

**Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
zur Fachanhörung
im Bundesministerium für Gesundheit
am 17.06.2016**

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Stand 10.06.2016



Inhaltsverzeichnis:

I. Vorbemerkung	- 4 -
II. Referentenentwurf	- 7 -
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	- 7 -
Nr. 1 § 2a (neu) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten.....	- 7 -
Nr. 4 § 17 c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	- 9 -
Nr. 5b § 17d Abs. 2 Satz 1 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.....	- 11 -
Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	- 12 -
Nr. 2 § 1 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausleistungen in Verbindung mit Nr. 3 § 2 Abs. 1 Satz 1	- 12 -
Nr. 4 d § 3 Abs. 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags	- 14 -
Nr. 4 d-g § 3 Abs. 4 – 7 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags	- 18 -
Nr. 5 § 4 Leistungsbezogener Vergleich (neu).....	- 20 -
Nr. 6 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte	- 22 -
Nr. 9 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene	- 25 -
Nr. 10 § 10 Vereinbarung auf Landesebene (neu).....	- 28 -
Nr. 12 § 14 Abs. 1 und 4 Genehmigung	- 30 -
Nr. 14 § 18 Absatz 2 Übergangsvorschriften	- 31 -
Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetz	- 33 -
Nr. 3b § 21 Abs. 2 Übermittlung und Nutzung von Daten	- 33 -
Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 35 -
Nr. 1 § 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung	- 35 -
Nr. 2 § 101 Abs. 1 Satz 10 Überversorgung SGB V	- 38 -
Nr. 3 § 109 Abs. 1 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.....	- 39 -
Nr. 4 § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu)	- 41 -
Nr. 5 § 118 Abs. 3 Psychiatrische Institutsambulanzen	- 44 -
Nr. 6b § 136 Abs. 1 Satz 3 (neu) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung.....	- 45 -
Nr. 8 § 136c Abs. 2 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausbehandlung.....	- 47 -
Nr. 11 § 293 Abs. 6 (neu) Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer.....	- 48 -
Nr. 12 § 295 Abs. 1b Satz 4 (neu) Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	- 50 -
Nr. 13 § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhäuser	- 51 -

Artikel 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	- 52 -
Sonstiger Änderungsbedarf	- 53 -
§ 14 Abs. 1 und 4 KHEntgG Genehmigung	- 53 -
§136c Absatz 2 SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausbehandlung.....	- 55 -
§ 293 Absatz 4 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	- 56 -

I. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) orientiert sich eng an den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psychiatrie-Entgeltsystems vom 18.02.2016. Der Referentenentwurf greift diese Eckpunkte auf und konkretisiert die Vorgehensweise. Darüber hinaus finden sich Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung und der Standortidentifikation von Krankenhäusern.

Die Abkehr vom Preissystem zur Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen ist grundsätzlich zu hinterfragen, weil sie Tendenzen zur Selbstkostendeckung bei der Vergütung stationärer Leistungen bestärkt. Dies ist nicht nur aus ordnungspolitischen Gründen abzulehnen, sondern auch aufgrund der durch Auswertungen von Jahresabschlüssen belegbaren guten finanziellen Ausstattung der Krankenhäuser in der Psychiatrie und Psychosomatik. Die Stärkung der Ortsebene für die Versorgung und Vergütung psychiatrischer Leistungen steht im Fokus des Gesetzes. Die Umsetzung der neuen Optionsphase agiert richtigerweise und zwingend notwendig mit einer klassischen Budgetobergrenze, die nur in bestimmten Situationen überschritten werden darf. Allerdings scheinen die finanziellen Risiken nicht abschließend abschätzbar, da die Auswirkungen der zahlreichen undefinierten Ausnahmetatbestände bei der Budgetermittlung nicht quantifizierbar sind. Dies gilt auch für die Zeit ab 2019, in der das neue Vergütungssystem in Kombination mit dem Krankenhausvergleich ökonomische Wirkung entfalten soll. Die vorgesehenen expliziten Nachweis- und Substantiierungspflichten für Krankenhäuser bei höheren Preisparametern im Vergleich zum Durchschnitt der Krankenhäuser sind notwendig, weil sie Transparenz schaffen und grundsätzlich einen Preisangleichungsprozess zwischen den Krankenhäusern unterstützen. Sie sind aber zum Teil noch in Ihren Auswirkungen auf die Budgetwirkung zu präzisieren.

Die umfassende Festlegung von Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung ist eine erhebliche Herausforderung für die Praxis. Die Fehler, die bzgl. der Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gemacht wurden, über deren Erfüllungsgrad sich Krankenhäuser und Krankenkassen oft nicht einigen konnten, dürfen nicht wiederholt werden. Die Nachverhandlung zur vollständigen Umsetzung der Psych-PV sind daher kritisch zu sehen, da die Finanzierungen dafür in der Vergangenheit bereits flächendeckend erfolgt sind – die vereinbarten und finanzierten Stellen wurden von den Krankenhausträgern nur nicht flächendeckend besetzt. Insofern sind die klaren Kontrollmöglichkeiten und Nachweisverpflichtungen zwischen vereinbarter und tatsächlicher Personalausstattung, Nichterfüllung der Personalvorgaben und nicht zweckentsprechender Mittelverwendung wichtig und richtig. Die Konsequenz bei Nichteinhaltung muss allerdings eine Nichtvergütung von Leistungen bzw. eine Rückzahlung der zur Verfügung gestellten Mittel sein. Keinesfalls dürfen Krankenhäuser, die wirtschaftlich gut aufgestellt sind und die Personalvorgaben der Psych-PV eingehalten haben, schlechter gestellt werden als Krankenhäuser, die diese Rahmenbedingungen nicht erfüllen. Schon bei der Nachfinanzierung der Psych-PV nach § 6 Abs. 4 BPfIV wurden

wirtschaftlich gut aufgestellte Krankenhäuser benachteiligt. Dieser Fehler darf sich nicht wiederholen.

Die Einführung neuer stationsäquivalenter Leistungen (Hometreatment) durch Krankenhäuser ist als ordnungspolitische Maßnahme zu begrüßen, weil es ein Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung und weiterer bedarfsgerechter Anpassung stationärer Bettenkapazitäten ist. Für diese neue Versorgungsform gelten das Vereinbarungsprinzip und die Berücksichtigung im Gesamtbudget, so dass hier leistungsmengenbezogene und vergütungsrelevante Verhandlungsmöglichkeiten gegeben sind. In diesem Sinn sind auch die Weiterentwicklungen der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen positiv zu sehen, die künftig bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollen.

Die Einführung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser ist überfällig und unterstreicht, dass ein Nichteinigen der Selbstverwaltungspartner zu Konsequenzen führt. Die Neuregelung ist sehr zu begrüßen, weil durch die derzeit bestehenden Regelungen Ergebnisse aus der Qualitätssicherung nicht zielgenau einzelnen Leistungserbringern zugeordnet werden können. Spätestens nachdem mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung gesetzlich fixiert wurde, war dieser Schritt überfällig. Der klare Bezug zum Standort ist darüber hinaus für die Abrechnung von Zu- und Abschlägen, Bedarfsplanung, Qualitätsberichte, Mindestmengen etc. notwendig. Die viel zu üppige Umsetzungszeit für die Krankenhäuser ist abzulehnen und kann mit einfachen Mitteln erheblich reduziert werden.

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

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

- I. Die Vorgaben der Psych-PV wurden und werden bereits vollständig durch die Krankenkassen refinanziert. Daher besteht kein Anlass für eine zusätzliche Finanzierung.
- II. Um einen wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern zu gewährleisten, bedarf es in einem Entgeltsystem in der Psychiatrie wirkungsvoller Mechanismen wie einer Budgetobergrenze und einer Mengensteuerung. Die Erhöhung des Mindererlösausgleichs wird nicht nachvollziehbar begründet und ist daher aufgrund der dadurch entstehenden Fehlanreize und der Schaffung eines ab-

weichenden Erlösausgleichssatzes im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern abzulehnen.

- III. Krankenhausvergleiche müssen Budgetverhandlungen so beeinflussen, dass Effizienzreserven ermittelt und dann auch realisiert werden können. Dabei soll der Krankenhausvergleich nicht nur Informationen bereitstellen, sondern echte Wirkung entfalten.
- IV. Alle in den Eckpunkten genannten Sondertatbestände sind in den heutigen Budgets bereits enthalten. Deshalb bedarf es beim Umstieg auf ein neues Entgeltsystem keiner zusätzlichen Finanzierung.

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

II. Referentenentwurf

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

Des Weiteren sollte die Expertise der aktuell im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses arbeitenden Arbeitsgruppe AG Standorte des G-BA in die Erstellung des Ver-

zeichnisses einfließen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass das zu entwickelnde Verzeichnis die Bedarfe des G-BA berücksichtigt. Dieser Hinweis sollte in die amtliche Begründung aufgenommen werden.

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Einfügung eines neuen Absatzes 2a mit der Aufforderung an die DKG und den GKV-SV, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des SGB V insbesondere im Hinblick auf statistische Auffälligkeiten und Merkmale von Strukturqualität weiterzuentwickeln.
- b) Des Weiteren haben die Vertragsparteien erstmals bis zum 30.06.2017 eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen zu schließen.

Bei Nichtzustandekommen einer Vereinbarung zu a oder b kann die Schiedsstelle nach § 18 a Absatz 6 KHG entscheiden.

B Stellungnahme

Die geforderten Maßnahmen stellen in einem hohen Maße eine Überschneidung mit den jüngst zurückliegenden Maßnahmen zur Modifizierung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) und der damit einhergehenden Konsentierung des zugehörigen DTA-Verfahrens dar. Beides wurde bereits im Februar 2016 beschlossen. Durch die vereinbarte Mindestlaufzeit bis Ende 2018 wird hier ein hohes Maß an Beständigkeit für beide Seiten sichergestellt.

Zu a) Eine signifikante Entlastung beider Vertragsparteien wird durch die für den 01.01.2017 geplante DTA-Vereinbarung herbeigeführt. Eine weitere Entlastung könnte der Gesetzgeber noch durch die zwingende Einführung einer DTA-Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und dem MDK erwirken. Dieses mittelfristige Ziel würde dann z.B. neben der Rechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V auch in weiteren Bereichen wie z.B. den momentan beim GBA in Bearbeitung befindlichen Qualitätskontrollen zur Entlastung führen.

- Die explizite Nennung der Möglichkeit, Strukturqualitätsmerkmale in die Prüfungen aufnehmen zu können, ermöglicht zielführend die Verbesserung der Abrechnungsqualität. Es sollte jedoch noch klarstellend herausgestellt werden, dass die Prüfung der Strukturqualität sowohl im KHEntgG wie in der BPfIV Anwendung findet
- Der Vorschlag der Weiterentwicklung mittels statistischer Auffälligkeiten irritiert vor dem Hintergrund, dass diese globale Forderung mit dem Beitragsschuldengesetz in § 17c Absatz 4a KHG schon einmal Einzug gefunden hatte, dann

aber wieder ersatzlos gestrichen wurde, da keine entlastende justiziable Lösung dargestellt werden konnte.

Zu b) Die geforderte Erarbeitung einer eigenen Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen ist unter dem Gesichtspunkt, dass die PrüfvV sowohl Fälle nach BPfIV wie auch KHEntgG umfasst, obsolet.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung (Einfügung eines Absatzes 2a) ist zu streichen.

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

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Ein sachgerechter Einbezug in die Kalkulation ist sicherzustellen:

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

Kontenklasse 6: Aufwendungen
60 Löhne und Gehälter

...

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

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 3 regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrag) ab dem Jahr 2019. In einer nicht abschließenden Aufzählung sind zunächst ausgehend vom Gesamtbetrag des Vorjahres nach den Nummern 1 und 2 neben den voll- und teilstationären Entgelten zukünftig auch Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld einzubeziehen. Nach Nummer 3 sind neben der Kostenentwicklung ebenso die Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu berücksichtigen. Nach Nummer 4 sind die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPfIV einzubeziehen. In Nr. 5 ist geregelt, dass für das Jahr 2019 die Vorgaben der PsychPV einschließlich der Möglichkeit einer Nachverhandlung nach § 6 Abs. 4 BPfIV in der am 31.12.2012 geltenden Fassung Anwendung finden. Nach Nr. 6 sind ab dem Jahr 2020 die G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung zu berücksichtigen, wobei mit Blick auf § 5 Abs. 4 Doppelfinanzierungen auszuschließen sind. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung ist sicherzustellen.

Grundsätzlich bildet der Veränderungswert die Obergrenze für die Erhöhung des Gesamtbetrages. Eine Überschreitung der Obergrenze ist zulässig, um die erforderliche Stellenzahl nach PsychPV oder um die vom G-BA vorgegebene Personalausstattung zu gewährleisten. Ferner ist eine Überschreitung der Obergrenze aufgrund der Art und Anzahl der Leistungen dann möglich, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen durch das Krankenhaus nicht möglich ist oder eine Verlagerung der Leistung, z.B. in die ambulante Versorgung, ausgeschlossen ist. Darüber hinaus ist ein Überschreiten der Obergrenze im Fall einer Anpassungsvereinbarung möglich, die unter Berücksichtigung der krankhausindividuellen Situation eine flexible Anpassung in Richtung eines leistungsorientierten Budgets ermöglicht. Dabei sind neben leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten auch die Erkrankungsschwere der Patienten sowie die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 heranzuziehen. Liegen die vom Krankenhaus geforderten Entgelte deutlich über den Vergleichswerten, hat das Krankenhaus vor Abschluss einer Anpassungsvereinbarung die Gründe für eine Überschreitung schlüssig darzulegen. Sofern sich aufgrund der nach § 18 Abs. 2 vorzulegenden Unterlagen ergibt, dass eine Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.

B Stellungnahme

1. Die Vorgaben der Psych-PV sind bundesweit flächendeckend in den vereinbarten Budgets und den vereinbarten und finanzierten Stellen umgesetzt. Es mangelt nicht an der fehlenden Finanzierung der Stellen, sondern an der Besetzung durch die Krankenhäuser, wie auch an den in der Regel positiven Jahresabschlüssen psychiatrischer Kliniken erkennbar ist. Insoweit kann es nicht darum gehen, den nicht besetzten Stellen weitere unbesetzte Stellen hinzuzufügen. Vielmehr ist si-

cherzustellen, dass die bereits vereinbarten und finanzierten Stellen auch besetzt werden. Eine zusätzliche Finanzierung über einen Ausnahmetatbestand ist auszuschließen.

2. Eine Ausnahme für G-BA Regelungen zur Personalausstattung ist grundsätzlich nachvollziehbar, aber unter allen Umständen ist eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, auch hinsichtlich der bereits nach der Psych-PV vereinbarten und finanzierten Stellen.
3. Ein leistungsbezogener Vergleich ist grundsätzlich zu begrüßen. Da aber der Umgang mit den Erkenntnissen aus diesem Vergleich im Unklaren bleibt, ist kritisch zu hinterfragen, ob die Vertragspartner auf Ortsebene dieser Aufgabe im Verhandlungsprozess gewachsen sein werden und nicht die meisten Abschlüsse in Schiedsstellen enden werden. Dass Angleichungsprozesse von Vergütungen nicht dadurch einfacher werden, dass statt der Vorgabe eines Schemas Verhandlungen in jedem einzelnen Krankenhaus vorgenommen werden sollen, liegt auf der Hand. Um die Ergebnisse des Vergleichs auch im Hinblick auf eine Umsetzung von Absenkungen überhaupt effektiv umsetzen zu können, sollte der Weg einer Basisbereinigung gewählt werden. Vom Krankenhausträger ist bei jeder Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 eine schlüssige Darlegung zu fordern, nicht nur bei einer deutlichen Überschreitung. Insofern ist das Wort „deutlich“ zu streichen.

Zur Vermeidung eines einseitigen Treppeneffekts sollten die Ergebnisse des Vergleiches basisbereinigend berücksichtigt werden. Um unbillige Härten hierbei zu vermeiden, sollte die Basisbereinigung entsprechend der getroffenen Regelungen der Anpassungsvereinbarung umgesetzt werden. Eine schrittweise Anpassung aus der Anpassungsvereinbarung ergebe dann auch eine schrittweise Basisbereinigung.

4. Es ist nicht hinnehmbar, dass Krankenhäuser die für die Finanzierung medizinischen Personals zweckgebunden zur Verfügung gestellten Mittel nicht zweckgebunden verwenden. Diese Mittel wurden von den Krankenkassen für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung zur Verfügung gestellt. Wenn eine Nicht-Besetzung von finanzierten Stellen keine Rückzahlung und Budgetbereinigung zur Folge hat, besteht für Krankenhäuser ein wirtschaftlicher Anreiz, die Stellen auch künftig nicht zu besetzen. Genau dieser Umstand hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass an Krankenhäusern die vereinbarte und finanzierte Personalanzahl nicht auch tatsächlich beschäftigt wurde, obwohl in der Bilanz teils deutliche Gewinne ausgewiesen werden. Damit ist auch sicherzustellen, dass der allgemeine Rechtsgrundsatz der ungerechtfertigten Bereicherung nicht verletzt wird. Es ist daher auch aus systematischen Gründen zwingend, dass bei einer Nichtbesetzung vereinbarter und finanzierter Stellen die anteiligen Mittel zurückgezahlt werden und das Budget angepasst wird. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Vereinbarungslösung wird in der Praxis nicht ausreichen. Es bedarf der konkreten Verpflichtung zur Budgetkorrektur. Die Umsetzung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 ist auch nicht eindeutig geregelt. Handelt es sich um den Gesamtbetrag des Vorjahres oder den aktuellen Gesamtbetrag? Da die Ist-Kräfte des Vorjahres testiert werden, ist auf die Ausgangsgrundlage abzustellen, die als Basis für die Ermittlung des Gesamtbetrags dient.

5. Es ist fraglich, wie der Nachweis erbracht werden soll, dass eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen durch das Krankenhaus nicht möglich ist oder eine Verlagerung der Leistung, z.B. in die ambulante Versorgung, ausgeschlossen ist.
6. Die bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu berücksichtigenden Tatbestände sollen nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf „insbesondere“ berücksichtigt werden. Die genannten Tatbestände sind vollständig und abschließend. Ein Wildwuchs von weiteren Themen zur Überschreitung des Gesamtbetrags muss auch im Sinne der Beitragssatzstabilität verhindert werden.
7. In § 3 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 sind als Ausnahmetatbestände Veränderungen von Art und Menge der Leistungen aufgeführt. Diese Veränderungen sind jedoch zunächst um Katalogeffekte zu bereinigen. Zudem ist sicherzustellen, dass zusätzliche Leistungen nur zu ihren variablen Anteilen eingestellt werden können. Doppelfinanzierungen mit weiteren Ausnahmetatbeständen müssen ausgeschlossen werden.
8. Der Begriff der „Anpassungsvereinbarung“ nach § 3 Abs. 3 Satz 5 BPfIV ist noch zu unscharf definiert. Nach der Begründung ist diese für eine „schrittweise Erhöhung oder Absenkung“ in Ablösung der bisher vorgesehenen bundesweiten Konvergenz gedacht. Die daraus folgende Mehrjährigkeit des Anpassungsprozesses kommt in der Regelung aber nicht hinreichend zum Ausdruck.
9. Die Möglichkeit, Wirtschaftlichkeitsreserven absenkend im Gesamtbetrag zu berücksichtigen, ist sinnvoll und notwendig.

C Änderungsvorschlag

Zu 1.:

Art. 2 Nr. 4 d Satz 4 wird wie folgt geändert: „Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1 Nr. 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit der Tatbestand nach Satz 3 Nr. 6 dies erfordert;“

Zu 2.:

Art. 2 Nr. 4 d Satz 3 Nr. 6 wird wie folgt geändert: Ergänzung eines Halbsatzes „soweit diese Kräfte nicht bereits im Gesamtbetrag des Vorjahres über die Psych-PV finanziert waren,“

Zu 3.:

In Art. 2 Nr. 4 d Satz 3 wird im Satz „Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten,...“ das Wort „deutlich“ gestrichen.

- Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt: „Dieser ist zu verändern um die Ergebnisse des Vergleiches nach § 4 entsprechend der Anpassungsvereinbarung“. Satz 3 wird Satz 4 etc.
- Satz 5 wird wie folgt formuliert: „Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 und die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten [...]“
- Der darauf folgende Satz ist wie folgt zu formulieren:

„Die Vertragsparteien vereinbaren unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere [...] der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 eine Anpassungsvereinbarung mit dem Ziel, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, wobei für die Jahre ab 2019 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung genaue Regelungen zu treffen sind“

Zu 4. und 5.:

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

Zu 7.:

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

Zu 8.:

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

Zu 9:

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bei den Änderungen in Abs. 5, 6, 8 und 9 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen bzw. Folgeänderungen.

B Stellungnahme

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

Analog § 4 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG müssen die Erlöse der Krankenhäuser auch im Bereich der BPflV durch eine Bestätigung des Wirtschaftsprüfers abgesichert werden, damit für die Ermittlung der IST-Erlöse eine sichere Grundlage besteht.

Eine Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ist nicht erforderlich und wird abgelehnt. Die in der Gesetzesbegründung angeführten Argumente eines Schätzfehlerrisikos sowie einer nicht hinreichenden Kodierqualität sind aus der Praxis heraus nicht ableitbar. Erst durch die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes würde für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz geschaffen, wenig Wert auf die Kodierqualität zu legen. Zum einen konnte nicht beobachtet werden, dass eine nicht hinreichende Kodierqualität in nennenswerten Größenordnungen zu Mindererlösen geführt hat. Zum anderen konnten auch Erlösausfälle aufgrund eines Schätzfehlerrisikos nicht beobachtet werden. Auch im Bereich des Krankenhaus-Entgelt-Gesetzes gilt ein Mindererlösausgleich von 20 %. Daher gebietet bereits der Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung die Heranziehung eines gleichen Prozentsatzes. Der Grundsatz der Prospektivität sollte nicht dazu führen, dass den Krankenkassen das Risiko einer zu offensiven Vorkalkulation der Krankenhäuser auferlegt wird. Die Krankenhäuser hätten einen Anreiz, massiv höhere Leistungen zu fordern und im Budget durchzusetzen, ohne sie tatsächlich zu erbringen. Damit würden diese Krankenhäuser für diese Nicht-Leistung 50 % des Entgeltwertes im Ausgleich erhalten; das ist ein typischer Fehlanreiz. Die Erhöhung der Mindererlösausgleiche bedeutet einen Schritt in Richtung Selbstkostendeckung, der mit dem Ziel eines leistungsorientierten Budgetsystems nicht konform geht. Hohe Mindererlösausgleichssätze tragen darüber hinaus nicht dazu bei, Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsprozesse in den Krankenhäusern zu beschleunigen und Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Die in der Begründung angenommenen Kodiereffekte würden im Übrigen allenfalls in der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems wirken und keinesfalls dauerhaft einen Mindererlösausgleich von 50 % zu Gunsten der Krankenhäuser erfordern. Die Abschätzung der Mehrausgaben laut Ge-

setzesbegründung in Höhe von 60 Mio. Euro für die GKV insb. infolge der Erhöhung des Mindererlösausgleichs ist nicht nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

- In Art. 2 Nr. 4 d wird die Regelung zu § 3 Abs. 4 BPfIV gestrichen
- Art. 2 Nr. 4 g aa) letzter Halbsatz wird gestrichen.
- Art. 2 Nr. 4 g aa) Einführung eines Satzes analog § 4 Abs. 3 S. 7 KHEntgG: „Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse vorzulegen.“

Nr. 5 § 4 Leistungsbezogener Vergleich (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2018 soll ein leistungsbezogener Vergleich die Grundlage für die Budgetverhandlungen der Vertragsparteien auf Ortsebene sein. Er soll sowohl die bundeseinheitlichen Leistungen als auch die krankenhausbezogenen Besonderheiten nach § 6 BPfIV umfassen. Der leistungsbezogene Vergleich ersetzt die Konvergenz der unterschiedlichen Basisentgeltwerte der Krankenhäuser auf einen Landesbasisentgeltwert, wobei der leistungsbezogene Vergleich sowohl landes- als auch bundesweite Ergebnisse liefern soll.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben dabei die Einzelheiten und die Ausgestaltung des leistungsbezogenen Vergleichs zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Partei. Über die Einbeziehung von Abweichungen gegenüber dem Landesdurchschnitt verhandeln die örtlichen Vertragspartner. Eine deutliche Überschreitung bedeutet nach der amtlichen Begründung eine Überschreitung des krankenhausindividuellen Entgeltwerts von mehr als einem Drittel gegenüber dem maßgeblichen Vergleichswert.

B Stellungnahme

Die Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs ist zu begrüßen, weil dieser Transparenz schafft und grundsätzlich einen Preisangleichungsprozess zwischen den Krankenhäusern unterstützen kann. Jedoch erscheinen die Vorgaben für einen effektiven Einsatz des Krankenhausvergleichs aufgrund der laut amtlicher Begründung zulässigen Abweichungsquote von einem Drittel deutlich zu großzügig bemessen zu sein.

Des Weiteren sollte den Vertragsparteien auf der Ortsebene bis zum Inkrafttreten des Krankenhausvergleichs als Übergangsregelung weiterhin die Möglichkeit geben sein, Parteienvergleiche in die Budgetverhandlungen einzubringen. Die vorgesehene Substantiierungspflicht für die Krankenhäuser ist erforderlich.

Zudem ist im Leistungsvergleich die Effizienz zu berücksichtigen.

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

C Änderungsvorschlag

Der Gesetzestext ist um die Möglichkeit zu ergänzen, dass bis zum Vorliegen der Orientierungsdaten des gemeinsamen Leistungsvergleichs, die Ergebnisse aus den Ver-

gleichen der jeweiligen Vertragsparteien vor Ort bei der Findung des Gesamtbetrages genutzt werden können (analog des § 5 Abs. 4 der BPfIV in der Fassung bis zum 31.12.2012). Darüber hinaus sind Effizienzparameter für den Leistungsvergleich zu ergänzen.

In Absatz 1 wird Satz 4 angefügt: „Bei den vereinbarten Entgelten sind die Anpassungsvereinbarungen mit dem jeweiligen Zielwert zu berücksichtigen“.

Nr. 6 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

Auch die Absätze 4 und 5 stellen redaktionelle Folgeänderungen dar.

B Stellungnahme

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

Bei der Behandlung von Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen kann es in der Behandlung zu leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten kommen, die sich nicht mit den üblichen Entgelten abbilden lassen. Diese sind von den Vertragsparteien auf Ortsebene gesondert zu verhandeln. Bei leistungsbezogenen strukturellen 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. Der Leistungsbezug bei strukturellen Besonderheiten bereitet erhebliche inhaltliche Interpretationsschwierigkeiten. Mit der geplanten Neuregelung wird das einheitliche Vorschlagsverfahren konterkariert und der Grundsatz eines „lernenden Systems“ ausgehebelt. Die Möglichkeit der Vereinbarung von NUB-Entgelten ist hier grundsätzlich ausreichend. Ein Verweis auf § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB) kann als Lösung dienen und vereinheitlicht das Verfahren. Es erscheint sinnvoll und angemessen, die Verein-

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

Eine Prüfung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten durch das InEK ist ein Schritt in die richtige Richtung. Das InEK kann jedoch nur prüfen, ob leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, auf Grundlage der durch das Krankenhaus eingereichten Unterlagen, richtig kalkuliert worden sind. Hierauf beschränkt sich die Prüfkompetenz des InEK. Bei den in der Gesetzesbegründung beispielhaft genannten Therapiekonzepten kann das InEK jedoch nicht die medizinische Prüfung desselben oder die Prüfung der Wirtschaftlichkeit eines Therapiekonzepts oder ähnlichem durchführen. So kann ein in der medizinischen Wissenschaft als exotisch angesehene Therapiekonzept durchaus richtig vom Krankenhaus kalkuliert worden sein und ist somit als Entgelt zu vereinbaren. Ob mit diesem Therapiekonzept jedoch die Behandlungsqualität des Patienten gesteigert wird, dieses dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung entspricht oder im Ansatz eine wirtschaftliche Behandlung erlaubt, ist fraglich und durch das InEK nicht zu beurteilen. Einer „Therapiewillkür“ ist im Sinne des Patienten vorzubeugen. Deshalb sind insbesondere andere Therapiekonzepte durch S3-Leitlinien zu untermauern, bevor sie vergütet werden. Ist das nicht möglich, sind andere Therapiekonzepte, die als leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten benannt werden, vorab durch den MDK auf ihren Nutzen zu prüfen. Im Sinne der Gleichbehandlung mit dem DRG-Recht wird entsprechend der Formulierung des § 6 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG vorgeschlagen, auch in der BpflV eine Möglichkeit einer prospektiven Vereinbarung ohne Entscheid des InEKs umzusetzen.

C Änderungsvorschlag

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

In Abs. 2 wird in Satz 4 folgender Halbsatz angefügt: „; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird.“

In Absatz 2 werden nach Satz 4 vier neue Sätze eingefügt:

„Werden Therapiekonzepte, die nicht mit den in § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 genannten Entgelten sachgerecht vergütet werden, als leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten durch das Krankenhaus benannt, sind diese mit S3-Leitlinien zu unterlegen. Sofern dies nicht möglich ist, prüft der MDK binnen drei Monaten das Therapiekonzept hinsichtlich des Behandlungserfolgs. Die Vereinbarung kann ohne die Information vorläufig geschlossen werden, wenn die Information bei fristgerecht erfolgter Anfrage bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus nicht vorliegt. Nach Bekanntgabe der Bewertung des InEK er-

folgt im nächstfolgenden Entgeltzeitraum ein Ausgleich und eine Berichtigung der vorläufig vereinbarten Zusatzentgelte, soweit die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllt sind.“

Nr. 9 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

- Nummer 7: Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom DIMDI herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können.
- Nummer 8: Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden bis zum 31. März 2017 verpflichtet, insbesondere die Einzelheiten für den Nachweis nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Datenübermittlung vorzugeben.
- Nummer 9: Über die gesetzlichen Vorgaben des § 4 zum leistungsbezogenen Vergleich hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Vergleichs bis zum 1. Januar 2018 zu vereinbaren.
- Nummer 10: Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben bis zum 31. März 2018 die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach § 6 Absatz 2 zur Einholung einer Information zur sachgerechten Vergütung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten auf der Grundlage eines Konzepts des InEK zu vereinbaren.

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

B Stellungnahme

Absatz 1 Nummer 5:

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

Absatz 1 Nummer 6:

Die Neuregelung ist aufgrund der Neuausrichtung des Entgeltsystems folgerichtig. Sie muss jedoch auch die vereinbarten Personalkennzahlen beinhalten, um hinreichend genaue vertragliche Transparenz für alle Beteiligten am Verfahren gewährleisten zu können.

Absatz 1 Nummer 7:

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

Absatz 1 Nummer 8:

Die zeitnahe Umsetzung der Ausgestaltung eines Stellennachweises ist zu begrüßen. Klare Kontrollmöglichkeiten und Nachweisverpflichtungen sind zwingend.

Absatz 1 Nummer 9:

Die Neuregelung ist aufgrund der Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs folgerichtig.

Absatz 1 Nummer 10:

Die Neuregelung ist aufgrund der Einführung von Entgelten für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten folgerichtig.

Die Harmonisierung von Konfliktregelungsmechanismen in Absatz 2 ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Die Nummer 6 wird wie folgt formuliert:

6. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der

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

Streichung der Nummer 7

Nr. 10 § 10 Vereinbarung auf Landesebene (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift des § 10 wird im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen neu gefasst. Die zeitliche und der Höhe nach schematische Annäherung an einen landesweit geltenden Basisentgeltwert entfällt. An die Stelle der schematischen Konvergenz tritt nunmehr der leistungsbezogene Vergleich nach § 4.

Für diesen leistungsbezogenen Vergleich werden die Vertragsparteien auf Landesebene beauftragt, Folgendes zu ermitteln:

- Bis zum 30. November eines Jahres, erstmals bis zum 30. November 2018, für das folgende Jahr einen landesweiten Basisentgeltwert; dabei haben sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 auszugehen (Absatz 2).
- Die jeweils durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis Absatz 3; dabei haben sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe auszugehen (Absatz 3).

Fehlende Werte sind jeweils zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen.

Kommen Vereinbarungen nach den Absätzen 2 und 3 bis zum 30. November des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich die ausstehende Entscheidung fest.

B Stellungnahme

Durch die Neuorientierung des Entgeltsystems wird eine Konvergenz an einen landeseinheitlichen Basisentgeltwert obsolet. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit der Entgelte zu gewährleisten, wird stattdessen ein leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BpflV eingeführt. In diesem Zusammenhang soll auch ein Landesbasisentgeltwert ermittelt werden. Die in Absatz 2 beschriebene Berechnungsmethodik hierzu ist nachvollziehbar und sachgerecht.

Die im Land vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen ist voraussichtlich um die Bewertungsrelationen von Modellkliniken (wie § 64b SGB V) zu bereinigen, um einen adäquaten Vergleich zu ermöglichen.

In diesen Vergleich nach § 4 BpflV sollen auch die krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 3 BpflV einfließen. Auch das ist grundsätzlich sachgerecht. Nur bedingt nachvollziehbar ist jedoch die in Absatz 3 dargestellte Durchschnittsbildung über die krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte. Zu krankenhausindividuell vereinbarten Entgelten macht ein Leistungsvergleich mit einer entspre-

chenden Anpassung an den Durchschnitt keinen Sinn. Sollten hier Durchschnittsentgeltwerte ermittelt werden, spräche das für eine Kalkulationslösung über das InEK. Der in Absatz 4 eingeführte Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle ist zu begrüßen. Soll verhindert werden, dass die Schiedssprüche der Schiedsstelle beklagt werden, so ist in § 14 BPfIV eine Genehmigungspflicht für eine Entscheidung nach § 10 Abs. 4 BPfIV einzuführen. Auf die Ausführungen zu § 14 BPfIV in dieser Stellungnahme sei hier verwiesen.

Die Einpreisung von prospektiven Schätzgrößen bei der Vergleichsbildung auf Basis retrospektiver Vereinbarungsergebnisse ist nicht nachvollziehbar. Es findet sich hierzu auch in der Begründung keine Anmerkung. Die allgemeinen Kostenentwicklungen sind in den Einzelhausvereinbarungen über § 3 Absatz 3 Satz 3 Nr. 3 abgebildet und im Einzelhausbudget enthalten.

C Änderungsvorschlag

Im § 10 Abs. 2 wird am Ende des Satzes 2 folgender Halbsatz angefügt: „; die vereinbarte Summe der Bewertungsrelationen ist um die vereinbarten Bewertungsrelationen von Modellkliniken zu bereinigen.“

In Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt formuliert: „Für die Ermittlung gehen sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen, Anpassungsvereinbarungen sind mit ihrem Zielwert zu berücksichtigen“.

In Absatz 2 wird Satz 3 gestrichen.

Streichung des Absatzes 3.

Hilfsweise zur Streichung des Absatzes 3:

- In Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt formuliert: „Für die Ermittlung gehen sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen, Anpassungsvereinbarungen sind mit ihrem Zielwert zu berücksichtigen“.
- In Absatz 3 wird Satz 3 gestrichen.

Nr. 12 § 14 Abs. 1 und 4 Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

§ 14 wird wie folgt geändert:

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

Nr. 14 § 18 Absatz 2 Übergangsvorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

Deshalb ist es unabdingbar, dass eine sachgerechte Verwendung der Mittel

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

Darüber hinaus werden Nachweise von bezogenem Personal, das in der LKA als Sachkosten ausgewiesen wird, benötigt.

An dieser Stelle wird auf die Ausführungen zu § 3 Abs. 3 Satz 7 BPfIV verwiesen.

C Änderungsvorschlag

§18 Abs. 2 BPfIV wird wie folgt geändert:

- Satz1: „Für die Jahre 2013 bis 2019 haben die Krankenhäuser über die nach der Psychiatrie-Personalverordnung finanzierten Stellen nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellen-

besetzung in Vollkräften sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen; diese Bestätigung beinhaltet auch die Nachweise von bezogenem Personal, das in der Regel als Sachkosten verbucht wird; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind im nächstfolgenden Budget zurückzuzahlen.“

- Am Ende des Absatz werden folgende Sätze angefügt: „Für die Maßnahmen nach Satz 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach Satz 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften des Gesamtpersonalbestandes, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften des Gesamtpersonalbestandes, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen; diese Bestätigung beinhaltet auch die Nachweise von bezogenem Personal, das in der Regel als Sachkosten verbucht wird. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind im nächstfolgenden Budget zurückzuzahlen.“

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetz

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

§ 21 KHEntgG Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„Institutionskennzeichen des Krankenhauses und ab dem [Einsetzen (spätestens erster Tag des ersten Jahres nach Inkrafttreten)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie grundsätzlich das Kennzeichen für den entlassenden Standort,“

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

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

Im Buchstaben b wird klargestellt, dass die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten Behandlung – ebenso wie die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung – vorrangig ist gegenüber der vollstationären Behandlung.

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

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

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die Änderung erweitert den bisherigen Anspruch des Versicherten nunmehr um die stationsäquivalente Behandlung.

Zu Buchstabe b)

Entsprechend dem Normzweck des § 39 SGB V wird die stationersetzende Behandlung konkretisierend im Vor- und Nachrangsystem eingeordnet. Diese Einordnung korreliert mit dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des § 12 SGB V. Vgl. hierzu die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 3 Änderungen des § 2 Abs. 1 Satz 1 BPfIV.

Zu Buchstabe c)

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

- Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit

- akute Krankheitsphase
- Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche
- ggf. zu versorgende Kinder
- Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit während der gesamten Behandlung
- nach Art und Intensität nicht durch andere aufsuchende Behandlung leistbar
- nicht an stationäres Bett gebunden
- Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte

Leistungsinhalt:

- komplexer Behandlungsansatz (=medizinische Prüfung)
- multiprofessionelles Team (Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo-, Bewegungs- und sonstige Therapeuten), psychiatrisch geschultes Pflegepersonal unter fachärztlicher Leitung (=Strukturprüfung)
- aus vorhandenen Klinikressourcen (Strukturkriterium)
- in Umfang, Leistungsspektrum und Komplexität vergleichbar der vollstationären Behandlung (medizinische Prüfung)
- mobil (permanent und rasch verfügbar) (=Strukturprüfung)
- im gewohnten Lebensumfeld (auch Alten- oder Pflegeheim) (Verschlüsselung über Ort der Leistungserbringung)
- täglicher Therapiekontakt
- sieben Tage die Woche
- 24h

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

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

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

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

Kritisch anzumerken ist auch und insbesondere der Hinweis in der Begründung, dass die Modellvorhaben unberührt blieben (vgl. letzter Satz der Begründung zu Buchstabe c auf S. 39 des Referentenentwurfs). Denn dies ist nicht uneingeschränkt der Fall. Zum einen ist die „Unberührtheit“ stark abhängig von der jeweiligen Budgetausgestaltung der Modellverträge. Zum anderen berührt ein solches Leistungsangebot zum jetzigen Zeitpunkt die bereits gestartete bundesweite und einheitliche Evaluation der Modellkliniken, da sie Einfluss auf das Leistungsangebot der Kontrollkliniken hat. Mit einer verspäteten Inkraftsetzung ab 1.1.2019 könnten auch Modellkliniken angemessen reagieren, die der Evaluation zu Grunde liegende Datenlage wäre für die ersten Zwischen- und Endberichte unverfälscht und deren Ergebnisse könnten bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Nutzen sein.

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 2 § 101 Abs. 1 Satz 10 Überversorgung SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 3 § 109 Abs. 1 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Mit § 109 SGB V wird für die Vertragsparteien des Versorgungsvertrages ein begrenztes Recht zur Vertragsgestaltung im Hinblick auf den Inhalt des Krankenhausplans für die Plankrankenhäuser, mittelbar auch für Hochschulkliniken, eingeräumt. Es handelt sich um eine Ergänzung hinsichtlich der planmodifizierenden und plankonkretisierenden Vereinbarungen. Der neu eingefügte Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle nach § 114 SGB V stärkt und erweitert die bisher nur geringe Einflussmöglichkeit der Vertragspartien auf die Krankenhausversorgung. Nach dem Wortlaut ist die Vereinbarung als zwingende Folge bei stationsäquivalenter Leistungserbringung formuliert. Die nunmehr eingeführte Veränderung in der Leistungsstruktur eines Krankenhauses (stationsäquivalent) rechtfertigt diesen zwingenden Schluss. Die Vereinbarung könnte parallel zur Budgetverhandlung nach BPfIV von den Parteien verhandelt werden, da aufgrund der Verhandlungsunterlagen auch der Umfang der Bettenanpassung ermittelbar ist. Eine sachgerechte Ermittlung wird frühestens in dem Budgetzeitraum, der auf die erstmalige tatsächliche Leistungserbringung folgt, möglich sein. Bis dahin liegen auch Kalkulationsdaten vor, die einer sachgerechten Ermittlung dienlich sind.

Leider wirken die vorgesehenen Vorgaben auf Bundesebene in § 115d Abs. 2 Nr. 4 einschränkend hinsichtlich der gewährten Vertragsfreiheit. Dies birgt die Gefahr, dass die Regelung wiederum nicht zur gewünschten Kapazitätsreduzierung führt bzw. über diese Vorgaben auf Bundesebene de facto ausgehebelt wird. Da die Vertragsparteien auf Ortsebene ohnehin den landesspezifischen Planungsvorgehen eher gerecht wer-

den können, erübrigt sich eine Vereinbarung mit Vorgaben auf Bundesebene. Dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand kann eingespart werden.

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

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

Der Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle nach § 114 SGB V ist letztlich konsequent, um die Interessen des Landes hinreichend sicherzustellen.

C Änderungsvorschlag

Siehe Art. 4 Nr. 4 zu § 115d SGB V

Nr. 4 § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Um die Leistungserbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist eine Schiedsstellenlösung für den Fall vorgesehen, dass die Vertragsparteien sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten

über die in § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 4 vorgesehenen Regelungen zur Ausgestaltung der neuen Behandlungsform einigen können. Die Schiedsstelle trifft keine Entscheidung über die nach § 115d Absatz 2 Satz 2 zu vereinbarende Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Unterschiedliche Auffassungen in diesem Zusammenhang sind - wie sonst auch - im Rahmen des Verfahrens zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim DIMDI zu klären.

Zu Absatz 4

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

B Stellungnahme

In Absatz 1 wird die Begrenzung des Kreises der berechtigten Leistungserbringer mit den besonderen Anforderungen an die Qualifikation des Personals begründet, leider ohne diese näher zu spezifizieren. Dies ist zwingend nachzuholen. Insbesondere im Zusammenhang mit der Begründung zu Abs. 4, wonach über ob und wie einer Überführung der Leistungserbringung auf Netzwerke ambulanter Leistungserbringer erfolgen soll, ist eine Konkretisierung hinsichtlich eventueller Qualifizierungsmaßnahmen und deren Finanzierung erforderlich.

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

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

Mindeststandards über die Vereinbarung nach Nr. 2 geregelt werden. Der zusätzliche Verwaltungsaufwand der Vereinbarung für Nr. 3 kann eingespart werden.

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

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

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 5 § 118 Abs. 3 Psychiatrische Institutsambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Als neuer Satz 3 ist zu §118 Abs. 3 SGB V folgender Satz einzufügen:
 „Abweichend von Satz 1 hat der Zulassungsausschuss von einer Ermächtigung abzusehen, wenn wahrscheinlich ist, dass sie nach den Bestimmungen der Vereinbarung nach Satz 2 nicht bedarfsgerecht wäre oder andere Voraussetzungen der Vereinbarung nach Satz 2 nicht erfüllt werden.“

Nr. 6 b § 136 Abs. 1 Satz 3 (neu) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

Sollte der Satz verbleiben, ist zumindest die Einschränkung auf „Qualitätssicherungszuschläge“ nicht sinnvoll, um auch andere Finanzierungsmöglichkeiten, die ggf. einfacher und unbürokratischer sein können, zu ermöglichen.

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

C Änderungsvorschlag

Kein Einfügen des Satz 3 neu.

Hilfsweise:

§136 Absatz 1 neuer Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung regeln. Die Regelungen zur Finanzierung nach Satz 3 können nur für vom G-BA selbst gebildete bzw. getragene Strukturen oder für Strukturen, an denen Krankenkassen als Träger maßgeblich beteiligt sind, Anwendung finden. Zur Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit hat der G-BA die Notwendigkeit der Strukturen zur Umsetzung der Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu begründen.“

Nr. 8 §136c Abs. 2 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass Auswertungsergebnisse aus der gesetzlichen Qualitätssicherung bzgl. planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für die Planungsbehörden nicht auf die rein stationären Qualitätssicherungsverfahren beschränkt sind, sondern auch Ergebnisse der Krankenhäuser aus Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beinhalten können.

B Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Siehe aber auch sonstigen Änderungsbedarf zu § 136c Absatz 2.

Nr. 11 § 293 Abs. 6 (neu) Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

- In § 293 Abs. 6 Satz 1 SGB V wird gestrichen „; ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.“ Und stattdessen werden die Worte eingefügt: „ein bundesweites

Schlüsselverzeichnis zur Abbildung der Standorte der Betriebsstätten und der jeweiligen Ambulanz der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser“.

- In § 293 Abs. 6 Satz 4 SGB V wird „Verzeichnis“ ersetzt durch „Schlüsselverzeichnis“
- In § 293 Abs. 6 Satz 5 SGB V wird das Wort „zeitnah“ durch die Worte „vierteljährlich“ ersetzt.
- In § 293 Abs. 6 Satz 8 Punkt 3 SGB V wird gestrichen: „die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung“
- In § 293 Abs. 6 Satz 8 Punkt 3 SGB V wird eingefügt: „die vierteljährliche Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung“

Nr. 12 § 295 Abs. 1b Satz 4 (neu) Abrechnung ärztlicher Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

In § 295 Absatz 1b Satz 4 wird angefügt „regionale Vereinbarungen gelten weiter, sofern sie gemäß § 295 Absatz 1b Satz 4 SGB i.d.F. 22.11.2011 abgeschlossen wurden.“

Nr. 13 § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist zu begrüßen.

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

C Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

Vgl. Kommentierung zu Änderungen des § 14 Abs. 1 und 4 KHEntgG im Kapitel „Sonstiger Änderungsbedarf“: Inkrafttreten ab 01.10.2016

C Änderungsbedarf

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

Inkrafttreten der Änderungen des § 14 Abs. 1 und 4 KHEntgG ab 01.10.2016

Sonstiger Änderungsbedarf

§ 14 Abs. 1 und 4 KHEntgG Genehmigung

Änderungsbedarf

Mit dem KHSG wurde in § 10 Abs. 13 KHEntgG vorgegeben, dass die Vertragsparteien auf Landesebene jährlich einen Fixkostendegressionsabschlag (FDA) zu vereinbaren haben. Eine Genehmigungspflicht des FDA durch eine entsprechende Anpassung des § 14 Abs. 1 KHEntgG, der u.a. eine Genehmigung des Landesbasisfallwertes vorsieht, wurde nicht vorgesehen.

Nach der Rechtsprechung des BVerwG sind die genehmigungspflichtigen Tatbestände in § 14 Abs. 1 KHEntgG im Einzelnen enumerativ aufgeführt (BVerwG v. 30.05.2013 – 3 C 16/12, Rz. 21 ff). Das BVerwG hat zur Frage der Genehmigungspflicht vor diesem Hintergrund entschieden, dass die „selektive Formulierung des § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG zeigt, dass sich der Gesetzgeber bewusst gegen eine umfassende Genehmigungsbedürftigkeit entschieden hat“, und eine Genehmigungspflicht verneint (BVerwG a.a.O., Rz. 23). Ausgehend von der Rechtsprechung des BVerwG ist daher von einer Genehmigungsfreiheit der Vereinbarung des FDA auf Landesebene sowie einer entsprechenden Festsetzung durch die Schiedsstelle auszugehen. Das BVerwG hat außerdem entschieden, dass für den Fall, dass einer Festsetzung der Schiedsstelle kein Genehmigungsakt nachfolgt, der Festsetzung selbst der Charakter eines vertragsgestaltenden Verwaltungsakts zukommt. Im Streitfall ist eine Klage auf dem Verwaltungsrechtsweg unmittelbar gegen die Schiedsstelle zu richten (BVerwG a.a.O., Rz. 27.). Eine solche Klage hat nach § 80 Abs. 1 VwGO aufschiebende Wirkung. § 14 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG, der die aufschiebende Wirkung ausschließt, kommt in diesen Fällen nicht zur Anwendung, weil diese Vorschrift lediglich den Fall der behördlichen Genehmigung regelt.

Da davon auszugehen ist, dass die Rechtsprechung des BVerwG auf den FDA übertragbar ist, hätte eine Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle zur Folge, dass der FDA aufgrund der aufschiebenden Wirkung nicht zur Anwendung käme. Damit würde der FDA auch auf der Ortsebene nicht zur Umsetzung kommen. Dies würde der gesetzlichen Intention einer aufwandsneutralen Verlagerung der Fixkostendegression von der Landes- auf die Ortsebene widersprechen (hierzu BT-Drs. 18/5372, S. 59). Es gibt darüber hinaus auch keine nachvollziehbaren Gründe, warum eine Rechtskontrolle des FDA durch die Genehmigungsbehörde entbehrlich erscheint. Die Höhe der Mehrausgaben der Krankenkassen für Mengensteigerungen im Krankenhausbereich wird maßgeblich durch die Höhe des FDA bestimmt. Vor diesem Hintergrund erscheint eine staatliche Kontrolle im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens sinnvoll.

Es wird vorgeschlagen, eine mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz vergleichbare Regelung zur Ergänzung des § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG vorzunehmen und den Fixkostendegressionsabschlag – ebenso wie den Mehrleistungsabschlag – der Genehmigungspflicht zu unterziehen.

Da der Fixkostendegressionsabschlag von den Vertragsparteien auf Landesebene jährlich bis zum 30.09., erstmalig bis zum 30.09.2016 für das Jahr 2017 ff. zu vereinbaren ist, ist das Inkrafttreten der Regelung zur Genehmigungspflicht bereits ab dem 01.10.2016 vorzusehen.

Änderungsvorschlag

§ 14 des Krankenhausentgeltgesetzes wird wie folgt geändert:

- In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10“ die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.
- In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „des landesweit geltenden Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.
- In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „des landesweit geltenden Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.
- Rückwirkendes Inkrafttreten zum 01.10.2016.

§136 c Absatz 2 SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausbehandlung

Änderungsbedarf

In § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V wird der Informationsfluss über die Auswertungsergebnisse zu den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der planungsrelevanten Indikatoren geregelt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen benötigen die Informationen in gleicher Weise, damit sie ihre Aufgaben nach § 109 Absatz 3 Nummer 2, § 110 Absatz 1 Satz 2 SGB V wahrnehmen können.

Nach § 109 Absatz 3 Nummer 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 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Ebenso sieht § 110 Absatz 1 Satz 2 SGB V diesbezüglich eine Kündigungsmöglichkeit für Versorgungsverträge vor. Beide Vorgaben können die Krankenkassen jedoch nicht umsetzen, da der § 136c Absatz 2 SGB V bisher keine Übermittlung der Auswertungsergebnisse und Bewertungsmaßstäbe an die Krankenkassen vorsieht. Sollen die §§ 109 und 110 SGB V von den Krankenkassen umgesetzt werden, ist eine Änderung in § 136c zwingend notwendig.

Änderungsvorschlag

§ 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Nach den Worten: „Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden“ werden die Worte „sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt.

§ 293 Absatz 4 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Änderungsbedarf

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

Änderungsvorschlag

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