

---

**Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums  
für Gesundheit**

---

**zum**

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

**vom 14. Juni 2016**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>4</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>16</b>
<b>Artikel 1 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....	<b>16</b>
Zu Artikel 1 Nr. 1: § 2a KHG	
Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten .....	16
Zu Artikel 1 Nr. 4a): § 17c Abs. 2a KHG	
Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung .....	18
Zu Artikel 1 Nr. 5a) bb): § 17d KHG	
Kalkulationsgrundlage.....	21
Zu Artikel 1 Nr. 5d) ee): § 17d Abs. 4 KHG	
Einführungsphase - Fristen .....	22
Zusätzlicher Änderungsbedarf des § 17d KHG .....	23
<b>Artikel 2 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung</b> .....	<b>24</b>
Zu Artikel 2 Nr. 4b: § 3 Abs. 1 BPfIV	
Einführungsphase - Fristen .....	24
Zu Artikel 2 Nr. 4c: § 3 Abs. 2 BPfIV	
Vereinbarung des Gesamtbetrages - Fristen .....	24
Zu Artikel 2 Nr. 4d: § 3 Abs. 3 und 4 BPfIV	
Vereinbarung des Gesamtbetrages .....	25
Zu Artikel 2 Nr. 4f: § 3 Abs. 5 BPfIV	
Krankenhausindividueller Basisentgeltwert .....	30
Zu Artikel 2 Nr. 4g: § 3 Abs. 7 BPfIV	
Mindererlösausgleich .....	31
Zu Artikel 2 Nr. 5: § 4 BPfIV	
Leistungsbezogener Vergleich .....	33
Zu Artikel 2 Nr. 6b: § 6 Abs. 2 und 3 BPfIV	
Entgelte für leistungsbezogene, strukturelle Besonderheiten .....	35
Zu Artikel 2 Nr. 9a) cc): § 9 Abs. 1 Nr. 7 bis 10 BPfIV	
Vereinbarung auf Bundesebene .....	35
Zu Artikel 2 Nr. 10: § 10 BPfIV	
Vereinbarung auf Landesebene.....	37
Zu Artikel 2 Nr. 11: § 11 BPfIV	
Einführungsphase - Fristen .....	38
Zu Artikel 2 Nr. 14b: § 18 Abs. 2 BPfIV	
Nachweispflichten zur Stellenbesetzung .....	39
<b>Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>41</b>
Zu Artikel 3: § 5 Abs. 3 KHEntgG	
Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen .....	41
Zu Artikel 3 Nr. 3: § 21 Abs. 2 Nr. 2b) KHEntgG	
Übermittlung und Nutzung von Daten .....	42
<b>Artikel 4 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>43</b>
Zu Artikel 4 Nr. 1b - c: § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V	
Krankenhausbehandlung .....	43

---

Zu Artikel 4 Nr. 2: § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V Bedarfsplanung.....	44
Zu Artikel 4 Nr. 3: § 109 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern .....	46
Zu Artikel 4 Nr. 4: § 115d SGB V Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung .....	47
Zu Artikel 4 Nr. 5: § 118 Abs. 3 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen .....	51
Zu Artikel 4 Nr. 6b): § 136 Abs. 1 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung .....	51
Zu Artikel 4 Nr. 7a - e: § 136a Abs. 2 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	52
Zu Artikel 4: § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	53
Zu Artikel 4 Nr. 8: § 136c Abs. 2 SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung .....	54
Zu Artikel 4 Nr. 11: § 293 Abs. 6 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer .....	54
Zu Artikel 4 Nr. 12: § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	56

---

## Allgemeiner Teil

---

Die DKG begrüßt, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die Weichen für die weitere Umsetzung der Finanzierungsreform für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung neu gestellt werden und der ursprünglich vorgesehene Weg in eine preisorientierte Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen nicht weiter verfolgt wird und stattdessen die auf der politischen Ebene abgestimmten und im strukturierten Dialog am 18. Februar 2016 vorgestellten Eckpunkte maßgeblich für die Weiterentwicklung des Systems sein sollen. Aus Sicht der Krankenhäuser sind insbesondere die folgenden Ziele und Ansätze der Politik zur Ausgestaltung des neuen Systems positiv hervorzuheben:

- Begründete individuelle Kosten der Kliniken sollen auch weiterhin über krankenhaushausindividuelle Budgets finanziert werden.
- Auch die regionalen und strukturellen Besonderheiten sollen im Rahmen der individuellen Budgets berücksichtigt werden.
- Der Krankenhausvergleich soll nicht primär als ein auf Kostensenkung ausgerichteter Betriebskostenvergleich, sondern als Orientierungshilfe zur Gewährleistung eines ausreichenden, den Personal- und Qualitätserfordernissen angemessenen Budgets eingesetzt werden.
- Der Entgeltkatalog soll den medizinischen Erfordernissen Rechnung tragen und darf nicht zu Fehlanreizen und Fehlsteuerungen führen.
- Die Kalkulation der Bewertungsrelationen soll auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Personalausstattung und leitliniengerechten Qualitätsnormen erfolgen.
- Zur Verbesserung der Personalausstattung soll auch deren Refinanzierung im Zusammenwirken von Budgetvorschriften, Entgeltkatalog und Krankenhausvergleich gewährleistet werden.

Diese mit den Eckpunkten und im strukturierten Dialog formulierten Leitziele werden mit dem Referentenentwurf nicht erreicht. Die gesetzestechnische Umsetzung erfolgt durch zahlreiche Regelungen, die in ihrer komplexen Zusammenwirkung gesehen werden müssen. Insbesondere das Zusammenwirken der neuen Vorschriften für die Budgetverhandlungen mit dem neuen Instrument des Krankenhausvergleiches wird entscheidend für eine sachgerechte Budgetfindung sein. Allerdings sind die Vorschriften in ihren Details weitgehend einseitig auf Budgetbegrenzungen und somit zu Lasten der Krankenhäuser ausgelegt, so dass bei der derzeitigen Ausgestaltung hohe Risiken für die Krankenhäuser entstehen und eine sachgerechte Weiterentwicklung der Budgets nicht zu erwarten ist. Von grundsätzlicher Bedeutung ist auch die Einführung von Nachweispflichten für die personelle Ausstattung und die damit verbundene Zweckbindung von Budgetanteilen. Eine Zweckbindung der Personalmittel setzt zwingend voraus, dass das Personal über die Budgets vollständig finanziert wird. Eine entsprechende gesetzliche Vorschrift zur Ausfinanzierung des Personals fehlt jedoch bislang.

Aus Sicht der Krankenhäuser müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Instrumente für die Budgetverhandlungen so ausgestaltet werden, dass die Leistungsfähigkeit einer Einrichtung als Ganzes im Mittelpunkt einer sachgerechten Budgetfindung steht und auch die regionalen und strukturellen Besonderheiten ausreichend berücksichtigt werden können. Dabei müssen die gesetzlichen Vorschriften für die Vertragspartner auf der Ortsebene so ausgewogen werden, dass sachgerechte Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen möglich sind. Zudem ist mit dem Umstieg auf ein Budgetsystem die Erwartung verbunden, die Personalbindung durch Bürokratie- und Misstrauensaufwand deutlich zu reduzieren und nicht durch neue Dokumentations- und Nachweispflichten zu erhöhen.

Der vorliegende Referentenentwurf ist in einigen zentralen Punkten zu Lasten der Krankenhäuser unausgewogen. Die Vorschriften zu den Budgetverhandlungen zielen primär auf Budgetabsenkungen durch fiktive Wirtschaftlichkeits- und Substitutionspotentiale anstatt auf leistungsgerechte Budgets. Auch werden die regionalen und strukturellen Unterschiede der Krankenhäuser nicht ausreichend berücksichtigt. Die Ausgestaltung der neuen Instrumente ist einseitig auf leistungsbezogene Entgelte angelegt, so dass die Besonderheiten der Behandlung von psychisch Kranken nicht beachtet werden. In der Zusammenwirkung der Regelungen bleibt auf der Ortsebene kaum noch Gestaltungspielraum, um der regionalen Versorgungssituation und den Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung Rechnung zu tragen.

Aus Sicht der Krankenhäuser und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten müssen insbesondere die folgenden Regelungen neu gefasst werden.

### Vorschriften für die Budgetverhandlungen

Die neuen Vorschriften zur Budgetfindung ab dem Jahr 2019 sind zu Ungunsten der Krankenhäuser ausgestaltet. So eröffnen die neuen Vorschriften zur Berücksichtigung von „Wirtschaftlichkeitsreserven“ und die Verknüpfung von Leistungsveränderungen mit „Verlagerungspotenzialen“, die dazu führt, dass Leistungszuwächse als Tatbestand zur Überschreitung der Obergrenze nur anerkannt werden wenn nachgewiesen werden kann, dass eine Verlagerung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung unmöglich ist, der Kassenseite die Möglichkeit, durch die Unterstellung von „fiktiven Potentialen“ und mit hypothetischen „Analysen“, die an der Versorgungsrealität vorbeigehen, sachgerechte Budgetanpassungen zu verhindern. Zudem stellen diese Einschränkungen im Vergleich zu den aktuellen Budgetverhandlungen für die Krankenhäuser eine deutliche Verschlechterung dar. Daher müssen diese Formulierungen ersatzlos gestrichen werden. Eine weitere, nicht nachzuvollziehende Verschlechterung der Verhandlungsposition der Krankenhäuser entsteht durch den Wegfall der bisherigen Ausnahme von der Obergrenze für zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung.

Auch die Krankenhäuser begrüßen das gesundheitspolitische Ziel, die Personalausstattung in den Krankenhäusern zu verbessern. Allerdings müssen verbindliche Mindest-

vorgaben die Versorgungsrealität sachgerecht abbilden und zwingend auch mit der Finanzierung der daraus resultierenden Personalkosten verknüpft werden. Es ist unabdingbar, dass die Personalkosten in voller Höhe in die Budgetverhandlungen eingebracht werden können. Zudem muss bei der Obergrenze für Budgetsteigerungen auch die Tarifentwicklung in voller Höhe berücksichtigt werden können. Ansonsten werden die Krankenhäuser noch stärker als bisher in die bekannte „Personalkostenfalle“ getrieben.

Mit der Einführung eines Budgetsystems ist die eindeutige Erwartung verknüpft, dass die in einem leistungsorientierten Preissystem unlösbaren Probleme durch krankenhausesindividuelle Budgets gelöst werden können. Hierfür muss die Budgetsystematik ausreichend flexibel sein, um neben den leistungsbezogenen Elementen auch die regionalen und strukturellen Besonderheiten, die sich eben nicht leistungsbezogen abbilden lassen, zu berücksichtigen. Ansonsten würde auch das neue Budgetsystem eine wesentliche Anforderung nicht erfüllen. Hierzu müssen die regionalen und strukturellen Besonderheiten als Tatbestand für die Budgetverhandlungen aufgenommen werden, damit dieser Aufwand bei der Vereinbarung des Budgets und des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes berücksichtigt werden kann.

Die Krankenhäuser sind bereit, sich der Einführung eines leistungs- und strukturbezogenen Krankenhausvergleiches als Transparenzinstrument für die Verhandlungen auf der Ortsebene zu stellen. Zu der Integration des Krankenhausvergleiches in die Budgetfindung ist positiv hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Vergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen, sondern es den Verhandlungspartnern vor Ort obliegt, die Ergebnisse zu bewerten und ggf. die Konsequenzen auf dem Verhandlungswege zu regeln. Somit wirkt der Krankenhausvergleich als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner. Umso bedeutsamer ist die Ausgewogenheit der oben genannten gesetzlichen Vorschriften für die Budgetverhandlungen, da diese auch die Grundlage für die Bewertung und die Konsequenzen aus dem Krankenhausvergleich bilden. Die Gefahr, dass die „maßgeblichen Durchschnittswerte“ auf der Ortsebene von den Krankenkassen nicht als Orientierungswerte sondern als Zielwerte für eine schematische Konvergenz missverstanden werden, muss durch die Gesetzesformulierungen unmissverständlich ausgeschlossen werden.

### Nachweispflichten zur Personalausstattung ohne Ausfinanzierung

Der Referentenentwurf sieht eine massive Ausweitung der Nachweispflichten vor. Die Krankenhäuser sollen für die Jahre 2016 bis 2019 gegenüber den Vertragsparteien bzw. Krankenkassen auf der Ortsebene nachweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Ab dem Jahr 2020 ist der Nachweis für die Anforderungen des G-BA zu führen. Zudem hat das Krankenhaus ab dem Jahr 2016 durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers die zweckentsprechende Mittelverwendung nachzuweisen. Die Angaben sind zusätzlich an die DRG-Datenstelle zu übermitteln.

Die Einführung von überzogenen Nachweispflichten zur Umsetzung der Psych-PV nach „altem Budgetrecht“ ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar. Es ist all-



gemein bekannt, dass die mit den Krankenkassen gemeinsam vereinbarte Anzahl der Vollkräfte von den Krankenhäusern mit den ebenfalls gemeinsam vereinbarten Budgets faktisch nicht realisiert werden kann. Ursächlich hierfür sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen. Seit Einführung der Psych-PV hat zu keinem Zeitpunkt ein gesetzlicher Anspruch auf eine vollständige Refinanzierung der Psych-PV bestanden. Auch die tarifbedingten Personalkostenentwicklungen konnten nicht in voller Höhe geltend gemacht werden. Zudem hat die Situation auf dem Arbeitsmarkt dazu beigetragen, dass häufig nicht alle Stellen besetzt werden konnten. Unabhängig davon war und ist der wesentliche Grundsatz der bisherigen Budgetverhandlungen, dass für die einzelnen Positionen keine Zweckbindung besteht und somit sowohl für die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen alleine das Gesamtergebnis zählt.

Nachdem die Budgets über viele Jahre unter diesen Rahmenbedingungen vereinbart werden mussten, ist es nicht sinnvoll, die scheinbaren „Ungerechtigkeiten“ des auslaufenden Budgetsystems auf Psych-PV-Basis zu Lasten der Krankenhäuser aufzuarbeiten. Hierzu müsste erstmal zwingend die Refinanzierung der Personalkosten in voller Höhe geregelt werden. Eine sachgerechte Aufarbeitung des „alten Budgetrechts“ ohne ergänzende gesetzliche Regelungen zur Ausfinanzierung der Personalstellen ist nicht möglich. In Anbetracht, dass das „alte Budgetrecht“ zum Jahr 2019 auslaufen wird, fordert die DKG nachdrücklich, auf die Nachweispflichten für die Jahre 2016 bis 2019 zu verzichten.

Unter der Voraussetzung, dass unter den neuen Rahmenbedingungen zu den Mindestanforderungen des G-BA ab dem Jahr 2020 eine vollständige Refinanzierung sichergestellt wird, kann über Nachweispflichten zur Personalausstattung ab dem Jahr 2020 diskutiert werden. Die Vertragsparteien auf der Ortsebene können dann die Budgetvereinbarung in Kenntnis der neuen Rahmenbedingungen und somit im Sinne eines Neustarts treffen. Die Einbindung der Nachweise in die Budgetverhandlungen und die daraus resultierenden Wirkungen sollten bis dahin nochmals grundsätzlich überdacht werden. Die externen Personalanforderungen müssen mit den internen Realitäten des Personalmanagements in Einklang gebracht werden. Die Auswirkungen von Personalfluktuationen oder Personalengpässen aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt müssen berücksichtigt werden und eine ausreichende Flexibilität für einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz des Personals muss erhalten bleiben.

### Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten

Ein wesentliches Argument für die Umkehr auf ein Budgetsystem ist die Erkenntnis aus der Entwicklung des PEPP-Entgeltkataloges, dass sich ein Großteil der Kostenunterschiede nicht leistungsbezogen erklären lässt und sich die strukturabhängigen Kosten nicht von den leistungsbezogenen Behandlungskosten abgrenzen lassen. So ist bereits die Leistungsbeschreibung und Pauschalierung der sehr patientenindividuellen Behandlungsverläufe problematisch. Auch sollte aus der Diskussion mittlerweile anerkannt sein, dass die Daseinsvorsorge für die stationäre Versorgung von psychisch Kranken von großer Bedeutung ist. So lässt sich insbesondere der Mehraufwand für die regionale Pflichtversorgung grundsätzlich nicht an der Art der Erkrankung oder dem Behandlungskonzept und somit „leistungsbezogen“ festmachen. Vielmehr erklärt sich der

Mehraufwand durch besondere Vorhaltungen, die durch die Verpflichtung zur uneingeschränkten Aufnahmebereitschaft oder die regionale Versorgungssituation entstehen. Zudem ist die Pflichtversorgung mit der Mitwirkung in gemeindenahen Versorgungskonzepten, der intensiven Abstimmung mit Behörden, Gerichten, gesetzlichen Betreuern und komplementären Versorgungsangeboten verknüpft. Da diese vielfältigen Aufgaben regional sehr unterschiedlich sind und der Mehraufwand selbst in den betroffenen Krankenhäusern sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, können diese nur bei einer krankenhausespezifischen Finanzierung der erforderlichen Strukturen weiterhin wahrgenommen werden.

Der Referentenentwurf sieht vor, leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten über neue Entgelte abzubilden und in Verbindung mit einem Anfrageverfahren beim InEK in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. In der Begründung wird ausgeführt, dass es sich nur um Aufwandsunterschiede handeln darf, *„die durch abweichende Formen der Leistungserbringung bedingt sind“*. Explizit ausgeschlossen werden Kostenunterschiede, wenn *„identische oder vergleichbare Therapiekonzepte unterschiedlich wirtschaftlich erbracht werden“*. Somit können mit den neuen Entgelten durchaus medizinische Besonderheiten, die sich z.B. durch unterschiedliche Therapieansätze leistungsbezogen beschreiben lassen, erfasst und budgetwirksam berücksichtigt werden. Allerdings bieten diese neuen leistungsbezogenen Entgelte keine Lösung für die Finanzierung struktureller Besonderheiten, die z.B. mit einer erhöhten Vorhaltung von Personal einhergehen oder für die Finanzierung von besonderen Aufgaben wie z.B. die Mitwirkung in regionalen Versorgungsnetzwerken. Dadurch bedingte Kostenunterschiede können nicht auf die Frage der Wirtschaftlichkeit reduziert werden, sondern sind durch die Besonderheit der Versorgung psychisch kranker Menschen zu erklären.

Die DKG fordert nachdrücklich, dass besondere Aufgaben und strukturelle Besonderheiten im Rahmen der Budgetverhandlungen eingebracht und begründet werden können müssen. Hierfür müssen diese Besonderheiten als Verhandlungstatbestand in die gesetzlichen Vorschriften aufgenommen werden. Zudem muss der Krankenhausvergleich die erforderliche Transparenz bieten, damit der Mehrbedarf durch strukturbedingte, krankenhausespezifische Besonderheiten für die Vertragspartner auf der Ortsebene erkennbar wird und begründet werden kann. Bei Anerkennung des Mehrbedarfes durch die Vertragspartner auf der Ortsebene geht dieser in das Budget und somit in den krankenhausespezifischen Entgeltwert ein, ohne dass die Komplexität des leistungsbezogenen Entgeltsystems erhöht wird.

### Krankenhausvergleich

Zur Orientierung der Vertragsparteien auf Ortsebene soll ein *„leistungsbezogener Vergleich“* entwickelt und ab dem Jahr 2019 budgetwirksam eingesetzt werden. In den Vergleich sollen insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einbezogen werden. Zudem soll die Landesebene auf Grundlage der Budgetvereinbarungen einen durchschnittlichen Landesbasisentgeltwert für das Folgejahr schätzen und auch die durchschnittliche Entgelthöhe der krankenhausespezifischen Entgelte ermitteln.



Bei diesem Ansatz werden die maßgeblichen Orientierungsgrößen für den Krankenhausvergleich aus den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den Budgetvereinbarungen des Vorjahres aller Krankenhäuser abgeleitet. Vereinfacht gesprochen sind die Durchschnittswerte der Budgetvereinbarungen der Maßstab für den Vergleich. Der tatsächliche Versorgungs- und Finanzierungsbedarf wird nicht erkennbar.

In den Diskussionen zur Entwicklung der Eckpunkte für das neue Budgetsystem ist jedoch davon ausgegangen worden, dass nicht nur die Kalkulation der Relativgewichte „auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität“ durchgeführt werden soll, sondern dies auch der Maßstab für den Krankenhausvergleich sein wird, da ansonsten das Ziel einer Verbesserung der Versorgungsqualität ins Leere laufen würde. Somit wäre es erforderlich, auch die Orientierungswerte für den Krankenhausvergleich aus den Krankenhäusern abzuleiten, die die Qualitätsanforderungen bereits vollständig erfüllen können.

Auch sollen nach den Vorgaben des Referentenentwurfes mit dem Vergleich primär leistungsbezogene Durchschnittswerte und Informationen zur Personalausstattung bereitgestellt werden. Da mit den neuen Entgelten für „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ nicht die strukturabhängigen Kostenunterschiede abgebildet werden, können diese auch im Krankenhausvergleich nicht transparent gemacht werden.

Eine zwingende Voraussetzung für einen sachgerechten Krankenhausvergleich ist, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass strukturbedingte Kostenunterschiede bei „gleichen Leistungen“ bzw. bei gleichen pauschalen Entgelten begründet sein können und diese bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes zu berücksichtigen sind. Nur auf dieser Grundlage könnte aus den Budgetdaten eine sachgerechte Orientierungshilfe für die Ortsebene abgeleitet werden, wenn der Vergleich neben dem Leistungsbezug auch die notwendige Transparenz bietet, um strukturelle Besonderheiten auf der Ortsebene erkennen und begründen zu können. Dies kann im Krankenhausvergleich durch einen Ausweis der Bandbreite der vereinbarten Werte und zusätzlichen Informationen zur personellen Ausstattung mit den korrespondierenden Kosten umgesetzt werden. Da die Ergebnisse des Vergleiches in gleichem Maße von den Bewertungsrelationen bestimmt werden, müssen neben den Budgetdaten auch die Grundlagen für die Kalkulation der Bewertungsrelationen transparent gemacht werden. Auch hier muss insbesondere die Bandbreite der Personalausstattung und der Personalkosten in der Kalkulationsstichprobe erkennbar werden.

### Begrenzung des Aufwands für Dokumentation und Abrechnungsprüfung

Der Referentenentwurf greift im Ansatz einen weiteren Kritikpunkt am Preissystem auf. Der mit dem leistungsorientierten Preissystem einhergehende „Bürokratie-“ und „Misstrauensaufwand“ ist ein maßgeblicher Grund für die breite Ablehnung des Systems. Zudem ist es nicht mit dem Ziel einer Verbesserung der Personalausstattung vereinbar, wenn medizinisch-pflegerisches Personal dadurch mehr als zwingend erforderlich der Patientenversorgung entzogen wird. Der Referentenentwurf bietet als Lösungsansatz an, den Dokumentationsaufwand durch Streichung der nicht erlösrelevanten OPS zu reduzieren und die Effizienz der Abrechnungsprüfung durch eine Vereinbarung zum

Prüfverfahren zu steigern. Aus Sicht der Krankenhäuser greifen diese Lösungsansätze deutlich zu kurz. Der von den leistungsorientierten Entgelten ausgelöste Aufwand lässt sich viel effektiver durch eine Anpassung der Entgelte auf das in einem Budgetsystem notwendige Maß an Komplexität begrenzen. Hierzu müssen nicht nur die Kodierung, sondern auch die Abrechnungsbestimmungen und die Struktur der Entgelte im Sinne einer „Konsolidierung“ weiterentwickelt werden. Die bisherige Zielsetzung, eine bestmögliche „Kostentrennung“ zu erreichen verliert an Bedeutung, ohne dass die Transparenzanforderungen reduziert werden müssen. Dagegen muss das ebenfalls bereits vorhandene Ziel der Praktikabilität stärker berücksichtigt werden. Der Wille des Gesetzgebers zur Neugewichtung der bereits im Gesetz verankerten Grundsätze für die Entgeltentwicklung muss erkennbar werden, sodass eine Umsetzung durch die Selbstverwaltung möglich wird.

### Kalkulation der Bewertungsrelationen

Die DKG unterstützt die Zielsetzung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen *„perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität“* durchzuführen. Aufgrund der seit Jahren fehlenden Ausfinanzierung der Psych-PV ist allerdings davon auszugehen, dass kaum ein Krankenhaus die Anforderungen der Psych-PV und der S3-Leitlinien vollständig erfüllen kann. Auch ist kaum realistisch zu erwarten, dass vor dem 1. Januar 2020 *„eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV“* in den Kalkulationskrankenhäusern erfolgt ist und die Kalkulation gleichzeitig auf einer *„belastbaren“* bzw. *„hinreichenden“* Grundlage durchgeführt werden kann. Nach Einschätzung der DKG werden sich die beiden Ziele in Kombination nicht realisieren lassen, so dass der Gesetzgeber absehbar nachsteuern muss, um die Empirie der Kalkulation durch normative Soll-Vorgaben zu ergänzen.

Die vorgesehene Möglichkeit zur Vereinbarung einer Übergangsfrist zur Umsetzung der G-BA-Anforderungen in der Kalkulation wirft die Frage auf, inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG für die Kalkulation von den vom G-BA vorgegebenen Fristen abweichen können. Erforderliche Übergangsfristen zur Umsetzung der Personalanforderungen in allen Krankenhäusern müssten vom G-BA beschlossen werden. Auch zur Weitergeltung der Psych-PV für die Kalkulationskrankenhäuser über das Jahr 2019 hinaus, sollte nochmals geprüft werden, inwieweit dies mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung ab dem Jahr 2020 im Einklang steht.

Zudem fehlt im Referentenentwurf noch eine Anpassung des Auftrages an die Selbstverwaltung nach § 17b KHG zur Weiterentwicklung des Entgeltkataloges entsprechend der Anforderungen eines Budgetsystems. Unter den neuen Rahmenbedingungen kann das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, während das Ziel der „Kostentrennung“ an Bedeutung verliert. Eine Vereinfachung des Entgeltkataloges ist zwingend erforderlich, um die Bindung des medizinischen Personals durch Bürokratie- und Misstrauensaufwand auf das notwendige Maß zu begrenzen.

## Zeitplan und Einführungsphasen

Die „Konvergenzphase“ wird durch die „Anpassungsphase“ ersetzt, aber ansonsten wird an den für das Preissystem vorgesehenen Einführungsphasen unverändert festgehalten. Aufgrund der tiefgreifenden Neuausrichtung des Systems und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben sind die vorgesehenen Fristen jedoch nicht realisierbar. So kann die erforderliche Anpassung bzw. Vereinfachung des Entgeltkataloges erst für das Jahr 2018 umgesetzt werden. Ein für alle Krankenhäuser verbindlicher Umstieg mit dem derzeitigen Katalog im Jahr 2017 ist aufgrund der damit verbundenen Personalbindung nicht zu rechtfertigen. Die optionale Anwendungsphase muss um ein Jahr verlängert werden.

Die Komplexität der Entwicklung eines sachgerechten Krankenhausvergleiches einschließlich der Umsetzung der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen lässt nicht erwarten, dass der Vergleich bereits für das Budgetjahr 2019 auf der Ortsebene zur Anwendung kommen kann. Zudem führt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2019 zu einer Inkonsistenz zwischen den Anforderungen an die Personalausstattung und den Vorschriften zur Budgetvereinbarung. Da die Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung erst ab dem Jahr 2020 in Kraft treten können, muss für das Jahr 2019 die Psych-PV erhalten bleiben. Die Psych-PV war und ist eine elementare Grundlage der Budgetverhandlungen unter den Bedingungen der BPfIV in der Fassung vom 31.12.2012. Die neuen Vorschriften und Mechanismen der Budgetverhandlungen ab 2019 mit Nachweispflichten und Zweckbindung sind nicht mit „altem Recht“ und der Psych-PV vereinbar. Auch ist nicht absehbar, wie sich der Personalbedarf einer Einrichtung durch die Umstellung von Psych-PV auf G-BA verändern wird. Eine Anpassung des Budgets auf Psych-PV-Basis nur für das Jahr 2019, erscheint unstimmg. Somit muss die Anpassungsphase aus den genannten Gründen um ein Jahr verschoben werden. Im Jahr 2020 können die Budgets dann unter stimmigen Rahmenbedingungen neu verhandelt werden.

## Standortdefinition und -verzeichnis

Die Krankenhäuser begrüßen das Vorhaben einer bundeseinheitlichen Definition der Standorte eines Krankenhauses. Dem Wortlaut des vorliegenden Gesetzesvorschlags nach ist eine kleinräumige Standortdefinition angelegt, die u.a. jede Ambulanz als jeweils individuellen Standort auffasst. Ist dies tatsächlich beabsichtigt, werden weitergehende gesetzliche Anpassungen, z.B. der Mindestmengenregelungen, notwendig, um diese kleinteiligen Standorteinheiten sachgerecht zusammenfassen zu können. Alternativ sollte eine Klarstellung der Vorgaben zur Standortdefinition erfolgen, wobei unterhalb der Standorteinheit im Bedarfsfall weitere Ausdifferenzierungen möglich sein können.

Da von der Standortdefinition nur die Krankenhäuser und ihre Ambulanzen direkt betroffen sind, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die DKG und der GKV-SV im Rahmen ihrer Vereinbarung das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herstellen sollen. Diese Vorgabe ist daher ersatzlos zu streichen.

Grundsätzlich begrüßen die Krankenhäuser auch das geplante, bundesweite Verzeichnis der Krankenhausstandorte, einschließlich der Möglichkeit, das Führen des Verzeichnisses dem InEK zu übertragen. Eine weitere Option wäre, dass diese Aufgaben im Verantwortungsbereich der Deutschen Krankenhausgesellschaft liegen und von dieser eine führende Stelle benannt werden kann. Vorteil dieser Option wäre, dass bereits vorhandene Infrastrukturen der Telematik genutzt werden können.

### Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfungen

Selbstverständlich unterstützen die Krankenhäuser jede Maßnahme, die darauf abzielt, den Dokumentations- und Bürokratieaufwand von Abrechnungsprüfungen zu vermindern. Die im Referentenentwurf angelegten Weiterentwicklungen werden zu diesem Ziel jedoch keinen Beitrag leisten und würden wegen der Ausweitung der Prüfung über Einzelfallbetrachtungen hinaus den Prüfaufwand sogar noch weiter erhöhen. Die entsprechenden Regelungen sind ersatzlos zu streichen.

### Stationsäquivalente Behandlung

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Stärkung einer patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Um potentielle Unsicherheiten bei der Auslegung der Vorgaben zu vermeiden, muss allerdings klargestellt werden, dass die Krankenhäuser die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung freiwillig erbringen können und keineswegs dazu verpflichtet sind. Den Vorrang vor der vollstationären Behandlung lehnen die Krankenhäuser ab. Vielmehr ist die stationsäquivalente Behandlung der vollstationären Behandlung gleichzusetzen. Die Verknüpfung mit dem Abbau stationärer Betten verkennt den steigenden Versorgungsbedarf für psychisch Kranke und macht einen Einstieg in die stationsäquivalente Behandlung für die Krankenhäuser unmöglich.

### Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ihr Leistungsspektrum geht weit über das der vertragsärztlichen Versorgung hinaus insbesondere in Hinblick auf Patientenspektrum und Komplexität. Deshalb bleibt unklar, mit welcher Intention die im Referentenentwurf vorgesehene Dokumentationsausweitung für die Leistungen der PIAs erfolgt. Die Krankenhäuser lehnen vor diesem Hintergrund und dem Ziel unnötige Bürokratie zu vermeiden, eine pauschale Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung ab.

Die Streichung der regionalen Versorgungsverpflichtung für die Ermächtigung psychosomatischer Institutsambulanzen wird ausdrücklich begrüßt.

## Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden QS

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Klarstellung, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch dazu ermächtigt ist, Regelungen zur Finanzierung von notwendigen Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu treffen.

### Fazit

Die Krankenhäuser haben die mit den Eckpunkten der Koalition beschlossene Vorrangigkeit zur Berücksichtigung der krankhausindividuellen Besonderheiten und insbesondere der erforderlichen Personalaufwendungen ausdrücklich begrüßt. Diese Erwartung an das Budgetsystem wird mit den durch den Referentenentwurf vorgegebenen Instrumenten allerdings nicht erreicht werden können. Für ein transparentes, leistungs- und strukturorientiertes und somit sachgerechtes Budgetsystem müssen die aufgezeigten Problempunkte bei der Erarbeitung des kommenden Gesetzentwurfes berücksichtigt werden.

Zusammenfassend besteht insbesondere zu den folgenden Regelungen dringender Bedarf zur Überarbeitung des Referentenentwurfs:

### Ausgewogenheit der Budgetverhandlung

- Die Personalkosten und die Tarifentwicklungen müssen vollständig refinanziert werden.
- Regionale und strukturelle Besonderheiten müssen als Verhandlungstatbestand aufgenommen und über den krankhausindividuellen Basisentgeltwert finanziert werden.
- Die neuen Vorschriften zur Berücksichtigung von theoretischen Wirtschaftlichkeits- und Substitutionspotentialen sind zu streichen.
- Die Ausnahme von der Obergrenze für zusätzliche Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung muss erhalten bleiben.
- Da die Vorgabe eines Schwellenwertes für eine Überschreitung der Vergleichswerte aus dem Krankenhausvergleich bzw. für die verschärften Begründungspflichten problematisch ist und einseitig zu Lasten der Krankenhäuser geht, ist darauf zu verzichten.
- Nachweispflichten zu der nach „altem Budgetrecht“ verhandelten Psych-PV sind nicht gerechtfertigt und daher zu streichen.

### Krankenhausvergleich als Orientierungshilfe

- Zum Krankenhausvergleich muss klargestellt werden, dass dieser auf der Ortsebene zur Orientierung der Vertragspartner und nicht als Zielwert für eine sche-



matische Konvergenz eingesetzt werden darf. Zudem darf der Vergleich nicht nur auf rechnerischen Mittelwerten aufgebaut werden, sondern muss auch umfassende Transparenz über die Bandbreite der Vergleichswerte und deren Inhalte, sowohl zu den Bewertungsrelationen als auch zu deren Budgetdaten, schaffen.

- Die prospektive „Schätzung“ der Ergebnisse der individuellen Ortsverhandlungen des folgenden Jahres für die der Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes ist faktisch nicht möglich und als Orientierungshilfe nicht gerechtfertigt. Die Daten können direkt an die Datenstelle übermittelt und für den Vergleich durch das InEK aufbereitet und die Ergebnisse um den Erhöhungswert angepasst werden.

#### Entgeltkatalog und Einführungsphasen

- Die Krankenhausleistungen werden mit pauschalen, leistungsorientierten, Entgelten abgerechnet. Die durch den Entgeltkatalog verursachte Personalbindung muss begrenzt werden.
- Da die Anpassung des Entgeltkataloges frühestens für 2018 umgesetzt werden kann, darf die verbindliche Umstellung des System erst zum 01.01.2018 erfolgen.
- Auch die „Anpassungsphase“ ist um ein Jahr auf das Jahr 2020 zu verschieben.

#### Standortdefinition und -verzeichnis

- Die Vorgabe, dass der GKV-SV und die DKG im Rahmen ihrer Vereinbarung zur Standortdefinition das Benehmen mit der KBV herstellen sollen, muss ersatzlos gestrichen werden.
- Ausdifferenzierungen der Standortdefinition in Abhängigkeit der Fragestellung müssen ermöglicht werden.

#### Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfungen

- Die vorgesehenen Regelungen erhöhen den Dokumentations- und Bürokratieaufwand anstatt ihn zu senken und müssen daher ersatzlos gestrichen werden.

#### Stationsäquivalente Behandlung

- Erforderlich ist eine Klarstellung, dass die Krankenhäuser nicht zur Erbringung stationsäquivalenter Behandlung verpflichtet sind, sondern diese freiwillig und gleichrangig zur stationären Behandlung erbringen können.
- Die vorgesehene Verknüpfung mit dem Abbau stationärer Betten ist ersatzlos zu streichen.



---

### Psychiatrische Institutsambulanzen

- Die pauschale und übermäßige Ausweitung der Dokumentationsverpflichtungen muss zurückgenommen werden.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### Zu Artikel 1 Nr. 1: § 2a KHG

#### Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

#### Beabsichtigte Neuregelung

In § 2a Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.

In § 2a Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist darüber hinaus vorgesehen, dass die bundeseinheitliche Definition zur Festlegung von Kriterien zur Definition von Krankenhausstandorten im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren ist.

Kommt die Vereinbarung zur Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von 6 Wochen.

#### Stellungnahme

Diese "Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten" ist insofern unklar, als fraglich ist, ob damit intendiert wird, dass Ambulanzen, die sich unzweifelhaft am selben Krankenhausstandort befinden, z. B. im selben Krankenhausgebäude, zukünftig als eigenständige Standorte zu führen sind. Vermutlich ist eher intendiert, die Ambulanzen als eigenständige Standorte zu erfassen, die sich nicht am selben Krankenhausstandort, sondern an einer gesonderten Örtlichkeit befinden. Jede Ambulanz eines Krankenhauses als eigenständigen Standort zu erfassen, auch wenn sie am selben Krankenhausstandort oder sich im selben Krankenhausgebäude befinden, führt zu einer unnötigen Komplexität der Standortdefinition und davon abhängiger Regelungen, wie Beschlüssen zu standortbezogenen Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Unberührt bleibt dabei, dass die einzelnen Ambulanzen am selben Krankenhausstandort als eigenständige Einrichtungen zu erfassen und in das neue Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V aufzunehmen sind. Um dies klarer zu fassen, wird vorgeschlagen, den Gesetzestext zu präzisieren.

Auch aus datentechnischer Sicht wird eine einheitliche Definition von Krankenhaus- und Ambulanzstandorten begrüßt. Die Definition sollte einen direkten Verweis zum Ver-

zeichnis der Krankenhausstandorte sowie zur Vergabe des Kennzeichens nach § 293 Abs. 6 SGB V neu erhalten.

Die DKG steht weiterhin zur Planungshoheit der Bundesländer und erachtet eine Krankenhausplanerische Berücksichtigung und Bewertung im Rahmen der regelhaften Planungsprozesse auf Landesebene für angemessen und ausreichend.

Da es sich um eine sehr große Spannbreite an Anforderungen handelt, welche mit der Standortdefinition abgedeckt werden soll, wird aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine weitere Ausdifferenzierung je nach Bedarf als zielführend erachtet.

Abzulehnen ist die Vorgabe, dass die bundeseinheitliche Definition zur Festlegung von Kriterien zur Definition von Krankenhausstandorten im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren ist. Die Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten betrifft ausschließlich den stationären Bereich und hat keinerlei Auswirkungen auf den vertragsärztlichen Sektor. Gemäß § 2a Abs. 1 Satz 3 KHG soll die Definition insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Allein an dieser Zweckbestimmung wird bereits deutlich, dass es sich um eine rein stationäre Thematik handelt. Es ist daher kein sachlicher Grund ersichtlich, warum für diesen Bereich ein Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hergestellt werden sollte. Auch mit Blick auf die äußerst knapp bemessene Frist von sechs Monaten zur Festlegung entsprechender Kriterien sollte ein möglichst schlankes Verfahren gewählt werden, das nicht zu den im Rahmen der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss festzustellenden Verzögerungen führt. Das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist daher an dieser Stelle zu streichen.

Abzulehnen ist darüber hinaus das in § 2a Abs. 2 KHG vorgesehene Tätigwerden der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG von Amts wegen. Die Verortung der Konfliktlösung bei der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ist sachgerecht, jedoch ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum die Schiedsstelle hier ohne Antrag einer Vertragspartei entscheiden sollte. Die Selbstverwaltungspartner sind mit der Frage der Antragstellung in der Vergangenheit immer verantwortlich umgegangen. Im Falle des Scheiterns von Verhandlungen wurde die Schiedsstelle durch eine der Vertragsparteien angerufen. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen verzögert oder zum Erliegen gebracht wurde. Durch ein Tätigwerden der Schiedsstelle von Amts wegen würde ein immens hoher Druck aufgebaut werden, der den Verhandlungen nicht zuträglich wäre. Es sollte dabei bleiben, dass die Verhandlungspartner je nach Verhandlungssituation entscheiden können, ob eine Vereinbarung durch weitere Verhandlungen doch noch einvernehmlich geschlossen werden kann. Das Zustandekommen einer Vereinbarung wird im Übrigen dadurch sichergestellt, dass sowohl für die Vereinbarung, als auch für die Entscheidung der Schiedsstelle entsprechende Fristen in das Gesetz aufgenommen wurden. Es ist daher vorzusehen, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet, wenn eine Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

## Änderungsvorschlag

§ 2a Abs. 1 Satz 1 KHG wird wie folgt geändert:

*„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Kriterien für die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.“*

§ 2a Abs. 2 KHG wird wie folgt geändert:

*„(2) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ~~ohne Antrag~~ auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“*

### **Zu Artikel 1 Nr. 4a): § 17c Abs. 2a KHG** **Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

§ 17c Absatz 2a KHG verfolgt das Ziel, das Verfahren der Abrechnungsprüfung weiterzuentwickeln. Erreicht werden soll dies dadurch, dass der GKV-SV und die DKG die näheren Einzelheiten zur Weiterentwicklung des Prüfverfahrens nach § 275 Absatz 1c SGB V sowie deren Umsetzung vereinbaren und dabei die Prüfung aufgrund statistischer Auffälligkeiten sowie die Prüfung von Merkmalen der Strukturqualität einbeziehen. Für die Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist eine Prüfverfahrensvereinbarung erstmalig bis zum 30. Juni 2017 abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung über die Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung oder über die Prüfung der Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtungen nicht zustande, trifft auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG die ausstehende(n) Entscheidung(en).

#### **Stellungnahme**

Die vorgesehene Ergänzung des § 17c KHG um einen neuen Absatz 2a beinhaltet eine Reihe von Regelungen, die aus Sicht der DKG abzulehnen sind.

Zum einen werden der GKV-SV und die DKG im Sinne einer Daueraufgabe beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V weiter zu entwickeln und geeignete Maßnahmen für eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu vereinbaren und umzusetzen. Eine gesetzliche Fixierung dieser Pflicht ist nicht erforderlich, da sie sich schon aus der bestehenden Regelung des § 17c Absatz 2 KHG ergibt, denn eine laufende Kontrolle der Praxistauglichkeit sowie eine erforderlichenfalls notwendige Anpassung der bestehenden Regelungen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) sind

untrennbar mit dem Abschluss einer Vereinbarung, die für einen längeren Zeitraum gelten soll, verbunden. Zudem haben der GKV-SV und die DKG in der Praxis bereits bewiesen, dass sie die Pflege und gegebenenfalls Anpassung der PrüfvV ernst nehmen. So hat sich gezeigt, dass einige Regelungen der zum 01.09.2014 in Kraft getretenen PrüfvV sich in der Praxis als nicht optimal herausgestellt haben. Obwohl in dieser Thematik die Positionen vom GKV-SV und der DKG teilweise konträr sind, sind beide Spitzenverbände ihrer Verantwortung gerecht geworden und haben im Verhandlungswege eine in vielen Punkten überarbeitete PrüfvV vereinbart. Dabei wurden nicht nur Regelungen überarbeitet, die in der Ursprungsfassung der PrüfvV suboptimal ausgestaltet waren, die PrüfvV wurde zudem – parallel zur Ergänzung des § 275 Absatz 1c SGB V um Satz 4 durch das KHSG zum 01.01.2017 – angepasst, um auf die fehlgehende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur so genannten sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung zu reagieren, die in der Praxis für eine Vielzahl von Problemen gesorgt hat. Dies zeigt, dass der GKV-SV und die DKG ihrer Verantwortung gerecht werden und die PrüfvV bereits jetzt – ohne weitere gesetzliche Fixierung – den sich wechselnden Anforderungen in der Praxis anpassen.

Problematisch ist an der beabsichtigten Ergänzung des § 17c KHG weiterhin, dass im Rahmen der intendierten Weiterentwicklung der PrüfvV Prüfungen auf Grund von statistischen Auffälligkeiten sowie von Merkmalen der Strukturqualität einzubeziehen sind und Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung gegebenenfalls auch modellhaft erprobt werden sollen.

In § 17c Absatz 4a KHG a. F. (bis zum 31.12.2015) war bereits die modellhafte Erprobung insbesondere von auf statistischen Auffälligkeiten beruhenden Prüfungen geregelt. Der GKV-SV und die DKG haben gemeinsam mehrfach gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit – letztmalig mit Schreiben vom 20.04.2015 – deutlich gemacht, dass sie diese Regelung kritisch sehen, da ihr eine Reihe von rechtlichen und technischen Hindernissen gegenüber stehen und sie in der Praxis nicht realisierbar sein dürfte. Die Krankenkassen haben sich bereits vor Inkrafttreten des § 17c Absatz 4a KHG umfassend mit der Frage befasst, inwieweit sich den ihnen regelmäßig vorliegenden Abrechnungsdaten statistische Auffälligkeiten entnehmen lassen, die belastbare Rückschlüsse auf Fälle der sekundären Fehlbelegung erlauben. Es zeigte sich jedoch, dass die statistische Betrachtung dieser umfassenden Daten keine belastbaren Feststellungen erlaube, sondern allenfalls statistische Auffälligkeiten aufgezeigt werden könnten, welche jedoch im Nachgang in jedem einzelnen Fall durch eine Einzelfallprüfung des MDK zu verifizieren wären, um hinreichende Sicherheit über die Aussagekraft der statistischen Auffälligkeiten zu bekommen. Ein solches Verfahren würde den bisherigen Prüfaufwand jedoch erhöhen und nicht vermindern und somit das intendierte Ziel der Neuregelung, die Effizienz der Einzelfallprüfung zu steigern, konterkarieren. Daher ist § 17c Absatz 4 KHG a.F. durch das KHSG zum 01.01.2016 sinnvollerweise ersatzlos gestrichen worden. Da die geäußerten Bedenken weiterhin bestehen, kann nicht nachvollzogen werden, warum die erst zum 01.01.2016 gestrichene Regelung nunmehr wieder Eingang in das KHG finden soll.

Die Einbeziehung der Prüfung von Merkmalen der Strukturqualität – insbesondere auf Grund von Qualitätsvorgaben des G-BA – in die PrüfvV ist aus zwei Gesichtspunkten kritisch zu sehen. Zum einen soll die Prüfung von Merkmalen der Strukturqualität unab-

hängig vom jeweiligen Einzelfall erfolgen. Dies steht jedoch in Widerspruch zur Gestaltung der MDK-Prüfung in § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, auf den § 275 Absatz 1c SGB V Bezug nimmt. Dort spricht das Gesetz von der Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung oder der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, setzt somit die Begutachtung eines Einzelfalles voraus. Diese Begutachtung wird durch die Regelungen der PrüfvV konkretisiert, diese regelt somit Einzelfallprüfungen. Die Einbeziehung der Prüfung von Strukturqualitätsmerkmalen unabhängig vom Einzelfall in die PrüfvV ist daher systemwidrig.

Darüber hinaus führt die Einbeziehung der Prüfung von Merkmalen der Strukturqualität in die PrüfvV zu Widersprüchen zur Regelung des § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 137 Absatz 3 SGB V. Danach soll der MDK nach Maßgabe einer Richtlinie des G-BA, die Regelungen zu Art, Umfang und Verfahren enthalten soll, Prüfungen durchführen und feststellen, ob Krankenhäuser Qualitätsanforderungen eingehalten haben. Die beabsichtigte Neuregelung des § 17c Absatz 2a KHG sieht eine Erweiterung der PrüfvV vor, um die Prüfung von Strukturqualitätsmerkmalen zu ermöglichen. Somit besteht Unklarheit, auf welcher Grundlage künftig Strukturqualitätsmerkmale überprüft werden sollen: Auf Basis einer vom G-BA zu erlassenden Richtlinie oder auf Basis der zwischen GKV-SV und DKG vereinbarten PrüfvV. Dieser Unterschied ist bedeutsam, da sowohl die an den Beratungen Beteiligten als auch die Konfliktlösungsmechanismen unterschiedlich sind. Da bereits Regelungen im SGB V existieren, die eine Prüfung der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den MDK sowie den Erlass einer entsprechenden Verfahrensregelung vorsehen, ist die beabsichtigte Regelung des § 17c Absatz 2a KHG nicht erforderlich. Hilfsweise muss aber zumindest eine klare Definition erfolgen, für welche Qualitätsprüfungen § 275a Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 137 Absatz 3 SGB V einschlägig sein soll und für welche Qualitätsprüfungen § 17c Absatz 2a KHG.

Des Weiteren sieht die geplante Neuregelung des § 17c Absatz 2a KHG vor, dass der GKV-SV und die DKG bis zum 30. Juni 2017 eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen treffen. Eine solche Vereinbarung ist aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht erforderlich, da die bestehende PrüfvV diese Prüfungen bereits einschließt, da auch dort in der Regel die Korrektheit der Abrechnung des Behandlungsfalles geprüft wird, möglicherweise etwas stärker auf die sekundäre Fehlbelegung fokussiert als bei der Prüfung somatischer Fälle. Die von der PrüfvV zur Verfügung gestellten Instrumente können auch auf die Prüfung psychiatrischer und psychosomatischer Fälle angewendet werden, auch die in diesen Fällen in der Regel erforderliche Prüfung vor Ort in der Einrichtung ist durch die Verfahrensregelungen der PrüfvV gedeckt. Daher besteht kein Bedarf an einer weiteren, speziellen PrüfvV für psychiatrische und psychosomatische Fälle.

Sollte dennoch das Erfordernis der Vereinbarung einer gesonderten PrüfvV für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen aufrechterhalten werden, ist eine Verlängerung der vorgesehenen Frist um mindestens ein Jahr auf den 30. Juni 2018 unabdingbar.



## Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung des § 17c Absatz 2a KHG.

### Hilfsweise:

§ 17c KHG wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

*„(2a) ... Für die Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist eine Vereinbarung erstmals bis zum 30. Juni ~~2017~~ 2018 zu treffen. ...“*

### Zu Artikel 1 Nr. 5a) bb): § 17d KHG

#### Kalkulationsgrundlage

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Umfassende Umsetzung der Personalanforderungen durch Psych-PV und G-BA-Richtlinien als Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation der Bewertungsrelationen und gleichzeitiger Erhalt einer belastbaren Datengrundlage.

#### **Stellungnahme**

Die DKG unterstützt die Zielsetzung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen „*perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität*“ durchzuführen. Aufgrund der seit Jahren fehlenden Ausfinanzierung der Psych-PV ist allerdings davon auszugehen, dass kaum ein Krankenhaus die Anforderungen der Psych-PV und der S3-Leitlinien vollständig erfüllen kann. Auch die Erwartung, dass vor dem 1. Januar 2020 „*eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV*“ in den Kalkulationskrankenhäusern erfolgt und die Kalkulation gleichzeitig auf einer „*belastbaren*“ bzw. „*hinreichenden*“ Grundlage durchgeführt werden kann, bleibt abzuwarten. Nach Einschätzung der DKG werden sich die beiden Ziele in Kombination nicht realisieren lassen, so dass der Gesetzgeber ggf. nachsteuern muss, um die empirische Kalkulation durch normative Soll-Vorgaben zu ergänzen.

Die vorgesehene Möglichkeit zur Vereinbarung einer Übergangsfrist zur Umsetzung der G-BA-Anforderungen in der Kalkulation wirft die Frage auf, inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG für die Kalkulation von den vom G-BA vorgegebenen Fristen abweichen können. Erforderliche Übergangsfristen zur Umsetzung der Personalanforderungen in allen Krankenhäusern müssten vom G-BA beschlossen werden. Auch zur Weitergeltung der Psych-PV für die Kalkulationskrankenhäuser über das Jahr 2019 hinaus, sollte nochmals geprüft werden, inwieweit dies mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung ab dem Jahr 2020 im Einklang steht.

## Änderungsvorschlag

§ 17d Absatz 1 Satz 8 und 9 werden wie folgt gefasst:

~~„Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben zur Personalausstattung weiter.“~~

### Zu Artikel 1 Nr. 5d) ee): § 17d Abs. 4 KHG

#### Einführungsphase - Fristen

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die ursprünglich für das Preissystem vorgesehenen Einführungsphasen werden beibehalten. Aufgrund der Umstellung auf ein Budgetsystem wird die Konvergenzphase auf Landesebene durch die Anpassungsphase auf der Ortsebene ersetzt.

#### Stellungnahme

Aufgrund der tiefgreifenden Neuausrichtung des Systems und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben sind die vorgesehenen Fristen nicht realisierbar. Die erforderliche Anpassung bzw. Vereinfachung des Entgeltkataloges kann erst für das Jahr 2018 umgesetzt werden. Ein für alle Krankenhäuser verbindlicher Umstieg mit dem derzeitigen Katalog im Jahr 2017 ist aufgrund der damit verbundenen Personalbindung nicht zu rechtfertigen. Die optionale Anwendungsphase muss um ein Jahr verlängert werden. Die Komplexität der Entwicklung eines sachgerechten Krankenhausvergleiches einschließlich der Umsetzung der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen lässt nicht erwarten, dass der Vergleich bereits für das Budgetjahr 2019 auf der Ortsebene zur Anwendung kommen kann. Zudem führt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2019 zu einer Inkonsistenz zwischen den Anforderungen an die Personalausstattung und den Vorschriften zur Budgetvereinbarung. Da die Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung erst ab dem Jahr 2020 in Kraft treten können, muss für das Jahr 2019 die Psych-PV erhalten bleiben. Die Psych-PV war und ist eine elementare Grundlage der Budgetverhandlungen unter den Bedingungen der BPfIV in der Fassung vom 31.12.2012. Die neuen Vorschriften und Mechanismen der Budgetverhandlungen ab 2019 mit Nachweispflichten und Zweckbindung sind nicht mit „altem Recht“ und der Psych-PV vereinbar. Auch ist nicht absehbar, wie sich der Personalbedarf einer Einrichtung durch die Umstellung von Psych-PV auf G-BA verändern wird. Eine Anpassung des Budgets auf Psych-PV-Basis befristet für das Jahr erscheint unstimmtig. Somit muss die Anpassungsphase aus den genannten Gründen um ein Jahr verschoben werden. Im Jahr 2020 können die Budgets dann unter stimmigen Rahmenbedingungen neu verhandelt werden.

## Änderungsvorschlag

§ 17d Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

*„(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird für die Einrichtung für die Jahre 2013 bis ~~2018~~2019 budgetneutral umgesetzt, erstmals für das Jahr 2013. Das Vergütungssystem wird zum 1. Januar 2013, 1. Januar 2014, 1. Januar 2015, 1. Januar 2016 oder 1. Januar ~~2016~~2017 jeweils auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger, frühestens jedoch zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres, den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 schriftlich mitzuteilen. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar ~~2017~~2018 unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen eingeführt. Ab dem Jahr ~~2019~~2020 sind von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2018 einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, erste Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl und erste Erkenntnisse zu Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzu beziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“*

## Zusätzlicher Änderungsbedarf des § 17d KHG

Aufgrund der Neuausrichtung als „Budgetsystem“ muss auch der Auftrag der Selbstverwaltung nach § 17b KHG zur Weiterentwicklung des Entgeltkataloges entsprechend der Anforderungen eines Budgetsystems angepasst werden. Unter den neuen Rahmenbedingungen kann das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, während das Ziel der „Kostentrennung“ an Bedeutung verliert. Eine Vereinfachung des Entgeltkataloges ist zwingend erforderlich, um die Bindung des medizinischen Personals durch Bürokratie- und Misstrauensaufwand auf das notwendige Maß zu begrenzen.

## Änderungsvorschlag

§ 17d Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

*„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein und der Aufwand für Dokumentation und Abrechnung auf das notwendige Maß begrenzt werden.“*

## Artikel 2

### Änderung der Bundespflegesatzverordnung

#### Zu Artikel 2 Nr. 4b: § 3 Abs. 1 BPfIV

##### Einführungsphase - Fristen

#### Beabsichtigte Neuregelung

An den Einführungsphasen wird unverändert festgehalten.

#### Stellungnahme

Wie zu Artikel 1 Nr. 5d) ee) bzw. § 17d Absatz 4 KHG begründet, ist eine Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr erforderlich.

#### Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

*„(1) Das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird für die Jahre 2013 bis ~~2018~~ 2019 budgetneutral für das Krankenhaus eingeführt. Für die Jahre 2013, 2014, 2015, ~~2016~~ 2017 (Optionsjahre) erfolgt die Einführung auf Verlangen des Krankenhauses. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger, frühestens jedoch zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres, den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes schriftlich mitzuteilen. Ab dem 1. Januar ~~2017~~ 2018 ist die Anwendung des Vergütungssystems unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen für alle Krankenhäuser verbindlich. Für die Jahre 2013 bis ~~2018~~ 2019 dürfen die nach § 11 Absatz 4 vorzulegenden Nachweise über Art und Anzahl der Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 nur verwendet werden, um den krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert nach den Vorgaben des Absatzes 5 zu ermitteln und die Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur zu erörtern.“*

#### Zu Artikel 2 Nr. 4c: § 3 Abs. 2 BPfIV

##### Vereinbarung des Gesamtbetrages - Fristen

#### Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Vorschriften für die Vereinbarung des Gesamtbetrages in der budgetneutralen Einführungsphase bis zum Jahr 2018. Streichung des doppelten Veränderungswertes.

## Stellungnahme

In Folge der Verschiebung der Anpassungsphase von 2019 auf 2020 muss die budgetneutrale Einführungsphase um ein Jahr bis zum Jahr 2019 verlängert werden.

## Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 2 Satz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

*„Ab dem krankenhausindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2018 2019 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu vereinbaren; ab dem 1. Januar 2017 bildet der Veränderungswert die maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags.“*

### Zu Artikel 2 Nr. 4d: § 3 Abs. 3 und 4 BPfIV Vereinbarung des Gesamtbetrages

## Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Vorschriften für die Verhandlung und Vereinbarung des Gesamtbetrages in der Anpassungsphase ab dem Jahr 2019.

## Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die Verhandlungspartner auf der Ortsebene mit den neuen Regelungen für die Budgetvereinbarung gestärkt werden sollen. Auch ist positiv hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Krankenhausvergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen, sondern es den Verhandlungspartnern vor Ort obliegt, die Ergebnisse zu bewerten und ggf. die Konsequenzen auf dem Verhandlungswege zu regeln. Somit wirkt der Krankenhausvergleich als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner. Umso bedeutsamer ist die Ausgewogenheit der gesetzlichen Vorschriften für die Budgetverhandlungen, da diese auch die Grundlage für die Bewertung und die Konsequenzen aus dem Krankenhausvergleich bilden.

Bedauerlicherweise sind die Vorschriften zur Budgetfindung zu Ungunsten der Krankenhäuser ausgestaltet und primär auf Budgetabsenkungen ausgerichtet. So eröffnen die neuen Vorschriften zur Berücksichtigung von „Wirtschaftlichkeitsreserven“ und die Verknüpfung von Leistungsänderungen mit einem „Substitutionspotenzial“ der Kassenseite die Möglichkeit, durch die Unterstellung von „fiktiven Potentialen“, die an der Versorgungsrealität vorbeigehen, Budgetabsenkungen durchzusetzen. Zudem stellen diese Einschränkungen im Vergleich zu den aktuellen Budgetverhandlungen für die Krankenhäuser eine deutliche Verschlechterung dar. Eine weitere Verschlechterung der Verhandlungsposition für die Krankenhäuser entsteht durch den Wegfall der bisherigen Ausnahme von der Obergrenze für zusätzliche Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung.



## Einstieg in die Anpassungsphase

Wie zu Artikel 1 Nr. 5d) ee) bzw. § 17d Absatz 4 KHG begründet, sind die vorgesehenen Fristen nicht realisierbar. Zudem führt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2019 zu einer Inkonsistenz zwischen den Anforderungen an die Personalausstattung und den Vorschriften zur Budgetvereinbarung, die bei einem Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2020 vermieden wird.

Die Jahresangaben in Satz 1 sind um ein Jahr zu verschieben. Zudem ist in Folge der Verschiebung in Satz 2 Nr. 5 mit der Vorschrift zur Anwendung der Psych-PV im Jahr 2019 und in Nr. 6 die Wörter „für die Jahre ab 2020“ zu streichen.

## Strukturelle Besonderheiten

Die vorgesehenen Entgelte für „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ sind nicht geeignet, um strukturell bedingte Kostenunterschiede budgetwirksam zu berücksichtigen. Es ist jedoch eine zwingende Voraussetzung für eine sachgerechte Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass strukturbedingte Kostenunterschiede auch bei „gleichen Leistungen“ bzw. bei gleichen pauschalen Entgelten strukturell begründet sein können und dies bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes zu berücksichtigen ist.

In Satz 2 Nr. 2 sind die „leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten“ zu streichen und stattdessen durch eine neue Nr. 3 zu regeln, dass die „besonderen Aufgaben und strukturellen Besonderheiten“ ein budgetrelevanter Tatbestand sind.

## Zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung

Der ersatzlose Wegfall des Ausnahmetatbestands „zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ ist eine deutliche Verschlechterung der Verhandlungsposition der Krankenhäuser. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Kosten für zusätzliche Leistungen, die auf eine krankenhauserplanerische Entscheidung (z. B. Erhöhung der Planbetten) zurückzuführen sind, zukünftig nicht mehr über die Obergrenze hinaus im Gesamtbetrag berücksichtigt werden können. Der Anspruch auf ein medizinisch leistungsgerechtes Budget würde durch den Wegfall konterkariert.

Die Regelung muss in Satz 2, z. B. als Nr. 4, erhalten bleiben.

## Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Es ist nicht nachvollziehbar, warum im Rahmen der Ermittlung des Gesamtbetrags nunmehr auch Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt werden sollen, da die Vereinbarung der Pflegesätze sowieso dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegt (§ 17 Abs. 2 KHG). Der ebenfalls geltende Grundsatz, nach dem Krankenhäuser durch leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen wirtschaftlich gesichert werden müssen (vgl. § 4 KHG), findet hingegen an dieser Stelle



keine Beachtung. Insofern ist der explizite Verweis auf (fiktive) Wirtschaftlichkeitsreserven einseitig zu Lasten der Krankenhäuser ausgelegt.

Unabhängig von der inhaltlichen Kritik ist dieser „Tatbestand“ auch kaum justiziabel. Die Kostenträger werden keine Möglichkeit auslassen, auf Grundlage dieser Vorschrift Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Krankenhäusern zu unterstellen. Dabei bleibt völlig unklar, wie der Tatbestand durch die Vertragsparteien umgesetzt und quantifiziert werden soll. Damit fehlt die Grundlage zur Operationalisierung dieses Tatbestandes.

Der in Satz 2 vorgesehene Verhandlungstatbestand „*Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven*“ ist zu streichen.

### Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung

Gemäß Satz 2 Nr. 6 ist ab dem Jahr 2020 die „*Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal*“ ein wesentlicher Tatbestand der Budgetverhandlung. Da dabei die Mindestanforderungen des G-BA nicht unterschritten werden dürfen und somit kaum Verhandlungsspielraum zur Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter besteht, ist die Möglichkeit zur Geltendmachung der hiermit verbundenen Personalkosten für das Krankenhaus von großer Bedeutung. Aufgrund der vorgesehenen Nachweispflichten und deren Konsequenzen für die Budgetanpassungen ist eine explizite Benennung der entsprechenden Personalkosten als Verhandlungstatbestand zwingend erforderlich.

Satz 2 Nr. 6 ist um die Wörter „*und die damit verbundenen Kosten*“ zu ergänzen.

### Berücksichtigung von Leistungsänderungen

Die vorgesehene Einschränkung in Satz 4, nach der aufgrund von Leistungsänderungen eine Überschreitung der Obergrenze nur zulässig ist, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung von Leistungen, z. B. in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist, stellt eine kaum zu überwindende Hürde für die Geltendmachung von Leistungsänderungen dar. Die Berücksichtigung von Leistungsänderungen wird in der praktischen Umsetzung in den Status zurückversetzt, als dieser Ausnahmetatbestand noch nicht schiedsstellenfähig ausgestaltet war. Das Krankenhaus müsste in jedem Einzelfall darlegen können, warum eine Leistungserbringung – auch in der vertragsärztlichen Versorgung – nicht möglich ist. Die Geltendmachung von Leistungsänderungen über die Obergrenze hinaus wird durch die neuen Regularien daher deutlich erschwert.

Nach den derzeit gültigen Regelungen der BPfIV in der Fassung vom 31.12.2012 sind „*Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen*“ ein Ausnahmetatbestand von der Obergrenze. Um eine Verschlechterung für die Krankenhäuser zu vermeiden, müssten die nunmehr in Satz 2 Nr. 1 und 2 benannten Leistungsänderungen auch in Satz 4 als Ausnahmetatbestand aufgeführt werden.

Darüber hinaus sollte zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass Katalogeffekte durch Änderungen der Entgeltkataloge, der Abrechnungsbestimmungen oder der Kodierrichtlinien keine Leistungsveränderungen darstellen.

### Deutliche Überschreitung im Krankenhausvergleich

Es ist noch ungewiss, ob es gelingt, mit dem Krankenhausvergleich „leistungsgerechte“ und ausreichend belastbare Orientierungswerte vorzugeben. Vor allem aber ist noch nicht absehbar, wie deutlich sich die Vergleichswerte zwischen den Krankenhäusern unterscheiden werden. Es ist daher verfrüht, bereits jetzt Grenzen zu ziehen, zumal mit den vorgesehenen Begriffen „maßgebliche Vergleichswerte“ und „deutlich überschreiten“ keine Rechtssicherheit geschaffen werden kann. Hier sollte erstmal beobachtet werden, was der Krankenhausvergleich leisten kann. Zudem wäre die Regelung nur auf Budgetabsenkung ausgerichtet, da eine analoge Grenzwertbetrachtung für Budgetsteigerungen (mit Beweislastumkehr) fehlt.

### Aufteilung des Gesamtbetrags

Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, warum der Gesamtbetrag auch auf Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 3 BPfIV aufzuteilen ist. Der Gesamtbetrag wird gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3a BPfIV verändert um die Ausgliederung oder Eingliederung von sonstigen Zu- und Abschlägen nach § 7 Satz 1 Nummer 3. Die aktuell geltende Gesetzeslage sieht daher eine Verortung der Zu- und Abschläge außerhalb des Gesamtbetrags vor. Auch im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes sind die Zu- und Abschläge nicht Bestandteil des Gesamtbetrags aus Erlösbudget und Erlössumme.

Sofern Zuschläge im Einzelfall aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert wurden, müsste eine Einrechnung in den Gesamtbetrag 2019 (bzw. 2020) sichergestellt sein, die jedoch aus den gesetzlichen Vorgaben nicht erkennbar ist.

Die Einbeziehung in den Gesamtbetrag würde z. B. für den Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG gelten, der aus guten Gründen bisher nicht Bestandteil des Gesamtbetrags ist. Die Einbeziehung der Zu- und Abschläge in den Gesamtbetrag passt auch nicht zu den bestehenden Erlösausgleichsregelungen. Hier wird einerseits bei den Ist-Erlösen korrekterweise auf die Entgelte nach § 7 Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 BPfIV abgestellt. An dieser Stelle bleiben die Zu- und Abschläge mithin außen vor. Dies gilt andererseits jedoch nicht für die vereinbarten Erlöse, wo auf den Gesamtbetrag nach § 3 Abs. 3 Satz 9 BPfIV abgestellt wird. Bei den vereinbarten Erlösen würden im Gegensatz zu den Ist-Erlösen die Zu- und Abschläge berücksichtigt. Abgesehen von dieser Ungereimtheit ist es sachlich nicht nachvollziehbar, warum die Zu- und Abschläge ab dem Jahr 2019 den Erlösausgleichsregelungen unterliegen sollten.

### Anteilige Finanzierung von Personalkostenentwicklungen (Tarifrate)

Gemäß Absatz 4 sollen tarifbedingte Personalkostenentwicklungen hälftig finanziert werden, so dass eine Erhöhung des Gesamtbetrages um 40 % der auf der Bundesebene zu vereinbarenden Erhöhungsraten vorgesehen ist.

Mit dieser lediglich hälftigen Refinanzierung von Tarifentwicklungen besteht die Gefahr, dass die Krankenhäuser dauerhaft in die gleiche Personalkostenfalle wie zu Zeiten der „alten“ BPfIV (mit Psych-PV) getrieben werden. Zudem wird selbst eine hälftige Refinanzierung nicht erreicht, weil die strukturellen Komponenten der Tarifvereinbarungen nicht berücksichtigt werden. Insbesondere auch aufgrund der neu eingeführten Nachweispflichten zur Stellenbesetzung ist eine vollständige Berücksichtigung von Tarifierhöhungen erforderlich.

Die Berücksichtigung der Erhöhungsrates auf der Ortsebene ist auf 80 % festzulegen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 3 Absatz 3 und 4 BPfIV werden wie folgt gefasst:

*„(3) Für die Jahre ab 2019 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2019 2020 ist der nach Absatz 2 Satz 4 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2018 2019, auf den die Vorgaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend anzuwenden sind; in den Folgejahren ist entsprechend auf der Ausgangsgrundlage des jeweils vereinbarten Gesamtbetrags des Vorjahres vorzugehen. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:*

- 1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den bundesweiten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,*
- 2. Veränderungen von Art und Menge von krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen ~~und leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten,~~*
- 3. besondere Aufgaben und strukturelle Besonderheiten,*
- 4. zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes,*
- ~~53. Kostenentwicklungen, und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,~~*
- ~~64. die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4,~~*
- 5. ~~für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen sowie einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflege-satzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung,~~*
- ~~76. für die Jahre ab 2020 die Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal und die damit verbundenen Kosten,~~*
- ~~87. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5.~~*

~~Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 3 Nummer 5 oder 6 7 dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 5 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 3 Nummer 1 oder 2 sowie Nummer 3, 4 und 6 ist nur zulässig, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, leistungsbezogener struktureller Besonderheiten sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2019 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf~~

- ~~1. Erlösbudget für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2,~~
- ~~2. Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3,~~
- ~~3. Erlössumme für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4.~~

~~Der Gesamtbetrag ist um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung des bisherigen Budgets ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.~~

~~(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder 3 um ~~40~~ 80 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 8 sind zu beachten. Eine Begrenzung durch Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht.“~~

## **Zu Artikel 2 Nr. 4f: § 3 Abs. 5 BPfIV** **Krankenhausindividueller Basisentgeltwert**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Fortführung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte über die budgetneutrale Phase hinaus.

## Stellungnahme

Gemäß § 11 Abs. 2 BPfIV beträgt der Vereinbarungszeitraum grundsätzlich ein Kalenderjahr (01.01. – 31.12). An diesem Grundsatz richten sich auch die Vorgaben in der zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene geschlossenen AEB-Psych-Vereinbarung aus. Der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert wird danach aus der vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Kalenderjahr unter anteiliger Einbeziehung der Überlieger berechnet. Eine Ausnahme von dieser Vorgabe gilt lediglich im Jahr der erstmaligen Systemanwendung, in dem die Überlieger zu Jahresbeginn nicht berücksichtigt werden, da diese noch mit den weitergeltenden tagesgleichen Abteilungs- und Basispflegesätzen abgerechnet werden. Damit die gesetzlichen Vorgaben mit den Vorgaben der AEB-Psych-Vereinbarung harmonisieren, sollte der in § 3 Abs. 5 Satz 2 BPfIV vorgegebene Erlösabzug für Überlieger aufgehoben werden.

## Änderungsvorschlag

Der neue § 3 Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

*„Für die Abrechnung der Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 ist ein krankenhaushausindividueller Basisentgeltwert zu ermitteln. Dazu ~~werden~~ wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 Satz 9 die Summe der Zusatzentgelte und die Erlöse für Überlieger abgezogen und der sich ergebende Betrag wird durch die vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert. Der für das jeweilige Jahr geltende Basisentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde zu legen.“*

## Zu Artikel 2 Nr. 4g: § 3 Abs. 7 BPfIV Mindererlösausgleich

### Beabsichtigte Neuregelung

Der Mindererlösausgleichssatz wird von 20 % auf 50 % erhöht.

## Stellungnahme

Die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ist mit Blick auf bestehende Prognoseunsicherheiten bei der Vorausschätzung des Leistungsmengengerüstes oder unvorhergesehene Leistungseinbrüche zu begrüßen. Keine Erwähnung findet jedoch die mit der Neufassung der Vorschrift gleichzeitig verbundene unbefristete Verlängerung des Mehrerlösausgleichs infolge veränderter Kodierung. Dieser wäre nach aktueller Rechtslage mit Beginn der Konvergenzphase entfallen.

Die Ausgestaltung der Vorgaben zur Ermittlung von Mehrerlösen infolge einer veränderten Kodierung ist weiterhin als sehr kritisch zu bewerten. In diesem Zusammenhang wird auf ein pauschaliertes Berechnungsverfahren zur Ermittlung der leistungsbedingten sonstigen Mehrerlöse bei mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten zurück-



gegriffen, das entsprechend bereits im somatischen Bereich zum Einsatz kam und dort ebenfalls äußerst konfliktbehaftet war.

Dieses pauschale Berechnungsverfahren mit der vereinfachten formelhaften Ermittlung führt nur im Falle eines steigenden DMI (Day-Mix-Index, durchschnittlicher Schweregrad) und steigender Fallzahl zu nachvollziehbaren Ergebnissen. Aber auch dann wird jegliche DMI-Erhöhung als Kodiereffekt ausgewiesen. Daher führt das vereinfachte Verfahren in der Realität meistens zu stark verzerrenden und nur selten zu sachgerechten Erlösausgleichsbeträgen. Letztlich obliegt es immer dem betroffenen Krankenhaus nachzuweisen, dass nicht sämtliche Mehrerlöse auf eine veränderte Kodierung zurückzuführen sind, da die Formel einseitig zu Lasten der Krankenhäuser ausgestaltet ist.

Spätestens mit den Erfahrungen in der Somatik müsste eigentlich deutlich geworden sein, dass sich die Ermittlung der Mehrerlöse aus Dokumentationseffekten nicht in eine einfache Formel pressen lässt. Umso unverständlicher ist es, dass dieser systematische Fehler für das Psych-Entgeltsystem auch noch über das Jahr 2018 hinaus fortgeführt werden soll.

Die Lösung kann auch nicht darin bestehen, dass bei Versagen der Formel das Krankenhaus nachzuweisen hat, dass die sonstigen Mehrerlöse nach der vereinfachten formelhaften Ermittlung falsch bemessen sind. Letztlich ist eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Kodiereffekten und anderen Effekten selbst bei enormem administrativem Aufwand kaum möglich. Der Nachweis wird daher im Einzelfall nicht einfach zu führen sein und bietet zudem reichlich Konfliktpotenzial.

Die Ausgleichssätze in Höhe von 85 % bzw. 90 % für die sonstigen Mehrerlöse sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar und mit der unter anderem in § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG geforderten, medizinisch leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar. Kostenunterdeckungen bei Überschreitungen der vereinbarten Menge sind bei solch hohen Ausgleichssätzen vorprogrammiert. Gerade noch akzeptabel wäre ein Mehrerlösausgleichssatz von 65 %, wie im somatischen Bereich.

## **Änderungsvorschlag**

§ 3 Abs. 7 BPfIV wird wie folgt neu gefasst:

*„Weicht von dem nach Absatz 3 vereinbarten Gesamtbetrag (Erlösbudget für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie Erlössumme für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4) die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 ab, so werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:*

- 1. Mindererlöse werden für die Jahre 2013, 2014, 2015, 2016 und ~~2016~~2017 zu 95 Prozent und ab dem Jahr ~~2017~~2018 zu 50 Prozent ausgeglichen,*
- 2. Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.*



*Die Vertragsparteien können im Voraus abweichende Ausgleichssätze vereinbaren, wenn dies der angenommenen Entwicklung von Leistungen und deren Kosten besser entspricht.“*

## Zu Artikel 2 Nr. 5: § 4 BPfIV Leistungsbezogener Vergleich

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Orientierung der Vertragsparteien auf Ortsebene soll ein „leistungsbezogener Vergleich“ entwickelt und ab dem Jahr 2019 budgetwirksam eingesetzt werden. In den Vergleich sind insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einzubeziehen. Hierzu soll die Landesebene auf Grundlage der Budgetvereinbarungen den durchschnittlichen Landesbasisentgeltwert für das Folgejahr schätzen und die durchschnittliche Entgelthöhe der krankenhausindividuellen Entgelte ermitteln.

### **Stellungnahme**

Bei diesem Ansatz werden die maßgeblichen Orientierungsgrößen für den Krankenhausvergleich aus den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den Budgetvereinbarungen des Vorjahres abgeleitet. Auch sollen mit dem Vergleich primär leistungsbezogene Durchschnittswerte und Informationen zur Personalausstattung bereitgestellt werden. Vereinfacht gesprochen sind die Durchschnittswerte der Budgetvereinbarungen der Maßstab für den Vergleich. Der tatsächliche Versorgungs- und Finanzierungsbedarf wird durch diese Vergleichswerte nicht erkennbar. Da mit den neuen Entgelten für „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ nicht die strukturabhängigen Kostenunterschiede, die zu unterschiedlich hohen Kosten bei ähnlichen Leistungen (im Sinne der Definition im Leistungskatalog), abgebildet werden, können die strukturell begründeten Kostenunterschiede auch im Vergleich nicht transparent gemacht werden.

Eine zwingende Voraussetzung für einen sachgerechten Krankenhausvergleich ist, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass strukturbedingte Kostenunterschiede auch bei ähnlichen Leistungen (im Sinne der Definition der pauschalen Entgelte) begründet sein können, und dies bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes zu berücksichtigen ist. Nur auf dieser Grundlage könnte aus den Budgetdaten eine sachgerechte Orientierungshilfe für die Ortsebene abgeleitet werden, wenn der Vergleich neben dem Leistungsbezug auch die notwendige Transparenz bietet, um strukturelle Besonderheiten auf der Ortsebene erkennen und begründen zu können. Dies kann im Krankenhausvergleich durch einen Ausweis der Bandbreite der vereinbarten Werte und zusätzlichen Informationen zur personellen Ausstattung mit den korrespondierenden Kosten umgesetzt werden. Da die Ergebnisse des Vergleiches in gleichem Maße von den Bewertungsrelationen bestimmt werden, müssen neben den Budgetdaten auch die Grundlagen für die Kalkulation der Bewertungsrelationen transparent gemacht werden. Auch hier muss insbesondere die Bandbreite der Personalausstattung und der Personalkos-

ten in der Kalkulationsstichprobe erkennbar werden, da nur so die Gründe für Abweichungen von den Vergleichswerten erkennbar werden.

In § 4 ist durch die Formulierung „Leistungsbezogener Krankenhausvergleich“ deutlicher zu machen, dass kein Vergleich von einzelnen Leistungen bzw. Entgelten, sondern die Verhandlung des Gesamtbetrages im Vordergrund steht. Zudem muss erkennbar werden, dass besondere Aufgaben und strukturelle Besonderheiten bei dem Vergleich bzw. der Vereinbarung des Entgeltwertes auf der Ortsebene zu berücksichtigen sind.

Der Vergleich dient ausschließlich dem Zweck, das Budget für stationäre Leistungen zu vereinbaren. Es ist nicht nachvollziehbar, wie die Leistungen der PiAs hiermit verknüpft werden sollen. Die Erwartung, auch die ambulanten vertragsärztlichen Leistungen in den Krankenhausvergleich einzubeziehen, ist mangels Verfügbarkeit der Daten nicht möglich. Selbst wenn mit der Vorschrift ausschließlich die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser adressiert werden sollen, ist nicht nachvollziehbar wie aus den ambulanten Leistungszahlen ohne Kenntnis der Versorgungssituation in den Vergleichskrankenhäusern auf Verlagerungspotentiale geschlossen werden soll. Auf die Erfassung und Ausweisung von ambulanten Leistungen ist zu verzichten.

## Änderungsvorschlag

§ 4 BPfIV wird wie folgt gefasst:

### „§ 4

#### Leistungsbezogener Vergleich Krankenhausvergleich

„(1) Der leistungsbezogene ~~Vergleich~~ Krankenhausvergleich bildet die ~~Grundlage zur Bestimmung eine maßgebliche Orientierungshilfe für die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte sowie eines leistungsgerechten Basisentgeltwertes~~ unter Berücksichtigung der besonderen Aufgaben und strukturellen Besonderheiten und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. In den leistungsbezogenen Vergleich sind insbesondere die der letzten Budgetvereinbarung jeweils zugrunde gelegten Leistungen, leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die vereinbarten Entgelte, die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen sowie die Leistungen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden, Berechnungsgrundlagen der Bewertungsrelationen einzubeziehen. Die Krankenhausleistungen und deren Vergütungen sind dabei grundsätzlich bundes- und landesweit zu vergleichen.

(2) Den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen. Sie sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 genutzt werden können.“

---

**Zu Artikel 2 Nr. 6b: § 6 Abs. 2 und 3 BPfIV**  
**Entgelte für leistungsbezogene, strukturelle Besonderheiten**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Vereinbarung von tages-, fall- oder zeitraumbezogenen Entgelten für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten mit Anfrageverfahren beim InEK.

**Stellungnahme**

Aus der Begründung ist ersichtlich, dass es sich bei leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten um Aufwandsunterschiede handeln muss, „*die durch abweichende Formen der Leistungserbringung bedingt sind (z. B. andere Therapiekonzepte)*“. Strukturell bedingte Aufwandsunterschiede wie z. B. eine Personalvorhaltung oder besondere Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung fallen somit nicht unter diese „neue“ Entgeltform. Zudem werden baulich-strukturelle Besonderheiten in der Begründung explizit ausgeschlossen. Auch wenn die Länder für die Beseitigung dieser Besonderheiten verantwortlich sind, müssten zumindest die damit verbundenen Betriebskosten geltend gemacht werden können.

Da die besonderen Aufgaben und strukturellen Unterschiede eben nicht leistungsbezogen beschrieben und abgebildet werden können, läuft die vorgesehene Regelung ins Leere, so dass die strukturellen Unterschiede weder im Krankenhausvergleich noch in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden.

Die DKG fordert nachdrücklich, den ausschließlichen Leistungsbezug aufzugeben, indem besondere Aufgaben und strukturelle Besonderheiten in den Verhandlungen berücksichtigt werden können, so dass ein begründeter Bedarf bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes berücksichtigt wird. Bei einem Verzicht auf „leistungsbezogene strukturelle“ Entgelte entfällt auch das Anfrageverfahren beim InEK, da das InEK nur zu den leistungsbezogenen Entgelten Auskunft geben kann.

**Änderungsvorschlag**

§ 6 Absatz 2 und 3 BPfIV werden gestrichen.

**Zu Artikel 2 Nr. 9a) cc): § 9 Abs. 1 Nr. 7 bis 10 BPfIV**  
**Vereinbarung auf Bundesebene**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Neue Aufgaben und Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf der Bundesebene.

## **Stellungnahme**

### Zu Nr. 7: Vereinbarung zu nicht erforderlichen Diagnosen- und Prozedurenschlüssel

Gemäß Nr. 7 sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene künftig bis jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März 2017, solche Diagnose- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Abs. 2 SGB V benennen, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17 d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben.

Wenngleich die DKG die Bemühungen des Gesetzgebers zur Verminderung des Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern anerkennt, so bestehen dennoch Befürchtungen hinsichtlich der erfolgreichen Umsetzung innerhalb der Selbstverwaltung. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass zu der Erforderlichkeit einzelner OPS-Kodes sehr abweichende Vorstellungen in der Selbstverwaltung bestehen. So hat die DKG wiederholt im Konsens mit zahlreichen Fachverbänden die Abschaffung der äußerst erfassungsaufwendigen Therapieeinheiten und auch anderer Kodes gefordert. Dieser Wunsch wurde seitens der GKV jedoch nie gestützt, da die Therapieeinheiten ihnen vielfältige Möglichkeiten bieten, Abrechnungen aus formalen Gründen mit den bekannten Konsequenzen zu beanstanden. In gleicher Weise ist ihr Wunsch nach immer mehr Transparenz nahezu unbegrenzt. Dabei spielt es schon lange keine Rolle mehr, ob zu dokumentierende Parameter für Vergütungszwecke oder das Entgeltssystem benötigt werden oder ob der bürokratische Aufwand zur Erfüllung der Dokumentationsanforderungen in einem vernünftigen Verhältnis zum Zwecke der differenzierten Vergütung steht.

Aus diesem Grunde wird angeregt, die Regelungen dahingehend zu ergänzen, dass das DIMDI auch dissente Vorschläge der Selbstverwaltungspartner in die Prüfungen und die Umsetzung einzubeziehen hat. Hierdurch könnten die Chancen einer Einigung innerhalb der Selbstverwaltung zumindest verbessert werden.

### Zu Nr. 8: Nachweise zur Personalausstattung und deren Datenübermittlung

Gemäß Nr. 8 sollen die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene bis zum 31. März 2017 die Ausgestaltung der Nachweise zur Personalausstattung sowie die Datensätze und die Übermittlung der Daten regeln.

In Folge der Streichung der Nachweispflichten zur Psych-PV (Streichung § 18 Absatz 2 Satz 2) ist die Frist und der Verweis auf § 18 Ansatz 2 anzupassen.

### Zu Nr. 9: Krankenhausvergleich und Datenübermittlung

Mit Nr. 9 wird die Selbstverwaltung beauftragt, bis zum 1. Januar 2018 die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Krankausvergleichs und das Verfahren der Übermittlung der Daten zu vereinbaren.

In Folge der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr ist auch die Frist für die Vereinbarung zum Krankenhausvergleich um ein Jahr zu verschieben.

## Zu Nr. 10: Anfrageverfahren beim InEK für besondere Entgelte

Gemäß Nr. 10 sollen die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene bis zum 31. März 2018 die näheren Einzelheiten des Anfrageverfahrens beim InEK zu den Entgelten für „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ vereinbaren.

In Folge der Streichung der Entgelte für „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ ist auch Nr. 10 zu streichen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 bis 10 BPfIV werden wie folgt gefasst:

- „8. bis zum 31. März ~~2017~~ 2019 insbesondere die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 ~~und 3~~, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Übermittlung der Daten,*
- 9. bis zum 1. Januar ~~2018~~ 2019 die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Vergleichs nach § 4; in die Vereinbarung ist eine Regelung zum Verfahren der Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 2 aufzunehmen,„*
- ~~10. bis zum 31. März 2018 die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach § 6 Absatz 2 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgelt-system im Krankenhaus; für die Finanzierung gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.“~~*

## **Zu Artikel 2 Nr. 10: § 10 BPfIV** **Vereinbarung auf Landesebene**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Auf der Landesebene soll ein landesweiter Basisentgeltwert vereinbart werden. Dabei soll die Landesebene nach den „für die Vertragsparteien nach § 11 geltenden Vorgaben für die Vereinbarung des Erlösbudgets“ die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr schätzen. Bei der Schätzung zur voraussichtlichen Entwicklung im folgenden Kalenderjahr sind auch die Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 (Vereinbarung der Bundesebene zur Ausgestaltung und Anwendung des Krankenhausvergleiches) zu berücksichtigen.

### **Stellungnahme**

Der Landesbasisentgeltwert bildet als maßgeblicher Orientierungswert im Krankenhausvergleich lediglich die Budgets und nicht den tatsächlichen Bedarf ab. Mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern, wäre es sachgerechter, die Orientierungswerte

aus den Krankenhäusern abzuleiten, die die Qualitätsanforderungen bereits vollständig umsetzen konnten.

Eine sachgerechte Schätzung bzw. Prognose der voraussichtlichen Entwicklung im folgenden Kalenderjahr nach den „für die Vertragsparteien nach § 11 geltenden Vorgaben für die Vereinbarung des Erlösbudgets“ ist faktisch nicht möglich, da die Ergebnisse der krankenhausesindividuellen Verhandlungen kaum vorhersehbar sind. Auch ist eine komplexe Verhandlung auf der Landesebene über sämtliche Vorgaben der Ortsebenen nur für den Zweck des Krankenhausvergleiches nicht gerechtfertigt. Zur Vereinfachung des Verfahrens können die Daten direkt an die Datenstelle übermittelt und für den Vergleich durch das InEK aufbereitet und um den Erhöhungswert angepasst werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 10 BPfIV wird gestrichen.

### **Zu Artikel 2 Nr. 11: § 11 BPfIV** **Einführungsphase - Fristen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die neuen Einführungsphasen.

#### **Stellungnahme**

In Folge der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr sind die Fristen anzupassen. Die leistungsbezogenen Entgelte für strukturelle Besonderheiten sind zu streichen und stattdessen die besonderen Aufgaben und strukturellen Besonderheiten als Verhandlungstatbestand bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 11 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

*„ab dem krankenhausesindividuellen Einführungsjahr des Vergütungssystems und bis für das Jahr 2018 2019 die maßgeblichen Unterlagen“*

§ 11 Absatz 5 BPfIV wird wie folgt gefasst:

*„Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses ~~einschließlich leistungsbezogener struktureller Besonderheiten~~ sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann.*



---

## **Zu Artikel 2 Nr. 14b: § 18 Abs. 2 BPfIV** **Nachweispflichten zur Stellenbesetzung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Übergangsregelungen für die budgetneutrale Phase und Nachweispflichten zur Stellenbesetzung mit Zweckbindung der Budgetanteile zur Besetzung der Personalstellen.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Krankenhäuser für die Jahre 2016 bis 2019 gegenüber den Vertragsparteien bzw. Krankenkassen auf der Ortsebene nachzuweisen haben, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Ab dem Jahr 2020 ist der Nachweis für die Anforderungen des G-BA zu führen. Zudem hat das Krankenhaus ab dem Jahr 2016 durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers die zweckentsprechende Mittelverwendung nachzuweisen. Die Angaben sind zusätzlich an die DRG-Datenstelle zu übermitteln.

### **Stellungnahme**

Die Einführung von umfassenden Nachweispflichten zur Umsetzung der Psych-PV ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar. Es ist allgemein bekannt, dass die mit den Krankenkassen gemeinsam vereinbarte Anzahl der Vollkräfte von den Krankenhäusern mit den ebenfalls gemeinsam vereinbarten Budgets faktisch nicht realisiert werden kann. Ursächlich hierfür sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen. Seit Einführung der Psych-PV hat zu keinem Zeitpunkt ein gesetzlicher Anspruch auf eine vollständige Refinanzierung der Psych-PV bestanden. Auch die tarifbedingten Personalkostenentwicklungen konnten nicht in voller Höhe geltend gemacht werden. Zudem war und ist der wesentliche Grundsatz der Budgetverhandlungen, dass für die einzelnen Positionen keine Zweckbindung besteht und somit sowohl für die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen alleine das Gesamtergebnis zählt.

Nachdem die Budgets über viele Jahre unter diesen Rahmenbedingungen vereinbart werden mussten, ist es nicht sinnvoll, die scheinbaren „Ungerechtigkeiten“ des auslaufenden Budgetsystems auf Psych-PV-Basis auszuarbeiten. Hierzu müsste erstmal zwingend die Refinanzierung der Personalkosten in voller Höhe geregelt werden.

Unter der Voraussetzung, dass unter den neuen Rahmenbedingungen zu den Mindestanforderungen des G-BA ab dem Jahr 2020 eine vollständige Refinanzierung sichergestellt wird, kann über Nachweispflichten zur Personalausstattung ab dem Jahr 2020 diskutiert werden. Die Vertragsparteien auf der Ortsebene können dann die Budgetvereinbarung in Kenntnis der neuen Rahmenbedingungen und somit im Sinne eines Neustarts treffen. Die Einbindung der Nachweise in die Budgetverhandlungen und die daraus resultierenden Wirkungen sollten bis dahin nochmals grundsätzlich überdacht werden. Die externen Personalanforderungen müssen mit den internen Realitäten des Personalmanagements in Einklang gebracht werden. Die Auswirkungen von Personalfluktuationen oder Personalengpässen aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt müssen berücksichtigt werden und eine ausreichende Flexibilität für einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz des Personals muss erhalten bleiben.

---

Zusammenfassend ist eine sachgerechte Aufarbeitung der Vergangenheit aus Sicht der DKG in der befristeten Zeit nicht möglich. Die DKG fordert nachdrücklich, auf die Nachweispflichten für die Jahre 2016 bis 2019 zu verzichten. Auch die Ausgestaltung der Nachweise und die daraus resultierenden Wirkungen ab dem Jahr 2020 sollten nochmals grundsätzlich überdacht werden.

### **Änderungsvorschlag**

Auf die in § 18 Absatz 2 BPfIV vorgesehenen Änderungen ist zu verzichten.

## Artikel 3

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Artikel 3: § 5 Abs. 3 KHEntgG

#### Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

#### Beabsichtigte Neuregelung

Entfällt.

#### Stellungnahme

Der Standortbegriff wird derzeit in § 5 KHEntgG als krankenhauplanerischer Begriff verwandt und vom Begriff der Betriebsstätte unterschieden. Hier ist eine begriffliche Anpassung erforderlich, um zum Ausdruck zu bringen, dass zukünftig die bundeseinheitliche Standortdefinition Anwendung finden wird.

#### Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 3 KHEntgG wird wie folgt geändert:

*„[...] Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen ~~Betriebsstätten~~ Standorten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde ~~betriebsstätten~~ standortbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:*

- 1. ~~die Betriebsstätte~~ der Standort ist im Krankenhausplan als gesondert ~~Standort~~ ausgewiesen,*
- 2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und*
- 3. das negative wirtschaftliche Ergebnis ~~der Betriebsstätte~~ des Standorts ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt; [...]*“

---

## **Zu Artikel 3 Nr. 3: § 21 Abs. 2 Nr. 2b) KHEntgG** **Übermittlung und Nutzung von Daten**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Um den unterschiedlichen Aufgaben gerecht zu werden, die sich aus der einheitlichen Standortdefinition nach § 2a KHG ergeben, ist eine Ergänzung des § 21-Datensatzes um das Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V sowie zusätzlich für einen Übergangszeitraum der entlassende Standort erforderlich.

### **Stellungnahme**

Die genannten Fristen legen nahe, dass die Einführung der neuen Kennungen erst zum 01.01.2020 zum Einsatz kommt. Aus Sicht der Krankenhäuser ist das zu begrüßen, um somit insbesondere ausreichend Vorlaufzeit für die Krankenhäuser und die Softwarehersteller einzuräumen.

Zusätzlich wird angedeutet, dass die Übermittlung des entlassenden Standortes ab 01.07.2020 für nicht mehr notwendig erachtet wird. Das impliziert, dass das neue Kennzeichen die Angaben zum entlassenden Standort überflüssig macht. Im Sinne der Datensparsamkeit ist das Vorgehen zu begrüßen, es sollte jedoch sichergestellt sein, dass Angaben zum entlassenden Standort weiterhin verfügbar sind, sofern sie benötigt werden.

### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## Artikel 4

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Zu Artikel 4 Nr. 1b - c: § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V

#### Krankenhausbehandlung

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der stationsäquivalenten Behandlung als neue Behandlungsform wird der Vorrang vor der vollstationären Behandlung eingeräumt. Es erfolgt eine grobe Definition der stationsäquivalenten Behandlung.

#### **Stellungnahme**

Die Aufnahme der stationsäquivalenten Behandlung als neue Behandlungsform begrüßen die Krankenhäuser. Das Angebot der Kliniken, diese neue Behandlungsform durchzuführen, kann jedoch ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgen. Angesichts der im Gesetzentwurf formulierten Anforderungen an Inhalt und Umfang der Behandlung (der einer vollstationären Behandlung entsprechen soll), des weiteren Anstiegs psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen und der unzureichenden ambulanten komplementären Versorgung bei gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel auch in den Krankenhäusern, muss die stationsäquivalente Behandlung zukünftig eine optionale Angebotsmöglichkeit für Krankenhäuser darstellen. Dies bedeutet, dass der in § 39 SGB V und § 3 Abs. 3 BPfIV formulierte Vorrang der stationsäquivalenten Behandlung vor der vollstationären Behandlung entfallen muss. Vielmehr stehen vollstationäre Behandlung und stationsäquivalente Behandlung gleichrangig nebeneinander. Dies muss in § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V dadurch zum Ausdruck gebracht werden, dass Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108) haben, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Weiterhin muss bei stationärer Aufnahmeindikation die Entscheidung, ob der Patient vollstationär oder stationsäquivalent behandelt wird, im Ermessen des Krankenhauses liegen.

Da eine genaue Definition der stationsäquivalenten Behandlung bisher nicht vorliegt, kann diese erst im Rahmen der Vereinbarung zu § 115d SGB V erfolgen. Insbesondere die Dauer, die Intensität und Dichte analog einer vollstationären Behandlung vorzuziehen, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend. Die festgelegten Voraussetzungen könnten sich eher als Hinderungsgrund für das Angebot dieser Leistung durch die Krankenhäuser erweisen. Durch eine Klarstellung des Sachverhaltes in der Gesetzesbegründung können potentielle Unsicherheiten bei der Auslegung vermieden werden.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 39 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

*„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ~~stationsäquivalente~~, teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“*

§ 39 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird wie folgt geändert:

*„~~Sie entspricht hinsichtlich des Inhaltes und der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.~~“*

Ergänzung in der Gesetzesbegründung zu Artikel 4 Nr. 1b: § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

*„Das Angebot einer stationsäquivalenten Behandlung durch die Kliniken erfolgt freiwillig. Ebenso obliegt der Klinik die Entscheidung bei stationärer Aufnahmeindikation, den Patienten entweder vollstationär oder stationsäquivalent zu behandeln.“*

## **Zu Artikel 4 Nr. 2: § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V** **Bedarfsplanung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Berücksichtigung bei der Berechnung des vertragsärztlichen Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sollen die psychiatrischen Institutsambulanzen standortbezogen die zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten fachgebietspezifisch in Vollzeitäquivalenten ausweisen und dem Landesausschuss übermitteln.

### **Stellungnahme**

Die pauschal beabsichtigte Regelung zur Übermittlung standortbezogener fachgebietspezifischer Vollzeitäquivalente der psychiatrischen Institutsambulanzen an den Landesausschuss wird durch die Krankenhäuser abgelehnt.

Der Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine Nichtberücksichtigung bei der Berechnung des Versorgungsgrades entgegengestellt.

Nach § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind bei Feststellung einer Überversorgung die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht zu berücksichtigen. Begründet wird dies damit (vgl. BT-Drs. 18/4095, S. 109), dass die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte zur Folge haben kann, dass der Versorgungsgrad ansteigt und der Planungsbereich damit für Neuzulassungen gesperrt ist, so dass niederlassungswillige Ärzte und Ärztinnen sich nicht mehr niederlassen können. Damit die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen



Ärzte sich nicht negativ auf potentielle Niederlassungen auswirkt, sind diese bei der Überversorgung dementsprechend nicht zu berücksichtigen.

Parallel wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine Nichtberücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte auch bei der Unterversorgungsfeststellung in § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eingeführt. Auch hier wird begründet (vgl. BT-Drs. 18/4095, S. 106), dass durch die Berücksichtigung der Versorgungsgrad über die Unterversorgungsgrenze ansteigt und in der Folge Sicherstellungsmaßnahmen nicht mehr greifen. Infolgedessen sind die in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen.

Die fachgebietsbezogene sowie standortspezifische Ausweisung der in ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte in Vollzeitäquivalenten erzeugt damit für die Krankenhäuser einen unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand ohne Auswirkung auf den Versorgungsgrad und die vertragsärztliche Versorgung.

Darüber hinaus ist die Ausweisung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte zur Berücksichtigung bei der Berechnung des Versorgungsgrades inhaltlich nicht zu rechtfertigen. Denn die Ermächtigung psychiatrischer Institutsambulanzen zielt darauf ab, für ein spezifisches Patientenklintel Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, da diese Gruppe von Erkrankten Vertragsärzte von sich aus nicht aufsuchen bzw. durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden kann, etwa aufgrund eines ungenügenden multiprofessionellen Angebots oder einer begrenzten Flexibilität des Personaleinsatzes. Infolgedessen benötigen diejenigen Personen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht behandelbar sind ein besonderes – und vom vertragsärztlichen Bereich abweichendes – Versorgungsangebot (vgl. BT-Drs. 14/1997, S. 167f). Zur Sicherstellung der Behandlung dieser Patienten und Patientinnen bedurfte es damit dieses speziellen Leistungsbereichs, der die vertragsärztliche Versorgung um spezifische Versorgungsangebote ergänzt.

Es handelt sich damit um besondere Leistungen, die mit dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot in keinsten Weise vergleichbar sind. Somit ist eine Berücksichtigung auch nicht sinnvoll und zu rechtfertigen, da die Leistungen beider Bereiche – der vertragsärztlichen Versorgung und der Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen – sich nicht entsprechen.

Eine Berücksichtigung kann sich allein auf diejenigen Fälle beziehen, die gemäß § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V in psychiatrischen Institutsambulanzen wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Diese Fälle können der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Da es sich bei diesen nur um einen Anteil aller Fälle handelt, ist die standortbezogene fachgebietsspezifische Ausweisung von Vollzeitäquivalenten mit einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand verbunden, wohingegen eine standortbezogene Übermittlung der Fallzahl an den Landesausschuss ausschließlich in diesen besonderen Konstellationen eine Alternative darstellt.

## Änderungsvorschlag

§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b sowie Satz 10 sind ersatzlos zu streichen.

Hilfsweise ist § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V anzupassen.

~~„[...] für die Berücksichtigung der Versicherten, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch Krankenhäuser nach § 118 Abs. 1 angewiesen sind, in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogenen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4 die entsprechenden Fallzahlen an den Landesausschuss.“~~

### Zu Artikel 4 Nr. 3: § 109 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V

#### Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

#### Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d SGB V) wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien vor Ort im Benehmen mit dem Land vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist, sofern ein Krankenhaus diese Behandlungsform erbringt. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 SGB V.

#### Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung ist kritisch zu sehen, da sie im Widerspruch zu den in § 115d SGB V gestellten Anforderungen an die Krankenhäuser steht. Die Gesetzesbegründung zu § 115d SGB V hebt hervor, dass die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei den Krankenhausträgern liegt. Im Rahmen seiner Therapieverantwortung muss das Krankenhaus dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann, d. h. dass das Krankenhaus die entsprechenden stationären Kapazitäten vorhalten muss. Der Begriff „stationsäquivalent“ verdeutlicht, dass es sich gerade nicht um eine rein stationärsersetzende Maßnahme handelt, sondern hinsichtlich der Komplexität sowie aufgrund der permanenten Möglichkeit zum Rückgriff auf die Infrastruktur des Krankenhauses einer stationären Behandlung entspricht und dem damit verbundenen Ressourcenaufwand folgerichtig mindestens gleichzusetzen wäre (§ 39 Abs. 1 S. 4 SGB V). Die Bettenkapazität, in diesem Sinne als Ausdruck des weiterhin hohen Versorgungs- und Ressourcenbedarfs verstanden, sollte daher keinem unsachgemäßen Reduzierungszwang unterliegen.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d

SGB V um eine neue Versorgungsform handelt, deren Auswirkungen auf der Landesebene zunächst abgewartet und genau analysiert werden sollten. Krankenhäuser, die diese innovative Behandlungsform erbringen möchten, sollten bei dieser komplexen Aufgabe durch Planungssicherheit unterstützt, statt durch unsachgemäße Reduzierungen bestraft werden.

Die DKG steht weiterhin zur Planungshoheit der Bundesländer und erachtet eine Krankenhausplanerische Berücksichtigung und Bewertung im Rahmen der regelhaften Planungsprozesse auf Landesebene für angemessen und ausreichend.

Sollte der Weg einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter beschritten werden, so ist aus vorgenannten Gründen zwingend Einvernehmen mit den Ländern herzustellen und der Grundsatz der Freiwilligkeit zu einer solchen Vereinbarung zu wahren. Falls an dem vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus festgehalten wird, sehen die Krankenhäuser die Gefahr, dass die Versorgungssicherheit psychisch kranker Menschen zu Gunsten vermeintlicher Kostenersparnisse ins Hintertreffen gerät.

### **Änderungsvorschlag**

Ersatzlose Streichung von § 109 Absatz 1 Satz 6 und 7 SGB V und Streichung von § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V,

oder hilfsweise

Zu § 109 Abs. 1 Satz 6 SGB V:

*„Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d), können die Vertragsparteien nach Satz 1 im Einvernehmen vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 abweichend von Satz 4 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist.“*

Zu § 109 Abs. 1 Satz 7 SGB V:

Ersatzlose Streichung von § 109 Abs. 1 Satz 7 SGB V.

### **Zu Artikel 4 Nr. 4: § 115d SGB V**

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird die Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung durch die Krankenhäuser neu geschaffen.

In § 115d Abs. 2 SGB V ist vorgesehen, dass die dort genannte Vereinbarung zu § 115d SGB V im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu treffen ist.

Als Frist für den Abschluss der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V sind sechs Monate nach Inkrafttreten des PsychVVG vorgesehen. Darüber hinaus ist die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften bis zum 28. Februar 2017 zu vereinbaren.

Gemäß § 115d Abs. 3 SGB V entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von 6 Wochen, wenn die Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

## **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen die Schaffung der Möglichkeit des Angebotes einer stationsäquivalenten Behandlung. Damit können zukünftig komplexe Behandlungen als stationäre Leistungen nicht nur im und am Krankenhausbett, sondern im Interesse der Patienten und Patientinnen auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Krankenhäuser leisten so mit ihrer hohen Behandlungskompetenz einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung einer patientenorientierten und bedarfsgerechten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

Die Schaffung des Angebotes muss im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung ebenso für die psychosomatischen Krankenhäuser sowie die psychiatrischen Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen gelten. Keinem Patienten kann verdeutlicht werden, warum er mit ggf. derselben oder ähnlichen Diagnose in der einen Klinik die Möglichkeit erhält, in der Häuslichkeit behandelt zu werden, und in der anderen nicht.

Die Voraussetzungen (Begründung zu § 115d SGB V), um das Angebot der stationsäquivalenten Behandlung anzubieten, sind äußerst hoch angesetzt und bedürfen einer weiteren rechtlichen Prüfung (z. B. permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter, eine 24-stündige klinische Therapieverantwortung und individuelle Hilfeleistungen an sieben Tagen der Woche). Sie könnten sich jedoch bei der Umsetzung durch die Krankenhäuser hinderlich auswirken.

Abzulehnen ist die Vorgabe, dass die Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren ist. Gemäß § 39 Abs. 1 SGB V handelt es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung um Krankenhausbehandlung, so dass hiervon allein die Krankenhäuser betroffen sind. Laut Gesetzesbegründung ist die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung explizit auf Krankenhäuser beschränkt. Es ist daher kein sachlicher Grund ersichtlich, warum für diesen Bereich ein Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hergestellt werden sollte. Das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist an dieser Stelle zu streichen.

Gemäß § 115d Abs. 2 Satz 2 SGB V haben die Vertragsparteien die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften zu vereinbaren. Diese Frist ist viel zu kurz bemessen. Das PsychVVG selbst wird erst zum 1. Januar

2017 in Kraft treten. Eine Vereinbarung der erforderlichen Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften kann erst ab diesem Zeitpunkt erfolgen, da erst dann feststeht, wie der Leistungsinhalt des § 115d SGB V in seinen Einzelheiten in das SGB V aufgenommen wurde. Das Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften ist sehr zu begrüßen, kann jedoch nicht innerhalb von zwei Monaten hergestellt werden. Insbesondere da es sich um eine völlig neue Form der Leistungserbringung von Kliniken handelt. Auch sei hierbei auf die ausstehende Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen (z. B. Gewährleistung einer 24-stündigen klinischen Therapieverantwortung) hingewiesen. Die Frist ist bis zum 28. Februar 2018 zu verlängern, um den gesetzlichen Arbeitsauftrag ordnungsgemäß erfüllen zu können. Ein entsprechender Antrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikation beim DIMDI würde sich dementsprechend zeitlich verschieben. Darüber hinaus muss die in § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgesehene Frist zum Abschluss der Vereinbarung auf achtzehn Monate nach Inkrafttreten des PsychVVG angepasst werden.

Abzulehnen ist darüber hinaus das in § 115d Abs. 3 SGB V vorgesehene Tätigwerden der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG von Amts wegen. Die Verortung der Konfliktlösung bei der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ist sachgerecht, jedoch ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum die Schiedsstelle hier ohne Antrag einer Vertragspartei entscheiden sollte. Die Selbstverwaltungspartner sind mit der Frage der Antragstellung in der Vergangenheit immer verantwortlich umgegangen. Im Falle des Scheiterns von Verhandlungen wurde die Schiedsstelle durch eine der Vertragsparteien angerufen. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen verzögert oder zum Erliegen gebracht wurde. Durch ein Tätigwerden der Schiedsstelle von Amts wegen würde ein immens hoher Druck aufgebaut werden, der den Verhandlungen nicht zuträglich wäre. Es sollte dabei bleiben, dass die Verhandlungspartner je nach Verhandlungssituation entscheiden können, ob eine Vereinbarung durch weitere Verhandlungen doch noch einvernehmlich geschlossen werden kann. Das Zustandekommen einer Vereinbarung wird im Übrigen dadurch sichergestellt, dass sowohl für die Vereinbarung, als auch für die Entscheidung der Schiedsstelle entsprechende Fristen in das Gesetz aufgenommen wurden. Es ist daher vorzusehen, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet, wenn eine Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

Weiterhin abzulehnen ist die Vereinbarung zum Abbau nicht mehr erforderlicher Betten. Die Bettenkapazität, in diesem Sinne als Ausdruck des weiterhin hohen Versorgungs- und Ressourcenbedarfs verstanden, sollte keinem unsachgemäßen Reduzierungszwang unterliegen.

Bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V handelt es sich um eine neue Versorgungsform. Deren Auswirkungen auf der Landesebene sollten zunächst abgewartet und genau analysiert werden. Krankenhäuser, die diese innovative Behandlungsform erbringen möchten, sollten bei dieser komplexen Aufgabe durch Planungssicherheit unterstützt, statt durch unsachgemäße Reduzierungen bestraft werden.



## Änderungsvorschlag

§ 115d Abs. 1, 2 und 3 SGB V wird wie folgt geändert

*„(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung, Psychosomatische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen können in medizinisch geeigneten Fällen bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.*

*(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren ~~im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung~~ bis zum [Einsetzen (letzter Tag des ~~sechsten~~ achtzehnten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zu*

- 1. den Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,*
- 2. den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung,*
- 3. den Anforderungen an die Beauftragung von an der psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern;*
- ~~4. Grundsätzen für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung (§ 109 Absatz 1 Satz 6).~~*

*Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 28. Februar 2017 2018 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung zu vereinbaren.“*

*(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ~~ohne Antrag~~ auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“*



---

## **Zu Artikel 4 Nr. 5: § 118 Abs. 3 SGB V** **Psychiatrische Institutsambulanzen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Psychosomatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen wird die Möglichkeit gegeben, die Ermächtigung für psychosomatische Institutsambulanzen zu erhalten.

### **Stellungnahme**

Die Streichung der hier zuvor vorgesehen regionalen Versorgungsverpflichtung begrüßen die Krankenhäuser sehr.

### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Zu Artikel 4 Nr. 6b): § 136 Abs. 1 SGB V** **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber stellt mit dieser Änderung klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch dazu ermächtigt ist, Regelungen zur Finanzierung von notwendigen Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu treffen.

### **Stellungnahme**

Die Klarstellung wird seitens der Krankenhäuser begrüßt. Damit wird verdeutlicht, dass Regelungen zur Finanzierung bestimmter Strukturen, die für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung notwendig sind, bereits zum jetzigen Zeitpunkt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden können.

In der Begründung werden dazu beispielhaft die Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) angeführt. Aus Sicht der Krankenhäuser sind für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung darüber hinaus auch die Datenannahmestellen nach § 9 Qesü-RL und die Auswertungsstellen nach § 10 Qesü-RL notwendig.

### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Zu Artikel 4 Nr. 7a - e: § 136a Abs. 2 SGB V**

### **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der G-BA legt in seinen Richtlinien geeignete Maßnahmen zu Qualitätssicherung fest. Dazu soll er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal bestimmen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

#### **Stellungnahme**

Die Änderung des bisherigen Auftrages zur Erarbeitung von „verbindlichen Mindestanforderungen“ statt „Empfehlungen“ bedeutet eine Klarstellung zu vorher bestehenden Unsicherheiten der Auslegung des Wortlautes.

Offen bleibt der Umfang der Informationen über die Umsetzung, welche bisher nach § 136 Abs. 2 Satz 4 SGB V über die Qualitätsberichte erfolgen soll. Da bereits in § 18 Abs. 2 BPfIV „Vorläufige Pflegesatzvereinbarungen“ Vorgaben zum Personal nachgewiesen und in § 4 BPfIV „Leistungsbezogener Vergleich“ bundes- und landesweit vergleichend ausgewiesen werden sollen, sind hier dringend Doppelstrukturen bei der Erfassung, Dokumentation und Darstellung der Angaben zur Personalausstattung zu vermeiden.

Zu begrüßen ist die Anpassung der Frist zur Einführung der Maßnahmen nach § 136a Abs. 2 SGB V für die Personalausstattung. Ebenso zu begrüßen ist der Einbezug externer Expertise bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben, da eine evidenzbasierte Ableitung gegenwärtig nicht möglich ist. Darüber hinaus können Leitlinien Anhalte für eine bedarfsgerechte Behandlung liefern. Sie sind jedoch nicht ausreichend, um quantitativ Aussagen zur notwendigen Personalausstattung zu treffen.

Äußerst knapp bemessen ist jedoch die Frist für die Erarbeitung von Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Voraussichtlich werden erst Ende 2018 die letzten Ergebnisse der erneuten Beauftragung an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorliegen. Danach ist eine Umsetzungsdauer in den Einrichtungen ohne vorherige Machbarkeitsprüfung von einem Jahr zu kurz angesetzt. Insbesondere da die psychiatrische und psychosomatische Versorgung noch nicht mit Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung konfrontiert war und das neue Verfahren sektorenübergreifend angelegt ist.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Maßnahmen nach Satz 2 für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal spätestens bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 und für die Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung bis zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zu beschließen.“

#### **Zu Artikel 4: § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

#### **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Entfällt.

#### **Stellungnahme**

Die geografische Größe eines Standorts als Radius um einen "geokodierten" Ort muss offensichtlich für die Zwecke der Qualitätssicherung anders gezogen werden als für die Zwecke der Krankenhausplanung mit Maßgaben für Erreichbarkeitszeiten und einem gestuften System der Notfallversorgung. Da der Gesetzgeber Standorte von Ambulanzen in die zu vereinbarende Definition mit einschließt, ist davon auszugehen, dass eine sehr feine Granulierung eines jeden Standorts intendiert wird. Da diese feine Granulierung der Standortgröße in der Mindestmengenregelung nach § 136b SGB V durch unterschiedliche örtliche Gegebenheiten zu einer nicht sachgerechten Umsetzung der Mindestmengenregelung führen kann, muss eine gesetzliche Anpassung der Mindestmengenregelung erfolgen, so dass z.B. auch Leistungen an mehreren Standorten eines Krankenhauses bei entsprechenden örtlichen Gegebenheiten zur Erreichen der Mindestmenge zusammen gezählt werden können.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*"(...) einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort oder Standorte eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort oder Standorte eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände (...)"*

## **Zu Artikel 4 Nr. 8: § 136c Abs. 2 SGB V**

### **Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgt eine Klarstellung zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

#### **Stellungnahme**

Um dem Sachverhalt Rechnung zu tragen, dass es sich hier um die Auswertungsergebnisse der Krankenhäuser handelt, wird eine Präzisierung vorgeschlagen.

#### **Änderungsvorschlag**

Der § 136c Absatz 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

*(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden ~~stationären~~ Qualitätssicherung von Krankenhäusern zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach § 137a zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung liefern. Er soll das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um sechs Monate verkürzen.*

## **Zu Artikel 4 Nr. 11: § 293 Abs. 6 SGB V**

### **Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Gemäß den Neuregelungen nach § 2a KHG und im SGB V sind die DKG und der Spitzenverband der Krankenkassen verpflichtet, auf Grundlage der einheitlichen Standortdefinition nach § 2a KHG ein Verzeichnis über alle Krankenhausstandorte und deren Ambulanzen zu führen. Das Verzeichnis enthält das neue Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V und ist zu veröffentlichen. Das Statistische Bundesamt kann das Verzeichnis im Rahmen der Erstellung der Krankenhausstatistik nutzen.

#### **Stellungnahme**

Es wird davon ausgegangen, dass die Beauftragung des InEK mit dem Krankenhausregister nur eine Option ist. Allerdings wird die Aufgabe der Führung eines Krankenhausverzeichnisses als originäre Aufgabe der Krankenhäuser gesehen, analog zur Führung des Vertragsarztverzeichnisses durch die KVen. Daher wird vorgeschlagen, dass

die DKG die führende Stelle benennt. Eine entsprechende Regelung zur Übernahme der Kosten ist mit dem Spitzenverband der Krankenkassen zu vereinbaren.

Die Formulierung, dass die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten nur nach Aufforderung zu übermitteln sind, ist zu ergänzen um eine gesonderte Übermittlungspflicht bei eingetretenen Änderungen. Insbesondere bei den Krankenhausambulanzen sind häufigere Änderungen zu erwarten, die der verzeichnisführenden Stelle sonst nicht zeitnah bekannt werden.

Um das genannte Verzeichnis optimal nutzbar zu machen, sollte dieses auch die den Standorten zugeordneten Institutionskennzeichen (IK) pflegen, so dass praktisch handhabbar alle Standorte zu einem IK abgefragt werden können, bzw. alle IK, die zu einem Standort gehören.

Das Statistische Bundesamt erhält die Möglichkeit, das Verzeichnis zur Erstellung der Krankenhausstatistik zu nutzen. Im Zuge der Novellierung ist der § 7 der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser entsprechend anzupassen.

Mit der Veröffentlichung der vom Statistischen Bundesamt verarbeiteten Daten zu den Krankenhausstandorten werden diese einem sehr großen Nutzerkreis frei zugänglich gemacht. Die DKG spricht sich dafür aus, dass Krankenhäusern ermöglicht wird, der Veröffentlichung ihrer standortbezogenen Daten zuzustimmen.

## **Änderungsvorschlag**

§ 293 Abs. 6 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*„(6) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können gemeinsam das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Weiterhin kann die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine führende Stelle mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. Die Regelungen der Modalitäten zur Kostenübernahme durch die GKV ist zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG zu vereinbaren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten auf Anforderung sowie bei allen aufgetretenen Änderungen auch ohne Aufforderung an die das Verzeichnis führende Stelle zu übermitteln. Das Verzeichnis nach Satz 1 ist in nach Satz 8 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die Kennzeichnung zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Den Kostenträgern dient das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit*

*Anforderungen der Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, soweit dies zur Erfüllung der nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zum Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere*

- 1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,*
- 2. die Art und den Aufbau der Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe,*
- 3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,*
- 4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderung an die Verwendung der Kennzeichen und*
- 5. die Finanzierung der Aufwände, die durch das Führen und die fortlaufenden Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.“*

#### **Zu Artikel 4 Nr. 12: § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V** **Abrechnung ärztlicher Leistungen**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Selbstverwaltungspartner vereinbaren einen bundeseinheitlichen Katalog für die Dokumentation der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten). Darüber hinaus vereinbaren Sie Details zur Erfüllung des PIA-Prüfauftrages.

##### **Stellungnahme**

Die psychiatrischen Institutsambulanzen behandeln entsprechend dem gesetzlichen Auftrag Patienten mit schweren Störungen. Sie tragen mit ihren komplexen ambulanten Versorgungsangeboten zu einer Ergänzung des Leistungsspektrums der Vertragsärzte bei und leisten häufig mit ihren regionalen Kooperationen einen wertvollen Beitrag zu integrierter, spezifischer ambulanter Versorgung.

Diese besonderen Leistungen sind mit dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot nicht vergleichbar. Auch von den Leistungen der neu geregelten stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, welche nur mit der Voraussetzung einer festgestellten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und einem entsprechenden Angebot des Krankenhauses erbracht werden können, sind die Aufgaben der psychiatrischen Institutsambulanzen abzugrenzen.



Die Intention und das Ziel des hier zu entwickelnden umfassenden bundeseinheitlichen Leistungskataloges, welcher insbesondere nicht an eine entsprechende Vergütung der Leistungen gekoppelt ist, bleibt auch in der Gesetzesbegründung unklar und wird demnach von den Krankenhäusern abgelehnt. Aufgeführt wird in der Begründung die Abgrenzung von der psychiatrischen Grundversorgung. Hier stellt sich die Frage, wie der Gesetzgeber eine psychiatrische Grundversorgung definiert. Da die psychiatrischen Institutsambulanzen nicht vergleichbare Angebote zur vertragsärztlichen Versorgung anbieten, tragen sie einen nicht unerheblichen Teil zu einer psychiatrischen Grundversorgung bei. Fraglich ist dementsprechend inwieweit hier eine entsprechende Abgrenzung zu erreichen sein wird.

Eine Berücksichtigung ähnlicher Fälle wie in der vertragsärztlichen Versorgung kann sich allein auf diejenigen Fälle beziehen, die gemäß § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V in psychiatrischen Institutsambulanzen wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Ausschließlich diese Fälle könnten der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden (Vgl. hierzu: Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 2: § 101 Abs.1 Satz 10 SGB V „Überversorgung“). Da es sich nur um einen kleinen Anteil aller Fälle handelt, ist der Aufwand für die Dokumentation in Zeiten des gewollten Bürokratieabbaus und Herstellung entsprechender EDV-technischer Voraussetzungen nicht zu rechtfertigen und steht in keinem Verhältnis zum Nutzen.

## Änderungsvorschlag

§ 295 Absatz 1b Satz 4 wird wie folgt gefasst:

~~„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der Bestimmungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b bis spätestens zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)] einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; f-Für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Selbstverwaltungspartner sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“~~