



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 14.06.2016**

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

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



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| I. Vorbemerkung | 4 |
| II. Stellungnahme zum Gesetz | 8 |
| Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes | 8 |
| § 2a (neu) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten | 8 |
| § 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung | 10 |
| § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser | 11 |
| § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss | 12 |
| § 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen | 16 |
| § 28 Auskunftspflicht und Statistik | 18 |
| Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung | 19 |
| Inhaltsübersicht (aufgehoben) | 19 |
| § 1 Anwendungsbereich | 20 |
| § 2 Krankenhausleistungen | 21 |
| § 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags | 22 |
| § 4 (neu) Leistungsbezogener Vergleich | 26 |
| § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte | 28 |
| § 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen | 30 |
| § 8 Berechnung der Entgelte | 31 |
| § 9 Vereinbarung auf Bundesebene | 32 |
| § 10 Vereinbarung auf Landesebene | 34 |
| § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus | 35 |
| § 14 Genehmigung | 37 |
| § 15 Laufzeit | 38 |
| § 18 Übergangsvorschriften | 39 |
| Anlage Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) | 41 |
| Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes | 42 |
| § 9 Vereinbarung auf Bundesebene | 42 |
| § 10 Vereinbarung auf Landesebene | 43 |
| § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten | 44 |
| Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | 45 |
| § 39 Krankenhausbehandlung | 45 |
| § 101 Überversorgung | 47 |
| § 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern | 48 |
| § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung | 49 |
| § 118 Abs. 3 Psychiatrische Institutsambulanzen | 51 |
| § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung | 52 |

| | |
|---|-----------|
| § 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen | 54 |
| § 136c Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung | 57 |
| § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen | 58 |
| § 137h Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse..... | 59 |
| § 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer | 60 |
| § 295 Abs. 1b Abrechnung ärztlicher Leistungen..... | 61 |
| § 301 Krankenhäuser | 62 |
| Artikel 5 Änderung des Psych-Entgeltgesetzes | 64 |
| Artikel 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten | 65 |
| III. Ergänzender Änderungsbedarf..... | 66 |
| Übermittlung des Standortkennzeichens in Abrechnungsdaten für ambulante Leistungen .. | 66 |
| § 295 Abs. 1b SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen..... | 66 |
| Auswertungsergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Umsetzung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen notwendig | 67 |
| § 136c Abs. 2 SGB V Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung..... | 67 |
| Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels..... | 68 |
| § 301 Abs. 2 SGB V Krankenhäuser..... | 68 |
| Gesetzgebungsvorschlag zur Genehmigungsbedürftigkeit des Fixkostendegressionsabschlags | 69 |
| § 10 Abs. 13 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene | 69 |
| Behandlungsverläufe in den Daten zur Weiterentwicklung berücksichtigen | 72 |
| § 21 Abs. 3 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten | 72 |

I. Vorbemerkung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 und dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) vom 21.07.2012 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, für die stationäre psychiatrische Versorgung ein durchgängiges, leistungsorientiertes Finanzierungssystem einzuführen. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird dieses Ziel weitestgehend aufgegeben.

Positiv ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu werten, dass die Abrechnung psychiatrischer Leistungen – trotz des anhaltenden Widerstands der psychiatrischen Szene – ab 2017 via pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PEPP) erfolgt. Hochgradig unbefriedigend bleibt aber, dass dieses leistungsorientierte System zu einer Art Abschlagssystem herabgestuft wurde. Entscheidend für eine leistungsgerechte Finanzierung sind die Budgets. In dem vorliegenden Referentenentwurf ist die Bestimmung der Budgets diffus und birgt die Gefahr der Fortschreibung historisch überkommener Budgets. Eine leistungsgerechte Verteilung der Finanzmittel steht nicht zu erwarten.

Den rund zwei Dutzend Regelungen zur ambulanten Leistungserbringung durch die Krankenhäuser soll nun ein neues Konstrukt hinzugefügt werden: eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als Substitut einer vollstationären Behandlung. Diese neue Versorgungsform für eine kleine Patientengruppe ähnelt der aufsuchenden Behandlung, durch die sich Abgrenzungsprobleme zur Versorgung von den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ergeben werden. Wie eine stationsäquivalente Versorgung mit den vorhandenen Klinikressourcen sichergestellt und von den PIA-Leistungen abgegrenzt werden soll, bleibt unklar.

Personalvorgaben à la Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) werden verbindlicher geregelt denn je und sollen den Zeitraum überbrücken, bis der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zeitgemäße Personalvorgaben in Richtlinien verbindlich verankert hat. Ob eine zufriedenstellende Balance zwischen den Strukturqualitätsvorgaben einerseits und der Leistungsorientierung in der stationären psychiatrischen Versorgung andererseits erreicht werden wird, wird maßgeblich von den Arbeitsergebnissen des G-BA abhängen.

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

Die zentralen Positionen des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen sind:

1. PEPP verbindlich als Entgeltsystem ab dem Budgetjahr 2017

Im April 2016 hatten bereits 245 von 584 Krankenhäusern die Anwendung des PEPP-Systems in der Abrechnung ihrer stationären Krankenhausleistungen vereinbart. Durch den hohen Anteil von großen Krankenhäusern mit vielen Behandlungsfällen wird das neue Vergütungssystem bereits bei etwa 60 % der Fälle angewendet. Ab 2017 wird nun die für alle Krankenhäuser verpflichtende Anwendung des PEPP-Systems in der Abrechnung vorgesehen – eine Verlängerung der Optionsphase wäre fatal. Die Krankenhäuser, die bislang nicht optiert haben, werden also im Laufe des kommenden Jahres umsteigen müssen. Dass dies nun verbindlich durch das PsychVVG bestätigt wird, nützt der PEPP-Weiterentwicklung im Sinne des lernenden Systems. Erst der vollständige Umstieg wird die Transparenz schaffen, die notwendig ist, um ein rationales Vergütungssystem zu konzipieren.

2. Diffuse Budgetermittlung

Mit Ablauf der budgetneutralen Phase wird es ab dem Jahr 2019 einen neuen Budgetfindungsmechanismus geben. Die Krankenkassen sehen in der leistungsorientierten Vergütung und in einer leistungsorientierten Budgetbestimmung die Möglichkeit, eine aufwandsgerechte Finanzierung der Behandlung psychisch kranker Patienten sicherzustellen. Hierzu ist es unbedingt erforderlich, das Ziel der neuartigen Budgetermittlung über die Anpassungsvereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen gesetzlich zu verankern: Am Ende eines zeitlich zu befristenden Anpassungsprozesses müssen bundesweit leistungsgerechte Budgets stehen.

In der jetzigen Gesetzesfassung bleibt die Budgetermittlung jedoch diffus, so dass das Finanzrisiko auf Seiten der Krankenkassen nicht abschätzbar ist. Zu den Verhandlungsdimensionen für die neuen Budgets gehören: Erstens das historische Budget, zweitens das PEPP-Budget, drittens strukturelle Besonderheiten, viertens die Ergebnisse des Krankenhausvergleichs und fünftens die Berücksichtigung der Psych-PV bzw. die G-BA-Personalvorgaben ab dem Jahr 2020. Der Krankenhausvergleich muss zusätzlich auch einen Vergleich der Leistungserbringung bezüglich der Leistungsmenge und der Behandlungsarten (vollstationär, teilstationär und ambulant) ermöglichen. Im Rahmen der Anpassungsvereinbarungen haben die Vertragsparteien vor Ort auch Maßnahmen für geeignete Versorgungsverbesserungen zu treffen. Dies kann bspw. durch eine Förderung einer hohen Therapieintensität, durch kürzere stationäre Verweildauern, durch verbesserte Behandlungsergebnisse und durch nachvollziehbare leitliniengerechte Behandlungsverläufe erfolgen.

Die Definition einer Budgetobergrenze ist sinnvoll, anders lässt sich ein wirtschaftlicher Umgang mit Versichertengeldern nicht gewährleisten. Eine Abweichung von bis zu 30 %, so wie in der Gesetzesbegründung angeführt, steht dem jedoch wiederum entgegen.

3. Stationsäquivalente Behandlung

Das neue Konstrukt der stationsäquivalenten Versorgung im häuslichen Umfeld als Versorgungsangebot für Patienten in akuten Phasen einer psychiatrischen Erkrankung von 24 Stunden am Tag an sieben Tagen in der Woche ist nur für einen ganz kleinen Patientenkreis sinnvoll. Es handelt sich um eine stationsersetzende Maßnahme, was bedeutet, dass in gleichem Maße stationäre Kapazitäten bzw. Ressourcen zu verringern sind. Die Leistungen dürfen nicht zur Budgeterhöhung führen.

4. Personalausstattung und Nachweis der Umsetzung in Personalstellen

Es muss künftig ein zweckentsprechender Einsatz der Personalmittel sichergestellt werden. Die im PsychVVG-Entwurf vorgesehene gesetzliche Nachweispflicht wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt, weil die mangelnde Umsetzung der Psych-PV zunehmend weniger ihren Grund in mangelnder Finanzierung als vielmehr in mangelnder Stellenbesetzung hat. Bisher weisen nur etwa 18 % der bereits auf PEPP umgestiegenen psychiatrischen Krankenhäuser ihre tatsächliche Stellenbesetzung nach. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Eine zweifelsfreie und transparente Einhaltung der Psych-PV und zukünftiger personalbezogener Strukturqualitätsvorgaben durch den G-BA muss der Regelfall für alle psychiatrischen Krankenhäuser sein.

5. Sicherstellung der Weiterentwicklung des OPS-Kataloges

Der wichtige Aspekt der Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zu einer medizinisch gehaltvollen Klassifikation fehlt im Gesetzesentwurf. Die jetzige Prozedurenklassifikation bildet das therapeutische Geschehen nur unzureichend ab, weil selbst basale Therapieschritte, wie die Ein- oder Umstellung auf ein Psychopharmakon, der therapeutische Ansatz (z. B. Verhaltenstherapie) oder auch die Schweregrade der Erkrankung, nicht kodiert werden können. Die bestehende Weigerung psychiatrischer Fachgesellschaften muss durch geeignete gesetzliche Aufträge überwunden werden, um die Grundlage für die Weiterentwicklung des leistungsorientierten Vergütungssystems zu legen und die Einführung von aufwandsarmen Qualitätssicherungsverfahren zu ermöglichen. Der Ansatz im Gesetzesentwurf, überflüssige OPS-Kodes zu streichen, ist zu kurz gegriffen.

6. Bundeseinheitliche Leistungs- und Vergütungssystematik für die PIA

Die Vergütungssystematik der PIAs bedarf dringend einer bundesweit gültigen Differenzierung. Das im Gesetzentwurf vorgesehene bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis kann dafür nur ein erster Schritt sein. Wichtiger ist der Übergang zu einer differenzierten bundesweiten Vergütungssystematik. Zu berücksichtigen ist hier auch das Leistungsgeschehen in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) der Kliniken.

7. Abschätzung der finanziellen Auswirkungen

Der Gesetzentwurf geht von einer Belastung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 60 Mio. Euro aus. Die voraussichtlichen Mehrausgaben entstehen durch eine dauerhafte Erhöhung des Mindererlösausgleichs für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen von 20 % auf 50 %. Diese Erhöhung ist aus Sicht der Krankenkassen zu streichen, da sie zu einer Finanzierung nicht erbrachter Leistungen führt und mit einem Anreiz zur Fehlschätzung für die Krankenhäuser verbunden ist. Neben den angegebenen Mehrausgaben besteht das Risiko zusätzlicher Mehrausgaben durch den Wegfall des schematischen und auf Landesebene überwiegend ausgabenneutralen Konvergenzmechanismus. Ohne klare gesetzliche Vorgabe, dass die neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen im häuslichen Umfeld zulasten des bisherigen Krankenhausbudgets zu vereinbaren sind, ist auch hier mit ungerechtfertigten Mehrausgaben zu rechnen.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1

§ 2a (neu) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Die vorgesehene Einbeziehung der KBV stellt darüber hinaus sicher, dass keine Widersprüche oder Redundanzen zu bestehenden gesetzlichen Angaben zu den Ambulanzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung entstehen.

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

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

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden nach den Wörtern „Standorte eines Krankenhauses“ die Wörter „, die Fachabteilungen“ eingefügt.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2

§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher im gesetzlichen Kontext verwendete Bezeichnung DRG-Institut wird durch die all-
gemein gebräuchliche Bezeichnung Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) er-
setzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 11 von 72

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 3

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 4

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

(a) Die vorgesehene Ergänzung um einen Absatz 2a beinhaltet zwei Zielrichtungen.

1. Zum einen wird ein Weiterentwicklungsauftrag für das Einzelprüfverfahren formuliert, um den Aufwand der Abrechnungsprüfung zu vermindern und die Zielgenauigkeit zu erhöhen.
2. Zum anderen wird an die Vertragspartner DKG und GKV-Spitzenverband der Auftrag adressiert, erstmals bis zum 30.06.2017 eine Vereinbarung für die Abrechnungsprüfung der Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu schließen.

Bei Nichteinigung soll jeweils die Bundesschiedsstelle angerufen werden können.

(b) Redaktionelle Folgeänderung.

B) Stellungnahme

(a) Die vorgesehene Neuregelung ist angesichts der jüngsten Entwicklung im Bereich der Abrechnungsprüfung unverständlich. Die Vertragspartner haben nach erneuten Verhandlungen im Februar 2016 eine modifizierte Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) geschlossen, die ab dem 01.01.2017 bundesweit zur Anwendung kommt. Gleichzeitig wurde eine Vereinbarung zum Datenaustausch geschlossen, die einen Vorlauf von knapp zehn Monaten einräumt, um die erforderliche EDV-seitige Umsetzung der PrüfV zu gewährleisten. Bereits hierdurch werden Aufwände auf Seiten der Krankenhäuser und Krankenkassen vermindert. Dies stellt eine deutliche Verbesserung im Vergleich zur Ist-Situation dar. Beide Verträge können frühestens zum 31.12.2018 gekündigt werden, was in der Absicht vereinbart wurde, künftig ein Mindestmaß an Kontinuität sicherzustellen.

Zu 1.

Ergänzend zum elektronisch gestützten Prüfverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen beinhaltet die ab 01.01.2017 anzuwendende PrüfV in § 11 Abs. 2 bereits eine konkrete Weiterentwicklungsabsicht der Vertragspartner. Die elektronische Unterlagenübermittlung im Rahmen der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) würde zu einer deutlichen Entlastung beider Seiten führen. Aufgrund der derzeitigen tatsächlichen Gegebenheiten (vereinzelte, unterschiedlichste EDV-Lösungen,

überwiegend Papierübermittlung) wird der Entwicklungsprozess bei DKG und GKV-Spitzenverband hierfür mittelfristig umfangreiche Anstrengungen erfordern, die jedoch angesichts der Zielsetzung gerechtfertigt sind – vorausgesetzt, die beabsichtigte Anwendung erfolgt bundesweit. Manko ist hier die noch bestehende Gesetzeslücke, denn gegenwärtig könnte lediglich eine Empfehlung abgegeben werden, d. h. den Beteiligten vor Ort stünde es frei, sich an eine solche Empfehlung zu halten oder nicht.

Ein pauschaler Weiterentwicklungsauftrag, wie im Referentenentwurf vorgesehen, ist hingegen wenig zielführend. Zudem wurde gerade erst mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) der durch das Beitragsschuldengesetz eingeführte § 17c Abs. 4a KHG (modellhafte Erprobung einer Auffälligkeitsprüfung anhand der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)) gestrichen. Vor welchem Hintergrund die Einführung einer solchen oder ähnlichen Regelung erneut vorgeschlagen wird, erschließt sich nicht.

Die in der Begründung ausgeführte Daueraufgabe, Effizienz und Effektivität sicherzustellen, dürfte für jegliche vertragliche Vereinbarung gelten, nicht speziell für die Abrechnungsprüfung, eine gesonderte Erwähnung erübrigt sich also. Die Regelungen der PrüfvV zu Kündigungsmodalitäten bieten ausreichend Spielraum, die mit der Neuregelung beabsichtigten Zielstellungen durchzusetzen. Hierfür bedarf es keines allgemeinen Weiterentwicklungsauftrages.

Zu 2.

Die am 03.02.2016 vereinbarte PrüfvV beinhaltet das Prüfverfahren sowohl für Fälle nach KHEntgG als auch nach Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Die Veranlassung, ein gesondertes Prüfverfahren zu etablieren, kann daher nicht nachvollzogen werden. Sollten sich spezifische Umstände ergeben, kann die PrüfvV diesbezüglich durch die Vertragspartner angepasst werden. Zu begrüßen ist die Aufnahme von Merkmalen der Strukturqualität in die Prüfungen. Jedoch gelten auch hier die in der Begründung benannten Beispiele Strukturqualitätsmerkmale und Komplexkodes für beide Bereiche (KHEntgG und BPfIV). Es besteht daher das Erfordernis, § 17c Abs. 1 Satz 1 KHG um eine Nr. 4 zur Einhaltung von Strukturanforderungen zu ergänzen. So kann der Nachweis für die Personalausstattung nach Psych-PV entsprechend § 18 Abs. 2 BPfIV erbracht werden.

(b) Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung (Einfügung eines Absatzes 2a) ist zu streichen. Die Prüfung von Strukturqualität ist an anderer Stelle (§ 17c Abs. 1 KHG) zu ergänzen.

Dazu sind folgende Änderungen vorzunehmen:

Änderungsvorschlag zu § 17c Abs. 1 Satz 1 KHG:

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

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

Begründung: Die durch die Krankenhäuser zu gewährleistenden Sachverhalte sind in Satz 1 um Struktur- und Prozessanforderungen zu ergänzen. Der bereits vorhandene Satz 2 führt aus, dass Krankenkassen durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes die in Satz 1 genannten Sachverhalte prüfen können. Die vom Einzelfall unabhängige Überprüfung von Strukturqualität kann einen nicht unwesentlichen Beitrag zur effektiven Nutzung der Abrechnungsprüfung darstellen. Auch vor dem Hintergrund der Patientensicherheit und Behandlungsqualität fordern die Krankenkassen seit Jahren eine vom Einzelfall losgelöste Bewertung über das Vorliegen von Strukturvoraussetzungen entsprechend der Vorgaben des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bei bestimmten Leistungen. Bislang fehlt es leider an einer eindeutigen gesetzlichen Regelung zur Prüfung von Struktur- und Prozessanforderungen, wodurch die Mitwirkung der Krankenhäuser an dieser Stelle heterogen ist. Die mit dem Referentenentwurf zum PsychVVG vorgenommene Formulierung, die letztlich auf eine gesonderte Abrechnungsprüfung der Fälle psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen abzielt, ist nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag zu § 17c Abs. 2 KHG:

In § 17c Abs. 2 KHG wird nach Satz 2 der neue Satz 3 eingefügt:

„Das Nähere über Form und Inhalt im Wege elektronischer Datenübertragung der von den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung im Rahmen der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V zu übermittelnden Informationen vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1.“

Begründung: Zur effizienteren Gestaltung der Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern wird § 17c Abs. 2 KHG um eine Regelung für den elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und MDK aufgenommen. DKG und GKV-Spitzenverband haben in der PrüfvV die Absicht erklärt, die elektronische Übermittlung von Unterlagen des Krankenhauses an den MDK zu befördern. Ein solches Verfahren wird sowohl Nachweise zur Eingangsbestätigung

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 15 von 72

umfassen als auch Regelungen zu den zu übermittelnden Formaten bzw. Strukturen. Ohne
eine gesetzliche Regelung kann eine einheitliche Handhabung nicht gewährleistet werden.

Satz 3 und 4 werden in der Folge zu Satz 4 und 5.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) Für die Kalkulation des Psych-Entgeltsystems wird in Abs. 1 vorgegeben, dass Voraussetzung für die Kalkulationsteilnahme die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des G-BA ist. Soweit die Kalkulationseinrichtungen diese Anforderungen noch nicht erfüllen können, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Übergangsfrist festzulegen. Bis zur Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben des G-BA soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen erfolgen.
- (b) In Abs. 2 wird die neue stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld aufgenommen.

Zudem werden in Abs. 2 die Vereinbarungsoption zu besonderen Einrichtungen sowie die vertiefte und gesonderte Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen gestrichen.
- (c) Redaktionelle Folgeänderung.
- (d) Abs. 4 stellt klar, dass die Anwendung des neuen Entgeltsystems unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für das Jahr 2017 verbindlich ist.
- (e) Redaktionelle Folgeänderungen.
- (f) In Abs. 8 wird die Frist angepasst (neu: 2017), bis zu der erste Ergebnisse der Begleitforschung zu veröffentlichen sind.

B) Stellungnahme

- (a) Die Kalkulation des Psych-Entgeltsystems erfolgt auf der Grundlage empirischer Kosten- und Leistungsdaten. Die differenzierte Betrachtung und Abwägung zwischen Qualitätsanforderungen, der freiwilligen Kalkulationsteilnahme, einer verbesserten Repräsentativität und der Sicherstellung einer hinreichenden Kalkulationsgrundlage wird unterstützt. Für eine Weiterentwicklung und sachgerechte Anwendung des Leistungs- und Vergütungskataloges bedarf es jedoch unbedingt einer hinreichenden Kalkulationsgrundlage. Die be-

reits ab dem Kalkulationsjahr 2017 vorgesehene Weiterentwicklung der Kalkulationsbasis unter repräsentativen Gesichtspunkten und die Nachweispflichten zur Umsetzung der Psych-PV sind geeignet, die Abbildung einer guten Versorgungsqualität in der Katalogentwicklung sicherzustellen.

In der Gesetzesbegründung wird unzutreffender Weise davon ausgegangen, dass Mindestvorgaben zur Personalausstattung anhand von Leitlinien möglich seien.

Durch die dauerhafte Vereinbarung von krankenhausindividuellen Basisentgeltwerten sowie die Berücksichtigung leistungsbezogener struktureller Besonderheiten ist der Verzicht auf besondere Einrichtungen und gesonderte Prüfung sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 18 von 72

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 6

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1

Inhaltsübersicht (aufgehoben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Inhaltsübersicht wird im Wege der Rechtsbereinigung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2

§ 1 Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 1 werden stationsäquivalente psychiatrische Leistungen ergänzt.

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 3

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 4

§ 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) bis (c) Es erfolgt eine redaktionelle Änderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen sowie eine Folgeänderung der im KHSG geschaffenen Möglichkeit, dass Krankenhäuser die für Empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erbrachten Leistungen nicht in den Gesamtbetrag einbeziehen.
- (d) Der neue Abs. 3 regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets ab dem Jahr 2019, also ab dem Jahr der ökonomischen Wirksamkeit des neuen Entgeltsystems. Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags wird der für das Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag bestimmt. Es werden die bei der Verhandlung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2019 zu berücksichtigende Tatbestände aufgeführt. Der jeweils maßgebliche Veränderungswert bildet grundsätzlich die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags gegenüber dem Vorjahr. Soweit dies zur Vereinbarung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags erforderlich ist, sind ausgewählte Tatbestände festgelegt, die eine Überschreitung der Obergrenze ermöglichen. Eine deutliche Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte ist nur bei unabweisbaren Gründen vorgesehen. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist dann sachgerecht in das Erlösbudget für bundesweite Entgelte, in ein Erlösolumen der Zu- und Abschläge und die Erlössumme für die krankenhausesindividuellen Entgelte aufzuteilen.

B) Stellungnahme

- (a) bis (c) Keine Kommentierung.
- (d) Die im Abs. 3 ausgeführten Rahmenvorgaben zur Bestimmung des Gesamtbetrages ab dem Jahr 2019 sind durch die beabsichtigte Stärkung der Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort geprägt. Die Berücksichtigung der Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses und insbesondere der Bezug zum bundesweiten Katalog werden begrüßt. Die bisher vorgesehene schematische Konvergenz war geeignet, zumindest zum Ende der langen Konvergenzphase die Vereinbarung leistungsgerechter Budgets zu erreichen. Die Leistungsgerechtigkeit ist mit den vorgesehenen geänderten Rahmenbedingungen nicht mehr sichergestellt. Da die Zielstellung leistungsgerechter Budgets nunmehr vor Ort individuell über eine ggf. mehrjährige Anpassungsvereinbarung erreicht werden soll, ist es notwendig, diese Zielstellung auch explizit in den gesetzlichen Vorgaben zu fixieren. Die bisher formulierte „Kann“-Regelung im Sinne der

Möglichkeit zum Abschluss einer Anpassungsvereinbarung ist nicht ausreichend. Das Ziel, die Ortsebene zu stärken, ist nur durch eine verbindliche Verpflichtung zum Abschluss einer solchen Vereinbarung erreichbar. Im Rahmen der Anpassungsvereinbarungen sollten die Vertragsparteien vor Ort auch Maßnahmen für geeignete Versorgungsbesserungen treffen. Dies kann bspw. durch eine Förderung einer hohen Therapieintensität, durch kürzere stationäre Verweildauern, durch verbesserte Behandlungsergebnisse und durch nachvollziehbare leitliniengerechte Behandlungsverläufe erfolgen.

Die Berücksichtigung einer Obergrenze wird ausdrücklich begrüßt. Eine präzise und enge Fassung der Ausnahmetatbestände, die ein Überschreiten vorsehen, ist zwingend notwendig. Um einen wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern zu gewährleisten, bedarf es wirkungsvoller Mechanismen wie einer Budgetobergrenze und einer Mengensteuerung. Durch den Wegfall der Verhandlung eines Landesbasisentgeltwertes muss zur Sicherung der Beitragsstabilität eine Obergrenze für die Steigerung krankenhausespezifischer Budgets durch die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert vorgegeben werden. Die Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze sind auch bei Abschluss einer Anpassungsvereinbarung einzuschränken. Nur wenn der Basisentgeltwert des Krankenhauses oder die zu vereinbarenden krankenhausespezifischen Entgelte nach § 6 deutlich unter den maßgeblichen Vergleichswerten liegen, sollte eine Überschreitung der Obergrenze ermöglicht werden.

Die Vorgabe, dass eine Berücksichtigung von Mengensteigerungen außerhalb der Obergrenze nur dann zulässig ist, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, z. B. in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist, wird ausdrücklich begrüßt. Diese Vorgabe ist zwingend notwendig, um eine Fehlentwicklung hin zu einer Mengenausweitung rein vollstationärer Versorgungsangebote zu verhindern. Vom Krankenhaus ist ein Nachweis der Ausschöpfung ambulanter Potenziale zu fordern.

Die Berücksichtigung der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung wird begrüßt.

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

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

Die Aufteilung des vereinbarten Gesamtbetrages in das Erlösbudget für bundesweite Entgelte, in ein Erlösolumen der Zu- und Abschläge und die Erlössumme für die krankhausindividuellen Entgelte (einschließlich der strukturellen Besonderheiten) ist sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

Abs. 3 Satz 4 wird wie folgt geändert:

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 dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 5 eine entsprechende Überschreitung **zur Vermeidung einer deutlichen Unterschreitung der Entgelte von den Vergleichswerten nach § 4** als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 3 Nummer 1 oder 2 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.

Abs. 3 Satz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Vertragsparteien vereinbaren unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, geeigneter Versorgungsverbesserungen, leistungsbezogener struktureller Besonderheiten sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 eine Anpassungsvereinbarung mit dem Ziel, den Gesamtbetrag hin zu einem leistungsgerechten Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen, wobei für die Jahre ab 2019 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassungen konkrete Regelungen zu treffen sind.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 25 von 72

Die in Abs. 7 bzgl. der Mindererlöse vorgenommene Ersetzung „50 Prozent“ ist rückgängig zu machen und bei „20 Prozent“ zu belassen. Hilfsweise ist die Erhöhung auf die Jahre 2017 und 2018 (budgetneutrale Phase) zu begrenzen.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 5

§ 4 (neu) Leistungsbezogener Vergleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang vorgesehenen Vorgaben während der Konvergenzphase werden gestrichen und stattdessen ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Er soll als Transparenzinstrument die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages, eines leistungsgerechten Basisentgeltwertes und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte bilden.

B) Stellungnahme

Der leistungsbezogene Krankenhausvergleich wird grundsätzlich begrüßt. Er stellt jedoch im Vergleich zur bisher vorgesehenen schematischen Konvergenz einen Rückschritt dar. Der Krankenhausvergleich ist nun die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages, eines leistungsgerechten Basisentgeltwertes und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte. Er muss zusätzlich zum Vergleich der Entgelte und Budgets jedoch auch einen Vergleich der Leistungserbringung bezüglich der Leistungsmenge und der Behandlungsarten (vollstationär, teilstationär und ambulant) ermöglichen. Dies ist mit der jetzigen gesetzlichen Formulierung nicht sichergestellt. Die bisher auf Landesebene zu vereinbarenden Vergleichswerte sind nicht ausreichend und müssen ergänzt werden (vgl. dazu die Änderungsvorschläge zu den §§ 9 und 10).

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

C) Änderungsvorschlag

Änderungsbedarf zur Konkretisierung eines Vergleichs der Leistungserbringung: In § 4 Absatz 1 BPfIV werden die Sätze 2 und 3 wie folgt neu gefasst und ergänzt: „In den leistungsbezogenen Vergleich sind insbesondere die der letzten Budgetvereinbarung jeweils zugrunde

gelegten Leistungen, **das Einzugsgebiet**, 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, einzubeziehen. Die Krankenhausleistungen und deren Vergütungen sind dabei grundsätzlich bundes- und landesweit zu vergleichen. **Durch die Berücksichtigung von patientenbezogenen Behandlungspfaden, von regionalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen sowie von stationärer und ambulanter Behandlungskapazitäten dient der Vergleich auch der Zielstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung.**“

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

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 6

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Vereinbarungsoption zu besonderen Einrichtungen infolge der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem gestrichen.

Für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit anderen Entgelten vergütet werden, können die Vertragsparteien vor Ort tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbaren. Diese Vereinbarung erfordert, dass vom InEK vorab eine Information eingeholt wird, inwieweit eine leistungsbezogene strukturelle Besonderheit nicht bereits sachgerecht vergütet werden kann.

B) Stellungnahme

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

Bei der Behandlung von Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen kann es in der Behandlung zu leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten kommen, die sich nicht mit den üblichen Entgelten abbilden lassen. Diese sind von den Vertragsparteien auf Ortsebene gesondert zu verhandeln. Bei leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten kann es sich allein vor dem Hintergrund des geplanten leistungsbezogenen Vergleichs im Rahmen der Budgetverhandlungen nur um Ausnahmen handeln, da ansonsten der Selbstkostendeckung Tür und Tor geöffnet werden. Hier wird deutlich, dass es von Vorteil wäre, die psychiatrischen Leistungen im Operationen- und Prozedurenschlüssel besser zu erfassen (vgl. Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels in Abschnitt III).

Das Antragsverfahren für die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten wird grundsätzlich begrüßt. Dieser Prozess stellt sicher, dass krankenhausespezifische Besonderheiten einem standardisierten Bewertungsverfahren zugeführt werden und die über die Kalkulation bereits berücksichtigten Aufwände nicht doppelt von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Die Meldung der vereinbarten Entgelte und weiterer ergänzender Unterlagen an das InEK wird begrüßt. Dies ermöglicht eine Prüfung, ob die anfangs mit krankenhausespezifischen Entgelten vergüteten leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten in den Folgejahren ggf. bundeseinheitlich kalkuliert werden können. Unklar bleibt, in welchem Verhältnis die Absätze 2 und 4 (NUB-Regelung zu § 17d-Leistungen) zueinander stehen. Klargestellt werden

sollte, dass die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten jährlich neu zu vereinbaren sind. Es muss ausgeschlossen werden, dass eine Vereinbarung geschlossen werden kann, wenn noch keine Information des InEK vorliegt.

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

C) Änderungsvorschlag

Abs. 2 Satz 4 ist zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 30 von 72

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 7

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 8

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, in der die zum Jahresende 2014 ausgelaufenen Vorgaben für den Investitionszuschlag in den neuen Bundesländern aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 9

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen und Ergänzungen betreffen die auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarungen. Der Auftrag zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) wird geändert. Außerdem sind zukünftig die folgenden Vereinbarungen zu treffen:

- Benennung von Diagnose- und Prozedurenschlüssel, die sich für Zwecke des Vergütungssystems als nicht erforderlich erwiesen haben
- Ausgestaltung des Nachweises zur Psych-PV-Umsetzung in § 18 Abs. 2 Sätze 2 und 3
- Einzelheiten zum leistungsbezogenen Vergleich nach § 4
- Einzelheiten des Verfahrens nach § 6 Abs. 2 zur Einholung einer Information zur sachgerechten Vergütung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten

B) Stellungnahme

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

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

Der Auftrag zur Vereinbarung der Ausgestaltung des Nachweises zur Psych-PV-Umsetzung wird begrüßt. Die Ausgestaltung des Nachweises muss insbesondere gewährleisten, dass zukünftig bezogen auf die einzelne psychiatrische und psychosomatische Einrichtung belastbare Informationen über die vereinbarte Stellenbesetzung und die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, vorliegen. Grundlage sind die personellen Anforderungen nach der Psych-PV bzw. ab dem Jahr 2020 die Vorgaben des G-BA nach § 136a Abs. 2 SGB V zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal.

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

Die Vereinbarung der Einzelheiten des Verfahrens zur Einholung einer Information zur sachgerechten Vergütung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten auf Grundlage eines Konzeptes des InEK wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 1 Ziffer 6 wird nach den Worten „Budgetermittlung“ folgender Halbsatz ergänzt: „sowie die Aufstellung der vereinbarten Vollkräfte je Berufsgruppe“.

Die in Abs. 1 aufgenommene Ziffer 7. wird gestrichen; dadurch ändern sich die Ziffern 8. bis 10. zu 7. bis 9. Vgl. auch die Stellungnahme in Abschnitt III „Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels“.

Es ist zu ergänzen, dass in der Bundesvereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 9 weitere für den leistungsbezogenen Vergleich notwendige Kennziffern festzulegen sind. Diese sind dann von den Vertragsparteien auf Landesebene verpflichtend zu vereinbaren.

In § 9 Abs. 1 Nr. 9 werden nach dem Wort „Durchführung,“ die Wörter „**auf Landesebene zu vereinbarende Kennzahlen,**“ eingefügt.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 10

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren für den leistungsbezogenen Krankenhausvergleich nach § 4 einen landesweiten Basisentgeltwert und Durchschnittswerte für krankhausindividuelle Entgelte.

B) Stellungnahme

Durch die Vereinbarungen sind wesentliche Kennwerte des leistungsbezogenen Vergleichs durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu festzulegen. Um die vom Gesetzgeber formulierten Zielstellungen des leistungsbezogenen Vergleichs umzusetzen, sind weitere relevante Kennzahlen verbindlich vorzugeben. Der Krankenhausvergleich muss neben einem Entgelt- und Budgetvergleich zwingend auch einen Vergleich der Leistungserbringung, bspw. bezüglich der Leistungsmenge, der Verweildauern und der Behandlungsarten (vollstationär, teilstationär und ambulant), ermöglichen.

Die Konfliktlösung über die Schiedsstelle wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzung einer Verpflichtung der Vertragsparteien auf Landesebene, weitere für den leistungsbezogenen Vergleich notwendige Kennziffern, die in der Bundesvereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 9 festzulegen sind, zu vereinbaren.

In § 10 wird nach Abs. 3 folgender neuer Absatz eingefügt:

„(4) Für Zwecke des Vergleichs nach § 4 ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. November eines Jahres, erstmals zum 30. November 2018, weitere Kennziffern, die in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 vorgegeben sind.“

Folgeänderung im neuen Abs. 5: „Vereinbarung nach Absatz 2 und 3“ wird durch „**Vereinbarung nach Absatz 2 bis 4**“ ersetzt.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 11

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderungen zu den vom Krankenhausträger zur Vorbereitung der Verhandlungen zu übermittelnden Unterlagen und die Ergänzung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten in frühzeitig vorab zu klärenden Tatbeständen sind sachgerecht.

Die Unterlagen sollten der Vereinbarung zu Dokumentationszwecken als Anlage beigefügt werden.

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

Über 2018 hinaus wird für die Berechnung der Personalstellen der Psych-PV die Vorlage der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) benötigt, da die Berechnungslogik der Psych-PV LKA-Systematik beruht (z. B. Zählweise der Berechnungstage, Fallzählung etc.). Die Vorlagepflicht der LKA kann erst dann entfallen, wenn die Psychiatrie-Personalverordnung nicht mehr gültig ist.

C) Änderungsvorschlag

Es ist klarzustellen, dass die Unterlagen nicht nur zur Vorbereitung der Verhandlung, sondern auch zur Dokumentation der Vereinbarung zu nutzen und zu übermitteln sind.

In § 11 Abs. 4 wird folgender Satz ergänzt:

„Die in Satz 1 vorgegebenen Unterlagen sind zu Dokumentationszwecken der Vereinbarung als Anlage beizufügen und auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen.“

Zusätzlicher Änderungsbedarf:

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

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

In § 11 Abs. 4 Nr. 2 wird angefügt: „Bis zur Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung ist über die nach Satz 1 vorzulegenden Unterlagen hinaus die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit Ausnahme der Abschnitte V1, V4, L4 und K4 vorzulegen.“

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 12

§ 14 Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrich-
tung der Rahmenbedingungen.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Genehmigungspflicht des Landesbasisentgeltwertes durch die zuständigen
Landesbehörden ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 38 von 72

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 13

§ 15 Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Keine Kommentierung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 14

§ 18 Übergangsvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 1 erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung.

In Abs. 2 wird ein allgemeiner Nachweis des Krankenhauses über die Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV zu der Zahl der Personalstellen eingeführt. Dieser umfasst insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung und die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung jeweils gegliedert nach Berufsgruppen. Über die zweckentsprechende Mittelverwendung ist eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen.

Die Regelungen in Abs. 3 werden aufgehoben und inhaltsgleich in § 3 Abs. 4 übertragen.

B) Stellungnahme

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

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

Die Klarstellung, dass die bereits vorgesehene Nachweisverpflichtung für die nachverhandelten Personalstellen auf Grundlage der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften zu erfolgen hat und nicht zu einem Stichtag, wird begrüßt. Dabei muss gewährleistet sein, dass auch das in der Regel unter Sachkosten verbuchte bezogene Personal berücksichtigt wird.

Da der zweckentsprechende Einsatz der Personalmittel grundsätzlich sichergestellt werden muss, wird die nun zusätzlich vorgesehene allgemeine Nachweisverpflichtung vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt. Durch den Nachweis kann erstmals eine weitreichende Transparenz zur Umsetzung der nach Vorgabe der Psych-PV vereinbarten Stellenbesetzung erreicht werden. Die umfassende Berücksichtigung der vereinbarten und tatsächlichen Stellenbesetzung einschließlich der Personalbemessung, die nicht vom Regeldienst umfasst ist (z. B. Nachtdienst und Bereitschaftsdienst), sowie die Berücksichtigung abweichender Vereinbarungen zur Zahl der Personalstellen, ist notwendig für eine transparente und nachvollziehbare Gesamtdarstellung. Die vorgesehenen Nachweise sind auch für die der Psych-PV zeitlich folgenden Regelung durch den G-BA zu erbringen. Die im Satz 6 vorgesehene Übermittlung des Nachweises an das InEK ist für eine entsprechende Berücksichtigung der Informationen in der Weiterentwicklung des Entgeltsystems notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen in § 18 Abs. 2 sind um eine Rückzahlungsverpflichtung für die nicht zweck-
entsprechenden Mittel zu ergänzen. Dadurch entsteht für die Krankenhäuser ein finanzieller
Anreiz, für eine vollständige Umsetzung bereits jetzt vorhandener Mittel in medizinisches
Fachpersonal zu sorgen.

In § 18 Abs. 2 werden nach Satz 5 folgende Sätze eingefügt:

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

Artikel 2 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 15

Anlage Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die ursprünglich vom Gesetzgeber vorgegebene Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 42 von 72

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 43 von 72

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3

§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) und (c) Redaktionelle Änderungen.
- (b) Krankenhäuser verwenden vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes neben dem Institutionskennzeichen das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 zusätzlich für den entlassenden Standort.

B) Stellungnahme

- (a) und (c) Keine Kommentierung.
- (b) Die Regelung wird begrüßt. Wie in der Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 13 ausgeführt, ist der Umsetzungszeitraum von vier Jahren zu lang und sollte auf zwei Jahre verkürzt werden. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass der gesamte Behandlungsverlauf (analog zum Fachabteilungswechsel) auch über die Standorte hinweg nachvollziehbar bleibt. Dies schließt aufnehmende, weiterbehandelnde und entlassende Standorte ein.

C) Änderungsvorschlag

- (b) In Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b) wird das Wort „vierten“ durch das Wort „**zweiten**“ ersetzt. Außerdem wird ergänzt: „Spätestens nach dem [Einsetzen: 30. Juni des zweiten Jahres nach der Verkündung] und bei Vorliegen einer entsprechenden Trägerstruktur aufnehmender und bei internen Verlegungen weiterbehandelnde Standorte mit ihren Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1

§ 39 Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Krankenhausbehandlung soll zukünftig eine „stationsäquivalente psychiatrische Behand-
lung im häuslichen Umfeld“ gehören. Diese ist vorrangig gegenüber einer vollstationären Be-
handlung. Bedingungen der neuen Behandlungsform sollen laut Referentenentwurf sein:

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

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

B) Stellungnahme

Mit der Gesetzesänderung soll eine Versorgungslücke an der Grenze zwischen ambulanter
oder teilstationärer psychiatrischer Versorgung einerseits und stationärer psychiatrischer
Versorgung andererseits geschlossen werden. Eine Weiterentwicklung hin zu einer stärkeren
ambulanten Versorgung wird begrüßt.

In einer Zeit, in der eine unzureichende Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken
befürchtet wird, soll es nun weitere multiprofessionelle stationsäquivalente Versorgungsan-
gebote der Krankenhäuser geben, die aus den vorhandenen Klinikressourcen bestritten wer-
den sollen. Während das multiprofessionelle Team bei einem Patienten zu Hause ist oder auf
dem Weg dorthin im Stau steht, kann es keine Leistungen am Krankenhausstandort erbrin-
gen. Es kann also zu Ressourcenproblemen kommen. Wichtig ist, dass die neue Versor-
gungsmöglichkeit tatsächlich zu einem Bettenabbau führt. Die Leistungen sind innerhalb des
Budgets des Krankenhauses zu finanzieren.

Formal ergeben sich erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn die Krankenhausbehand-
lung nach § 39 SGB V um eine stationsäquivalente ergänzt wird. Mit Ausnahme der vor- und
nachstationären Versorgung gehören bislang Leistungen der Krankenhäuser jenseits der sta-
tionären Versorgung zu den ambulanten Leistungen. Die Neuregelung wird Auswirkungen auf
die PIA-Vereinbarung mit sich bringen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2

§ 101 Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßen nachdrücklich die vorgesehene Ergänzung des § 101 Abs. 1 Satz 10. Die bisherige Regelung sieht vor, dass die ermächtigten Einrichtungen zwar in die Berechnung des Versorgungsgrades einbezogen werden sollen, jedoch besteht eine grundsätzliche Intransparenz darüber, welche und in welcher Anzahl die Leistungen erbracht werden. Die Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) sieht daher vor, dass – sofern keine Daten vorliegen – eine pauschale Anrechnung von Institutsermächtigungen erfolgt. Die neue Regelung verändert die Situation deutlich, denn zumindest für PIAs entsteht dadurch eine deutliche höhere Transparenz über das Leistungsgeschehen. Diese kann durch die Übermittlung an den Landesausschuss Eingang finden in die Ermittlung des Versorgungsbedarfs und damit ein realistischeres Bild über die Versorgung vor Ort zeichnen, als es bisher der Fall ist. Eine analoge Regelung ist für andere ermächtigte Einrichtungen, z. B. Hochschulambulanzen (§ 117 (neu)), Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a) und Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119), erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 1.

Kann die Einführung von stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung nicht verhindert werden, so handelt es sich um eine folgerichtige Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 1. Wird diesem gefolgt, so ist auch die avisierte Änderung in § 109 SGB V zurückzunehmen, es sei denn, dem Änderungsvorschlag unter Nr. 5 wird gefolgt.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, die Versorgung psychiatrischer Patienten mit dem Ziel weiterzuentwickeln, eine größere Wohnortnähe und Behandlungskontinuität zu erreichen und die psychiatrischen Leistungserbringer mit den kommunalen sozialpsychiatrischen Diensten besser zu vernetzen. Bei der Weiterentwicklung sollten auch die Erfahrungen aus den Modellvorhaben nach § 64b SGB V berücksichtigt werden.

Auf die Abgrenzungsprobleme zu den PIA-Leistungen wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen. Auch die PIA haben den Auftrag, stationsersetzende und stationsverkürzende Leistungen zu erbringen. Sie übernehmen daher bereits heute eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. Werden nun stationsäquivalente Leistungen für die im Referentenentwurf benannten Patientengruppen in das Gesamtbudget des Krankenhauses aufgenommen, sind die entsprechenden Indikationsgruppen aus dem PIA-Vertrag herauszunehmen. Zudem wird es darauf ankommen, neben der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die jeweiligen Besonderheiten unterschiedlicher Behandlungsorte (z. B. eigene Wohnung, Pflegeheim oder betreutes Wohnen) bei der Leistungsdokumentation zu erfassen.

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

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 2 werden in Satz 1 Nr. 1 die Wörter „dokumentiert wird“ durch die Wörter „und die Besonderheiten unterschiedlicher Behandlungsorte dokumentiert werden“ ersetzt und es wird in Abs. 2 folgender Satz angefügt: „Dabei sind auch die Besonderheiten unterschiedlicher Behandlungsorte zu berücksichtigen.“

In § 118 Abs. 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt: „Gruppen psychisch Kranker, für die stationsäquivalente Leistungen nach § 115d vorzusehen sind, dürfen im Vertrag nicht erfasst sein.“

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5

§ 118 Abs. 3 Psychiatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 118 Abs. 3 wird gestrichen.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA kann bereits jetzt Durchführungsbestimmungen für die Umsetzung der Qualitätssicherung erlassen. Diese werden nun explizit um die Möglichkeit ergänzt, die dafür notwendigen Strukturen über „Qualitätssicherungszuschläge“ zu finanzieren.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung hinsichtlich der Möglichkeit des G-BA, auch Regelungen zur Finanzierung der für die Umsetzung notwendigen Strukturen erlassen zu können. Allerdings ist es nicht sachgerecht, diese Möglichkeit nur auf „Qualitätssicherungszuschläge“ einzugrenzen. Qualitätssicherungszuschläge auf einzelnen abgerechnete Fälle, etwa über die DRGs, führen zu einem sehr großen bürokratischen Aufwand bei der Buchung und Abrechnung. Daher sollten unbedingt auch andere Möglichkeiten von Finanzierungsregelungen vom G-BA genutzt werden können. Auch sollte zur Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit klar vorgegeben sein, dass Regelungen zur Finanzierung von Strukturen für die Durchführung der Qualitätssicherung sich nur auf solche Strukturen beziehen dürfen, die vom G-BA als selbst verantwortet werden bzw. bei welchen die Krankenkassen als Träger maßgeblich beteiligt sind, wie bspw. beim Institut nach § 139c, dem Institut nach § 137a SGB V oder auch bei den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Daher passt i. Ü. auch der Verweis der Gesetzesbegründung auf Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG hier nicht, da mit diesen Qualitätssicherungszuschlägen die Krankenhäuser vergütet werden und nicht die Strukturen für die Qualitätssicherung.

Eine Finanzierung Dritter, bei denen eine haushälterische Einflussnahme des G-BA oder der Krankenkassen auf eine wirtschaftliche und sparsame Umsetzung und Festlegung für die benötigten Mittel nicht möglich ist, wie bspw. Aufgaben von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landeskrankenhausgesellschaften, muss ausgeschlossen sein, um normative Klarheit der beabsichtigten neuen Regelung herzustellen. Bei diesen Institutionen haben der G-BA und die Krankenkassen keine Mitwirkungsmöglichkeit an der Festsetzung der benötigten Finanzmittel und der Gestaltung der Haushalte.

C) Änderungsvorschlag

In § 136 Abs. 1 Satz 3 werden folgende Wörter gestrichen: „über Qualitätssicherungszuschläge“.

In § 136 Abs. 1 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt:

„Die Regelungen zur Finanzierung nach Satz 3 können nur für von diesem selbst gebildete bzw. getragene Strukturen oder für Strukturen, an denen Krankenkassen als Träger maßgeblich beteiligt sind, Anwendung finden. Zur Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit hat er die Notwendigkeit der Strukturen zur Umsetzung der Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu begründen.“

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Bestimmung von verbindlichen Mindestanforderungen anstelle von nicht verbindlichen Empfehlungen für die Personalausstattung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ist zu begrüßen. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen, dass nur so sichergestellt werden kann, dass das zur stationären Behandlung erforderliche Personal für die Gruppe der psychiatrisch und psychosomatisch Kranken auch tatsächlich vorgehalten wird.

Um Mindestanforderungen rechtssicher zu gestalten, sollten sie möglichst evidenzbasiert sein. Zur Förderung der Qualität sollten sie selbstverständlich zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Es ist richtig, dass an dieser Stelle darauf verzichtet wurde, eine Ableitung der Personalzahlen aus den Leitlinien vorzugeben, da auch die S3-Leitlinien keine Vorgaben zur „Dosis“ bzw. zum Stundenumfang der dort empfohlenen Behandlungen im stationären Alltag machen und damit keine konkrete Ableitung von Personalzahlen aus den Leitlinien möglich ist.

Die jetzige intransparente und in Teilen insuffiziente Umsetzung der Psych-PV hat gezeigt, dass zur Durchsetzung der Personalvorgaben eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung dringend notwendig ist. Zwar wird im vorliegenden Referentenentwurf zum PsychVVG geregelt, dass nach neuem § 18 BPfIV die Krankenhäuser einen Nachweis über die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften und nach Berufsgruppen unterteilt vorzulegen haben – dies ist ein Schritt in die richtige Richtung –, aber damit ist erstens keine Transparenz über die o. g. Personalzahlen außerhalb der Budgetverhandlungen hergestellt und zweitens kein zweckentsprechender Einsatz der Personalmittel sichergestellt. So kann aus den Zahlen weder gesehen werden, ob etwa Personal in einer Einrichtung aus

Bereichen, die dem Regelungsbereich der Psych-PV unterliegen, in andere Bereiche geschoben wird (etwa in die PIA), noch können Verschiebungen in einer Einrichtung innerhalb der Bereiche, die dem Regelungsbereich der Psych-PV unterliegen, erkannt werden (z. B. von einer Akutstation auf eine psychotherapeutische Station). Dass dies ein relevanter Punkt ist, zeigen die Erfahrungen mit der Evaluation der Psych-PV in Hessen durch den dortigen MDK: Ausgerechnet in den Behandlungsbereichen, in denen die am wenigsten beschwerdefähigen Patienten behandelt werden (z. B. in der KJP, in der Gerontopsychiatrie und in der Akutpsychiatrie), wurden die Personalvorgaben signifikant vernachlässigt zugunsten anderer Bereiche.

Erst eine Prüfung, ob die Personalausstattung auch in entsprechende therapeutische Behandlungsangebote in definierten Bereichen bzw. auf definierten Stationen einer Einrichtung umgesetzt wurde (§ 4 Abs. 2 Psych-PV), hat hier Abhilfe geschaffen. Durch die Evaluation der Psych-PV im Rahmen einer erweiterten Strukturprüfung konnte so der Erfüllungsgrad der Psych-PV (z. B. in der KJP in Hessen von 88,63 % im Jahr 2005 auf 96,49 % im Jahr 2013) gesteigert werden.

Entsprechend muss in der aktuellen Gesetzgebung die Chance genutzt werden, Eckpunkte für eine bundesweite und transparente Prüfroutine im Sinne einer erweiterten Strukturprüfung der G-BA-Personalvorgaben festzulegen und den G-BA mit einem entsprechenden Entwicklungsauftrag zu versehen. Die konkrete Ausgestaltung der Strukturprüfung durch den G-BA erfolgt damit zeitgleich mit den vom G-BA zu entwickelnden Mindestvorgaben in der neuen Richtlinie zur Personalausstattung.

Die in Artikel 1 Nr. 4 vorgesehene Einfügung des Absatzes 2a zum § 17c KHG reicht für eine solche fachliche Prüfung nicht aus. Die dort vorgesehene Regelung stellt eine mögliche Prüfung von Merkmalen der Strukturqualität allein in den Kontext einer Abrechnungsprüfung. Das heißt, geprüft wird ein einzelnes Krankenhaus, wenn eine Abrechnung auffällig ist. Bedenkenswert wäre eine Aufnahme der Regelung in die neue MDK-Prüfungsrichtlinie des G-BA. Doch da nach § 137 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Prüfungen nach § 275a SGB V nur durch Anhaltspunkte ausgelöst werden, scheint dieser Weg nicht ausreichend.

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

Um den Aufwand für die Krankenhäuser gering zu halten, soll der von Ihnen erbrachte Nachweis zur Personalausstattung nach § 18 Abs. 2 BPfIV eine Grundlage der vom G-BA zu entwickelnden Prüfvorgaben sein.

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8

§ 136c Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung mit klarstellendem Charakter.

Eine analoge Klarstellung ist jedoch auch in § 137 Abs. 2 SGB V notwendig, da zurzeit eine Festlegung der 100 %-Dokumentationsverpflichtung nur für die konkrete QSKH-Richtlinie zur externen stationären Qualitätssicherung vorgesehen ist. Mit Beschluss des ersten sektorenübergreifenden QS-Verfahrens ergeben sich jetzt aber identische Dokumentationspflichten aus der Qesü-Richtlinie des G-BA. Eine generische formulierte Verpflichtung, wie sie für den § 136c Abs. 2 gewählt wurde, wäre hier zielführend.

C) Änderungsvorschlag

Analog zu der vorgeschlagenen Änderung des § 136c Abs. 2 wird § 137 Abs. 2 SGB V wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen ~~der~~ Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Krankenhäusern eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung vorzusehen, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrie und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 58 von 72

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9

§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll nicht nur Forschungs- und Entwicklungsaufträge im Einvernehmen mit dem G-BA an externe Sachverständige vergeben können, sondern auch darüber hinausgehende.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung durch das KHSG.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 11

§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 12

§ 295 Abs. 1b Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 295 Abs. 1b SGB V wird dahingehend novelliert, dass die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG verpflichtet werden, das Nähere für die Dokumentation des Leistungsgeschehens in den PIAs spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes zu vereinbaren. Dies umfasst die Dokumentation der Leistungen als einen bundeseinheitlichen Katalog nach Art und Umfang der Leistungen sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten. Zudem haben die Selbstverwaltungspartner zu vereinbaren, wie der Prüfauftrag nach § 17d Abs. 1 Satz 3 KHG zu erfüllen ist.

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 13

§ 301 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

- (a) Die Ergänzung in § 301 Abs. 1 Satz 1 „oder deren Krankenhausträger“ ist zu streichen.
- (b) In § 301 Abs. 1 Nr. 2 wird das Wort „vierten“ durch das Wort „zweiten“ ersetzt. Darüber hinaus ist dort zu ergänzen: „[...], bei Verlegungen die der weiteren behandelnden Stand-
orte,“

Artikel 5 Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Artikel 3 regelt das Inkrafttreten der einzelnen Änderungen.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass das Gesetz zum 01.01.2017 in Kraft tritt. Hierdurch wird gewährleistet, dass das neue Vergütungssystem unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen von den Einrichtungen angewendet wird und das tatsächliche Leistungsgeschehen transparent gemacht werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Übermittlung des Standortkennzeichens in Abrechnungsdaten für ambulante Leistungen

§ 295 Abs. 1b SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Begründung

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Auswertungsergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Umsetzung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen notwendig

§ 136c Abs. 2 SGB V Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Begründung

Nach § 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V darf ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a KHG auf der Grundlage der vom G-BA nach § 136c Abs. 2 SGB V übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Ebenso sieht § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V diesbezüglich eine Kündigungsmöglichkeit für Versorgungsverträge vor. Beide Vorgaben können die Krankenkassen jedoch nicht umsetzen, da der § 136c Abs. 2 SGB V bisher keine Übermittlung der Auswertungsergebnisse und Bewertungsmaßstäbe an die Krankenkassen vorsieht. Sollen die §§ 109 und 110 SGB V von den Krankenkassen umgesetzt werden, ist eine Änderung in § 136c zwingend notwendig.

C) Änderungsvorschlag

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

„Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden **sowie den Krankenkassen** regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern.“

Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels

§ 301 Abs. 2 SGB V Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Begründung

Ein Ziel des PsychVVG ist, eine leitliniengerechte psychiatrische und psychotherapeutische stationäre Versorgung zu garantieren. Hierzu ist es unentbehrlich, den OPS weiterzuentwickeln. Nur wenn die in den einschlägigen Leitlinien empfohlenen Maßnahmen vollständig kodiert und damit erfasst werden können, ist eine entsprechende Qualitätssicherung möglich. Erfolgt dies nicht, so wird das Ziel verfehlt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 2 Satz 2 wird nach „abgerechnet werden können“ ergänzt um „und in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zur Beurteilung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich sind“.

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

„Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information, den Operationen- und Prozedurenschlüssel spätestens bis zum 01.01.2018 zu ergänzen, so dass die in hochwertigen Leitlinien empfohlenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen vollständig erfasst werden können“.

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Gesetzgebungsvorschlag zur Genehmigungspflicht des Fixkostendegressionsabschlags

§ 10 Abs. 13 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 14 KHEntgG wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10,“ die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ eingefügt.
- b) In Satz 3 werden nach den Wörtern „des landesweit geltenden Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.

2. In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „des landesweit geltenden Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.

B) Begründung

Durch das KHSG vom 17.12.2015 (BGBl. I S. 2229) wurde der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt. Die Vertragsparteien auf Landesebene haben – neben dem Landesbasisfallwert – gemäß § 10 Abs. 13 KHEntgG jährlich bis zum 30.09. die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags zu vereinbaren, wobei der Abschlag jeweils für drei Jahre erhoben wird. Die Vereinbarung ist für die Vertragsparteien vor Ort als Mindestabschlagshöhe und –dauer verbindlich. Von den Vertragsparteien vor Ort ist ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, deren Bewertung nach § 9 Abs. 1c KHEntgG abgesenkt oder abgestuft wurde.

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat in seiner Entscheidung vom 30.05.2013 (Az.: 3 C 16/12) die in § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ausdrücklich genannten Genehmigungsgegenstände als abschließend angesehen. Im Jahr 2011 war der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG daher nicht gemäß § 14 Abs. 1 KHEntgG genehmigungsbedürftig. Da die diesbezüglichen Festsetzungen der Schiedsstelle nach § 13 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG i. V. m. § 18a Abs. 1 KHG somit keiner Genehmigung bedurften, war Rechtsschutz nur durch eine unmittelbare Klage gegen die Schiedsstelle gegeben. Durch Artikel 2b Nr. 3 des Gesetzes vom 17.12.2014 (Erstes Pflegestärkungsgesetz; BGBl. I S. 2222, 2230) wurden daraufhin

in § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG die Wörter „Zu- und Abschläge nach § 5“ durch die Wörter „krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge“ ersetzt. Ausweislich des Berichts des 14. Gesundheitsausschusses zum Entwurf des Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes sollte hierdurch gewährleistet werden, dass alle nach dem KHEntgG krankenhausindividuell vereinbarten Zu- und Abschläge der Genehmigung unterliegen und eine Aufspaltung des Rechtsschutzes vermieden wird (vgl. BT-Drs. 18/2909, S. 47). Insofern ist davon auszugehen, dass der von den Vertragsparteien auf der Ortsebene vereinbarte Abschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG als krankenhausindividuell ermittelter Abschlag der Genehmigung unterliegt. Der von den Vertragsparteien auf der Landesebene zu vereinbarende Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG wird in § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG demgegenüber nicht genannt. Damit gehört der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG in Anbetracht der genannten Rechtsprechung des BVerwG nicht zu den Genehmigungsgegenständen. Rechtsschutz wäre damit auf der Landesebene ggf. nur über eine Klage direkt gegen die Schiedsstelle möglich, da die Festsetzung der Schiedsstelle Verwaltungsaktcharakter hätte. Die vorgeschlagene Änderung in § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ist daher erforderlich, um auch im Hinblick auf den Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG eine Aufspaltung des Rechtsschutzes zu verhindern. Da der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG wie auch der Landesbasisfallwert Grundlage für die Vereinbarungen auf der Ortsebene ist, muss die zuständige Landesbehörde zügig über eine Genehmigung entscheiden (vgl. Abs. 1 Satz 3). Auch der in Abs. 4 vorgegebene rechtliche Rahmen – einschließlich des Entfallens der aufschiebenden Wirkung einer Klage – ist für den Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG gleichermaßen von Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

§ 14 Abs. 1 KHEntgG wird wie folgt in Satz 1 und Satz 3 ergänzt:

„(1) ¹Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10, **des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13**, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6 und der krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. ²Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. ³Sie entscheidet über die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts **und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13** innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.06.2016
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psy-
chiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Seite 71 von 72

§ 14 Abs. 4 KHEntgG wird wie folgt in Satz 1 ergänzt:

„(4) ¹Im Hinblick auf die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts **und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13** ist der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben. ²Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

Behandlungsverläufe in den Daten zur Weiterentwicklung berücksichtigen

§ 21 Abs. 3 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Begründung

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

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

C) Änderungsvorschlag

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