken. Es schafft für die jeweiligen Kliniken eine erweiterte Transparenz in Bezug auf deren konzeptuelle und strukturelle Bedingungen. Auch finden die Prüfergebnisse regelhaft Eingang in die Budgetverhandlungen zwischen den Kliniken und den Kostenträgern. Das EVA-Projekt steht modellhaft für eine gelungene Psych-PV-Prüfung. Dennoch konnte sich dieser Prüfmodus ohne eine verbindliche

gesetzliche Regelung nicht bundesweit etablieren. Eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung ist somit gesetzlich zu fixieren.

C Änderungsvorschlag

§18 Abs. 2 BPfIV wird wie folgt geändert:

- Satz1: „Für die Jahre 2013 bis 2019 haben die Krankenhäuser über die nach der Psychiatrie-Personalverordnung finanzierten Stellen den anderen Vertragsparteien im Rahmen der Verhandlungen nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen; diese Bestätigung beinhaltet auch die Nachweise von bezogenem Personal, das in der Regel als Sachkosten verbucht wird; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind im nächstfolgenden Budget zurückzuzahlen.“
- In Satz 2 werden die Krankenkassen als Empfänger von Nachweisen hinsichtlich der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen genannt.
- Am Ende des Absatz werden folgende Sätze angefügt: „Für die Maßnahmen nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften des Gesamtpersonalbestandes, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften des Gesamtpersonalbestandes, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen; diese Bestätigung beinhaltet auch die Nachweise von bezogenem Personal, das in der Regel als Sachkosten verbucht wird. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind im nächstfolgenden Budget zurückzuzahlen.“

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2 § 14 Abs. 1 und 4 Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung bezieht die von den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbarende oder festgesetzte Höhe des Fixkostendegressionsabschlags sowie die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags auf Ortsebene in den Genehmigungsvorbehalt durch die zuständige Landesbehörde ein. Damit wird eine gleiche Rechtskontrolle hergestellt wie bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts, des Erlösbudgets oder der krankenhausindividuellen Zu- und Abschläge. Zudem wird damit sichergestellt, dass sowohl Klagen gegen die Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags gegen die Genehmigungsbehörde gerichtet werden müssen. Die zuständige Landesbehörde hat wie bei der Genehmigung des Landesbasisfallwerts innerhalb von vier Wochen über die Genehmigung zu entscheiden. Der Verwaltungsrechtsweg kann damit – wie beim Landesbasisfallwert – nur von den Vertragsparteien auf Landesebene beschränkt werden. Damit der genehmigte Fixkostendegressionsabschlag auf Ortsebene zeitnah zur Anwendung kommt, haben Klagen gegen die Genehmigungsentscheidung keine aufschiebende Wirkung.

Damit die Änderungen zum Fixkostendegressionsabschlag bereits für die erstmalige Vereinbarung eines Abschlags gelten, treten die entsprechenden Änderungen auf Basis des Artikels 7 Nr. 2 zum Tag des Kabinettschlusses in Kraft.

B Stellungnahme

Diese Einführung der Genehmigungspflicht durch die Landesbehörde für die Vereinbarung oder Festsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sowie das rechtzeitige Inkrafttreten dieser Regelung zum Tag des Kabinettschlusses wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird Rechtssicherheit für alle Beteiligten geschaffen und eine aufschiebende Wirkung kann nicht zur Anwendung kommen. Darüber hinaus wird die Höhe der Mehrausgaben der Krankenkassen für Mengensteigerungen im Krankenhausbereich maßgeblich durch die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags bestimmt, weshalb eine staatliche Kontrolle im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens geboten erscheint.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3b § 21 Abs. 2 Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Krankenhaus übermittelt u.a. gemäß § 21 KHEntgG jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr Leistungsdaten. Dieser übermittelte Datensatz enthält Leistungsdaten je Krankenhausfall. Mit der Neureglung unter Abs. 2 soll das Institutionskennzeichen des Krankenhauses, dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Sozialgesetzbuches definiert ist, sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich das Kennzeichen für den entlassenden Standort ausgewiesen werden.

Den Krankenhäusern wird ein Umstellungszeitraum von drei Jahren eingeräumt, nachdem das Verzeichnis erstellt ist, so dass die verpflichtende Nutzung der entsprechenden Kennzeichen vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen muss.

B Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu fordern, dass alle Standorte eines Krankenhauses angegeben werden als auch grundsätzlich der entlassende Standort. Eine Reduzierung auf lediglich Krankenhäuser mit differenziertem Versorgungsauftrag erscheint unter dem Aspekt der Neuregelung nicht mehr sinnvoll. Siehe hier auch Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 1 zu § 2a neu KHG bzgl. einer unveränderbaren, dauerhaften Standortnummer.

Nach dem aktuellen Status Quo der technischen Umsetzung jährlicher (sogar unterjährigen) Anpassungen im Datenverkehr zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, ist der lange Umstellungszeitraum für die verpflichtende Nutzung der Standortkennungen im Datenträgeraustausch nicht nachvollziehbar und stark zu verkürzen.

C Änderungsvorschlag

§ 21 KHEntgG Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:
 „Institutionskennzeichen des Krankenhauses und ab dem [Einsetzen (spätestens erster Tag des ersten Jahres nach Inkrafttreten)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie grundsätzlich das Kennzeichen für den entlassenden Standort,“

Siehe hier auch Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 1 zu § 2a neu KHG bzgl. einer unveränderbaren, dauerhaften Standortnummer

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

In Buchstabe a werden die Sätze 1 und 2 neu gefasst, es wird eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als neue Behandlungsform der Krankenhausbehandlung eingeführt. Die leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Einzelheiten dieser Behandlungsform sind in den neuen Sätzen 4 und 5 und in § 115d geregelt.

Weiter wird klargestellt, dass die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten Behandlung – entgegen der teilstationären sowie der vor- und nachstationären Behandlung – gleichrangig ist gegenüber der vollstationären Behandlung.

Die neuen Sätze 4 und 5 im Buchstaben b enthalten die leistungsrechtliche Regelung der Behandlungsform einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Durch die Einführung dieser Behandlungsform wird eine Lücke geschlossen, die bei der Behandlung psychisch schwer kranker Menschen besteht.

Die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld greift bestehende Versorgungsansätze zur Versorgung psychisch schwer kranker Menschen auf und leitet sie in die Regelversorgung über. Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 Satz 1, die eine komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zum Gegenstand haben, bleiben unberührt.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die Änderung erweitert den bisherigen Anspruch des Versicherten nunmehr um die stationsäquivalente Behandlung. Dabei wird die stationsäquivalente Behandlung nunmehr der stationären Behandlung gleichgestellt, das bisherige Vorrangverhältnis zur stationären Behandlung aufgehoben. Dementsprechend sind die leistungsrechtlichen Regelungen in Satz 5 angepasst worden. Entsprechend der Begründung zum Gesetzesentwurf regelt Satz 2 nunmehr, dass die stationsäquivalente Behandlung als alternative Behandlungsform gleichwertig neben der vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus steht. Bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen entscheidet das Krankenhaus, ob es die Krankenhausbehandlung vollstationär oder stationsäquivalent durchführt. Ein Vorrangverhältnis besteht insoweit nicht. Demnach ist auch ein Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot im Kontext des Rangverhältnisses der Leistungen nicht mehr zulässig. Allgemein gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot dennoch, jedoch wird eine Argumentation im Einzelfall schwieriger. Mangels konkreter Ergebnisqualitätsparameter ist ein Vergleich grundsätzlich gleichwertiger Behandlungsangebote im Einzelfall kompliziert.

Zu Buchstabe b)

Die Sätze 4 und 5 sollen die leistungsrechtliche Regelung der Behandlungsform enthalten. Im Kontext zum Normzweck des § 39 SGB V, der einen Sachleistungsanspruch des Versicherten beinhaltet, ist die Kommentierung leider wenig konkret bzw. sehr weit gefasst.

Daraus ergeben sich eine ganze Reihe von noch zu beantwortenden Fragen. Nach der Kommentierung zum § 115d SGB V unterliegt die therapeutische Entscheidung dem Krankenhaus. Es bleibt unklar, wie eine stationsäquivalente Behandlung zu qualifizieren ist. Fraglich ist auch die Fallführung im Hinblick auf die stationsäquivalente und sich anschließende stationäre Behandlung (ein oder zwei Fälle + Fallzusammenführung?). Regelungen zur Fallzusammenführung sind zu treffen für alle Kombinationsmöglichkeiten. Auch ist die Frage zu klären, ob die Regelungen zur Belastungsprüfung bei stationärem Aufenthalt ebenfalls bei stationsäquivalenter Leistungserbringung gelten. Neben diesen Fragen besteht eine Vielzahl weiterer Fragen, die bei der praktischen Umsetzung zu beantworten sind.

Gerade hier müssen die Anforderungen unbedingt geschärft werden. In Abgrenzung zu den beruflichen Anforderungen an Teams der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sollte vermieden werden, dass dieses Angebot (PHKP) durch möglicherweise geringere Anforderungen im stationären Bereich vom Markt gedrängt wird. Auch § 115d SGB V neu spricht insoweit nur von „besonderen Anforderungen an die Qualifikation des Personals“, ohne konkret zu werden.

Insbesondere auch die Abgrenzung zur ambulanten aufsuchenden Behandlung ist erforderlich, da diese Regelung vor dem Hintergrund der rechtlichen Aspekte sowie der verschiedenen finanziellen Rahmenbedingungen und der Anforderung an eine Behandlungskontinuität einer Konkretisierung bedarf.

Durch die Einordnung in das Sachleistungssystem des § 39 SGB V entsteht der Zahlungsanspruch der erbringenden Krankenhäuser sofort und unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung. Aufgrund der inhaltlich sehr weiten Fassung der Leistungsmerkmale werden die Anforderungen an die Prüfung der Voraussetzungen auf der Abrechnungsebene entsprechend hoch sein. Es ist zu erwarten, dass die Ausgestaltung der weichen Merkmale auf der Ortsebene über die Sozialgerichtsschiene konkretisiert werden muss. Ob dies im Verwaltungsaufwand des Gesetzes bereits berücksichtigt worden ist, ist offen. Es ist bereits jetzt eine Art Checkliste für die Prüfung sowohl auf Budgetverhandlungs- und im Folgenden auf Abrechnungsebene anzuregen, analog der Checklisten MDS für Komplex-OPS. Dann wäre eine verbindliche Prüfung über die zu vereinbarende Prüfverfahrens-Vereinbarung umzusetzen. So kann gewährleistet werden, dass die Strukturkriterien bereits im Rahmen der Budgetverhandlung abgeprüft werden können. In diesem Zusammenhang ist zu schärfen, welchen Umfang die Teile der Behandlung annehmen dürfen, die von „Beauftragten“ im Sinne der Leistungserbringung Dritter erbracht werden und ob bzw. wie dies ggf. auf die zu erfüllenden Strukturkriterien wirkt.

Kritisch anzumerken ist auch und insbesondere der Hinweis in der Begründung, dass die Modellvorhaben unberührt blieben (vgl. letzter Satz der Begründung zu Buchstabe b auf S. 47 des Gesetzentwurfs). Denn dies ist nicht uneingeschränkt der Fall. Zum einen ist die „Unberührtheit“ stark abhängig von der jeweiligen Budgetausgestaltung

der Modellverträge. Zum anderen berührt ein solches Leistungsangebot zum jetzigen Zeitpunkt die bereits gestartete bundesweite und einheitliche Evaluation der Modellkliniken, da sie Einfluss auf das Leistungsangebot der Kontrollkliniken hat. Mit einer verspäteten Inkraftsetzung ab dem 01.01.2019 könnten auch Modellkliniken angemessen reagieren, die der Evaluation zu Grunde liegende Datenlage wäre für die ersten Zwischen- und Endberichte unverfälscht und deren Ergebnisse könnten bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Nutzen sein.

C Änderungsvorschlag

- Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben eine Prüfverfahrens-Vereinbarung zur Umsetzung der Vorschrift bis zum 30.09.2018 zu entwickeln.
- In Kraft treten der Regelung ab 01.01.2019.

Nr. 3 § 101 Abs. 1 Satz 10 Überversorgung SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung in Absatz 1 sieht zur Berücksichtigung der in den nach § 118 SGB V ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte die Übermittlung der standortbezogenen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten an den Landesausschuss vor.

B Stellungnahme

Die Ergänzung wird begrüßt, da hierdurch eine genauere Abbildung des Versorgungsbeitrages der in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten möglich ist. Derzeit ist in der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine pauschale Anrechnung in Höhe von 0,5 je Einrichtung vorgesehen, da detaillierte Angaben zum Leistungsgeschehen und den personellen Kapazitäten in den Einrichtungen nicht vorliegen.

Eine analoge Regelung ist jedoch auch für die weiteren ermächtigten Einrichtungen nach § 117 (Hochschulambulanzen), § 118a (Geriatrische Institutsambulanzen) und die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

In § 101 Absatz 1 Satz 10 wird „§ 118“ gestrichen und durch „§§ 117, 118, 118a und 119“ ersetzt.

Nr. 4 § 109 Abs. 1 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d). Aufgrund dessen können psychisch kranke Menschen, für die bisher nur eine stationäre Behandlung in Betracht gekommen ist, künftig in ihrem häuslichen Umfeld versorgt werden. Daher kann erwartet werden, dass Krankenhäuser, die diese Behandlungsform erbringen, mit einem geringeren Bestand an Krankenhausbetten auskommen. Dies konnte von den Ländern bei der Aufstellung der Krankenhauspläne bisher nicht berücksichtigt werden. Aufgrund der Dauer der Planungsprozesse ist auch eine kurzfristige Anpassung der Krankenhauspläne nicht möglich. Um eine kurzfristige Anpassung der Bettenzahl an den geringeren Bettenbedarf zu ermöglichen, wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien vor Ort im Benehmen mit dem Land vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 SGB V. Die Planungshoheit der Länder wird hierdurch nicht berührt, da die Leistungsstruktur des Krankenhauses durch die Vereinbarung nicht verändert werden darf und das Land nicht an einer Fortschreibung seiner Krankenhausplanung gehindert ist.

B Stellungnahme

Mit § 109 SGB V wird für die Vertragsparteien des Versorgungsvertrages ein begrenztes Recht zur Vertragsgestaltung im Hinblick auf den Inhalt des Krankenhausplans für die Plankrankenhäuser, mittelbar auch für Hochschulkliniken, eingeräumt. Es handelt sich um eine Ergänzung hinsichtlich der planmodifizierenden und plankonkretisierenden Vereinbarungen.

Mit der Einführung eines Hometreatment ist die Hoffnung auf einem Bettenabbau sowie den damit verbundenen finanziellen Einsparungen verknüpft. Mit den bisherigen Formulierungen wird der Umfang der Bettenzahlreduktion jedoch in das Ermessen der jeweiligen Verhandlungspartner gestellt. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre, insbesondere bei Verhandlungen über die Umwandlung vollstationärer Betten in tagesklinische Plätze, zeigen, dass das Fehlen eines entsprechend verbindlichen Richtwertes eine nennenswerte Verringerung der Bettenzahl zu Gunsten stationsäquivalenter Behandlungsangebote nicht erwarten lässt. Es gibt bereits vernehmbare Stimmen, die trotz Hometreatment eine Beibehaltung der stationären Bettenkapazitäten fordern. Hier ist dringend eine gesetzliche Vorgabe im Sinne einer Anrechnung stationsäquivalenter Behandlung zu vollstationärem Platz (Bett) im Verhältnis 1:1 zu fordern, da beide im Gesetz als gleichrangig betrachtet werden.

Vor diesem Hintergrund wirken die vorgesehenen Vorgaben auf Bundesebene in § 115d Abs. 2 Nr. 4 einschränkend hinsichtlich der gewährten Vertragsfreiheit. Dies birgt die Gefahr, dass die Regelung wiederum nicht zur gewünschten Kapazitätsreduzierung führt bzw. über diese Vorgaben auf Bundesebene de facto ausgehebelt wird. Da

die Vertragsparteien auf Ortsebene ohnehin den landesspezifischen Planungsvorgehen eher gerecht werden können, erübrigt sich eine Vereinbarung mit Vorgaben auf Bundesebene. Dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand kann eingespart werden.

„Benehmen“ stellt dabei allerdings nur ein minderes Beteiligungsrecht gegenüber Einvernehmen dar. Gleichwohl handelt es sich bei dem "sich ins Benehmen setzen" um eine stärkere Beteiligungsform als eine bloße Anhörung, bei der die mitwirkungsbeauftragte Behörde lediglich die Gelegenheit erhält, ihre Vorstellungen in das Verfahren einzubringen.

Die Vereinbarung ermöglicht eine gegenüber dem Planungsprozess schnellere Anpassung der Krankenhausbetten. Dies hat finanzielle Konsequenzen in mehrerer Hinsicht. Zum einen wirkt dies entlastend auf die Investitionsmittel auf Landesebene, sofern diese noch nach dem sich aus dem Krankenhausplan ergebenden Bettenschlüssel aufgebracht werden und gilt, solange ein belegtes Bett Maßstab hierfür ist und bleibt (Pauschalförderung). Andererseits sollte sich die Reduzierung der Kapazitäten auch budgetmindernd niederschlagen.

Der neu eingefügte Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle nach § 114 SGB V stärkt und erweitert die bisher nur geringe Einflussmöglichkeit der Vertragsparteien auf die Krankenhausversorgung. Nach dem Wortlaut ist die Vereinbarung als zwingende Folge bei stationsäquivalenter Leistungserbringung formuliert. Die nunmehr eingeführte Veränderung in der Leistungsstruktur eines Krankenhauses (stationsäquivalent) rechtfertigt diesen zwingenden Schluss. Die Vereinbarung könnte parallel zur Budgetverhandlung nach BPfIV von den Parteien verhandelt werden, da aufgrund der Verhandlungsunterlagen auch der Umfang der Bettenanpassung ermittelbar ist. Eine sachgerechte Ermittlung wird frühestens in dem Budgetzeitraum, der auf die erstmalige tatsächliche Leistungserbringung folgt, möglich sein. Bis dahin liegen auch Kalkulationsdaten vor, die einer sachgerechten Ermittlung dienlich sind.

C Änderungsvorschlag

Gesetzliche Verankerung eines zwingenden stationären Bettenabbaus bei Nutzung stationsäquivalenter Behandlung.

Weiteres siehe Art. 5 Nr. 5 zu § 115d SGB V

Nr. 5 § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 1

Absatz 1 begrenzt die Berechtigung zur Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld auf psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung und auf Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung und beschreibt die an die Leistungserbringung gestellten Voraussetzungen. Des Weiteren wird festgestellt, dass die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei den Krankenhausträgern liegt. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit. Im Rahmen seiner Therapieverantwortung muss das Krankenhaus außerdem dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann. Angesichts der Komplexität und Dichte der stationsäquivalenten Behandlung (strukturell, zeitlich, qualitativ und quantitativ) und der Notwendigkeit, in deren Rahmen auch kurzfristig auf die Infrastruktur des Krankenhauses zurückgreifen zu können, ist die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf Krankenhäuser beschränkt. Insoweit geht die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld strukturell über die aufsuchende Behandlung hinaus, die an der ambulanten Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, wie etwa niedergelassene Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren oder psychiatrische Institutsambulanzen ausüben. In geeigneten Fällen kann die Behandlung auch in Kooperation mit den kommunalen sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen. Allerdings soll die Tätigkeit dieser Dienste durch die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nicht eingeschränkt oder ersetzt werden. Die Vergütung hat auch in diesen Fällen ausschließlich nach Krankenhausfinanzierungsrecht gegenüber dem Krankenhaus zu erfolgen. Die Weiterleitung der Vergütung ist im Innenverhältnis zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer zu regeln.

Zu Absatz 2

Der GKV-Spitzenverband, die PKV und die DKG werden verpflichtet, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Regelungen zur Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu vereinbaren. Dies betrifft die Dokumentation für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung, die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, das Nähere zu den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung, die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern sowie Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten.

Um die Leistungserbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist eine Schiedsstellenlösung für den Fall vorgesehen, dass die Vertragsparteien sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten über die in § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 4 vorgesehenen Regelungen zur Ausgestaltung der neuen Behandlungsform einigen können. Die Schiedsstelle trifft keine Entscheidung über die nach § 115d Absatz 3 zu vereinbarende Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Unterschiedliche Auffassungen in diesem Zusammenhang sind - wie sonst auch - im Rahmen des Verfah-

rens zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim DIMDI zu klären. Dies ist nunmehr in einem eigenen Absatz 3 verankert.

Zu Absatz 3

Die erforderlichen Kriterien für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage zur Einführung eines entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssels sind von den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu entwickeln.

Zu Absatz 4

Da bisher keine flächendeckenden Erfahrungen zu den Auswirkungen der stations-äquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld vorliegen, sollen die Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen in einem Zeitraum von fünf Jahren evaluiert werden. Zu diesem Zweck werden der GKV-Spitzenverband, die DKG und die PKV verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen.

B Stellungnahme

In der Begründung zu Absatz 1 ist mit einem neuen Satz 2 eine Erweiterung bzw. Konkretisierung der bisher berechtigten Leistungserbringer eingefügt worden. „Berechtig sind danach Einrichtungen, die aufgrund der Regelungen des Betreuungsrechts und der Landesunterbringungsgesetze verpflichtet sind, die dort genannten psychisch kranken Personen aufzunehmen.“ Diese Erweiterung ist inhaltlich nicht korrekt und muss dringend wieder gestrichen werden. Zu unterscheiden wären in diesem Kontext die zivilrechtliche, öffentlich-rechtliche und strafrechtliche Unterbringung.

1. Sofort wirksame Zwangseinweisungen erfolgen öffentlich-rechtlich nach den in jedem Bundesland bestehenden Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) bzw. Unterbringungsgesetzen. Diese enthalten Bestimmungen für Sofortmaßnahmen durch die Verwaltungsbehörden. Voraussetzung ist immer ein aktuelles ärztliches Zeugnis. Inhaltlich werden Selbst- oder Fremdgefährdungen vorausgesetzt, die durch die psychische Störung bedingt sind und anders nicht abgewendet werden können. Sofortige oder „vorläufige“ Unterbringungen gelten höchstens bis Ablauf des Folgetages. Nach Einweisung muss eine Aufnahmeuntersuchung durchgeführt werden. Diese kann dazu führen, dass der sogenannte 24-Stunden-Beschluss ausläuft. Bei schweren Störungen, bei denen die Gefährdung weiter angenommen werden muss und keine freiwillige Behandlungsgrundlage erreichbar erscheint, wird das Betreuungsgericht eingeschaltet. Dieses ist für das Unterbringungsverfahren zuständig.
2. Zivilrechtliche bzw. betreuungsrechtliche Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 und 2 BGB können ebenfalls Zwangseinweisungen bewirken, wenn der rechtliche Betreuer hierfür zuständig ist. Der Betroffene wird dann mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes von seinem Betreuer untergebracht. Voraussetzung ist, dass der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann und zuvor ver-

sucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen. Die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung muss zum Wohl des Betreuten erforderlich sein, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, der durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann. Der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen. Bei dieser betreuungsrechtlichen Unterbringung ist ebenfalls das Betreuungsgericht zuständig und es wird dasselbe Verfahren beschritten.

3. Strafrechtlich erfolgen zwangsweise Einweisungen psychisch oder suchtkranker Straftäter auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen im einstweiligen Verfahren nach § 126a StPO und materiell rechtlich nach den § 63 und § 64 StGB (vgl. Maßregelvollzug) wobei die Vollversorgungsverpflichtung bei Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen aufgrund strafrechtlicher Entscheidung in den PsychKG länderspezifisch unterschiedlich geregelt bzw. größtenteils ausgenommen ist.

Diese Rechtskreise sind streng vom Rechtskreis des SGB V zu trennen, sowohl von ihren inhaltlichen Voraussetzungen und Zielstellungen als auch hinsichtlich der angebotenen Hilfen einschließlich deren Finanzierung bzw. Kostentragung. Wem die Wahrnehmung der Aufgaben nach den PsychKG und deren Finanzierung/Kostentragung obliegt, ist im jeweiligen Landes-PsychKG geregelt. Im Regelfall hat die Kosten einer Unterbringung nach PsychKG (auf den sich die Pflichtversorgung erstreckt) der Patient zu tragen und kann dies dann im Rahmen der Erstattung über Sozialamt etc. mit finanzieller Verantwortung der Kommunen, Landkreise und kreisfreien Städte geltend machen. Dies ist jedoch kein Anwendungsfall des § 39 ff SGB V und damit grundsätzlich auch kein Anwendungsfall für stationersetzende Leistungen, wie diese derzeit mit §§ 39, 115d SGB V angedacht und ausgestaltet sind. Gerade diese Entscheidung obliegt hier nicht dem behandelnden Arzt, diese Entscheidung zur Unterbringung wurde bzw. muss im Vorfeld der Unterbringung bereits medizinisch gutachterlich getroffen und/oder gerichtlich festgestellt werden. Eine Aufhebung der Unterbringungsentscheidung durch den Arzt am Krankenhaus und Ersetzung durch stationsäquivalente Betreuung konterkariert die Landes-PsychKG Gesetze.

In Absatz 1 wird die Begrenzung des Kreises der berechtigten Leistungserbringer mit den besonderen Anforderungen an die Qualifikation des Personals begründet, leider ohne diese näher zu spezifizieren. Dies ist zwingend nachzuholen. Insbesondere im Zusammenhang ob und wie eine Überführung der Leistungserbringung auf Netzwerke ambulanter Leistungserbringer erfolgen soll, ist eine Konkretisierung hinsichtlich eventueller Qualifizierungsmaßnahmen und deren Finanzierung erforderlich.

Die Therapieentscheidung obliegt dem Krankenhaus. Damit ist eine stationäre Aufnahme notwendig. In der jeweiligen Vereinbarung zu den neuen Entgelten sollten hierzu klare Regelungen zur Fallzählung getroffen werden, da Veränderungen in Art und Menge budgetrelevant sind. An dieser Stelle sei auch auf die Kommentierung zu § 39 SGB V verwiesen. Nach der Kommentierung zu Absatz 1 Satz 2 bleibt unklar, welche „notwendigen Einrichtungen“ für eine stationsäquivalente Behandlung erforderlich sind und was hier gemeint sein könnte. Die Erläuterung, dass bei Verschlechterung mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können muss, wirkt auf die Ermittlung des Bettenpotentials, das tatsächlich eingespart werden kann; ebenso die Delegation

von Teilen der stationsäquivalenten Leistung. Hierzu ist zwingend Transparenz gegenüber den Vertragsparteien herzustellen. Auch aus Gesichtspunkten der Qualitätssicherung muss transparent sein, welche Teile der Leistung delegiert werden.

Die Anforderungen an die Beauftragung (klassische Leistungserbringung Dritter) nach Absatz 2 Nr. 3 in einer Bundesvereinbarung zu regeln, scheint sehr aufwendig und erweckt den Anschein, dass die Grundsätze der Leistungserbringung Dritter zuzüglich der hierzu ergangenen Rechtsprechung keine Anwendung finden können/sollen. Dies irritiert. Nach diesen Grundsätzen muss die Leistungserbringung Dritter vom Versorgungsauftrag gedeckt sein und sollte nicht die Hauptleistung des Krankenhauses darstellen. Bei tatsächlicher Stationsäquivalenz ist dies nicht notwendig. Die Inhalte der Leistung sind bereits mehr oder weniger klar definiert. Eine Leistungsbeschreibung folgt. Bei ausreichender Formulierung von Qualitätsvorgaben können entsprechende Mindeststandards über die Vereinbarung nach Nr. 2 geregelt werden. Der zusätzliche Verwaltungsaufwand der Vereinbarung für Nr. 3 kann eingespart werden.

Bei der Bewertung von § 115d Abs. 2 Nr. 4 gelten die Bemerkungen zu Artikel 4 Nr. 3 Änderungen des § 109 SGB V. Leider wirken die vorgesehenen Vorgaben auf Bundesebene in § 115d Abs. 2 Nr. 4 einschränkend hinsichtlich der gewährten Vertragsfreiheit. Dies birgt die Gefahr, dass die Regelung wiederum nicht zur gewünschten Kapazitätsreduzierung führt bzw. über diese Vorgaben auf Bundesebene de facto ausgehebelt wird. Da die Vertragsparteien auf Ortsebene ohnehin den landesspezifischen Planungsvorgehen eher gerecht werden können, erübrigt sich eine Vereinbarung mit Vorgaben auf Bundesebene. Dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand kann eingespart werden.

Da diese Regelung erst zum 01.01.2019 in Kraft treten sollte, ist in Absatz 4 das Datum des 31. Dezember 2021 um zwei Jahre zu verschieben.

C Änderungsvorschlag

- In Kraft treten der Regelung ab 01.01.2019
- Streichung des eingefügten Satzes 2 zu Absatz 1 in der Begründung zu Nummer 5 (§115d).
- Ergänzung § 115d Abs. 1 um Satz 3: „ ... Hierüber ist gegenüber den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG Transparenz herzustellen.“
- Streichung des § 115d Abs. 2 Nr. 3 und 4
- Änderung § 115d Abs. 4 Satz 1 : „...ersetzen: bis zum 31. Dezember 2021 durch ...bis zum 31. Dezember 2023 ...“

Nr. 6 § 118 Abs. 3 Psychiatrische Institutsambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 regelt die Ermächtigung der psychosomatischen Institutsambulanzen. Das bisher bestehende Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung wird gestrichen. Psychiatrische Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen wurden ergänzend in die Regelung aufgenommen.

Darüber hinaus sollen in dem Vertrag nach § 118 Absatz 2 Satz 2 die Voraussetzungen einer ambulanten psychosomatischen Versorgung durch die Einrichtungen, Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung sowie ein Nachweisverfahren, ob die Vorgaben erfüllt sind, geregelt werden.

B Stellungnahme

Der Bedarf für psychosomatische Institutsambulanzen wird kritisch eingeschätzt. Die psychosomatische Versorgung ist überwiegend ambulant geprägt und somit vorwiegend von niedergelassenen Vertragsärzten sicherzustellen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit schweren und schwersten Verläufen psychischer sowie psychosomatischer Erkrankungen wird bereits in den psychiatrischen Institutsambulanzen gewährleistet.

Daher wäre eine Ermächtigung ohne vorherige Bedarfsprüfung verfehlt, angesichts des immanenten Risikos, medizinisch nicht notwendige Kapazitäten und damit die Leistungsmengen auszuweiten. Daran änderte auch eine Regelung der Vereinbarung nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V nichts, da die Ermächtigung einer Einrichtung zeitlich vor die Anwendung der Vereinbarung gesetzt wäre. Die Krankenkassen wären unter Umständen zur Finanzierung einer nicht bedarfsgerechten Versorgung verpflichtet. Vielmehr ist bereits bei der Ermächtigung zu prüfen, ob eine Einrichtung überhaupt die Voraussetzungen der Vereinbarung nach Abs. 2 Satz 2 erfüllen kann.

Der im Gesetzesentwurf eingeführte Überweisungsvorbehalt wird begrüßt. Diese sollte jedoch ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Als neuer Satz 3 ist zu §118 Abs. 3 SGB V folgender Satz einzufügen:

„Abweichend von Satz 1 hat der Zulassungsausschuss von einer Ermächtigung abzusehen, wenn wahrscheinlich ist, dass sie nach den Bestimmungen der Vereinbarung nach Satz 2 nicht bedarfsgerecht wäre oder andere Voraussetzungen der Vereinbarung nach Satz 2 nicht erfüllt werden.“

Der Satz 4 ist wie folgt anzupassen:

„Die Überweisung hat durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu erfolgen.“

Nr. 7b § 136 Abs. 1 Satz 3 (neu) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass die Kompetenz des G-BA zur Festlegung von Durchführungsbestimmungen neben Regelungen zur Organisation und zu erforderlichen Strukturen für die Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auch Regelungen zur Finanzierung bestimmter Strukturen (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften) umfasst.

Der G-BA soll ausdrücklich ermächtigt werden, die Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge regeln zu können. Die Einschränkung zur Finanzierung von „notwendigen“ Strukturen soll die Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit für diese Bestimmungen hervorheben.

B Stellungnahme

Regelungen zur Finanzierung der notwendigen Strukturen einer Bundesstelle sollten durch den G-BA erfolgen. Regelungen hierzu sind auch ohne eine Ergänzung möglich und bedürfen keiner Klarstellung.

Die Ausgestaltung der Finanzierung der auf Landesebene notwendigen Strukturen für die Durchführung der gesetzlichen Qualitätssicherung sollte den Vertragspartnern auf Landesebene vorbehalten sein. Dies entspricht den Annahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss. Eine Klarstellung in der Form erscheint nicht notwendig, sondern einschränkend. Der Satz 3 sollte daher nicht eingefügt werden.

Darüber hinaus müssen die Wahrung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllt sowie die Notwendigkeit der Strukturen begründet sein. Institutionen, auf deren Festsetzung der Strukturen und die daraus folgenden Finanzbedarfe der G-BA und die Krankenkassen keine Mitwirkungsmöglichkeit haben, müssen von dieser Finanzierung ausgeschlossen sein.

C Änderungsvorschlag

Kein Einfügen des Satz 3 neu.

Hilfsweise:

§136 Absatz 1 neuer Satz 3 wird wie folgt geändert und ein neuer Satz 4 eingefügt:
 „Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung regeln. Die Regelungen zur Finanzierung nach Satz 3 können nur für vom G-BA selbst gebildete bzw. getragene Struk-

turen oder für Strukturen, an denen Krankenkassen als Träger maßgeblich beteiligt sind, Anwendung finden. Zur Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit hat der G-BA die Notwendigkeit der Strukturen zur Umsetzung der Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu begründen.“

Nr. 9 §136c Abs. 2 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass Auswertungsergebnisse aus der gesetzlichen Qualitätssicherung bzgl. planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für die Planungsbehörden nicht auf die rein stationären Qualitätssicherungsverfahren beschränkt sind, sondern auch Ergebnisse der Krankenhäuser aus Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beinhalten können. Die Informationen werden auch den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen übermittelt werden, um die Vorgaben der §§109 und 110 SGB V umsetzen zu können.

B Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 § 137 Abs. 2 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Der geänderte Satz 1 in Absatz 2 soll klarstellen, dass die 100-prozentige Dokumentationspflicht der Krankenhäuser nicht nur für sektorspezifische Verfahren sondern für alle einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Anwendung findet.

B Stellungnahme

Die Klarstellung ist zu begrüßen.

Bedauerlicherweise hat man hier nicht eine Dokumentationsverpflichtung für andere Sektoren in der sektorübergreifenden Qualitätssicherung aufgenommen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 § 271 Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Einnahmen des Gesundheitsfonds um 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2017 einmalig erhöht. Die Mittel zur Erhöhung der Einnahmen des Gesundheitsfonds werden der Liquiditätsreserve entnommen. Die Erhöhung der Einnahmen des Gesundheitsfonds wird mit den einmalig anfallenden Kosten für die Versorgung von Versicherten, die aus dem Kreis der Asylbewerber nach Erhalt des Aufenthaltstitels in die GKV wechseln und Investitionen in den Aufbau der Telematikinfrastruktur begründet.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband begrüßt, dass die GKV-Beitragszahler um 1,5 Mrd. Euro entlastet werden sollen. Bei den vorgesehenen Mitteln handelt es sich um Gelder der GKV-Beitragszahler. Die Liquiditätsreserve wurde durch Beitragsmittel aufgebaut. Der AOK-Bundesverband lehnt es ab, dass je nach haushaltspolitischer Lage und Entwicklungsprognose der Zusatzbeiträge die Liquiditätsreserve abgesenkt wird, ohne dass klare Regelungen zur Entnahme bestehen.

Zudem ist die Regelung mit Blick auf den genannten Verwendungszweck der Gelder nicht nachvollziehbar. Die erwarteten einmaligen Finanzierungsbedarfe für den jeweiligen Sachzusammenhang - Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern einerseits und Investitionen in die Telematikinfrastruktur andererseits - werden nicht quantifiziert. Die Höhe der vorgesehenen Mittel für die beiden Verwendungsbereiche ist daher nicht nachvollziehbar.

Darüber hinaus liegt bei der Finanzierung von Asylberechtigten (d.h. Personen mit Aufenthaltstitel) das Problem an anderer Stelle: Erwerbsfähige asylberechtigte Personen nehmen entweder eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf oder kommen in den Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II). Belastungen entstehen für die GKV nur im zweiten Fall, da die vom Bund gezahlte Pauschale für ALG II-Empfänger – unabhängig ob dies Asylberechtigte sind oder z.B. deutsche Staatsbürger mit ALG II-Bezug – nicht auskömmlich ausgestaltet ist. Die resultierende Unterfinanzierung in der GKV ist mithin kein durch Asylberechtigte entstehendes Problem, vielmehr besteht schon seit Jahren Anpassungsbedarf bei der Höhe der ALG II-Pauschale. Daran ändert auch die zum 01.01.2017 erfolgende geringfügige Anpassung nichts. Hier muss der Bund seiner Verantwortung nachkommen, die Beiträge für ALG-II-Bezieher entsprechend anzupassen.

Wenn der Bund allerdings der GKV für die Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten einmalig finanzielle Mittel zur Verfügung stellen will, ist nicht nachvollziehbar, warum dies durch Beitragsgelder geschehen soll. Aus Sicht der GKV-Beitragszahler und des GKV-Systems ist es nicht verantwortbar, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die zweifelsfrei in Bezug auf die Integration der Asylbewerber nach dem Erlangen ihrer Aufenthaltstitel in den Arbeitsmarkt und das Sozialversicherungssystem bestehen, aus Beitragsmitteln der Liquiditätsreserve erfolgt. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind zwingend aus Steuermitteln, konkret durch eine einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses im Jahr 2017, aufzubringen. Hinzu kommt ein zweiter Aspekt: Die Notwendigkeit der Bereitstellung finanzieller Mittel für die gesundheitliche Versorgung der Asylbewerber wird sich nicht auf das Jahr 2017 begrenzen.

Der Gesetzgeber sollte daher auch für die Folgejahre entsprechende Finanzmittel bereitstellen.

Nr. 14 § 293 Abs. 6 (neu) Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Absatz 6 eröffnet die Möglichkeit, dass für die Erstellung des bundesweiten Verzeichnisses das Institut für Entgeltsysteme im Krankenaus beauftragt werden kann. Hierbei sind die Krankenhäuser verpflichtet, die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten auf Anforderung an die das Verzeichnis führende Stelle zu übermitteln.

Des Weiteren soll das Verzeichnis zu vereinbarenden Abständen zeitnah aktualisiert und im Internet veröffentlicht werden. Die Krankenhäuser verwenden die Kennzeichnung verpflichtend zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des KHEntgG sowie für die Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Gemäß § 301 Absatz 1 Nummer 2 -neu- müssen die Krankenhäuser erst nach vier Jahren nach Verkündung das Kennzeichen für die Abrechnung der stationären Leistungen verbindlich angeben.

B Stellungnahme

Die geforderte Transparenz bei der Veröffentlichung der Standortdaten der Krankenhäuser ist zu begrüßen.

In der Ausgestaltung ist vor allem darauf zu achten, dass eine konsistente Verwendung, bzw. standardisierte Begriffe bei der Anwendung des Standortverzeichnisses verwendet werden. Die bisher gelebte Praxis über verschiedene Bezeichnungen, wie bspw. Betriebsstätte, -stelle oder Satellit sollte einem einheitlichen Kriterienkatalog folgen. Die Unterscheidung der Krankenhäuser anhand der bestehenden Institutionskennzeichen ist nicht sachgerecht, da diese zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs vergeben werden, nicht aber zur Abbildung der Krankenhäuser und ihrer Betriebsstätten. Die Aktualisierung des Verzeichnisses muss vierteljährlich erfolgen.

Die zeitlichen Rahmenbedingungen werden im Kommentar für § 21 KHEntgG kommentiert und kritisiert.

In der aktualisierten Begründung des Gesetzgebers wurde darauf hingewiesen, dass das Bundeskartellamt die Daten zu Krankenhausstandorten insbesondere zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, um die Wettbewerbssituation bewerten zu können, benötigt. Es erhält die Daten des Verzeichnisses im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern, um diese mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand in sein eigenes Verzeichnis von Krankenhausstandorten einpflegen zu können. Vor diesem Hintergrund sollten auch die Länder an die zu ver-

einbarende Standortdefinition gebunden sein. Eine Kommentierung und Kritik für die verpflichtende Nutzung findet sich bei der Kommentierung für § 2a (neu) KHG.

C Änderungsvorschlag

- In § 293 Abs. 6 Satz 1 SGB V wird gestrichen „; ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.“ Und stattdessen werden die Worte eingefügt: „ein bundesweites Schlüsselverzeichnis zur Abbildung der Standorte der Betriebsstätten und der jeweiligen Ambulanz der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser“.
- In § 293 Abs. 6 Satz 4 SGB V wird „Verzeichnis“ ersetzt durch „Schlüsselverzeichnis“
- In § 293 Abs. 6 Satz 5 SGB V wird das Wort „zeitnah“ durch die Worte „vierteljährlich“ ersetzt.
- In § 293 Abs. 6 Satz 8 Punkt 3 SGB V wird gestrichen: „die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung“
- In § 293 Abs. 6 Satz 8 Punkt 3 SGB V wird eingefügt: „die vierteljährliche Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung“

Nr. 15 § 295 Abs. 1b Satz 4 (neu) Abrechnung ärztlicher Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA-Doku-Vereinbarung) soll um Angaben zur Art und Umfang der Leistung sowie der eingesetzten personellen Kapazitäten ergänzt werden.

B Stellungnahme

Bei den Regelungen im § 295 Abs. 1b SGB V handelt es sich um Folgeregelungen aus der Ergänzung des § 101 Absatz 1 Satz 10 SGB V. Die Regelung zur Verbesserung der Dokumentation von PIA-Leistungen wird begrüßt. Es ist jedoch darauf zu achten, dass in einzelnen KV-Bereichen bereits umfangreichere Möglichkeiten der Dokumentation von PIA-Leistungen gegeben sind; bereits bestehende detailliertere PIA-Dokumentationen sind daher beizubehalten.

Gleichlautende Dokumentationsverpflichtungen sind ebenfalls für den Bereich der Psychosomatischen Institutsambulanzen festzulegen. Damit kann von Beginn an, auch hier eine Leistungstransparenz hergestellt werden.

Demnach sollte der Gesetzentwurf die weitere Gültigkeit der bestehenden Vereinbarungen vorsehen.

C Änderungsvorschlag

In § 295 Absatz 1b Satz 4 wird angefügt „regionale Vereinbarungen gelten weiter, sofern sie gemäß § 295 Absatz 1b Satz 4 SGB i.d.F. 22.11.2011 abgeschlossen wurden.“ Dort sind auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen hinsichtlich ihrer Dokumentationsverpflichtungen zu berücksichtigen.

Nr. 16 § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Datenübermittlung der zugelassenen Krankenhäuser oder deren Krankenhaus-träger sollen die gemäß § 293 Abs. 6 SGB V neuen Kennzeichen den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung ergänzt werden.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist zu begrüßen.

Die Frist ist deutlich zu verkürzen. Bzgl. der vorgesehenen vierjährigen Frist siehe auch Stellungnahme zu Artikel 4 Nummer 3b zu § 21 KHEntgG.

C Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem [Einsetzen (erster Tag des ersten Jahres nach der Verkündung)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“.

Artikel 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Dieses Gesetz tritt am 01. Januar 2017 in Kraft; andere Inkrafttretenszeiten einzelner Regelungen sind nicht vorgesehen.

B Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Art. 5 Nr. 1 zu § 39 Abs. 1 SGB V sowie Kommentierung zu Art. 5 Nr. 4 zu § 115d SGB V: Inkrafttreten ab 01.01.2019

C Änderungsbedarf

Inkrafttreten des Art. 5 Nr. 1 sowie des Art. 5 Nr. 4 ab 01.01.2019

III Sonstiger Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 6 Absatz 1 KHG – Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

Änderungsbedarf

Im Gesetzestext des § 2a Absatz 1 (neu) KHG wird darauf verwiesen, dass die Definition der Krankenhausstandorte und deren Ambulanzen für die Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein soll. Eine Erweiterung und Anpassung der Rechtsgrundlage des § 6 Abs. 1 des KHG in Bezug auf die Verwendung der einheitlichen Definition von Krankenhausstandorten, ist daher geboten, aber nicht vorgesehen.

Der Gesetzgeber weist in der Begründung des § 2 a (neu) KHG-Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten darauf hin, dass die Länder an die zu vereinbarende Standortdefinition nicht gebunden sind und somit auch keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder zu erwarten sind. Das Recht der Länder, im Rahmen der Krankenhausplanung die Standorte von Krankenhäusern nach selbst gewählten planerischen Abgrenzungskriterien selbst festzulegen, bleibt unberührt.

Dieser Auslegung kann nicht zugestimmt werden. Die Krankenhausplanung ist weiterhin Aufgabe der Länder, jedoch sollte es keine Pluralität bei der Definition und Verwendung des Begriffes Standort oder Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen geben. Die Nutzung einer einheitlichen Standortdefinition muss somit auch bei der Krankenhausplanung eine Berücksichtigung finden. Gemäß § 6 Absatz 2 KHG sollen sich Länder bei der Krankenhausplanung abstimmen, wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder eine wesentliche Bedeutung hat. Eine Abstimmung kann nur erfolgen, wenn durch die Nutzung einheitlicher Begriffe alle Unklarheiten auf der Orts-, Landes- und Bundesebene beseitigt sind.

Änderungsvorschlag

In § 6 Absatz 1 KHG wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt. „Die Länder verwenden die bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten, die nach § 2a Absatz 1 KHG festgelegt sind, für die Krankenhausplanung.“

§ 293 Absatz 4 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Änderungsbedarf

Eine Erweiterung und Anpassung der Rechtsgrundlage des § 293 Abs. 4 SGB V in Bezug auf die Qualität der Einträge in den bundesweiten Verzeichnisse der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, ist geboten, aber nicht vorgesehen.

Änderungsvorschlag

- In § 293 Abs. 4 Satz 1 wird ein Punkt 7a aufgeführt: „7a Name des Medizinischen Versorgungszentrums“
- In § 293 Abs. 4 Satz 6 werden am Ende folgende Worte gestrichen: „; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.“
- In § 293 Abs. 4 wird ein neuer Satz 8 eingefügt: „Das Nähere über Form und Inhalt des Verzeichnisses sowie der Datenübermittlung wird von den Vertragspartnern nach § 87 Abs. 1 gemeinsam vereinbart.“

IV. Änderungsanträge 18/(14)0196.1 bis 18/(14) 0196.3

Änderungsantrag 1 Artikel 5 Nr 13a - Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 269 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, die Sonderregelungen für Krankengeld- und Auslandsversicherte bei den Gesundheitsfondszuweisungen bereits ab dem Ausgleichsjahr 2013 anzuwenden.

B Stellungnahme

Mit dem GKV-FQWG wurde mit Inkrafttreten zum 1.8.2014 geregelt, dass die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte an den jeweiligen IST-Ausgaben in diesen Leistungsbereichen bemessen werden sollen. Da diese IST-Kostenausgleiche dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen und Fehlanreize in Bezug auf die Leistungsausweitung setzen, hat der Gesetzgeber diese Sonderregelungen zeitlich befristet: Sie sollen nur solange zur Anwendung kommen, bis zielgenauere Verfahren zur Zuweisungsberechnung auf der Grundlage von gutachterlichen Empfehlungen vorliegen. Mit der beabsichtigten Änderung soll nun erreicht werden, dass die IST-Kostenausgleiche bereits rückwirkend ab dem Ausgleichsjahr 2013 umgesetzt werden können.

Diese rückwirkende Umsetzung ist abzulehnen. Denn die Regelungen für die Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind gem. § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV jeweils im Voraus für ein Ausgleichsjahr festzulegen. D.h. mit dem Inkrafttreten zum 1.8.2014 wurde die Anwendung der Sonderregelung im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV erstmals für das Ausgleichsjahr 2015 möglich. So hat auch das LSG NRW in seinem Urteil vom 29.10.2015 festgestellt, dass die Anwendung der Sonderregelungen für 2013 rechtswidrig ist. Die nun vom Gesetzgeber beabsichtigte Änderung der rechtlichen Vorgaben zur Umsetzung der Sonderregelung ab 2013 widerspricht nicht nur der Auffassung des LSG NRW. Sie kann auch nicht dadurch geheilt werden, dass der Gesetzgeber die rechtliche Änderung als einer „Klarstellung“ der ursprünglichen Gesetzesinitiative im Rahmen des GKV-FQWG bezeichnet und im Übrigen die Auffassung vertritt, die hier beabsichtigte rückwirkende Änderung des Zuweisungsverfahrens verstoße nicht gegen das verfassungsgemäße Rückwirkungsverbot. Vielmehr gilt auch für die Gesetzlichen Krankenkassen, dass das Rückwirkungsverbot zu berücksichtigen ist. Denn die Unzulässigkeit einer echten Rückwirkung kann nicht eingeschränkt werden – auch nicht gegenüber Hoheitsträgern. Dass sich Krankenkassen auf diesen Rechtsgrundsatz berufen können ist allein deshalb erforderlich, da es für ihr Wirtschaften ein hohes Maß an Verlässlichkeit bedarf und insbesondere hinsichtlich der Finanzierungsgrundlagen ein Vertrauensschutz erforderlich ist.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.

Änderungsantrag 2 Artikel 6a Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung § 31 Abs. 4 RSAV - Anpassung des Klassifikationsmodells für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 an die Änderungen des GKV-FQWG

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag ermächtigt das BVA, die Festlegungen zum Morbi-RSA nach § 31 Abs. 4 RSAV rückwirkend für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 anzupassen, soweit dies für die Umsetzung der gesetzlichen Änderungen des GKV-FQWG erforderlich ist.

B Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung die sich aus dem Änderungsantrag zu § 269 SGB V Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte ergibt. Sie ermöglicht dem Gesetzgeber, rückwirkende Änderungen an den Morbi-RSA Ausgleichsjahren 2013 und 2014 vorzunehmen. Das heißt, dass die für das Ausgleichsjahr 2013 bereits am 30.09.2012 und für das Ausgleichsjahr 2014 bereits am 30.09.2013 getroffene Festlegung der Morbi-RSA-Berechnungsregelungen, welche die Grundlage der Haushaltsplanung aller Krankenkassen bildet, rückwirkend abgeändert werden können – und zwar ohne jegliche Begrenzung mit Blick auf die finanziellen Auswirkungen. Dazu soll das BVA verpflichtet werden, die Festlegung zum Morbi-RSA für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 entsprechend der gesetzlichen Änderungen des GKV-FQWG rückwirkend anzupassen. Diese Folgeänderung widerspricht ebenfalls dem verfassungsgemäßen Rückwirkungsverbot und verletzt den Vertrauensschutz, den Krankenkassen in Bezug auf die Regelungen zur Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds haben. Zu begrüßen ist, dass die rückwirkenden Anpassungen der Morbi-RSA-Berechnungsregelungen auf die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 beschränkt sind und nur insoweit zulässig sind, als diese für die Umsetzung der GKV-FQWG Regelungen erforderlich sind.

Auf unsere Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 1 zu § 269 SGB V wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.

Änderungsantrag 3 Inkrafttreten der Artikel 5 Nr. 13a (Änderung § 269 SGB V) und Artikel 6a (Änderung § 31 RSAV)

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, dass die mit Änderungsantrag Nummer 1 (§ 269 SGB V) und 2 (§ 31 Abs. 4 RSAV) angestrebten gesetzlichen Änderungen rückwirkend zum 01.08.2014 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung zu den Änderungsanträgen Nummer 1 und Nummer 2 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Der Gesetzgeber begründet das rückwirkende Inkrafttreten damit, dass es sich um eine Klarstellung zur Anwendung der mit dem GKV-FQWG ebenfalls zum 01.08.2014 in Kraft getretenen Sonderregelungen für Krankengeld- und Auslandsversichertenzuweisungen handele.

Die Änderung ist abzulehnen. Es handelt sich um eine echte Rückwirkung, die gegen das verfassungsgemäße Rückwirkungsverbot verstößt. Die Unzulässigkeit einer echten Rückwirkung kann – anders als vom Gesetzgeber vermutet - nicht eingeschränkt werden – auch nicht gegenüber Hoheitsträgern wie Krankenkassen.

Auf unsere Stellungnahme zu den Änderungsanträgen Nummer 1 und 2 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.