

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(18.1)
gel. VB zur öAnhör. am 26.09.
2016_PsychVVG
21.09.2016



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung
für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)
BT-Drucksache 18/9528**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	5
I. Stellungnahme zum Gesetz	9
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	9
§ 2a (neu) Definition von Krankenhausstandorten.....	9
§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung.....	11
§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	12
§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	13
§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	14
§ 28 Auskunftspflicht und Statistik	17
Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	18
Inhaltsübersicht (aufgehoben)	18
§ 1 Anwendungsbereich	19
§ 2 Krankenhausleistungen	20
§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags	21
§ 4 (neu) Leistungsbezogener Vergleich	25
§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte	27
§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen	29
§ 8 Berechnung der Entgelte.....	30
§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	31
§ 10 Vereinbarung auf Landesebene.....	34
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	35
§ 14 Genehmigung.....	36
§ 15 Laufzeit	37
§ 18 Übergangsvorschriften	38
Anlage Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych).....	40
Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	41
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	41
§ 14 Genehmigung.....	42
Artikel 4 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	43
§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	43
§ 10 Vereinbarung auf Landesebene.....	44
§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten	45
Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	46
§ 37a Soziotherapie.....	46
§ 39 Krankenhausbehandlung	47

§ 101 Überversorgung.....	49
§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	50
§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu).....	51
§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen	54
§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	56
§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	57
§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung.....	60
§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	61
§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	62
§ 137h Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse.....	63
§ 271 Abs. 2 Satz 4 Gesundheitsfonds	64
§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	67
§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen	68
§ 301 Krankenhäuser	69
Artikel 6 Änderung des Psych-Entgeltgesetzes	71
Artikel 7 Inkrafttreten	72
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	73
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	73
Prüfung von Strukturqualität ergänzen.....	73
§ 17c Abs. 1 Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	73
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	74
Behandlungsverläufe in den Daten zur Weiterentwicklung berücksichtigen	74
§ 21 Abs. 3 Übermittlung und Nutzung von Daten.....	74
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	75
Transparente Qualitätsberichterstattung auch für Vertragsärzte	75
§ 136e Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.....	75
Ergänzung der Regelungen zur Durchsetzung und Kontrolle von Qualitätsanforderungen ..	77
§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	77
Gegenstände von Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen	79
§ 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst.....	79
Übermittlung des Standortkennzeichens in Abrechnungsdaten für ambulante Leistungen ..	80

§ 295 Abs. 1 b Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	80
Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels.....	81
§ 301 Abs. 2 Krankenhäuser.....	81

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung in diesen Bereich zu bringen, nicht zu erreichen. Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PEPP) wird letztendlich zum Abschlagssystem degradiert. An die Stelle eines leistungsorientierten pauschalierenden Entgeltsystems tritt als relevantes Finanzierungsinstrument die Budgetfestsetzung. Diese bleibt in den Detailregelungen jedoch zu vage, sodass die vorgegebenen Ziele nicht erreicht werden können. Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und damit über die Patientenversorgung wird es nicht geben. Auch in Zukunft wird nicht transparent, welche Therapien mit welchem Erfolg eingesetzt werden. Epidemiologisch und versorgungspolitisch hochproblematisch, denkt man bspw. an den teilweise riskanten Einsatz der Psychopharmaka.

Die wichtigsten Kritikpunkte des GKV-Spitzenverbandes zum vorliegenden Gesetzentwurf sind:

1. Weitere Verlängerung der Optionsphase unverständlich

Nach vier Jahren ist die weitere Verlängerung der Optionsphase um ein weiteres Jahr fatal. Erst der vollständige Umstieg aller Krankenhäuser auf das neue Vergütungssystem wird die notwendigen Informationen liefern, um ein rationales Vergütungssystem zu konzipieren. Vor dem Hintergrund, dass bereits heute über 60 Prozent der psychiatrischen Fälle über PEPP abgerechnet werden, ist die erneute Verzögerung nicht nachvollziehbar.

2. Unklare Budgetermittlung statt Leistungsgerechtigkeit

Mit Ablauf der budgetneutralen Phase wird es ab dem Jahr 2020 einen neuen Budgetfindungsmechanismus geben. Bei der neuartigen Budgetermittlung hat der Krankenhausvergleich lediglich Hinweischarakter. Ähnliche Versuche, mit einem vagen Krankenhausvergleich steuernd einzugreifen, scheiterten schon in der Vergangenheit. Würde man am Ziel einer leistungsgerechten Versorgung festhalten wollen, müsste ein zeitlich zu befristender Anpassungsprozess definiert werden mit klaren gesetzlichen Vorgaben, nach welchem Algorithmus dieser von den Verhandlungspartnern vor Ort umzusetzen ist. Da dies nicht geschieht, liegt auf Seiten der Krankenkassen ein erhebliches Finanzierungsrisiko. Die Fortschreibung historisch überkommener Budgets anstelle von Leistungsge-

rechtigkeit steht damit fest. Es fehlt an der hierfür notwendigen konsequenten Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

3. Fehlender Nachweis für den Personaleinsatz

Es muss umgehend ein zweckentsprechender Einsatz der Personalmittel sichergestellt werden. Der Nachweis muss ab Inkrafttreten des Gesetzes gegenüber den Kostenträgern erfolgen und nicht wie vorgesehen gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), auch hier ist nachzuarbeiten. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Eine zweifelsfreie und transparente Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und zukünftiger personalbezogener Strukturqualitätsvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) muss der Regelfall für alle psychiatrischen Krankenhäuser sein.

4. Qualitätsvorgaben nicht aufweichen

Die Vorgaben des G-BA sollen als verbindliche Mindestvorgaben verstanden werden. Die Aufweichung via Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) unterläuft die Verbindlichkeit der G-BA-Vorgaben. Wenn Strukturvorgaben des G-BA von einem Krankenhaus nicht erfüllt werden, darf es die Leistungen – ggf. in den geplanten Mengen – aus Patientenschutzgründen nicht erbringen und die Krankenkassen dürfen sie nicht vergüten. Bei diesem klaren Grundsatz muss es bleiben! Hiervon kann und darf auch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nicht abweichen.

5. Leistungsgeschehen weiterhin schlecht abgebildet

Das PsychVVG zielt auf den sukzessiven Abbau des Prozedurenkatalogs (OPS), um unter dem Deckmantel der Reduzierung eines Dokumentationsaufwandes das PEPP-System noch stärker zu pauschalieren als ohnehin schon. Es scheint fast so, als wolle man auf diesem Wege eines Tages wieder bei den undifferenzierten tagesgleichen Pflegegesetzen landen. Es ist hochproblematisch, dass kein gesetzlicher Impuls hin zu einer medizinisch gehaltvolleren Ausgestaltung des OPS gesetzt wird. Nur auf diesem Wege ist die Leistungstransparenz zu erreichen, die für einen substantiierten Krankenhausvergleich und die Qualitätssicherung vonnöten ist.

6. Repräsentative Kalkulationsstichprobe nicht aufgeben

Die Kalkulation des Entgeltkatalogs erfolgt zwar weiterhin auf der Grundlage empirischer Kosten- und Leistungsdaten. Es muss jedoch auch bei einer repräsentativen und hinrei-

chend großen Kalkulationsstichprobe bleiben. Eingriffe in den auf Repräsentativität beruhenden Kalkulationsmechanismus durch die 100 Prozent-Psych-PV-Umsetzungsklausel gefährdet den gesamten Kalkulationsprozess und die Aussagefähigkeit des Krankenhausvergleichs.

7. Bei stationsäquivalenter Versorgung komplementären Bettenabbau sichern

Den rund zwei Dutzend Regelungen zur ambulanten Leistungserbringung durch die Krankenhäuser soll nun ein neues Konstrukt hinzugefügt werden: eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als Substitut einer vollstationären Behandlung. Diese neue Versorgungsform für eine kleine Patientengruppe ähnelt der aufsuchenden Behandlung, durch die sich Abgrenzungsprobleme zur Versorgung von den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ergeben werden. Wie eine stationsäquivalente Versorgung mit den vorhandenen Klinikressourcen sichergestellt und von den PIA-Leistungen abgegrenzt werden soll, bleibt unklar. Dies insbesondere unter dem Blickwinkel, dass auch eine PIA mit der stationsäquivalenten Versorgung beauftragt werden kann. Wenn es sich wirklich um eine stationsäquivalente Versorgung handelt, muss der komplementäre Bettenabbau klarer geregelt werden.

8. Bundeseinheitliche Vergütungssystematik für die PIA fehlt

Die Vergütungssystematik der PIAs bedarf dringend einer bundesweit gültigen Differenzierung. Das im Gesetzentwurf vorgesehene bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis kann dafür nur ein erster Schritt hin zu einer verbesserten Leistungstransparenz sein. Wichtiger ist der Übergang zu einer differenzierten bundesweiten Vergütungssystematik.

9. Finanzielle Auswirkungen unvollständig ausgewiesen

Der Gesetzentwurf geht von einer finanziellen Belastung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 in Höhe von 36 Mio. Euro und ab 2018 in Höhe von 60 Mio. Euro aus. Die voraussichtlichen Mehrausgaben entstehen durch eine dauerhafte Erhöhung des Mindererlösausgleichs für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen von 20 auf 50 Prozent. Diese Erhöhung ist aus Sicht der Krankenkassen zu streichen, da sie zu einer Finanzierung nicht erbrachter Leistungen führt und mit einem Anreiz zur Fehlschätzung für die Krankenhäuser verbunden ist. Neben den angegebenen Mehrausgaben ist mit zusätzlichen Mehrausgaben durch den Wegfall des schematischen und auf Landesebene überwiegend ausgabenneutralen Konvergenzmechanismus zu rechnen. Ohne klare gesetzliche Vorgabe, dass die neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen im häuslichen Umfeld zulasten des bisherigen Kran-

kenhausbudgets zu vereinbaren sind, ist auch hier mit ungerechtfertigten Mehrausgaben zu rechnen.

Über den engeren Bereich der psychiatrischen Versorgung gehen die Regelungen zum Krankenhausstandort hinaus. Der GKV-Spitzenverband begrüßt außerordentlich, dass nunmehr eine Grundlage geschaffen wird, um die Standortidentifikation für die Qualitätssicherung, Abrechnung, Planung und Statistik übergreifend zu regeln.

Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve

Der Gesetzentwurf sieht darüber hinaus vor, den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 einmalig 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zuzuführen. Mit den zusätzlichen Mitteln sollen Mehrbelastungen der Krankenkassen für die gesundheitliche Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten sowie Investitionen in den Aufbau einer modernen und innovativen Versorgung, insbesondere in den Aufbau der Telematikinfrastruktur, finanziert werden.

Die Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler im Jahr 2017 in der Größenordnung von 1,5 Mrd. Euro wird begrüßt; es muss aber im Blick gehalten werden, dass es sich nicht um „ein Geschenk der Regierung bzw. des Gesetzgebers“, sondern um Mittel der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler handelt. Die bereits vielfach genutzte Option des Gesetzgebers, die Reserven des Gesundheitsfonds mit diskretionären Eingriffen als politische Manövriermasse einzusetzen, ist kritisch. Es braucht klare gesetzliche Regeln zum Abschmelzen der liquiden Mittel, welche die Mindestreserve des Fonds überschreiten.

I. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1

§ 2a (neu) Definition von Krankenhausstandorten

A) Beabsichtigte Neuregelung

GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) werden bis zum 30.06.2017 verpflichtet, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), Kriterien zur Bestimmung des Krankenhausstandortes und der Ambulanzen zu entwickeln. Die daraus resultierenden Definitionen sind für die gesetzlichen und privaten Kostenträger ebenso wie für die Leistungserbringer und ihre Organisationen verbindlich und bilden die Grundlage für ein neu zu errichtendes bundesweites Verzeichnis.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Erweiterung der Begriffsbestimmungen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) um den „Krankenhausstandort“ und die „Ambulanzen“ ausdrücklich. Diese übergreifende Lösung vermeidet separate Bypass- und Parallelstrukturen für die Standortidentifikation im Kontext der Qualitätssicherung, Abrechnung, Planung und Statistik, die zu widersprüchlichen Regelungskreisen, Intransparenz und hohen Aufwänden führen können.

Die Fristsetzung (sechs Monate) sowie der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus (Schiedsstelle) stellen sicher, dass eine zeitnahe Umsetzung erfolgt.

Strukturanforderungen in den Bereichen Sicherstellung und Notfall stellen jedoch absehbar u. a. auch auf die Vorhaltung von Fachabteilungen ab. So z. B. § 136c Abs. 4 SGB V (Art und Anzahl der Fachabteilungen) je Stufe im Notfallstufenkonzept. Auch im Rahmen der Qualitätssicherung wird die Fachabteilung wesentliche Bezugsgröße, bspw. bei der Entwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (§ 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung, Abs. 1 und 2). Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, auch die Kriterien für die Einheit „Fachabteilung“ übergreifend festzulegen.

C) Änderungsvorschlag

In den Sätzen 1 und 2 werden nach den Wörtern „Standorte eines Krankenhauses“ die Wörter
„, dessen Fachabteilungen und Ambulanzen“ eingefügt.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2

§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen einer redaktionellen Klarstellung wird die bisher im gesetzlichen Kontext verwen-
dete Bezeichnung „DRG-Institut“ durch die allgemein gebräuchliche Bezeichnung „Institut für
das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 12 von 81

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 3

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 13 von 81

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 4

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 5

§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) In Abs. 1 werden die gesetzlichen Vorgaben für das Vergütungssystem angepasst. Dabei wird explizit die geänderte Ausgestaltung als Budgetsystem formuliert und vorgegeben, den Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß zu begrenzen.

Zudem wird für die Kalkulation des Psych-Entgeltsystems vorgegeben, dass Voraussetzung für die Kalkulationsteilnahme die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des G-BA ist. Soweit die Kalkulationseinrichtungen diese Anforderungen noch nicht erfüllen können, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Übergangsfrist festzulegen. Bis zur Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben des G-BA ab dem 01.01.2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen erfolgen.

- (b) In Abs. 2 wird die neue stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld aufgenommen.

Zudem werden in Abs. 2 die Vereinbarungsoption zu besonderen Einrichtungen sowie die vertiefte und gesonderte Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen gestrichen.

- (c) Redaktionelle Folgeänderung in Abs. 3.

- (d) Abs. 4 legt fest, dass die Anwendung des neuen Entgeltsystems unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab dem Jahr 2018 verbindlich ist. Im Jahr 2020 wird das Entgeltsystem erstmals ökonomisch wirksam.

- (e) Redaktionelle Folgeänderungen in Abs. 6.

- (f) In Abs. 8 wird die Frist angepasst (neu: 2017), bis zu der erste Ergebnisse der Begleitforschung zu veröffentlichen sind.

B) Stellungnahme

- (a) Die Kalkulation des Psych-Entgeltsystems erfolgt auf der Grundlage empirischer Kosten-

und Leistungsdaten. Die differenzierte Betrachtung und Abwägung zwischen Qualitätsanforderungen, der freiwilligen Kalkulationsteilnahme, einer verbesserten Repräsentativität und der Sicherstellung einer hinreichenden Kalkulationsgrundlage wird unterstützt. Für eine Weiterentwicklung und sachgerechte Anwendung des Leistungs- und Vergütungskatalogs bedarf es jedoch unbedingt einer hinreichenden Kalkulationsgrundlage. Die bereits ab dem Kalkulationsjahr 2017 vorgesehene Weiterentwicklung der Kalkulationsbasis unter repräsentativen Gesichtspunkten und die Nachweispflichten zur Umsetzung der Psych-PV sind geeignet, die Abbildung einer guten Versorgungsqualität in der Katalogentwicklung sicherzustellen.

Der Gesetzentwurf enthält jedoch folgenden gravierenden rechtlichen und logischen Fehler: An zahlreichen Stellen wird betont, dass die G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung verbindliche Mindestvorgaben sind (neue Gesetzesgrundlage ist § 136a SGB V). Diese sind rechtlich bindend: Krankenhäuser, die die Vorgaben nicht erfüllen, dürfen die Leistung nicht oder nicht im ursprünglich vereinbarten Umfang erbringen; die Krankenkassen dürfen solche Leistungen nicht vergüten. Dieser im Gesetzentwurf angelegte Grundsatz würde von der in Abs. 1 Satz 8 vorgesehenen Übergangsfrist, die von den Selbstverwaltungspartnern festgelegt werden soll, unterlaufen. Das darf es sowohl aus Patientenschutzgründen als auch aus rechtlichen Gründen nicht geben. Wenn die Notwendigkeit von Übergangsregeln besteht, so gestaltet schon heute der G-BA diese aus; einzig bei ihm darf und kann die rechtliche Kompetenz liegen. Logische Schlussfolgerung ist, dass per Definition zur Geltungszeit der G-BA-Personalvorgaben diese von allen Krankenhäusern und damit auch von den Kalkulationshäusern erfüllt werden müssen.

In Abs. 1 Satz 4 wird der Dokumentationsaufwand thematisiert, der mit dem pauschalierenden Entgeltsystem verbunden ist. Hier und auch an anderen Stellen des Gesetzentwurfs wird verankert, dass der dem PEPP-System zugrunde liegende OPS-Katalog zu reduzieren sei. Dies trifft nicht den Kern des Problems: Der OPS-Katalog ist nicht zu reduzieren, sondern medizinisch gehaltvoll auszugestalten. Das geht mit Streichungen heute noch gelisteter Codes einher, zugleich aber auch mit der Neuformulierung von Codes, die bspw. Therapiealternativen unterscheiden helfen und praxisrelevant auszuformulieren sind. Geschieht dies nicht, wird der Differenzierungsgrad der PEPP verwässert statt sinnvoll weiterentwickelt. Mit dem jetzigen Ansatz im Gesetzentwurf wird es keinen tragfähigen Leistungsvergleich und keine Transparenz geben können.

- (b) Die Ergänzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ist als Folgeänderung sachgerecht. Durch die dauerhafte Vereinbarung von krankenhausespezifischen Basisentgeltwerten sowie die Berücksichtigung leistungsbezogener struktureller Besonderheiten ist der Verzicht auf besondere Einrichtungen und gesonderte Prüfung sachgerecht.

- (c) Redaktionelle Änderung; vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.
- (d) Die Verlängerung der Optionsphase wird abgelehnt. Die Krankenkassen fordern die ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene verbindliche Anwendung des neuen Entgeltsystems für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab dem Vereinbarungsjahr 2017. Durch die vierjährige Vorbereitungszeit in der Optionsphase und die weiterhin vorgesehenen budgetneutralen Bedingungen kann eine Versorgungsgefährdung ausgeschlossen werden. Die Anwendung des Vergütungssystems in der Dokumentation und Abrechnung ist sachgerecht und eine notwendige Grundlage zur Entwicklung eines qualifizierten Krankenhausvergleichs.
- (e) Redaktionelle Änderung; vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.
- (f) Wie in der Begründung ausgeführt, erfolgte aufgrund eines Klageverfahrens gegen die Vergabeentscheidung zur Begleitforschung eine Neuausschreibung. Wegen der entstandenen Verzögerungen in der Beauftragung und Durchführung der Begleitforschung ist mit ersten Ergebnissen nicht mehr im Jahr 2016, sondern erst im Jahr 2017 zu rechnen. Die Fristanpassung ist daher sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Es ist ein prinzipieller Widerspruch, eine repräsentative Stichprobe zu verlangen und auf der anderen Seite nur jene Häuser einzubeziehen, die zu 100 Prozent Psych-PV aufweisen. Das Vorrangverhältnis zwischen beiden Forderungen ist nicht geklärt.

Abs. 1 Satz 4 ist folgendermaßen zu fassen:

„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung von Leistungsvergleich und Transparenz sein Differenzierungsgrad unter diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten sinnvoll ausgestaltet und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“

In Abs. 1 Satz 7 erster Teilsatz ist das Wort „sollen“ vor dem Semikolon zu streichen.

In Abs. 1 sind die Sätze 8 und 10 zu streichen.

Die Verlängerung der Optionsphase um ein weiteres Jahr ist zu streichen und die gesetzlichen Vorgaben sind entsprechend einer verpflichtenden Einführung im Jahr 2017 anzupassen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie- und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 17 von 81

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 6

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die die Vorschriften zur Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 sprachlich anpasst.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1

Inhaltsübersicht (aufgehoben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Inhaltsübersicht wird im Wege der Rechtsbereinigung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2

§ 1 Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 1 werden stationsäquivalente psychiatrische Leistungen ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ist als Folgeänderung sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 3

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 1 erfolgt eine semantische Neufassung, die sich aus der beabsichtigten Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld ergibt.

B) Stellungnahme

Die Neufassung ist als Folgeänderung der Einführung der stationsäquivalenten psychiatri-
schen Behandlung sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 4

§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) bis (c) Es erfolgen Anpassungen in den Vorgaben zur Einführung des neuen Vergütungssystems infolge der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen, der Verlängerung der Optionsphase sowie der im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) geschaffenen Möglichkeit, dass Krankenhäuser die für Empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erbrachten Leistungen nicht in den Gesamtbetrag einbeziehen.
- (d) Der neue Abs. 3 regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets ab dem Jahr 2020, also ab dem Jahr der ökonomischen Wirksamkeit des neuen Entgeltsystems. Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags wird der für das Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag bestimmt. Es werden die bei der Verhandlung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 zu berücksichtigenden Tatbestände aufgeführt. Der jeweils maßgebliche Veränderungswert bildet grundsätzlich die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags gegenüber dem Vorjahr. Soweit dies zur Vereinbarung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags erforderlich ist, sind ausgewählte Tatbestände festgelegt, die eine Überschreitung der Obergrenze ermöglichen. Eine deutliche Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte ist nur bei unabweisbaren Gründen vorgesehen. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist dann sachgerecht in das Erlösbudget für bundesweite Entgelte und die Erlössumme für krankenhausesindividuelle Entgelte aufzuteilen.
- Im neuen Abs. 4 wird aus rechtssystematischen Gründen die erforderliche Berichtigung des Gesamtbetrags im Fall der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen anstelle der bisherigen Regelung durch § 18 Abs. 3 aufgenommen.
- (e) und (f) Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen durch die neue Absatzzählung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen sowie um eine Anpassung der Art der Berücksichtigung von Überliegern bei der Ermittlung des Basisentgeltwertes.
- (g) Die Ergänzung im Abs. 6 gewährleistet, dass bei nicht durch das KHG geförderten Krankenhäusern Investitionskosten auch ab dem Jahr 2020 im Gesamtbetrag berücksichtigt werden können.
- (h) In Abs. 7 wird der Mindererlösausgleich ab dem Jahr 2017 auf 50 Prozent angehoben. Zudem sind die für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse relevanten Krankenhaus-erlöse durch ein Testat eines Wirtschaftsprüfers abzusichern.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung der Optionsphase wird abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 5).

Die im Abs. 3 ausgeführten Rahmenvorgaben zur Bestimmung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 sind durch die beabsichtigte Stärkung der Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort geprägt. Die Berücksichtigung der Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses und insbesondere der Bezug zum bundesweiten Katalog werden begrüßt. Die bisher vorgesehene schematische Konvergenz war geeignet, zumindest zum Ende der langen Konvergenzphase die Vereinbarung leistungsgerechter Budgets zu erreichen. Die Leistungsgerechtigkeit ist mit den vorgesehenen geänderten Rahmenbedingungen nicht mehr sichergestellt. Da die Zielstellung leistungsgerechter Budgets nunmehr vor Ort individuell über eine ggf. mehrjährige Anpassungsvereinbarung erreicht werden soll, ist es notwendig, diese Zielstellung auch explizit in den gesetzlichen Vorgaben zu fixieren. Die bisher formulierte „Kann“-Regelung im Sinne der Möglichkeit zum Abschluss einer Anpassungsvereinbarung ist nicht ausreichend. Das Ziel, die Ortsebene zu stärken, ist nur durch eine verbindliche Verpflichtung zum Abschluss einer solchen Vereinbarung erreichbar.

Die Berücksichtigung einer Obergrenze wird ausdrücklich begrüßt. Eine präzise und enge Fassung der Ausnahmetatbestände, die ein Überschreiten vorsehen, ist zwingend notwendig. Um einen wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern zu gewährleisten, bedarf es wirkungsvoller Mechanismen wie einer Budgetobergrenze und einer Mengensteuerung. Durch den Wegfall der Verhandlung eines Landesbasisentgeltwertes muss zur Sicherung der Beitragsstabilität eine Obergrenze für die Steigerung krankenhausesindividueller Budgets durch die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert vorgegeben werden. Die Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze sind auch bei Abschluss einer Anpassungsvereinbarung einzuschränken. Nur wenn der Basisentgeltwert des Krankenhauses oder die zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 6 deutlich unter den maßgeblichen Vergleichswerten liegen, sollte eine Überschreitung der Obergrenze ermöglicht werden. Diese Einschränkung ist im Sinne der gesetzlichen Ausgewogenheit notwendig, da geringfügige Unterschreitungen der Durchschnitte innerhalb der Budgetobergrenze lösbar sind. Ansonsten droht auf der Ortsebene ein Wildwuchs an Anpassungsvereinbarungen.

Die Vorgabe, die noch im Referentenentwurf enthalten war, dass eine Berücksichtigung von Mengensteigerungen außerhalb der Obergrenze nur dann zulässig ist, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, z. B. in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist, sollte wieder aufgenommen werden. Sie ist notwendig, um eine Fehlentwicklung hin zu einer Mengenausweitung rein vollstationärer Versorgungsangebote zu verhindern. Vom Krankenhaus ist ein Nachweis der Ausschöpfung ambulanter Potenziale zu fordern.

Auch weiterhin sollten Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung Berücksichtigung finden. Die Streichung dieses Tatbestandes ist aus Sicht der Krankenkassen rückgängig zu machen.

Die Berücksichtigung der Vorgaben der Psych-PV und ab 2020 der verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal ist notwendig, um mit einer ausreichenden Ausstattung mit ärztlich-therapeutisch-pflegerischem Personal eine gute Patientenversorgung in der Psychiatrie sicherzustellen. Wird eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen, so muss der Gesamtbetrag zwingend abgesenkt werden. GKV-Mittel dürfen nicht für nicht besetzte Stellen vergeudet werden. Entsprechende Anpassungen hinsichtlich des Leistungsvolumens sind vorzunehmen.

Die Begrenzung der vereinbarungsfähigen Entgelte mit Bezug auf Vergleichswerte des Krankenhausvergleichs wird vom Prinzip her begrüßt. Die in der Begründung ausgeführte Konkretisierung für eine deutliche Überschreitung ist jedoch mit einem Drittel viel zu hoch. Dadurch wird das grundsätzlich geeignete Instrument entwertet und kann die eigentliche Funktion nicht erfüllen. In der Begründung ist ein deutlich niedrigerer Wert anzuführen. Die zwingende und schlüssige Darlegung von Gründen durch den Krankenhausträger muss bei jedem den Vergleichswert überschreitenden Wert erfolgen.

Die Aufteilung des vereinbarten Gesamtbetrags in das Erlösbudget für bundesweite Entgelte und die Erlössumme für die krankenhausindividuellen Entgelte (einschließlich der strukturellen Besonderheiten) ist sachgerecht.

Die Änderung des Mindererlössatzes von 20 auf 50 Prozent wird abgelehnt. Die damit verbundenen Mehrausgaben in Höhe von 60 Mio. Euro sind zu vermeiden. Diese Erhöhung des Mindererlössatzes führt zu einer Finanzierung nicht erbrachter Leistungen und ist mit einem Anreiz zur Fehlschätzung für die Krankenhäuser verbunden.

Der Nachweis der Krankenhauserlöse durch ein Testat eines Wirtschaftsprüfers wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 3 Satz 5 wird wie folgt geändert:

„Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit der Tatbestand nach Satz 4 Nummer 5 dies erfordert oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung **zur Vermeidung einer deutlichen Unterschreitung der Entgelte von den Vergleichswerten nach § 4** als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizini-

sche Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet ist.“

Abs. 3 Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Vertragsparteien vereinbaren unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, geeigneter Versorgungsverbesserungen, leistungsbezogener struktureller Besonderheiten sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 eine Anpassungsvereinbarung mit dem Ziel, den Gesamtbetrag hin zu einem leistungsgerechten Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen, wobei für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassungen konkrete Regelungen zu treffen sind.“

In Abs. 3 Satz 8 wird zwischen „Gesamtbetrag“ und „abzusenken ist“ eingefügt: „und das Leistungsvolumen“.

Die in Abs. 7 bzgl. der Mindererlöse vorgenommene Ersetzung „50 Prozent“ ist rückgängig zu machen und bei „20 Prozent“ zu belassen. Hilfsweise ist die Erhöhung auf die Jahre bis zum Ende der budgetneutralen Phase (2019) zu begrenzen.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 5

§ 4 (neu) Leistungsbezogener Vergleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang vorgesehenen Vorgaben während der Konvergenzphase zu einem Landesbasisentgeltwert werden gestrichen und stattdessen ein durch das InEK auf Bundesebene erstellter leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Er soll als Transparenzinstrument die Vertragsparteien bei der Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes und leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte unterstützen. Dafür sind bundes- und landesweit insbesondere die Bandbreite der vereinbarten Entgelte nach Leistungen bzw. Leistungsgruppen, die regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Umfang der personellen Ausstattung auszuweisen.

B) Stellungnahme

Ein leistungsbezogene Krankenhausvergleich wird grundsätzlich begrüßt. Er stellt jedoch im Vergleich zur bisher vorgesehenen schematischen Konvergenz einen Rückschritt dar. Der Krankenhausvergleich soll nun die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwertes und leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte sein. Die jetzige gesetzliche Formulierung stellt jedoch einen substantiierten Vergleich nicht sicher. Die bisher vorgesehenen Vergleichswerte sind nicht ausreichend und müssen ergänzt werden (vgl. dazu die Änderungsvorschläge zu § 9). Es fehlt die Möglichkeit, die Leistungserbringung bezüglich ihrer auf das Versorgungsgebiet bezogenen Leistungsmenge sowie bezüglich der Behandlungsarten (vollstationär, teilstationär und ambulant) zu vergleichen.

Bei dem Vergleich sind Leistungen zu berücksichtigen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden (u. a. PIA-Leistungen, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen). Dies ist notwendig, um die Erbringung von nichtstationären Leistungen und ein mögliches Verlagerungspotenzial in ambulante Versorgungsstrukturen transparent zu machen. In den gesetzlichen Regelungen ist eine Grundlage zur Lieferung der notwendigen Daten zu den in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen zu ergänzen. Neben der Art und Menge der Leistungen bedarf es Angaben zum Zulassungsumfang in Vollzeitäquivalenten und zu den Standorten der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung.

Soll ein verlässlicher und aussagekräftiger Krankenhausvergleich das Ziel sein, der nicht von vornherein zum Scheitern verurteilt ist, so könnten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet werden, hierzu einen Entwicklungsauftrag zu vergeben. Dieser muss neben den im Gesetzesentwurf erwähnten Größen u. a. auch die Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibungen enthalten, da man nur auf diesem Wege zu einem substantiierten Leistungsvergleich kommen kann, der ein wesentlicher Bestandteil des Krankenhausvergleichs zu sein hat.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsbedarf zur Konkretisierung eines Vergleichs der Leistungserbringung: In § 4 Abs. 1 BPfIV wird in Satz 2 „das Einzugsgebiet“ als neue Nummer 4 und „die Leistungen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden“ als neue Nummer 5 ergänzt.

Außerdem wird folgender Satz nach Satz 2 eingefügt:

„Durch die Berücksichtigung von patientenbezogenen Behandlungspfaden, von regionalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen sowie von stationärer und ambulanter Behandlungskapazitäten dient der Vergleich auch der Zielstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung.“

In Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 wird folgendermaßen gefasst: „die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten nach § 6 Absatz 2“.

Ergänzung einer Rechtsgrundlage, die die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, entsprechende Daten zur vertragsärztlichen Versorgungssituation zu liefern.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 6

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) Es wird die Vereinbarungsoption zu besonderen Einrichtungen infolge der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem gestrichen.
- (b) Für regionale und strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit anderen Entgelten vergütet werden, können die Vertragsparteien mit Beginn der ökonomischen Wirksamkeit vor Ort tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbaren. Wird ein entsprechendes Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts gemeinsam mit den zugrunde liegenden Kalkulationsunterlagen an das InEK. Dort erfolgt eine Prüfung, ob die bisher krankenhausesindividuell vergüteten Leistungen in den Folgejahren bundeseinheitlich kalkuliert werden können.
- (c) bis (e) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen bzw. Folgeänderungen durch die Neustrukturierung des § 6 im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen sowie Rechtsbereinigungen.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Vereinbarungsoption zu besonderen Einrichtungen in Abs. 1 ist sachgerecht.

Bei der Behandlung von Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen kann es in der Behandlung zu Besonderheiten kommen, die sich nicht mit den üblichen Entgelten abbilden lassen. Diese sind von den Vertragsparteien auf Ortsebene gesondert zu verhandeln. Bei Besonderheiten 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. Hier wird deutlich, dass es zwingend erforderlich ist, die psychiatrischen Leistungen im Operationen- und Prozedurenschlüssel besser zu erfassen (vgl. Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels in Abschnitt III). Die Erweiterung auf alle regionalen und strukturellen Besonderheiten gegenüber der engeren Definition von „leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten“ des Referentenentwurfs wird abgelehnt. Sie widerspricht einer Leistungsorientierung in der Vergütung und verhindert Transparenz über das tatsächliche Behandlungsgeschehen.

Für die Besonderheiten sollte ein prospektives Antrags- und Bewertungsverfahren beim InEK vorgesehen werden. Der nun vorgeschlagene Prozess im Gesetzentwurf zielt lediglich darauf, dass krankenhausespezifische Besonderheiten nach Vereinbarungsabschluss einem Bewertungsverfahren zugeführt werden. Damit wird jedoch sehenden Auges Doppelvergütung in Kauf genommen, denn möglicherweise ist die Abbildung im Vergütungssystem bereits erfolgt. Warum der prospektive Überprüfungsansatz, so wie er im Referentenentwurf formuliert worden war, zulasten der Solidargemeinschaft verlassen worden ist, ist nicht nachvollziehbar. Die Meldung an das InEK muss prospektiv erfolgen. Dies ermöglicht sowohl eine Prüfung, ob die anfangs mit krankenhausespezifischen Entgelten vergüteten leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten in den Folgejahren ggf. bundeseinheitlich kalkuliert werden können, als auch, ob eine Vergütung bereits stattfindet.

Die Klarstellung zur Vorlage entsprechender Kalkulationsunterlagen und die Vorgabe zur sachgerechten Kalkulation der krankenhausespezifischen Entgelte in Abs. 3 werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Die Besonderheiten in der Leistungserbringung sind, wie im Referentenentwurf vorgesehen, auf leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten einzuschränken und es ist ein prospektives Antragsverfahren für diese Leistungen beim InEK vorzusehen.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 7

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung zu besonderen Einrichtungen sowie Leistungen mit regionalen und strukturellen Besonderheiten.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht; vgl. Stellungnahme zu Nr. 6.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 Nr. 4 wird der zweite Halbsatz nach dem „und“ folgendermaßen gefasst: „für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten (§ 6 Absatz 2)“.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 8

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Aufnahme der Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) hinsichtlich der Entgeltvereinbarung am Entlassungstag sowie eine Rechtsbereinigung, in der die zum Jahresende 2014 ausgelaufenen Vorgaben für den Investitionszuschlag in den neuen Bundesländern aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 9

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen und Ergänzungen betreffen die auf Bundesebene zu schließenden Vereinbarungen. So sollen Empfehlungen für die Kalkulation und die krankenhausesindividuelle Vergütung von regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart werden. Der Auftrag zur Weiterentwicklung der AEB-Psych wird geändert. Außerdem sind zukünftig die folgenden Vereinbarungen zu treffen:

- Benennung von Diagnose- und Prozedurenschlüssel, die sich für Zwecke des Vergütungssystems als nicht erforderlich erwiesen haben
- Ausgestaltung des Nachweises zur Psych-PV-Umsetzung in § 18 Abs. 2 Satz 2 und 3
- Nähere Einzelheiten zum leistungsbezogenen Vergleich nach § 4

B) Stellungnahme

Die Neufassung des Auftrags zur Weiterentwicklung der AEB-Psych (§ 9 Abs. 1 Nr. 6) resultiert aus der Streichung der veralteten Erstversion in der BPfIV und ist sachgerecht. Die zusätzliche Berücksichtigung von Daten für Zwecke des Krankenhausvergleichs wird begrüßt. Die Unterlagen sind jedoch um eine Übersicht der vereinbarten Personalzahlen dauerhaft zu ergänzen, da sonst ab 2018 keine Vereinbarungswerte mehr vorgehalten werden.

Der Auftrag zur Benennung von Diagnose- und Prozedurenschlüssel, die sich für Zwecke des Vergütungssystems als nicht erforderlich erwiesen haben, wird abgelehnt. Die Vereinbarung ist nicht geeignet, die von den Krankenkassen geforderte Weiterentwicklung des OPS zu einer medizinisch gehaltvollen Klassifikation sicherzustellen. Da die jetzige Prozedurenklassifikation das therapeutische Geschehen nur unzureichend abbildet, ist nur ein Weiterentwicklungsauftrag zielführend. Durch eine alleinige Streichung wird nur die Transparenz verringert. Der Vereinbarungsauftrag löst nicht die bestehende Weigerungshaltung der psychiatrischen Fachgesellschaften, an einer umfassenden OPS-Novellierung mitzuwirken. Das Ziel, eine verbesserte Klassifikation als Grundlage für die Weiterentwicklung des leistungsorientierten Vergütungssystems und die Einführung von aufwandsarmen Qualitätssicherungsverfahren zu ermöglichen, kann nur durch einen gesetzlichen Auftrag erreicht werden (vgl. ergänzenden Änderungsbedarf zur Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels im Abschnitt III).

Der Auftrag zur Vereinbarung der Ausgestaltung des Nachweises zur Psych-PV-Umsetzung wird begrüßt. Die Ausgestaltung des Nachweises muss insbesondere gewährleisten, dass zukünftig bezogen auf die einzelne psychiatrische und psychosomatische Einrichtung belastbare Informationen über die vereinbarte Stellenbesetzung und die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, vorliegen. Grundlage sind die personellen Anforderungen nach der Psych-PV bzw. ab dem Jahr 2020 die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA nach § 136a Abs. 2 SGB V zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal. Für eine sinnvolle Umsetzung des Nachweises der Psych-PV-Umsetzung ist jedoch der ursprünglich im Referentenentwurf bereits vorgesehene Nachweis gegenüber den Vertragsparteien der Budgetvereinbarung (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 14) zwingend notwendig.

Die Vereinbarung der Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des leistungsbezogenen Vergleichs wird begrüßt. Um die vom Gesetzgeber formulierten Zielstellungen des leistungsbezogenen Vergleichs umzusetzen, sind weitere relevante Kennzahlen in der Bundesvereinbarung verbindlich vorzugeben. Der Krankenhausvergleich muss neben einem Entgelt- und Budgetvergleich zwingend auch einen Vergleich der Leistungserbringung, bspw. bezüglich der Leistungsmenge, der Verweildauern und der Behandlungsarten (vollstationär, teilstationär und ambulant), ermöglichen. Zusätzlich auch das Verfahren der Datenübermittlung auf maschinenlesbaren Datenträgern zu vereinbaren, ist sachgerecht und vermeidet unnötigen bürokratischen Aufwand in der Erfassung und Übermittlung.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 1 Nr. 4 werden die Wörter „Leistungen und“ durch die Wörter „Leistungen, von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten und von“ ersetzt.

In Abs. 1 Nr. 6 wird nach den Worten „Budgetermittlung“ folgender Halbsatz ergänzt:

„sowie die Aufstellung der vereinbarten Vollkräfte je Berufsgruppe“.

Die in Abs. 1 aufgenommene Nr. 7. wird gestrichen; dadurch ändern sich die folgenden Ziffern 8. und 9. zu 7. und 8. (vgl. auch die Stellungnahme in Abschnitt III „Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels“). Alternativ zur Formulierung in Abschnitt III dieser Stellungnahme kann Nr. 7 folgendermaßen gefasst werden:

„ab 2018 zum 28. Februar jeden Jahres, die Benennung von Schlüsseln, die für den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zu Qualitätssicherungszwecken in den Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Sozialgesetzbuch einzuführen sind sowie die, die zu streichen sind, da sie sich für diese Zwecke als nicht

erforderlich erwiesen haben; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und In-
formation soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum nächstmöglichen Zeitpunkt umsetzen.“

Es ist zu ergänzen, dass in der Bundesvereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 9 weitere für den
leistungsbezogenen Vergleich notwendige Kennziffern festzulegen sind. Zu ergänzen ist ein
Entwicklungsauftrag zum Krankenhausvergleich (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5).

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 10

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben für die Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes werden aufgehoben.

B) Stellungnahme

Auf die Vereinbarung von Landesbasisfallwerten kann infolge der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen verzichtet werden. Grundsätzlich wird dieser Schritt abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

An einem leistungsorientierten Vergütungssystem und damit auch an die Vereinbarung von Landesbasisfallwerten sollte festgehalten werden.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 11

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1 wird dahingehend erweitert, dass die Unterlagen nach § 11 Abs. 4 Satz 1 auch zur Dokumentation der Verhandlungsergebnisse zu nutzen sind.

In Abs. 4 handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen.

In Abs. 5 werden die Vertragsparteien in Vorbereitung auf die Verhandlung verpflichtet, regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung gemeinsam vorab zu klären.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung in Abs. 1, dass die Unterlagen nach § 11 Abs. 4 Satz 1 nicht nur zur Vorbereitung der Verhandlung, sondern auch zur Dokumentation der Vereinbarung zu nutzen und zu übermitteln sind, wird begrüßt.

Durch die stärkere Budgetorientierung erhält der bundeseinheitliche Leistungskatalog eine besondere Funktion, um ein Mindestmaß an Leistungstransparenz zu erreichen. Dazu ist sicherzustellen, dass in der Budgetvereinbarung neben der Summe der Bewertungsrelationen auch die Leistungsstruktur nach Art und Menge differenziert abgebildet wird. Die Leistungsstruktur muss zwingender Bestandteil der Budgetvereinbarung sein. Ohne diese Konkretisierung ist auch im neuen Krankenhausvergleich nach § 4 BpflV ein Leistungsbezug nicht umsetzbar.

C) Änderungsvorschlag

In § 11 Abs. 1 BpflV wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert, die Erlössumme, die sonstigen Entgelte, **die zugrunde gelegten Leistungen nach Art und Menge**, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und Mindererlösausgleiche.“

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 12

§ 14 Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Genehmigungspflicht des Landesbasisentgeltwertes durch die zuständigen Landesbehörden ist folgerichtig; vgl. jedoch Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 13

§ 15 Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neustrukturierung des § 3 sowie der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 14

§ 18 Übergangsvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) In Abs. 1 erfolgt eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der Optionsphase.
- (b) In Abs. 2 wird ein Nachweis des Krankenhauses zur personellen Ausstattung eingeführt. Bis einschließlich 2019 erfolgt der Nachweis über die Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV gegenüber dem InEK. Ab 2020 ist die Einhaltung der vom G-BA festgelegten Vorgaben zur personellen Ausstattung dann gegenüber dem InEK sowie allen anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen. Dieser Nachweis umfasst insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung und die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung jeweils gegliedert nach Berufsgruppen. Über die zweckentsprechende Mittelverwendung ist eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen.
- (c) Die Regelungen in Abs. 3 werden aufgehoben und inhaltsgleich in § 3 Abs. 4 übertragen.

B) Stellungnahme

Änderungen zu den Abs. 1 und 3: Ohne Kommentierung.

Änderung zu Abs. 2 (Psych-PV-Nachweis):

Die Klarstellung, dass die bereits vorgesehene Nachweisverpflichtung für die nachverhandelten Personalstellen auf Grundlage der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften zu erfolgen hat und nicht zu einem Stichtag, wird begrüßt. Dabei muss gewährleistet sein, dass auch das in der Regel unter Sachkosten verbuchte extern bezogene Personal berücksichtigt wird (vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 9 bezüglich der zwingend vorzusehenden Aufstellung der vereinbarten Vollkräfte je Berufsgruppe).

Da der zweckentsprechende Einsatz der Personalmittel grundsätzlich sichergestellt werden muss, wird die nun zusätzlich vorgesehene Nachweisverpflichtung vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt. Die umfassende Berücksichtigung der vereinbarten und tatsächlichen Stellenbesetzung einschließlich der Personalbemessung, die nicht vom Regeldienst umfasst ist (z. B. Nachtdienst und Bereitschaftsdienst), sowie die Berücksichtigung abweichender Vereinbarungen zur Zahl der Personalstellen sind notwendig für eine transparente und nachvollziehbare Gesamtdarstellung. Durch den Nachweis kann erstmals eine weitreichende Transparenz zur Umsetzung der nach Vorgabe der Psych-PV vereinbarten Stellenbesetzung

erreicht werden. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum die Krankenhäuser den Nachweis bis 2019 nur gegenüber dem InEK und nicht auch gegenüber den Vertragsparteien zu führen haben. Der Nachweis gegenüber den Vertragspartnern ist aus Sicht der Krankenkassen zwingend notwendig für ein Mindestmaß an Transparenz und einer Verbesserung der personellen Ausstattung in der psychiatrischen Versorgung. Wenn die Krankenkassen zur Vereinbarung zusätzlicher Mittel zur Umsetzung von Personalvorgaben verpflichtet werden, muss auch ein entsprechender Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch die Krankenhäuser gegenüber den Kostenträgern erfolgen. Nachweise zur Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen ausschließlich gegenüber einem Dritten genügen nicht. Ob das angegebene Personal tatsächlich vorgehalten wird oder die finanziellen Mittel anders verwendet werden, ist sonst nicht feststellbar. Der sachgerechte Umgang mit Beitragsgeldern ist mit dieser Regelung 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.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 2 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus **und den anderen Vertragsparteien nach § 11** nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden.“

Es muss außerdem eine Rückzahlungsverpflichtung für die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel ergänzt werden. Dadurch entsteht für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz, für eine vollständige Umsetzung bereits jetzt vorhandener Mittel in medizinisches Fachpersonal zu sorgen. In § 18 Abs. 2 werden nach Satz 5 die folgenden Sätze eingefügt:

„Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Die Höhe des Rückzahlungsbetrags wird ermittelt, indem die Anzahl der nicht besetzten Personalstellen mit dem vereinbarten Durchschnittsverdienst multipliziert wird.“

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 15

Anlage Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die ursprünglich vom Gesetzgeber vorgegebene AEB wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben entsprechend der Aufgabe nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 eine Weiterentwicklung der AEB-Psych bereits mehrfach vereinbart und sind auch weiterhin dazu beauftragt. Die Aufhebung der veralteten Fassung der Anlage ist aus Gründen der Rechtsklarheit sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung in § 4 wird klargestellt, dass Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag die jeweils vom Krankenhaus nach Abs. 2b Satz 1 oder Satz 2 anzuwendende Abschlagshöhe ist. Grundsätzlich gilt die auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe nach § 10 Abs. 13. Sollten jedoch die Vertragsparteien vor Ort für das jeweilige Krankenhaus einen höheren Abschlag vereinbart haben, ist dieser als Grundlage anzuwenden.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2

§ 14 Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die von den Vertragspartnern auf Landesebene zu vereinbarende Höhe des Fixkostendegres-
sionsabschlags nach § 10 Abs. 13 wird in den Genehmigungsvorbehalt durch die zuständige
Landesbehörde einbezogen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie- und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 43 von 81

Artikel 4 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Artikel 4 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 6 wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, die sich aus dem Ergebnis des Weiterentwicklungsauftrags des Orientierungswertes als erforderlich ergebenden Erhebungsmerkmale in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen.

In Abs. 9 erfolgen weitere redaktionelle Klarstellungen.

B) Stellungnahme

Die Ermächtigung des BMG zur Festlegung von für die Ermittlung des Orientierungswertes notwendigen Erhebungsmerkmalen ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3

§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) und (c) Redaktionelle Änderungen.
- (b) Krankenhäuser übermitteln vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes neben dem Institutionskennzeichen das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich das Kennzeichen für den entlassenden Standort.

B) Stellungnahme

- (a) und (c) Keine Kommentierung.
- (b) Die Regelung wird begrüßt. Wie in der Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 14 ausgeführt, ist der Umsetzungszeitraum von vier Jahren zu lang und sollte auf zwei Jahre verkürzt werden.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass der gesamte Behandlungsverlauf (analog zum Fachabteilungswechsel) auch über die Standorte hinweg nachvollziehbar bleibt. Nicht nur entlassende, sondern auch aufnehmende und weiterbehandelnde Standorte sind dauerhaft einzuschließen. So gibt es bspw. im Rahmen der Qualitätssicherung für Früh- und Neugeborene bei internen Verlegungsketten das Problem der Nachverfolgung der Patienten. Das wiederum macht die Zuordnung von Qualitäts- und Routinedaten zu den zum Teil sehr unterschiedlichen Orten der Leistungserbringung derzeit sehr aufwändig oder sogar unmöglich. Das heißt, die Veröffentlichung von Ergebnisdaten auf der eigens eingerichteten Website: www.perinatalzentren.org erfüllt noch nicht die vom Gesetzgeber und G-BA gewünschten Anforderungen an die Transparenz für werdende Eltern.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b) wird das Wort „vierten“ durch das Wort „**zweiten**“ ersetzt.

Darüber hinaus wird unter Buchstabe b) der Halbsatz „bis zum 30. Juni, [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,“ nach „sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags ...“ gestrichen und durch „zusätzlich das Kennzeichen des aufnehmenden, bei Verlegung das des weiterbehandelnden und des entlassenden Standortes,“ ersetzt.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1

§ 37a Soziotherapie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in Abs. 2 wird die Erweiterung der Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nachvollzogen.

B) Stellungnahme

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen der Ausweitung der Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten grundsätzlich kritisch gegenüber, da bei den Psychologischen Psychotherapeuten keine somatischen Qualifikationen vorliegen, die zu einer Beurteilung der weiteren Behandlungserfordernisse Voraussetzung sind. Aufgrund der jedoch bereits erfolgten Ausweitungen der Kompetenzen im § 73 SGB V ist eine analoge Anpassung des § 37a Abs. 2 Nrn. 3 und 5 nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2

§ 39 Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Krankenhausbehandlung soll zukünftig eine „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“ gehören. Diese ist gleichrangig gegenüber einer vollstationären Behandlung. Bei Vorliegen der leistungsgerechten Voraussetzungen entscheidet das Krankenhaus, ob es die Behandlung vollstationär oder stationsäquivalent durchführt. Bedingungen der neuen Behandlungsform sollen dabei sein:

- akute Krankheitsphase des Patienten
- Behandlung durch ein mobiles, ärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team
- Inhalte sowie Flexibilität und Komplexität der Behandlung entsprechen einer vollstationären Behandlung

Darüber hinaus wird in der Gesetzesbegründung konkretisiert, dass die stationsäquivalente multiprofessionelle Behandlung unter fachärztlicher Leitung aus den vorhandenen Klinikressourcen zu erfolgen hat. Voraussetzung ist die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten während der gesamten Behandlungsdauer, wobei die komplexe Behandlungsform des Krankenhauses nicht an ein stationäres Bett gebunden sein soll („Krankenhausbehandlung ohne Bett“). Das multiprofessionelle Klinikteam muss permanent und rasch verfügbar sein (24-stündige klinische Therapieverantwortung) und hat die individuellen Hilfeleistungen an sieben Tagen in der Woche zu gewährleisten.

B) Stellungnahme

Mit der Gesetzesänderung soll eine Versorgungslücke an der Grenze zwischen ambulanter oder teilstationärer psychiatrischer Versorgung einerseits und stationärer psychiatrischer Versorgung andererseits geschlossen werden. Eine Weiterentwicklung hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung wird begrüßt, jedoch fehlt im Gesetzentwurf ein ordnungspolitisch nachvollziehbares und sinnvolles Gesamtkonzept zur sektorenübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen.

In einer Zeit, in der eine unzureichende Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken befürchtet wird, soll es nun weitere multiprofessionelle stationsäquivalente Versorgungsangebote der Krankenhäuser geben, die aus den vorhandenen Klinikressourcen bestritten werden sollen. Während das multiprofessionelle Team bei einem Patienten zu Hause ist oder auf dem Weg dorthin im Stau steht, kann es keine Leistungen am Krankenhausstandort erbrin-

gen. Es kann also zu Ressourcenproblemen kommen. Wichtig ist, dass die neue Versorgungsmöglichkeit tatsächlich zu einem Bettenabbau führt. Die Leistungen sind innerhalb des Budgets des Krankenhauses zu finanzieren.

Formal ergeben sich erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn die Krankenhausbehandlung nach § 39 um eine stationsäquivalente ergänzt wird. Mit Ausnahme der vor- und nachstationären Versorgung gehören bislang Leistungen der Krankenhäuser jenseits der stationären Versorgung zu den ambulanten Leistungen. Wenn das Behandlungsziel ambulant durch eine Behandlung im Rahmen der PIA erreicht werden kann, hat diese Vorrang. Diese Vorrangigkeit ist nicht ausreichend definiert. Die Komplexbehandlung und multimodale Therapie in der PIA durch ein multiprofessionelles Team zeigt bereits heute Abgrenzungsschwierigkeiten. Im Rahmen der Abrechnungsprüfung sind somit Konflikte zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern abzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt: „Sie hat nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 zu erfolgen.“

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3

§ 101 Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung in § 101 schafft die Datengrundlage für die Anrechnung des Versorgungsbeitrags der in PIAs nach § 118 SGB V tätigen Ärzte und Psychotherapeuten: Zukünftig haben die Krankenhäuser standortbezogen für ihre PIA die eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten dem jeweils zuständigen Landesausschuss zu übermitteln. Zukünftig soll damit eine pauschale Anrechnung unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbeitrag der betreffenden Einrichtung vermieden werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßen die Ergänzung im § 101 Abs. 1 Satz 10 ausdrücklich. Bisher lagen kaum Angaben zur Leistungserbringung in ermächtigten Einrichtungen vor. Durch die neue Regelung wird in einem wichtigen Leistungsbereich, nämlich bei den PIAs, eine größere Transparenz geschaffen. Dies ermöglicht eine Anrechnung der tatsächlichen Leistungserbringung gegenüber der bisher sehr zurückhaltenden Schätzung des Anteils an Leistungen, die dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich zugerechnet werden müssen. Analoge Regelungen sind für die anderen Ermächtigungstatbestände erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der beabsichtigten Einführung von stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung führt die Änderung des § 109 dazu, dass die Vertragsparteien vor Ort im Benehmen mit dem Land vereinbaren können, in welchem Umfang die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist.

B) Stellungnahme

Eine sinnvolle Regelung, wenn es zur Einführung von stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung kommt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5

§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein neuer § 115d geschaffen werden, über den die Selbstverwaltungspartner verpflichtet werden, das Nähere zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu regeln. Hierzu zählen:

- Anforderungen an die Dokumentation
- Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung jenseits von G-BA-Vorgaben
- Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern, wenn diese von einem psychiatrischen Krankenhaus oder einem Allgemeinkrankenhaus mit selbstständig, fachärztlich geleiteter psychiatrischer Abteilung mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur stationsäquivalenten Versorgung beauftragt werden
- Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten

Die Vereinbarung soll bis zum 30.06.2017 getroffen werden. Zusätzlich sollen sich die Vertragsparteien im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften bis zum 28.02.2017 über erforderliche Leistungsbeschreibungen verständigen, damit diese in Prozessschlüssel überführt und vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Systemjahr 2018 eingeführt werden können.

Kommt eine Vereinbarung nicht oder nicht fristgerecht zustande, so entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG; sie wird ohne Antragsstellung tätig. Eine Nichtverständigung über eine erforderliche Leistungsbeschreibung wird hingegen vom DIMDI gelöst.

Die Selbstverwaltungspartner werden darüber hinaus verpflichtet, bis zum 31.12.2021 dem BMG über die Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlung zu berichten. Es soll dann geprüft werden, so die Gesetzesbegründung, ob und in welcher Form bspw. Netzwerke ambulanter Leistungserbringer nach § 115d tätig werden können.

Krankenhäuser sollen befugt sein, die stationsäquivalente Behandlung durch an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer erbringen zu lassen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, die Versorgung psychiatrischer Patienten mit dem Ziel weiterzuentwickeln, eine größere Wohnortnähe und Behandlungskontinuität zu erreichen und die psy-

chiatrischen Leistungserbringer mit den kommunalen sozialpsychiatrischen Diensten besser zu vernetzen. Bei der Weiterentwicklung sollten auch die Erfahrungen aus den Modellvorhaben nach § 64b SGB V berücksichtigt werden.

Auf die Abgrenzungsprobleme zu den PIA-Leistungen wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen. Auch die PIA haben den Auftrag, stationsersetzende und stationsverkürzende Leistungen zu erbringen. Sie übernehmen daher bereits heute eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. Werden nun stationsäquivalente Leistungen für die im Gesetzentwurf benannten Patientengruppen in das Gesamtbudget des Krankenhauses aufgenommen, sind die entsprechenden Indikationsgruppen aus dem PIA-Vertrag herauszunehmen. Dies insbesondere mit der Maßgabe, dass die PIA auch als an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmender Leistungserbringer vom Krankenhaus beauftragt werden kann, stationsäquivalente Versorgung zu übernehmen. Zudem wird es darauf ankommen, neben der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die jeweiligen Besonderheiten unterschiedlicher Behandlungsorte (z. B. eigene Wohnung, Pflegeheim oder betreutes Wohnen) bei der Leistungsdokumentation zu erfassen.

Der Zeitrahmen, in dem eine Umsetzung durch die Selbstverwaltungspartner vollzogen werden soll, ist in Anbetracht der vielfältigen Aufgaben aus dem KHSG und PsychVVG vollkommen unrealistisch. Für eine verantwortungsvolle Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist ein größerer Zeitraum vorzusehen.

Es erschließt sich nicht, weshalb Krankenhäuser die stationsäquivalente Versorgung an ambulant tätige Leistungserbringer delegieren können. Denn wenn es sich um eine ambulante Leistungserbringung handelt, kann diese unmittelbar von den entsprechenden Leistungserbringern erbracht werden.

Durch die zukünftig im freiwilligen Leistungsportfolio der Kliniken verortete stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ist zu befürchten, dass die Attraktivität von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems krankenseitig nachhaltig abnehmen wird. Für die Kliniken kann es sich als betriebswirtschaftlich lukrativer erweisen, ambulante Leistungen außerhalb des Krankenhausbudgets wie bisher im Rahmen der PIA und zusätzlich stationsäquivalente psychiatrische Leistungen (vergleichbar Home Treatment) zu erbringen.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 2 werden in Satz 1 Nr. 1 die Wörter „dokumentiert wird“ durch die Wörter „und die Besonderheiten unterschiedlicher Behandlungsorte dokumentiert werden“ ersetzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 53 von 81

In Abs. 2 Satz 1 wird gestrichen: „bis zum 30. Juni 2017“. Zudem wird in Satz 2 gestrichen: „fristgerecht“. Des Weiteren ist „ohne Antrag“ durch „auf Antrag“ zu ersetzen.

In Abs. 3 wird gestrichen: „bis zum 28. Februar 2017“.

In § 118 Abs. 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Gruppen psychisch Kranker, für die stationsäquivalente Leistungen nach § 115d vorzusehen sind, dürfen im Vertrag nicht erfasst sein.“

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6

§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 118 Abs. 3 wird dahingehend novelliert, dass nun auch psychosomatische Krankenhäuser sowie psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen ambulant tätig werden können. Dies war bisher nicht möglich, da die gleichzeitige Bedingung der regionalen Versorgungsverpflichtung, die nun entfällt, bei den genannten Einrichtungen nicht vorliegt. Die Selbstverwaltungspartner werden verpflichtet, die Vereinbarung zu den PIAs um die Psychosomatik zu erweitern. Zu berücksichtigen sind hierbei die Bedarfsgerechtigkeit, die Qualitätssicherung sowie die Definition der Gruppe von Kranken, die aufgrund von Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der Behandlung in einer PIA bedürfen. Die Inanspruchnahme bedarf einer Überweisung.

B) Stellungnahme

Die Zielsetzung des Gesetzgebers ist, neue ermächtigte Einrichtungen zu schaffen, deren Versorgungsauftrag jedoch nicht klar ist. Mit der Änderung des § 118 Abs. 3 wird der deutsche Sonderweg weiter verfolgt, die psychiatrische Versorgung in zwei Fachgebiete (Psychiatrie und Psychosomatik) zu unterteilen. Ob dies für die Patienten von Nutzen ist, kann bezweifelt werden.

Ein zentrales Problem in den Verhandlungen zu den psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) war, dass aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades keine regionale Versorgungsverpflichtung vorliegt. Der Regelungsentwurf sieht nun vor, dass keine regionale Versorgungsverpflichtung mehr vorliegen muss und vielmehr die Bedarfsgerechtigkeit durch dreiseitige Verhandlungen definiert werden soll. Aufgrund der mangelnden Versorgungsverpflichtung der psychosomatischen Krankenhäuser wird diese Regelung nicht klar gefasst werden können, sodass eine Ermächtigung von Einrichtungen ohne geklärteter Versorgungsrelevanz zu erwarten ist. Dies lehnen die gesetzlichen Krankenkassen ab.

Die Überweisungsnotwendigkeit ist, sollte es zur Etablierung von PsIAs kommen, sinnvoll.

Zusätzlich sehen wir bei einer Etablierung von PsIAs Bedarf für eine klare Abgrenzung (Ausschlusskriterien) zu den PIAs, um weitere Dopplerversorgungsstrukturen zu verhindern.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 55 von 81

C) Änderungsvorschlag

§ 118 Abs. 3 wird gestrichen.

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nr. 5.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA kann bereits jetzt Durchführungsbestimmungen für die Umsetzung der Qualitätssicherung erlassen. Diese werden nun explizit um Regelungen zur Finanzierung der dafür notwendigen Strukturen ergänzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung hinsichtlich der Möglichkeit des G-BA, auch Regelungen zur Finanzierung der für die Umsetzung notwendigen Strukturen erlassen zu können. Die Gesetzesbegründung weist zwar darauf hin, dass der G-BA Finanzierungsregelungen unter Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu treffen hat, jedoch wäre eine entsprechende Ausführung im Gesetzestext notwendig, um Normenklarheit für den G-BA herzustellen: Ergänzend vorzugehen wäre, dass Regelungen zur Finanzierung von Strukturen für die Durchführung der Qualitätssicherung sich nur auf solche Strukturen beziehen dürfen, die vom G-BA selbst – basierend auf seinen Richtlinien – verantwortet werden, wie bspw. die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Eine Finanzierung Dritter, bei denen eine Einflussnahme des G-BA oder der Krankenkassen auf eine wirtschaftliche Umsetzung und Festlegung der Haushalte für die benötigten Mittel nicht möglich ist, wie bspw. Aufgaben von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landeskrankenhausgesellschaften, muss ausgeschlossen sein.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 136 Abs. 1 neuer Satz 3 wird ein weiterer Satz angefügt:

„Es dürfen nur Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung finanziert werden, bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss oder die Krankenkassen zur Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Festlegung der benötigten Mittel maßgeblich beteiligt sind.“

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8

§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 136a wird dahingehend verändert, dass der G-BA nun verbindliche Mindestanforderungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen in Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal bestimmen soll und diese bis zum 30.09.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020 zu beschließen hat. Bisher sollte der G-BA allein Empfehlungen für die Personalausstattung beschließen und diese bis zum 01.01.2017 einführen. Hinzugefügt wurde, dass die Mindestangaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen.

B) Stellungnahme

Die Bestimmung von verbindlichen Mindestanforderungen anstelle von nicht verbindlichen Empfehlungen für die Personalausstattung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik wird begrüßt. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigt, dass nur so sichergestellt werden kann, dass das zur stationären Behandlung erforderliche Personal auch tatsächlich vorgehalten wird.

Die intransparente und in Teilen insuffiziente Umsetzung der Psych-PV – trotz aller bestehender Regelungen – hat gezeigt, dass zur Durchsetzung der Personalvorgaben eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung notwendig ist. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Beiträge der Versicherten und das durch sie finanzierte Personal tatsächlich dort ankommen, wo sie ankommen sollen: beim Patienten.

Die dazu im Gesetzentwurf neu in § 18 Abs. 2 BPfIV eingefügte Nachweisverpflichtung der Krankenhäuser gegenüber dem InEK ist dafür keine angemessene Lösung und fällt noch weit hinter den Vorschlag im Referentenentwurf zurück, da bis 2020 kein Nachweis direkt gegenüber den Vertragspartnern erfolgen soll.

Da keine Berichtspflicht geregelt ist und das InEK bis 2020 als einziger Adressat genannt wird, ist die in der Begründung zitierte Stärkung der Transparenz über den Stand der Einhaltung der Vorgaben nicht gegeben. Im Ergebnis wird in den kommenden Jahren weder Transparenz noch Prüfung der jetzt schon verbindlich einzuhaltenden Psych-PV geben.

Ab 2020 sollen neben dem InEK auch die Vertragspartner die Nachweise zur Personalausstattung bekommen. Doch die Art des Nachweises reicht nicht aus, um einen zweckentsprechenden

den Einsatz der Personalmittel sicherzustellen. Weder kann daraus ersehen werden, ob etwa Personal in einer Einrichtung aus Bereichen, die dem Regelungsbereich der Psych-PV oder einer künftigen Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (RL PPP) unterliegen, in andere Bereiche geschoben wird – etwa in die PIA, noch können Verschiebungen in einer Einrichtung innerhalb der Bereiche, die dem Regelungsbereich der Psych-PV oder der künftigen RL PPP unterliegen, erkannt werden (bspw. von einer Akutstation auf eine psychotherapeutische Station). Dass dies ein relevanter Punkt ist, zeigen die Erfahrungen mit der Evaluation der Psych-PV in Hessen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Ausgerechnet in den Behandlungsbereichen, in denen die am wenigsten beschwerdefähigen Patienten behandelt werden, wurden die Personalvorgaben am sträflichsten zugunsten anderer Bereiche vernachlässigt. Das heißt konkret: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der Gerontopsychiatrie und in der Akutpsychiatrie waren die Ergebnisse schlecht.

Erst die Prüfung, ob die Personalausstattung auch in ein entsprechendes Behandlungsangebot in definierten Bereichen bzw. auf definierten Stationen einer Einrichtung umgesetzt wird, hat hier Abhilfe geschaffen. Die Evaluation der Psych-PV im Rahmen einer erweiterten Strukturprüfung in Hessen konnte so den Erfüllungsgrad der Psych-PV, bspw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 85 Prozent im Jahr 2007 auf 96 Prozent im Jahr 2014, steigern.

Es fehlt an einer unmissverständlichen gesetzlichen Regelung zur Überprüfung der Personalausstattung, damit in allen Bundesländern ähnlich wie in Hessen die Personalvorgaben erfolgreich umgesetzt werden. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen reichen nicht aus.

Entsprechend muss im Gesetzentwurf die Chance genutzt werden, Eckpunkte für eine künftige bundesweite Prüfroutine im Sinne einer erweiterten Strukturprüfung der G-BA-Personalvorgaben festzulegen und den G-BA mit einem entsprechenden Entwicklungsauftrag zu beauftragen. Die konkrete Ausgestaltung der Strukturprüfung durch den G-BA erfolgt damit dann passgenau, wenn der G-BA die zu entwickelnden Mindestvorgaben in der neuen Richtlinie zur Personalausstattung festlegt.

Die hier vorgesehene erweiterte Strukturprüfung ist im Sinne einer Qualitätssicherungsmaßnahme zu verstehen, die in allen Krankenhäusern sicherstellen soll, dass das Personal auch dort ankommt, wo es gebraucht wird: beim Patienten. Die Prüfung sollte deshalb im § 136a Abs. 2 geregelt werden. Im Sinne eines dialogischen Verfahrens und aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist als überprüfendes Organ ein Akteur vor Ort zu wählen; hier kommt entsprechend der MDK in Frage.

C) Änderungsvorschlag

§ 136a Abs. 2 wird durch die folgenden Sätze ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt im Rahmen der Richtlinie für die Personalausstattung in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik gemäß § 136a Abs. 2 SGB V eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung fest, die die Einrichtungen verpflichtet, den Nachweis der Erfüllung der in der Richtlinie festgelegten Anforderungen elektronisch zu führen – insbesondere in Bezug auf die vereinbarte und tatsächlich vorhandene Personalausstattung und die Umsetzung der Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird von den Sozialleistungsträgern und den Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des jeweiligen Bundeslandes einmal jährlich mit der Überprüfung der Richtigkeit der Angaben beauftragt. Die Prüfergebnisse werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung den jeweiligen Einrichtungen, den Sozialleistungsträgern gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des jeweiligen Bundeslandes und den Vertragsparteien auf Bundesebene zur Verfügung gestellt, unter anderem zur Erstellung eines Krankenhausvergleichs. Die Einrichtungen sind verpflichtet, über die Ergebnisse im Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V zu berichten.“

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9

§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 136c Abs. 2 Satz 1 wird der Informationsfluss über die Auswertungsergebnisse zu den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der planungsrelevanten Indikatoren geregelt. Neu hinzugekommen ist die Regelung, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen diese Informationen ebenfalls erhalten sollen, damit sie ihre Aufgaben nach § 109 Abs. 3 Nr. 2, § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V wahrnehmen können.

Ferner wird in § 136c Abs. 2 in den Sätzen 1 und 2 jeweils nach dem Wort „einrichtungsübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.

B) Stellungnahme

Nach § 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V darf ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a KHG auf der Grundlage der vom G-BA nach § 136c Abs. 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Ebenso sieht § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V diesbezüglich eine Kündigungsmöglichkeit für Versorgungsverträge vor. Beide Vorgaben konnten die Krankenkassen jedoch nicht umsetzen, da der § 136c Abs. 2 bisher keine Übermittlung der Auswertungsergebnisse und Bewertungsmaßstäbe an die Krankenkassen vorsah. Die nun vorgeschlagene Änderung in § 136c war notwendig und wird begrüßt. Die weiteren Änderungen sind redaktioneller Art mit klarstellendem Charakter.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10

§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung der Gültigkeit der Festlegung der Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser. Diese ist in allen datenbasierten Richtlinien des G-BA anzuwenden, nicht nur in der Richtlinie für die externe stationäre Qualitätssicherung (ESQS), sondern auch bspw. in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL).

B) Stellungnahme

Die Änderung ist notwendig und wird begrüßt. Es dürfen keine Unterschiede in den Richtlinien des G-BA zur Dokumentationsrate zugelassen werden.

Auch wenn nun für die Krankenhäuser eine einheitliche Verpflichtung besteht, eine zu 100 Prozent vollzählige Dokumentation sicherzustellen, verursacht diese Regelung weiterhin Unterschiede zwischen den Sektoren: Während in der Qesü-RL für Krankenhäuser gilt, dass sie die Fälle vollzählig zu 100 Prozent dokumentieren müssen, fehlt diese Verpflichtung für die Vertragsärzte und damit auch für die Belegärzte im Krankenhaus. Wenn die Regelungen zur Qualitätssicherung § 136 Abs. 2 SGB V folgend sektorenübergreifend erlassen werden sollten, müssen folglich auch die gesetzlichen Vorgaben sektorenübergreifende Gültigkeit haben: Vertragsärzte und auch Zahnärzte müssen ebenfalls eine zu 100 Prozent vollzählige Dokumentation sicherstellen.

C) Änderungsvorschlag

§ 137 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze ~~der Krankenhäuser~~ fest.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie- und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 62 von 81

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 11

§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das IQTIG soll nicht nur Forschungs- und Entwicklungsaufträge im Einvernehmen mit dem G-BA an externe Sachverständige vergeben können, sondern auch andere.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.09.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 18/9528
Seite 63 von 81

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 12

§ 137h Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die sich aus der Neuordnung der Paragraphen bezüglich der Qualitätssicherung des G-BA ergibt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar und notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 13

§ 271 Abs. 2 Satz 4 Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung sollen den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 einmalig 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Damit erhöhen sich für das Jahr 2017 die „voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen an die Krankenkassen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen“ (§ 242a Abs. 1 SGB V). Im Ergebnis erhalten die Krankenkassen für das Jahr 2017 um 1,5 Mrd. Euro gegenüber dem Status quo erhöhte Zuweisungen und können entsprechend geringere Zusatzbeitragssätze für ihre Mitglieder kalkulieren. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird entsprechend um 1,5 Mrd. Euro reduziert; sie sinkt – bei ansonsten ausgeglichenen Finanzergebnissen in 2016 und 2017 – von rd. 10 Mrd. Euro auf rd. 8,5 Mrd. Euro. Bezogen auf die vom Schätzerkreis für das Jahr 2016 erwartete Grundlohnsomme von 1,297 Billionen Euro entsprechen 1,5 Mrd. Euro rd. 0,12 Beitragssatzpunkten.

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs sollen mit den zusätzlichen Mitteln erstens Mehrbelastungen der Krankenkassen für die gesundheitliche Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten sowie Investitionen in den Aufbau einer modernen und innovativen Versorgung, insbesondere in den Aufbau der Telematikinfrastruktur nach § 291a Abs. 7 Satz 5 Nr. 1, finanziert werden.

B) Stellungnahme

Die Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler im Jahr 2017 in der Größenordnung von 1,5 Mrd. Euro wird begrüßt; die gesetzlichen Liquiditätsvorgaben des Gesundheitsfonds werden durch die Maßnahme nicht berührt. Dabei sollte aber im Blick gehalten werden, dass es sich bei den zusätzlichen Mitteln für die Krankenkassen nicht um Zuweisungen des Bundes und damit um „ein Geschenk der Regierung bzw. des Gesetzgebers“ handelt. Die in Anspruch genommenen Reserven des Gesundheitsfonds haben die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in den Jahren ab 2011 selbst sukzessive aufgebaut; es werden lediglich GKV-Mittel vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zurückgezahlt.

Es wird darauf hingewiesen, dass mit der gesetzlichen Maßnahme nur ein einmaliger Entlastungseffekt für das Jahr 2017 erzielt werden kann; der Zusatzbeitragssatzbedarf der Krankenkassen wird sich entsprechend für das Jahr 2018 wieder um die rd. 0,12 Beitragssatz-

punkte – zusätzlich zu den weiteren von der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung abhängigen Beitragssatzsteigerungen – erhöhen.

Der GKV-Spitzenverband sieht die bereits vielfach genutzte Option des Gesetzgebers, die Reserven des Gesundheitsfonds mit diskretionären Eingriffen als politische Manövriermasse einzusetzen, kritisch. Er plädiert dagegen für klare gesetzliche Regeln zum Abschmelzen der liquiden Mittel, die die Mindestreserve des Fonds nach § 270 Abs. 2 Satz 3 SGB V überschreiten. Diese Mittel sollten den Krankenkassen stetig und regelgebunden zufließen, wie es auch klare gesetzliche Vorgaben für das Auffüllen der Liquiditätsreserve durch die Krankenkassen gibt.

Für ein Abschmelzen überschüssiger Liquidität des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen bedarf es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keiner spezifischen Begründung; die Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler ist Begründung genug. Die angeführte Begründung, die Krankenkassen sollten u. a. für die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten nach Erhalt eines Aufenthaltstitels und bei Versicherungspflicht entlastet werden, kann nur bedingt nachvollzogen werden. Grundsätzlich gilt, dass Asylsuchende in Deutschland nicht gesetzlich krankenversichert sind, sondern im Krankheitsfall Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zu Lasten der Kommunen haben. Auch wenn die Krankenkassen für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG nach § 264 SGB V zuständig werden und elektronische Gesundheitskarten ausgeben, bleiben die Kommunen finanzverantwortlich und erstatten den Krankenkassen die Aufwendungen für die Versorgung der Betreuten sowie einen Verwaltungskostenanteil.

Der Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt in der Regel erst nach Abschluss des Asylverfahrens. Denn Asylberechtigte, also Personen, deren Asylantrag positiv beschieden wurde, können – soweit erwerbsfähig – sowohl über eine versicherungspflichtige Beschäftigung als auch über den Bezug von ALG II krankenversicherungspflichtig werden. Belastungen entstehen den Krankenkassen im Falle der Versicherungspflicht durch ALG II-Bezug. Dies gilt aber unabhängig davon, ob die ALG II-Bezieherinnen und -Bezieher zuvor Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG waren oder nicht. Der GKV-Spitzenverband geht nach aktuellen Berechnungen davon aus, dass die gegenwärtig gezahlte monatliche Pauschale nach § 232a SGB V von rd. 90 Euro zu einer deutlichen Unterfinanzierung des von der GKV übernommenen Krankenversicherungsschutzes für ALG II-Beziehende führt. Für das Jahr 2016 schätzt der GKV-Spitzenverband die Deckungslücke zum gegenwärtigen Zeitpunkt – inklusive des geschätzten Zuwachses an versicherungspflichtigen ALG II-Beziehenden aus dem Personenkreis der erwerbsfähigen Asylberechtigten von im Jahresdurchschnitt 180 Tsd. Personen – auf rd. 2,3 Mrd. EUR. Für das Jahr 2017 kann eine verlässliche Schätzung erst auf Basis der Prognose des Schätzerkreises im Oktober 2016 erfolgen.

Wenn der Bund also der GKV für die Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten finanzielle Mittel zur Verfügung stellen will, ist es schwer nachvollziehbar, warum dies erstens durch Beitragsgelder der GKV-Gemeinschaft, zweitens nur einmalig für das Kalenderjahr 2017 geschehen soll. Sachgerecht wäre hingegen eine angemessene und dauerhafte Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge des Bundes für alle versicherungspflichtigen ALG II-Beziehenden. Die GKV hat kein spezifisches Problem mit versicherungspflichtigen Asylberechtigten, sondern ein generelles Problem mit unzureichenden Beitragszahlungen des Bundes für versicherungspflichtige ALG II-Beziehende.

C) Änderungsvorschlag

Keiner – perspektivisch: Schaffung gesetzlicher Regelungen

- zum Abfluss liquider Mittel des Gesundheitsfonds, die die Mindestreserve des Fonds nach § 270 Abs. 2 Satz 3 SGB V überschreiten, an die Krankenkassen,
- zur Zahlung angemessener Pauschalbeiträge des Bundes für gesetzlich versicherte Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 14

§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

GKV-Spitzenverband und DKG werden verpflichtet, ein bundesweites und im Internet zu veröffentlichendes Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen zu führen bzw. einen Dritten damit zu beauftragen. Zuvor ist bis zum 30.06.2017 das Nähere zum Aufbau des Verzeichnisses und der Kennzeichen, zu Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie zur Aktualisierung und Finanzierung zu vereinbaren. Adressaten für das Verzeichnis sind insbesondere Kostenträger, Leistungserbringer und ihre Verbände, der G-BA sowie das Bundeskartellamt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Initiative des Gesetzgebers, die es ermöglicht, ein einheitliches Verzeichnis der Krankenhausstandorte und Ambulanzen auf Bundesebene zu errichten. Die Fristsetzung (sechs Monate) sowie der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus (Schiedsstelle) stellen sicher, dass eine zeitnahe Umsetzung erfolgt.

Strukturanforderungen in den Bereichen Sicherstellung und Notfall stellen jedoch absehbar u. a. auf die Vorhaltung von Fachabteilungen ab, so z. B. in § 136c Abs. 4 SGB V (Art und Anzahl der Fachabteilungen) je Stufe im Notfallstufenkonzept. Auch im Rahmen der Qualitätssicherung wird die Fachabteilung wesentliche Bezugsgröße, bspw. bei der Entwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch das IQTIG (§ 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung, Abs. 1 und 2). Das geplante Verzeichnis sollte deshalb neben den Standort- auch die Fachabteilungsinformationen enthalten.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden nach den Wörtern „zugelassenen Krankenhäuser“ die Wörter „ihrer Fachabteilungen“ eingefügt.

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 15

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 295 Abs. 1b wird dahingehend novelliert, dass die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG verpflichtet werden, das Nähere für die Dokumentation des Leistungsgeschehens in den PIAs spätestens zum 01.01.2018 nach Inkrafttreten des Gesetzes zu vereinbaren. Dies umfasst die Dokumentation der Leistungen als einen bundeseinheitlichen Katalog nach Art und Umfang der Leistungen sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Nur über einen bundeseinheitlichen Leistungskatalog in den PIAs, über eine entsprechende Dokumentation sowie über ein Standortverzeichnis wird es gelingen, Transparenz über das ambulante Leistungsgeschehen der psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen zu gewinnen. Diese ist Voraussetzung für eine substantiierte Weiterentwicklung der ambulanten psychiatrischen Versorgung sowie des leistungsorientierten Vergütungssystems.

Es fehlt jedoch noch die Verknüpfung des Leistungskatalogs für die PIAs mit den Vergütungsregelungen nach § 120 Abs. 2 SGB V, die darauf aufbauend gestaltet werden sollten.

C) Änderungsvorschlag

In § 120 Abs. 2 wird folgender Satz 6 angefügt:

„Die Vergütungsvereinbarungen für psychiatrische Institutsambulanzen erfolgen auf Grundlage des bundeseinheitlichen Leistungskatalogs nach § 295 Absatz 1b.“

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16

§ 301 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) Es ist beabsichtigt, die Verpflichtung der Datenübermittlung nach § 301 auf die Krankenhausträger zu erweitern.
- (b) Des Weiteren soll vier Jahre nach Verkündung des Gesetzes das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V neben dem Institutionskennzeichen der Krankenkassen und Krankenhäuser im Datenaustausch übermittelt werden.

B) Stellungnahme

- (a) Die Erweiterung einer möglichen Datenübermittlung durch den jeweiligen Krankenhausträger bedeutet, dass diese für ihre Krankenhäuser die Daten direkt an die Krankenkassen übermitteln können. Dies hätte zur Folge, dass vermehrter Aufwand bei der Registrierung und Vorhaltung von potenziellen Absendern von Datensätzen bei den Krankenkassen entsteht. Die bisherige Festlegung hat sich bewährt und unterbindet möglichen Missbrauch. Krankenhausträger müssten eine eindeutige Kennung für den Datenaustausch erhalten, damit sichergestellt ist, wer derjenige ist, der die Daten im Wege der Abrechnung hier für wen übermitteln möchte. Unter Umständen würde dies weitere Vergaben von Institutionskennzeichen bedeuten. Diese Regelung vermindert auf keiner Seite Aufwand. Ganz im Gegenteil: Es entstehen unbegründete Mehraufwände, da nicht ersichtlich wird, welcher Erkenntnisgewinn bzw. Vorteil sich durch diese Regelung ableiten lässt.
- (b) Die Übermittlung des Kennzeichens nach § 293 Abs. 6 SGB V ist für dort vorgesehene Aufgaben im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 erforderlich und wird begrüßt. Eine vierjährige Umsetzungsfrist ist sehr großzügig. Nach der Vergabe eines solchen Kennzeichens sollte dieses bereits mittelfristig verwendbar sein. Wichtig ist dabei, dass die entsprechenden Voraussetzungen nach § 293 Abs. 6 SGB V (Art, Aufbau, Vergabe) geschaffen sind. Eine Datenübermittlung nach § 301 sollte bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten möglich sein (ein Jahr Aufbau, ein Jahr technische Umsetzung). Darüber hinaus sollte an dieser Stelle – analog zur Anpassung im § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) – sichergestellt sein, dass das interne Verlegungsgeschehen über die Standorte hinweg nachvollziehbar ist.

C) Änderungsvorschlag

- (a) Die Ergänzung in § 301 Abs. 1 Satz 1 „oder deren Krankenhausträger“ ist zu streichen.
- (b) In § 301 Abs. 1 Nr. 2 wird das Wort „vierten“ durch das Wort „zweiten“ ersetzt. Darüber hinaus ist dort zu ergänzen:

„[...] bei Verlegungen die der weiteren behandelnden Standorte,“

Artikel 6 Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Geltung der Psych-PV wird um ein Jahr verlängert. Die Psych-PV wird damit erst zum 01.01.2020 aufgehoben. Zu diesem Zeitpunkt soll die neue Richtlinie des G-BA zur Strukturqualität nach § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Kraft treten und die bisherigen Vorgaben der Psych-PV als Mindestvorgaben zur Personalausstattung ablösen.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung der Psych-PV resultiert aus der geänderten Frist für die Vorgaben des G-BA und ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Artikel 7 regelt das Inkrafttreten der einzelnen Änderungen.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Prüfung von Strukturqualität ergänzen

§ 17c Abs. 1 Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfung von Strukturqualität ist in § 17c Abs. 1 KHG zu ergänzen.

B) Begründung

Die durch die Krankenhäuser zu gewährleistenden Sachverhalte sind in Satz 1 um Struktur- und Prozessanforderungen zu ergänzen. Der bereits vorhandene Satz 2 führt aus, dass Krankenkassen durch Einschaltung des MDK die in Satz 1 genannten Sachverhalte prüfen können. Die vom Einzelfall unabhängige Überprüfung von Strukturqualität kann einen nicht unwesentlichen Beitrag zur effektiven Nutzung der Abrechnungsprüfung darstellen. Auch vor dem Hintergrund der Patientensicherheit und Behandlungsqualität fordern die Krankenkassen seit Jahren eine vom Einzelfall losgelöste Bewertung über das Vorliegen von Strukturvoraussetzungen entsprechend der Vorgaben des DIMDI bei bestimmten Leistungen. Bislang fehlt es leider an einer eindeutigen gesetzlichen Regelung zur Prüfung von Struktur- und Prozessanforderungen, wodurch die Mitwirkung der Krankenhäuser an dieser Stelle heterogen ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 17c Abs. 1 Satz 1 KHG wird ergänzt um:

„4. Struktur- und Prozessanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in OPS-Kodes definierte Struktur- und Prozessanforderungen eingehalten werden.“

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Behandlungsverläufe in den Daten zur Weiterentwicklung berücksichtigen

§ 21 Abs. 3 Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Erhöhung der Transparenz über sektorenübergreifende Behandlungen und eine Berücksichtigung von Behandlungsverläufen in der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme wird die Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID in den von der DRG-Datenstelle übermittelten Daten vorgeschlagen.

B) Begründung

Die Krankenhäuser übermitteln in den Daten nach § 21 KHEntgG bereits ein patientenidentifizierendes Merkmal (Patienten-ID). Die von der DRG-Datenstelle übermittelten Daten zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme (nach §§ 17b und 17d KHG) enthalten jedoch bisher kein Patientenmerkmal. Dadurch fehlt die Transparenz über sektorenübergreifende Behandlung und eine Berücksichtigung von Behandlungsverläufen in der Weiterentwicklung wird behindert. Zur Umsetzung der Gesetzesziele einer Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und Förderung nichtstationärer Versorgungsalternativen ist eine Änderung im § 21 KHEntgG notwendig.

Der Änderungsvorschlag sieht die Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID vor. Das anzuwendende Verfahren hat durch ein periodenübergreifendes Pseudonym zu gewährleisten, dass für alle Leistungsbereiche (DRG, Psychiatrie und PIA) ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Daten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, hergestellt werden kann. Es ist auszuschließen, dass Versicherte durch die Nutzung der Daten wieder identifiziert werden können.

C) Änderungsvorschlag

In § 21 Abs. 3 KHEntgG werden in Satz 1 Nr. 1 nach den Wörtern „Absatz 2 Nr. 1“ die Wörter „Nr. 2 Buchstabe a als pseudonymisiertes Kennzeichen“ eingefügt.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Transparente Qualitätsberichterstattung auch für Vertragsärzte

§ 136e Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog zu den Vorgaben für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser soll auch eine Regelung für Vertragsärzte geschaffen werden, um die Ergebnisse der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für Vertragsärzte veröffentlichen zu können.

B) Begründung

Der G-BA hat die erste sektorenübergreifende Richtlinie zur Qualitätssicherung beschlossen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Verfahren wird seit Januar 2016 erstmals die Qualität der Leistungserbringung von Herzkathetereingriffen (PCI) in gleicher Weise bei Vertragsärzten und Krankenhäusern erfasst (ca. 750.000 Behandlungsfälle im Krankenhaus und ca. 100.000 Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich). Auch das zweite sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung nosokomialer Wundinfektionen“, welches für das Jahr 2017 beschlossen worden ist, wird Daten und Ergebnisse von über 5.500 Vertragsärzten umfassen. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen erlauben im sogenannten strukturierten Qualitätsbericht nur eine Veröffentlichung der Ergebnisse der rund 2.000 Krankenhäuser, die Ergebnisse der Arztpraxen (Betriebsstätten) dürfen nicht veröffentlicht werden – und das, obwohl ein Teil der Leistungen von ihnen als Belegärzte nach § 121 SGB V am Krankenhaus erbracht wird. Patienten können im Internet diese Leistungserbringer nicht finden und deshalb auch nicht in ihre Wahlentscheidung einbeziehen. Im Sinne einer sektorenübergreifenden Betrachtung sind die Ergebnisse leistungserbringerbezogen ohne Beschränkung auf einzelne Sektoren gleich zu bewerten und demnach auch zu veröffentlichen. Daher ist eine eigene Regelung analog zu den Vorgaben für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser auch für die Vertragsärzte zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird eine neue Regelung eingeführt:

„§ 136e Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für Vertragsärzte auf Ebene der jeweils zugehörigen Betriebsstätte grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts zur Darstellung der Ergebnisse aus den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Nr. 1. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen.

(2) Die Qualitätsberichte nach Absatz 1 sind über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus vom Gemeinsamen Bundesausschuss, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Krankenkassen und ihre Verbände die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Vertragsärzte informieren und Empfehlungen aussprechen. Der Vertragsarzt hat den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Ergänzung der Regelungen zur Durchsetzung und Kontrolle von Qualitätsanforderungen

§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 137 wird wie folgt erweitert:

- Die Vorgaben zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen beziehen sich auch auf die Richtlinien nach § 135b zur vertragsärztlichen Versorgung.
- Die Kontrollen des MDK nach § 275a werden um die Möglichkeit der Zufallsauswahl zur Überprüfung der Datenvalidität ergänzt.

B) Begründung

Zu Abs. 1: Der G-BA hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Diese Regelung umfasst jedoch nicht die Richtlinien, in denen vom G-BA nach § 135b Abs. 2 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt werden sowie die diesbezüglichen Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen. Auch hier legt der G-BA Qualitätsanforderungen fest, die überprüft werden sowie Regelungen, mit welchen Maßnahmen bei Qualitätsproblemen reagiert werden soll (siehe Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) des G-BA). Demnach müssen die Vorgaben des § 137 zu Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen auch die Richtlinien nach § 135b umfassen.

Zu Abs. 3: Der G-BA soll in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des MDK nach § 275a regeln. Es besteht die gesetzliche Vorgabe, dass die Kontrollen durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. Diese Vorgabe lässt Überprüfungen, die auf Basis von Zufallsauswahl bestimmt wurden, nicht zu, jedoch lässt sich die Datenvalidität methodisch bedingt nur über zufallsbasierte Prüfungen ermitteln. Denn ob die im Krankenhaus für die Qualitätssicherung extra eingegebenen Daten auch den tatsächlichen klinischen, in der Patientenakte dokumentierten Daten entsprechen, lässt sich nicht zuvor anhand rechnerischer Auffälligkeiten oder Anhaltspunkte ermitteln. Die vom G-BA seit Beginn der externen, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung angewendete und bewährte Methodik der Datenvalidierung könnte nicht als MDK-Prüfung durchgeführt werden. Doch gerade die durch die letzten gesetzlichen Änderungen eingeführten Konsequenzen bei Qualitätsmängeln bedürfen einer belastbaren und damit geprüften, validen Datenbasis. So sollen bei den planungsrelevanten Indikatoren bei

der Datenvalidierung die MDK-Prüfungen eine zentrale Rolle spielen. Dies wird nur möglich sein, wenn eine entsprechende Änderung erfolgt, die auch zufallsbasierte Überprüfungen durch den MDK ermöglicht.

C) Änderungsvorschlag

Zu Abs. 1:

§ 137 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b, 136 bis 136c festzulegen.“

Zu Abs. 3: § 137 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen **oder für die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung gemäß § 275a Abs. 2 Nr. 2 auf Zufallsauswahl beruhen.**“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Gegenstände von Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

§ 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Widersprüche in der Auflistung der Gegenstände von Qualitätskontrollen des MDK sind aufzulösen.

B) Begründung

In § 275a Abs. 2 SGB V werden die Gegenstände von Qualitätskontrollaufträgen an den MDK aufgeführt. Unter Satz 3 Nr. 2 wird die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung gelistet. Hierbei handelt es sich jedoch um eine nicht sachgerechte Verengung auf die externe stationäre Qualitätssicherung, die auch im Widerspruch zu den Rechtverweisen des Abs. 2 stehen. Vielmehr muss es auch eine Überprüfung der Dokumentationsqualität bei sektorenübergreifenden Verfahren sowie im Zusammenhang mit den planungsrelevanten Indikatoren geben.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 wird folgendermaßen formuliert:

„die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136 bis 136c und“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Übermittlung des Standortkennzeichens in Abrechnungsdaten für ambulante Leistungen

§ 295 Abs. 1b Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Abrechnungsdatensatz wird für Einrichtungen am Krankenhaus, die zur Erbringung ambulanter Leistungen ermächtigt sind, um das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V erweitert.

B) Begründung

Hochschulambulanzen, PIAs und sozialpädiatrische Zentren sowie Kinderspezialambulanzen liefern keine Daten nach § 301 SGB V. Zur Sicherstellung des verbindlichen Einsatzes des Kennzeichens nach § 293 Abs. 6 SGB V für das gesamte Abrechnungsgeschehen an einem Krankenhaus, d. h. inklusive seiner Ambulanzen, ist eine entsprechende Erweiterung im § 295 Abs. 1b SGB V notwendig.

C) Änderungsvorschlag

In § 295 Abs. 1b SGB V wird Satz 1 wie folgt ergänzt:

„Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen [...], übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens **sowie ab dem 1. Januar 2019 das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6** an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; [...].“

**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels**

§ 301 Abs. 2 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das DIMDI hat den OPS dahingehend weiterzuentwickeln, dass eine leitliniengerechte psychi-
atrische und psychotherapeutische Versorgung nachvollzogen werden kann.

B) Begründung

Ein Ziel des PsychVVG ist, eine leitliniengerechte psychiatrische und psychotherapeutische
stationäre Versorgung zu garantieren. Hierzu ist es unentbehrlich, den OPS weiterzuentwi-
ckeln. Nur wenn die in den einschlägigen Leitlinien empfohlenen Maßnahmen vollständig ko-
diert und damit erfasst werden können, ist eine entsprechende Qualitätssicherung sowie der
avisierte Krankenhausvergleich möglich. Erfolgt dies nicht, so werden die Ziele verfehlt wer-
den.

C) Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 2 Satz 2 wird nach „abgerechnet werden können“ ergänzt um:

„und in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zur Beurteilung einer
leitliniengerechten Versorgung erforderlich sind“.

§ 301 Abs. 2 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Deutsche Institut für medizinische
Dokumentation und Information, den Operationen- und Prozedurenschlüssel spätestens bis
zum 1. Januar 2018 zu ergänzen, sodass die in hochwertigen Leitlinien empfohlenen psychi-
atrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen vollständig erfasst werden können“.