



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses
vom 14.06.2016**

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

I. Allgemeines

Die Unparteiischen Mitglieder beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) begrüßen die im Gesetzesentwurf enthaltenen Ziele, die Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu verbessern.

1. Die Präzisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anstelle von den bisher vorgesehenen Empfehlungen festzulegen, wird begrüßt. Die dem G-BA gesetzte Frist zur Erarbeitung der die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablösenden Bestimmungen wird im Grundsatz befürwortet, vor dem Hintergrund der ebenfalls gesetzten Anforderungen an die Evidenzbasiertheit der aufzustellenden Personalvorgaben sowie aufgrund der zu erwartenden Wechselwirkungen mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung wird jedoch eine Verlängerung der Einführungsfrist angeregt.
2. Die neu geschaffene Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld ist gerade für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen relevant, da diese in besonderem Maße von sozialer Isolation bedroht sind, und wird grundsätzlich begrüßt. Es bleiben jedoch Fragen zur sektorenübergreifenden Verzahnung dieses neuen Versorgungsangebots mit der ambulanten, gemeindenahen Betreuung dieser Patientinnen und Patienten offen. Außerdem bedarf es der Prüfung möglicher Interferenzen dieser neuen Versorgungsform auf die für den stationären Bereich zu ermittelnden Personalanforderungen.
3. Der Intention des Gesetzesentwurfs, themenübergreifende Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen zu schaffen, ist grundsätzlich zuzustimmen, weil von erheblicher Relevanz für die Ausgestaltung und Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA, insbesondere auch für die Umsetzung der neuen gesetzlichen Aufträge gemäß § 136c SGB V

sowie § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V. Vor dem Hintergrund der bereits aufgenommenen Beratungen zur Standortfrage in den Gremien des G-BA bietet sich eine ausdrückliche Verankerung der Regelungskompetenz des G-BA im SGB V – etwa als neuer Absatz 1a unter § 136b SGB V - an. Sollte gleichwohl an dem Vorschlag einer Vereinbarung der Standort-Definition durch die Vertragspartner festgehalten werden, sollte zumindest ein Einvernehmen mit dem G-BA zwingend vorgesehen werden.

4. Die Klarstellung, dass der G-BA die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über Qualitätssicherungszuschläge regeln kann, wird ausdrücklich begrüßt. Es handelt sich um eine in der externen stationären Qualitätssicherung bewährte Vorgehensweise, die auch in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sinnvoll wäre.
5. Eine Übermittlung von einrichtungs- oder personenbezogenen Qualitätssicherungs-Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung an die Planungsbehörden der Länder scheidet allein schon aus datenschutzrechtlichen Gründen aus. Hiervon unberührt ist, dass grundsätzlich eine sektorenübergreifende Abstimmung der stationären und ambulanten Bedarfsplanung einschließlich der Schaffung der hierfür erforderlichen sektorenübergreifenden Entscheidungsstrukturen sinnvoll wäre.



II. Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Art. 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nr. 1.:

§ 2a Abs. 1

Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

Mit der Einführung von § 2a in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Absatz 1 verpflichtet, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) eine bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten zu schaffen. Diese sollen Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen festlegen und eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Hinsicht ermöglichen. Zeitgleich soll die Definition insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

Der G-BA begrüßt grundsätzlich die in Art. 1 des Gesetzentwurfs vorgesehene Bestimmung einer Definition des Krankenhausstandortes. Weiterhin erachtet er eine Legaldefinition des „Standort“-Begriffs u.a. zur Beseitigung bestehender Unklarheiten bei der Anwendung seiner Beschlüsse zum Zwecke der Qualitätssicherung und Transparenz für unerlässlich. Gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 und 13 SGB V ist es Aufgabe des G-BA – gebildet durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen – als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen, Richtlinien über die Bedarfsplanung und Qualitätssicherung zu beschließen. In diesen hat der Standortbegriff eine erhebliche Bedeutung, u.a. als Bezugsgröße bei der Zuordnung von Ergebnissen der Qualitätssicherung, erlangt. Eineindeutige Bezugsgrößen und eine klare Zuordnungsfähigkeit sind zwingende Voraussetzungen für eine valide Bewertung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse, insbesondere was die neuen planungsrele-

vanten Qualitätsindikatoren gem. § 136c Abs. 1 und 2 SGB V sowie die den Zu- und Abschlägen gem. § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren anbelangt.

Das Fehlen einer gesetzlichen Definition des Krankenhausstandorts hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass der Begriff im Rahmen der Qualitätssicherung themenspezifisch eine unterschiedliche Ausgestaltung und Anwendung erfahren hat. Dies führte schließlich u.a. zu der Frage, ob der Standortbegriff als eine maßgebliche Bezugsgröße in der Qualitätssicherung aufrechterhalten und wie die Einhaltung vorgegebener Qualitätsanforderungen transparent dargestellt werden kann.

Die Notwendigkeit, eine korrekte und zweckgerichtete Standortzuordnung der Ergebnisse einzelner Leistungsbereiche insbesondere bei Krankenhäusern mit verschiedenen, räumlich voneinander getrennten Versorgungseinheiten zu schaffen, hat Ende 2015 den G-BA schließlich dazu veranlasst, eine eigene Arbeitsgruppe mit der Weiterentwicklung der themenübergreifenden Standortproblematik im Rahmen der Qualitätssicherung zu beauftragen. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es dabei auch, eine einheitliche Standortdefinition in der Qualitätssicherung mit der für die Richtlinien und Regelungen – insbesondere für ihre Adressaten – maßgeblichen Verbindlichkeit zu erarbeiten. Die Beteiligung des BMG, der Ländervertreter nach § 92 Absatz 7f SGB V, der Vertreter der auf Landesebene beauftragten Stellen und des IQTIG an den Beratungen der betroffenen Träger des G-BA soll dabei eine themenübergreifende Beratung und zielgerichtete Umsetzung sicherstellen.

Vor diesem Hintergrund wird folgende Ergänzung von § 136b Abs. 1a SGB V vorgeschlagen:

„Der G-BA beschließt bis zum [Einsetzen (spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten)] eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Über die Regelung in § 91 Abs. 6 hinaus ist die Definition auch für die privaten Krankenversicherungsunternehmen verbindlich.“

In dem nunmehr vorliegenden Regelungsvorschlag wird anstelle des Lösungsvorschlags durch den G-BA oder anstelle der weitaus wünschenswerteren Legaldefinition des Standorts die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition durch die Vertragspartner vorgeschlagen. Sollte an dieser „Vereinbarungslösung“ festgehalten werden, sollte diese Vereinbarung im Einvernehmen mit dem G-BA erfolgen

Es wird daher alternativ vorgeschlagen, § 2a Abs. 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der vorgenannten Aspekte wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit dem G-BA sowie 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 Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.“

2. Art. 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nr. 3.b):

§ 21

In § 21 Abs. 2 soll geregelt werden, dass zusätzlich zum Institutskennzeichen des Krankenhauses zusätzlich ein Kennzeichen für den entlassenden Standort aufgenommen werden soll.

Für die Zwecke der externen stationären Qualitätssicherung ist der entlassende Standort bereits jetzt schon zu dokumentieren. Die Aufnahme dieses zusätzlichen Kennzeichens löst nicht die derzeitigen Probleme bei der Zuordnung der Auswertungsergebnisse zum tatsächlich leistungserbringenden Standort, oder gar die Frage, ob der Krankenhaus-„Standort“ für die Qualitätssicherung und die Qualitätsberichterstattung überhaupt die angemessene Bezugsgröße darstellt.

3. Art. 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1.c):

§ 39

Die Krankenhausbehandlung gemäß § 39 soll um das neue Leistungsangebot einer stationsäquivalenten Behandlung erweitert werden. Diese soll eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams umfassen. Das Nähere der Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bleibt gemäß § 115d Abs. 2 den Vertragspartnern überlassen.

Die Aufnahme des neuen Behandlungsangebots ist grundsätzlich zu befürworten, da dadurch die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht und die soziale Teilhabe und Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung fokussiert werden. Hierzu liegen Erfahrungen aus dem Ausland vor, insbesondere England hat umfangreiche Erfahrungen mit derlei „Teams“ (z.B. „Notfall“-Teams, Teams für sog. „Drehtürpatienten“, spezielle Suchtteams usw.) und einer gemeindenahen, aufsuchenden Versorgung. Die Übertragbarkeit dieser Erfahrungen auf den deutschen Versorgungskontext kann aufgrund grundlegend unterschiedlicher Systeme nicht eingeschätzt werden.

Es wird genauer zu betrachten sein, wie Leistungspakete der stationsersetzenden Maßnahmen und Strukturelemente, die settingspezifisch zu definieren sind, zwischen den in § 115d genannten Vertragsparteien formuliert werden. Inhärent ist dieser Behandlungsform, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen des Krankenhauses einzubeziehen sind und in Abhängigkeit von Behandlungskonzept und Indikation in einer abgestimmten Teamstruktur der Patient zu Hause aufzusuchen ist.

Bei der praktischen Umsetzung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung ist weiterhin zu berücksichtigen, dass zwar einige strukturbedingte Aufgaben des Krankenhauses obsolet werden, dafür jedoch andere Faktoren wie z.B. Reisezeiten des Personals zu berücksichtigen sind.



Zu Nr. 4.:

§ 115d

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Zu Abs. 1:

Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sollen 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 können. Das neue Versorgungsangebot ist grundsätzlich zu befürworten (vgl. auch Kommentar zu § 39 neu). Es bleiben jedoch Fragen im Hinblick auf eine sinnvolle sektorenübergreifende Verzahnung mit den ambulanten und gemeindenahen Versorgungsangeboten offen. Idealerweise sollte im Rahmen einer sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen eine frühzeitige Krisen-Intervention im ambulanten Setting ermöglicht werden, die einen stationären Aufenthalt nach Möglichkeit vermeiden hilft. Die „Ambulantisierung“ sollte nicht erst dann erfolgen, wenn bereits stationärer Behandlungsbedarf festgestellt wird. Die Regelung in Satz 3, dass das Krankenhaus in geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer u.a. mit der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung beauftragen kann, wird diesem Anspruch bzw. Qualitätsziel deshalb nur partiell gerecht.

Offen ist zudem die Auswirkung auf die vom G-BA vorzunehmende Regelung der Personalausstattung im stationären Bereich im Sinne von § 136a Abs. 2 SGB V. Durch die bereits absehbare Auswirkung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf die stationäre Versorgung ist die Grundlage für die Ermittlung des erforderlichen Personalbedarfs im stationären Bereich nicht mehr eindeutig definiert. Zudem wird in der Gesetzesbegründung zu § 39 neu wörtlich ausgeführt:



„Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Behandlungsform des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht an ein stationäres Bett gebunden ist. Stationäre Aufenthalte können hierdurch verkürzt oder ganz vermieden werden. Es ist daher zu erwarten, dass diese „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ im häuslichen Umfeld auch zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird.“

So geht offensichtlich auch die vorliegende Gesetzesbegründung selbst davon aus, dass die neue Behandlungsform entsprechende Auswirkungen auf den Betten- und damit auch auf den vorzuhaltenden Personalbedarf der Krankenhäuser hat. Um diese Wechselwirkungen bei der Personalbedarfsermittlung zu berücksichtigen, wäre eine enge Abstimmung der Personalvorgaben im Sinne von § 136a Abs. 2 SGB V auf der einen und den Vorgaben im Sinne von §§ 39, 115d neu auf der anderen Seite erforderlich (zur möglichen Lösung dieses Problem siehe sogleich unter Abs. 2).

Zu Abs. 2:

Das Nähere zur Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung ist durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren. Im Rahmen der Vereinbarung sollen unter anderem die Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung (Nr.2) sowie die Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung (Nr. 4) festgelegt werden. Die Vereinbarung soll bereits zum 28. Februar 2017 geschlossen werden.

Wie oben (zu Abs. 1) bereits ausgeführt, verlangt die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im Sinne von §§ 39, 115d neu die Beachtung des erforderlichen Geltungsvorrangs der vom G-BA zu regelnden Personalvorgaben im Sinne § 136a Abs. 2 SGB V. Zur Sicherstellung dieses Vorranges wird folgende Ergänzung des § 115d Absatz 2 Satz 1 vorgeschlagen:



„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit dem G-BA sowie im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zu [...]“

Zu Abs. 3:

Kommt eine Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 nicht zustande, soll eine Schiedsstelle entscheiden. Vor dem Hintergrund der oben vorgeschlagenen Regelung eines Einvernehmens mit dem G-BA zur Sicherstellung des Geltungsvorranges sollte auch die Schiedsstelle an die entsprechenden Regelungen des G-BA gebunden sein.

Dazu wird folgende Ergänzung von Absatz 3 vorgeschlagen:

„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 einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen. Die Schiedsstelle ist an die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA gebunden.“

Zu Abs. 4:

Die Vertragspartner sollen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung vorlegen.

Wechselwirkungen zwischen der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung und den stationären Versorgungskapazitäten sind nicht nur zu erwarten, sondern werden erwünscht mit offensichtlichen Folgen für das stationäre Leistungsspektrum. Diese werden wiederum Auswirkungen auf die Personalbemessung haben, daher sollte auch der G-BA den gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erhalten. Darüber hinaus sollte der

G-BA einen Zwischenbericht erhalten, um gegebenenfalls frühzeitige Auswirkungen bei der ihm obliegenden Aufgabe der Festlegung von Personalanforderungen in stationären Einrichtungen berücksichtigen zu können.

Zu Nr. 6.:

§ 136

Zu Nr. 6.b):

Die Klarstellung in § 136 Abs. 1 Satz 3 neu, dass der G-BA die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über Qualitätssicherungszuschläge regeln kann, wird ausdrücklich begrüßt.

Es handelt sich um eine in der externen stationären Qualitätssicherung bewährte Vorgehensweise, die auch in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sinnvoll wäre.

Zu Nr. 7.:

§ 136a

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Zu Nr. 7.a):

In § 136a Abs. 2 neu ist nunmehr klargestellt, dass der G-BA verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal anstelle der bisher vorgesehenen Empfehlungen festlegen soll.

Diese Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt, da ansonsten eine die Qualität und Sicherheit der Versorgung gefährdende Fortsetzung des Personalabbaus, speziell in der Pflege, zu befürchten wäre.

Gemäß Satz 3 sollen die Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Der Anspruch an die Evidenzbasierung bzw. Leitlinienorientierung bei der Festlegung von Qualitätsstandards ist eigentlich selbstverständlich, stößt jedoch im Hinblick auf die Festlegung verbindlicher Vorgaben an die Personalausstattung – nicht nur in der psychiatrischen Versorgung – aufgrund noch unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten. Die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften formulierten S3-Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen sind in der Regel diagnosespezifisch und fokussieren die jeweils erforderliche Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit für z.B. Zwangsstörungen, Schizophrenie, uni- und bipolarer Depression, differenziert nach Evidenz-Leveln und Empfehlungsgraden. Im Hinblick auf Personalaufwand und -ausstattung lassen sich aus den vom G-BA zwischenzeitlich schon gesichteten internationalen und nationalen Leitlinien jedoch allenfalls indirekte Hinweise, nicht jedoch quantitative Angaben zum Personalbedarf ableiten.

Vor diesem Hintergrund wird begrüßt, dass nach der Gesetzesbegründung der G-BA, soweit sich die Mindestvorgaben an die Personalausstattung nicht aus Leitlinien oder anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen ableiten lassen, bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch sonstige externe Expertise einbeziehen und die Psych-PV als Orientierung heranziehen kann.

Insbesondere wird sich der G-BA auch mit den S3-Leitlinien zu Diagnostik und Therapie psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen auseinandersetzen, denn die zukünftigen Personalvorgaben sollen die Umsetzung einer Leitlinien-gestützten Diagnostik und Therapie ermöglichen.

Der Formulierung in § 136a Abs. 2 Satz 3 neu, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung zu einer leitliniengerechten Behandlung „beitragen“ sollen, kann deshalb – unabhängig von den Problemen im Zusammenhang mit der Generierung von belastbarer Evidenz zu qualitätsrelevanten Personalzahlen – zugestimmt werden.



Die Festlegung möglichst evidenzbasierter Mindestvorgaben zur Personalausstattung wird durch die ab 28. Februar 2017 geplante Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erschwert werden, da Wechselwirkungen zwischen den Auswirkungen auf die stationäre Bettenanzahl und dem stationären Leistungsangebot, das wiederum in die Personalbemessung einfließen soll, anzunehmen sind. Nach der eigenen Einschätzung des vorliegenden Entwurfs werden die Auswirkungen sinnvoll nicht vor dem 31. Dezember 2021 eingeschätzt werden können. Bis zu dieser Frist nämlich haben die Vertragspartner einen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf die stationären Versorgungskapazitäten vorzulegen (§ 115d Abs. 4 neu).

Um falschen Erwartungen oder Missverständnissen vorzubeugen, sollte im Einleitungstext des Referentenentwurfs unter B. Lösung im vierten Spiegelstrich „auf Leitlinien gestützten“ gestrichen werden.

Zu Nr. 7.d):

Fristverlängerung

Nach § 136a Absatz 1 Satz 5 SGB V hat der G-BA die Maßnahmen nach Satz 2 spätestens bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen. Diese Fristsetzung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund des Außerkrafttretens der Vorgaben zur Personalausstattung der Psych-PV ab dem Jahr 2020. Grundsätzlich ist diese Fristverlängerung als positiv zu bewerten, jedoch ist deren Bemessung mit Blick auf die notwendige Einbeziehung weiterer Informationen und Erkenntnisse (u.a. aus einer geplanten Studie zur Ist-Erhebung der Personalausstattung verbunden mit Erfahrungen und Wissen von ausgewiesenen Experten) sowie aufgrund der offensichtlichen Interferenzen mit der stationsäquivalenten Behandlung, über deren Auswirkungen erst bis zum 31. Dezember 2021 ein Bericht vorgelegt werden wird, als zu knapp anzusehen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, die Frist mindestens auf den 30. September 2020 (mit Wirkung zum 1. Januar 2021) zu verlängern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben sollte der G-BA von den Vertragspartnern außerdem einen Zwischenbericht über die Auswir-



kungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Abs. 4 neu spätestens zum 31. Dezember 2019 erhalten.

Zu Nr. 8.:

§ 136c Abs. 2

In § 136c Absatz 2, der die Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung betrifft, soll in den Sätzen 1 und 2 jeweils nach dem Wort „einrichtungsübergreifend“ das Wort „stationären“ gestrichen werden. Demnach hätte der G-BA den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für die Zwecke der Krankenhausplanung zukünftig auch Auswertungsergebnisse aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu übermitteln.

Eine Übermittlung von einrichtungs- oder personenbezogenen Qualitätssicherungs-Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung an die Planungsbehörden der Länder scheidet allein schon aus datenschutzrechtlichen Gründen aus. Hiervon unberührt ist, dass grundsätzlich eine sektorenübergreifende Abstimmung der stationären und ambulanten Bedarfsplanung einschließlich der Schaffung der hierfür erforderlichen sektorenübergreifenden Entscheidungsstrukturen sinnvoll wäre.

Zu Nr. 11.:

§ 293 Abs. 6:

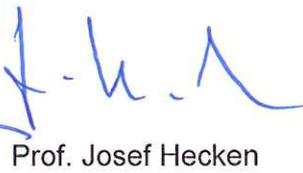
Auf der Grundlage der Vereinbarung einer Krankenhaus-Standort-Definition nach § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG neu sollen die Vertragspartner ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen führen. Die Krankenhäuser sollen das Verzeichnis bzw. die Kennzeichnungen u.a. zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung verwenden. Der G-BA soll das Verzeichnis nutzen, soweit dies zur Erfüllung seiner Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung notwendig ist.



Die Nutzbarkeit des Verzeichnisses durch die Krankenhäuser bzw. den G-BA für ihre jeweiligen Pflichten und Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung setzt eine Kompatibilität mit den in den Richtlinien und Beschlüssen des G-BA – zum Beispiel in den Qb-R – konkretisierten Anforderungen voraus.

Die durch die Vertragspartner zu vereinbarende Standort-Definition – sofern an diesem Regelungsvorschlag festgehalten wird – sowie das darauf aufbauende Verzeichnis sind deshalb zwingend mit dem G-BA abzustimmen.


Dr. Regina Klakow-Franck


Prof. Josef Hecken


Dr. Harald Deisler