



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), Bundestagsdrucksache 18/9528 vom 5.9.2016

sowie

den Änderungsanträgen Ausschussdrucksache 18(14)196.1 bis 18(14)196.4

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf und den Änderungsanträgen	3
3. Kommentierung des Gesetzes	8
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 5 Buchstabe d § 17d (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen).....	8
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 4 Buchstabe d § 3 (Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2019 bis 2023).....	8
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 5 § 4 (Leistungsbezogener Vergleich)	11
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 6 Buchstabe b § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)	13
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 9 Buchstabe a § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)	14
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 10 § 10 (Vereinbarung auf Landesebene).....	15
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 14 § 18 (Übergangsvorschriften)	16
• Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 § 39 (Krankenhausbehandlung)	18
• Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 115d (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung).....	19
• Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 15 § 295 (bundeseinheitlicher Leistungskatalog)	21
Stellungnahme	21

1. Vorbemerkung

Der vdek verweist auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und die dort gemachten Ausführungen. Besonders wichtig sind dem vdek folgende Punkte:

- Es ist erforderlich, dass die Krankenkassen für die Übergangszeit bis zum Jahr 2020 auch einen Nachweis zur Personalausstattung gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung erhalten. Ansonsten wird die Umsetzung der finanzierten Personalstellen in den Krankenhäusern nur finanziert, aber nicht kontrolliert. Dies gilt auch für das Personal in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA).
- Zur bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Konkretisierung der Dokumentationsverpflichtung für Leistungen der PIA sollte auch eine Leistungsdifferenzierung eingeführt werden. Als Vorbild kann hier der sogenannte „Bayerische Katalog“ dienen, der bereits in einigen Bundesländern angewendet wird. Nur so ist eine Implementierung der Leistungen der PIA zukünftig in das PEPP-Entgeltsystem möglich.

Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf werden unter 2. gemacht. Unter 3. finden sich die Änderungsvorschläge, die für die Ersatzkassen von besonderer Bedeutung sind, im Detail. Im Zentrum stehen dabei die Vorschläge zur Herbeiführung der für eine gute Versorgung dringend notwendigen Transparenz über die Leistungen, den Personaleinsatz und die Kosten der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung.

2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf und den Änderungsanträgen

Mit dem Entwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) will die Bundesregierung die Vergütung und Versorgung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung verbessern, Transparenz schaffen und die sektorenübergreifende Behandlung weiterentwickeln. Darüber hinaus wird mit dem Gesetz die Optionsphase, in der die Krankenhäuser das Entgeltsystem freiwillig einführen können, um ein Jahr verlängert. Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden einmalig 1,5 Milliarden Euro entnommen und den gesetzlichen Krankenkassen zugeführt.

Der Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sieht im Einzelnen folgendes vor:

1. Rückkehr zum Budgetsystem und neue Kalkulation der Entgelte

Mit dem Gesetzentwurf nimmt der Gesetzgeber zum Bedauern der Ersatzkassen Abstand von dem geplanten Preissystem auf Landesebene. Die Ersatzkassen begrüßen aber, dass die Regierung an dem Grundgedanken eines leistungsorientierten Entgeltsystems für den Psychatriebereich und damit am PEPP-System festhält. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um insbesondere einen Qualitäts- und Leistungsvergleich zu ermöglichen. Die abermalige Verlängerung der Optionsphase und damit auch die Verlängerung der budgetneutralen Phase um ein Jahr hingegen wird kritisch gesehen. Schließlich ist ein funktionierendes PEPP-System vorhanden. Dies ist ein lernendes System und sollte sukzessive über verbesserte Leistungsbeschreibungen optimiert werden.

Das neue Entgeltsystem wird als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen ausgestaltet („Budget- statt Preisniveau“). Hier dürfen keine falschen Erwartungen geweckt werden. Ein Budget ist eine prospektive Vereinbarung von Leistungsmengen und Leistungsstrukturen. Abweichungen führen dabei zu Mehr- beziehungsweise Mindererlösausgleichen. Dies darf nicht als eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip missverstanden werden. Für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die nicht mit den PEPP-Entgelten sachgerecht vergütet werden, können unter bestimmten Umständen gesonderte Entgelte vereinbart werden. Das noch im Referentenentwurf zum Gesetz vorgesehene geordnete Verfahren zur Beurteilung von Strukturbesonderheiten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist leider entfallen.

2. Entwicklung eines leistungsgezogenen Krankenhausvergleichs

Der beabsichtigte Krankenhausvergleich wird als Leistungsvergleich ausgestaltet. In erster Linie werden also die vereinbarten Leistungen und ihre Entgelte einbezogen. Dazu zählen neben den PEPP-Entgelten auch die neuen Entgelte für strukturelle und regionale Besonderheiten und Angaben zur Personalausstattung der Häuser. Abweichungen gegenüber dem Durchschnitt – sowohl nach oben als auch nach unten – müssen begründet werden. Vor dem Hintergrund des Wegfalls der Konvergenz ist die Einführung eines Leistungsvergleichs grundsätzlich zu begrüßen. Anders als im Referentenentwurf noch vorgesehen, wird bei seiner Anwendung aber auf die Ermittlung von landesbezogenen Referenzgrößen verzichtet. Damit wird es unmöglich, auf objektiver Basis einen Leistungs- und Vergütungsvergleich zwischen den Krankenhäusern eines Landes anzustellen. Damit entkernt die Bundesregierung ihre eigene gute Absicht zur Schaffung von Transparenz über Leistungen und Kosten.

3. Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Mindestvorgaben für die Personalausstattung vorzugeben ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wichtig ist, dass die Krankenhäuser auch tatsächlich die ihnen in der Übergangszeit bis zum Jahr 2020 zur Verfügung gestellten Mittel für die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-

PV) einsetzen. Deshalb ist es unverständlich, dass die Bundesregierung die noch im Referentenentwurf vorgesehene Nachweisverpflichtung abgeschwächt hat. Die Krankenhäuser sind in der Übergangszeit bis zum Jahr 2020 nur noch verpflichtet, die Einhaltung der Psych-PV gegenüber dem InEK nachzuweisen. Die budgetverhandelnden Krankenkassen erhalten diese wichtigen Informationen nicht. Dies ist aus Gründen der Sicherung der Strukturqualität abzulehnen und wird vor Ort zu Auseinandersetzungen bei den Budgetverhandlungen und in der Konsequenz zu Fehlanreizen auf Seiten der Häuser führen. Insbesondere die Krankenkassen haben ein Interesse daran, dass nur die Krankenhäuser zur Leistungserbringung zugelassen werden dürfen, die die Strukturqualitätsanforderungen erfüllen, zu denen auch die Personalvorgaben gehören. Nach Meinung des vdek braucht es daher einen umfassend ausgestalteten Verwendungsnachweis. Die Nachweisverpflichtung sollte nicht nur den Personaleinsatz für stationär erbrachte Leistungen erfassen, sondern unbedingt auch die stationsäquivalenten und ambulanten psychiatrischen Leistungen eines Krankenhauses, da diese regelmäßig aus dem gleichen Personalbestand erbracht werden. Zudem sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in die Überprüfung einbezogen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die seit Jahren zur Verfügung gestellten Finanzmittel nunmehr auch tatsächlich für eine Verbesserung der Personalsituation verwendet werden.

4. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

Die Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung durch den Einstieg in eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten („Krankenhausbehandlung ohne Bett“) wird von den Ersatzkassen befürwortet. Diese steht gleichrangig zur vollstationären Versorgung. Es ist aber auch erforderlich, dass gleichermaßen die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in das PEPP-Entgeltsystem überführt werden. Um den bereits bestehenden diesbezüglichen Prüfauftrag zu erfüllen, müssen die Leistungen in differenzierender Form aufgefächert und vergütet werden. Der mit dem PsychVVG erfolgende Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), hierzu einen bundeseinheitlichen Katalog zu entwickeln, wird deshalb ausdrücklich begrüßt, sollte aber noch klarer gefasst werden.

Die psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) sollen in einem vertraglich festzulegenden Umfang zur Leistung ermächtigt werden. Dies wäre nach Ansicht der Ersatzkassen aber weder bedarfsgerecht noch fachlich notwendig. Insofern wird begrüßt, dass mit dem Kabinettsentwurf die ambulante Behandlung durch psychosomatische Krankenhäuser nur auf Überweisung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Anspruch genommen werden kann.

5. Identifikation von Krankenhaus-Standorten und Rechnungsprüfung

Ausgesprochen gut ist, dass die Bundesregierung nunmehr auch die Vorschläge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Einführung einer Standort-Identifikationsnummer und zum Aufbau eines Standortverzeichnisses aufgreift.

Damit werden Regelungen der Krankenhausreform wie beispielsweise zur Qualitätssicherung, zur Abrechnung von Zu- und Abschlägen (Sicherstellungs-, Notfall- oder Qualitäts-) oder zu den Mindestmengen erst umsetzbar. Fraglich ist allerdings, ob tatsächlich vier Jahre nötig sind, um das Standort-Kennzeichen in den Datenaustausch zu integrieren.

6. Entnahme aus dem Gesundheitsfonds

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beträgt aktuell etwa zehn Milliarden Euro. 1,5 Milliarden Euro sollen im Jahr 2017 an die GKV zurückfließen. Dies wird vom vdek positiv gesehen, da so zumindest ein Teil der durch die gesundheitspolitische Gesetzgebung der laufenden Wahlperiode bedingten Mehrausgaben kompensiert werden. Diese müssten anderenfalls über steigende Zusatzbeitragssätze von den Versicherten allein aufgebracht werden. Das BMG begründet die Maßnahme u. a. mit Mehrbelastungen der GKV durch die Gesundheitsversorgung von Asylberechtigten. Dies mutet seltsam an. Die GKV hat kein Problem mit der Finanzierung der medizinischen Versorgung von Asylberechtigten; sie hat ein Problem mit deutlich zu niedrig bemessenen Krankenversicherungsbeiträgen, die die Bundesagentur für Arbeit für Bezieher von Arbeitslosengeld II leistet. Die Deckungslücke beträgt in diesem Jahr mindestens 2,3 Milliarden Euro.

7. Änderungsanträge zu den Übergangsregelungen des GKV-FQWG

Die ebenfalls zur Anhörung gestellten Änderungsanträge zu den Übergangsregelungen für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und zum Krankengeld (Ausschussdrucksachen 18(14)0196.2neu bis 18(14)0196.4), die mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) eingeführt worden sind, sollen die für deren Umsetzung und erstmalige Berücksichtigung im Jahresausgleich 2013 notwendige Rechtssicherheit herbeiführen. Die Diskussion um die Übergangsregelungen und ihre rechtliche Geltung zeigt vor allem eines: Es ist an der Zeit, das ganze Thema Risikostrukturausgleich (RSA) wieder auf die Tagesordnung zu heben. Die Verwerfungen im RSA sind nach wie vor vorhanden. Die endgültigen Regelungen zu Auslandsversicherten und Krankengeld fehlen nach wie vor. Die bestehenden Verwerfungen im Morbi-RSA gehen zunehmend zulasten der Ersatzkassen, der Betriebs- und der Innungskrankenkassen.

8. Änderungsantrag zur Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

Mit dem Änderungsantrag 1 (Ausschussdrucksache 18(14)90196.1neu) soll der GKV-SV ab Januar 2017 im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, mit fünf Millionen Euro je Kalenderjahr fördern. Das Geld wird über eine Umlage nach Versichertenanteilen erhoben und soll in der vertragsärztlichen Versorgung verankerten Leistungserbringern (Ärzten, Psychotherapeuten, Hochschulambulanzen, PIA) in Form einer einrichtungsbezogenen Förderung zufließen, die in fünfjährigen Modellprojekten Menschen mit pädophilen Neigungen kontrollieren und thera-

pieren; auch mit dem Ziel, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu verhindern. Mit der Regelung wird eine Anschlussfinanzierung zu dem zum Jahreswechsel 2016/2017 aus der staatlichen Förderung auslaufenden Modellprojekt „Dunkelfeld“ geschaffen, in dem – abermals in einem fünfjährigen Modellprojekt-rahmen – Anlaufstellen mit einem entsprechenden Auftrag gefördert werden; diesmal aber aus Mitteln der GKV. Die Ersatzkassen teilen die Zielstellung und Sinnhaftigkeit der Maßnahme. Für präventive Projekte, die auf den Opferschutz abzielen, ist aber die Finanzierung aus Steuermitteln die adäquate Lösung. Dort, wo eine manifeste Störung mit Krankheitswert vorliegt, die von Ärzten oder Psychotherapeuten diagnostiziert ist, haben die Versicherten bereits heute Anspruch auf Behandlung zulasten ihrer Krankenkasse. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, warum von dem üblichen, personenbezogenen Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung abgewichen werden soll. Schließlich sind Ärzte, Therapeuten und Krankenkassen gleichermaßen strengen Auflagen zum Schutz personenbezogener Daten verpflichtet. Daneben entsteht das Problem, dass im Falle der beabsichtigten Umlagefinanzierung die GKV im Zweifel für privat krankenversicherte oder heilfürsorgeberechtigte Personen, die im Rahmen des Modellprojekts behandelt werden, bezahlt.

3. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5 Buchstabe d

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

Sachverhalt

Die Anwendung des neuen Entgeltsystems erfolgt abweichend vom Referentenentwurf nun doch erst ab 1. Januar 2018 verbindlich unter budgetneutralen Bedingungen. Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Budgetvereinbarung nach neuem Recht. Dies betrifft insbesondere die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes, der unter Anwendung des Leistungsvergleichs anzuwenden ist.

Bewertung

Eine weitere Verschiebung der Optionsphase und damit auch der Verlängerung der budgetneutralen Phase wird abgelehnt. Es besteht bereits ein funktionierendes PEPP-System, welches sukzessive im Hinblick auf die Abrechnungsbestimmungen und Entgeltkataloge weiterentwickelt werden kann. Für den Fall, dass zum 1. Januar 2018 noch keine Vereinbarung zustande gekommen ist, sollte eine Rückfalloption eingefügt werden: Es sollte die bereits heute etablierte Vorgehensweise der Vereinbarung eines vorläufigen Basisentgeltwertes ins Gesetz aufgenommen werden. Dieser sollte in Höhe der Bezugsgröße zur Anwendung kommen, da diese den Durchschnittswert am besten abbildet. Mit einem solchen Vorgehen würden unnötige Aufwände vermieden, die mit einer unterjährigen Vereinbarung einhergehen.

Änderungsvorschlag

In § 17d Absatz 4 Satz 5 KHG (n. F.) wird ein zweiter Halbsatz aufgenommen: *„, wobei für den Fall, dass eine Vereinbarung zum 1. Januar 2018 nicht zustande kommt, automatisch die Bezugsgröße als vorläufiger Basisentgeltwert zur Anwendung kommt“.*

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4 Buchstabe d

§ 3 (Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2019 bis 2023)

Sachverhalt

Es handelt sich um die neuen technischen Vorgaben zur Vereinbarung des Budgets, insbesondere des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes ab 2020. Ausgangsgrundlage ist der im Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag, der um bestimmte Tatbestände zu verändern ist (Ausgliederung von Leistungen, Ausgleiche, Ergebnisse des Leistungsvergleichs, Personalvorgaben etc.). Anders als

noch im Referentenentwurf vorgesehen, stellt der Kabinettsentwurf klar, dass ein Überschreiten der Obergrenze aufgrund von Leistungssteigerungen dann möglich ist, wenn der Leistungszuwachs durch einen durch die Krankenhausplanung oder das Investitionsprogramm des Landes begründeten Kapazitätswachst erfolgt. Der Referentenentwurf sah für diesen Fall eine Substitutionspflicht von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen sowie eine Pflicht zur Verlagerung dieser Leistungen in die ambulante Versorgung vor. Sofern die Vertragsparteien aufgrund dieser Besonderheiten vereinbaren, dass der Gesamtbetrag anzupassen ist, schließen sie eine Anpassungsvereinbarung. Liegt der Basisentgeltwert eines Krankenhauses deutlich über den Vergleichswerten, hat das Krankenhaus dies zu begründen.

Bewertung

Es wird begrüßt, dass der Veränderungswert zur Begrenzung von Budgeterhöhungen weiterhin bestehen bleibt. Nur so kann auf Dauer eine Beitragssatzstabilität gewährleistet werden. Ebenfalls begrüßt wird die Maßgabe, dass bestimmte Tatbestände, wie die Anwendung des Leistungsvergleichs, Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich und das Nichteinhalten der Mindestpersonalvorgaben auch zu einer Absenkung des Budgets führen können.

Bei den in Satz 4 Nummer 1 bis 6 aufgeführten Tatbestände, die im Rahmen der Budgetermittlung zu berücksichtigen sind, handelt es sich hauptsächlich um die bereits heute bestehenden Ausnahmetatbestände, die unter bestimmten Umständen zu einer Überschreitung der Obergrenze der Budgeterhöhung führen können. Neu sind die Einbeziehung der Vorgaben des G-BA zur Personalausstattung ab 2020, die Einbeziehung der Ergebnisse des Leistungsvergleichs, der anstelle der Konvergenz von den Vertragsparteien vor Ort umgesetzt wird sowie die Möglichkeit einer Anpassungsvereinbarung. Die Vertragsparteien auf Ortsebene entscheiden auch über die Art und Weise möglicher Konsequenzen aus dem Leistungsvergleich. Dies ist konsequent und der Intention des Gesetzgebers geschuldet, die Ortsebene zu stärken. Allerdings müssen Abweichungen von den Personalvorgaben nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung (BPfV) (n. F.) zwingend zu Budgetabschlägen führen, für den Fall, dass die in den Vorjahren zur Verfügung gestellten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Dies muss eindeutig aus dem Gesetz hervorgehen.

Die Tatsache, dass vollstationäre Leistungssteigerungen nur dann Obergrenzen erhöhend wirken können, wenn dies durch krankenhauplanerische oder investive Maßnahmen begründet ist, entspricht der Maßgabe der alten BPfV (i. d. F. vom 31.12.2012). Die mit dem Referentenentwurf für diese Leistungen vorgesehene Pflicht zur Substitution mit ambulanten oder stationsäquivalenten Leistungen entfällt mit dem Kabinettsentwurf. Im Ergebnis wird hiermit das anvisierte Ziel einer Begrenzung von Leistungszuwächsen unterlaufen. Der Krankenhausplanung obliegt bereits heute die Entscheidung über zusätzliche Kapazitäten. Die Erfahrung zeigt, dass Anstrengungen zur Leistungsverlagerung in ambulante oder stationsersetzende Bereiche auf Ebene der Krankenhausplanung häufig ins Leere laufen. Dies ist insbesondere im Hinblick die ent-

fallende Vorrangigkeit der stationsäquivalenten Behandlung (s. § 39 SGB V) kritisch; nur über eine gemeinsame Betrachtung von stationären und stationsäquivalenten Leistungen können die durch den Gesetzgeber intendierten Anreize der Leistungsverlagerungen, weg von den Stationen hin zum Lebensumfeld des Patienten, umgesetzt werden. Es sollte daher bei zusätzlichen vollstationären Leistungen unbedingt die Substitutionspflicht wieder Eingang finden. Die Einschränkung der Nachweispflicht der Krankenhäuser auf Tatbestände, die eine deutliche Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte (mehr als ein Drittel) darstellen, ist nicht nachvollziehbar. Aus Sicht der Ersatzkassen muss jeglicher Tatbestand zur Anpassung des Gesamtbetrages nachvollziehbar nachgewiesen werden. Darüber hinaus müssen die Rahmenbedingungen auf Bundesebene so klar definiert werden, dass Streitigkeiten vor Ort möglichst vermieden werden. So geht nicht eindeutig aus dem Gesetzestext hervor, wie der Nachweis der Krankenhäuser hinsichtlich der Notwendigkeit der Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte aus dem Leistungsvergleich erfolgen soll.

Die Änderung der Begrifflichkeit der „regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung“ statt „leistungsbezogener struktureller Besonderheiten“ mitsamt dem Wegfall der Vorabprüfung durch das InEK (s. § 6 Absatz 2 BpflV (n. F.)) wird besonders kritisch gesehen. Hiermit weicht der Gesetzgeber stark von der Zielsetzung ab, ein leistungsorientiertes Entgeltsystem zu schaffen. Diese Formulierung ermöglicht es quasi den Krankenhäusern, ihre Selbstkosten in voller Höhe zu refinanzieren. Ein unwirtschaftlicher Umgang mit der zur Verfügung stehenden Mitteln ist bekanntermaßen schwer nachzuweisen (vgl. § 6 Absatz 2 BpflV n. F.).

Der im Referentenentwurf vorgesehene Tatbestand der Berücksichtigung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) fällt im Kabinettsentwurf weg. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass erst ab 2020 eine Vereinbarung nach dem neuen Recht erfolgt; dann gelten die Vorgaben der Psych-PV voraussichtlich nicht mehr.

Die Berücksichtigung der anteiligen Tarifierhöhungsrates wurde bereits mit der letzten Gesetzesnovellierung wieder eingeführt und stellt demnach keine Neuerung durch das PsychVVG dar. Sie wird lediglich an einer anderen Stelle verortet – nämlich in § 3 Absatz 4 BpflV (n. F.) statt in § 18 Absatz 3 BpflV (a. F.).

Darüber hinaus müssen die Wechselwirkungen des neuen Leistungsbereichs der stationsäquivalenten Leistungen (siehe § 39 SGB V (n. F.)) mit den Personalvorgaben des G-BA hinsichtlich der Berechnung der Personalvorgaben nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 BpflV (n. F.) berücksichtigt werden.

Es besteht die Befürchtung, dass aufgrund der Regelungen zu den Personalanzahlzahlen des G-BA hohe Mehrkosten auf die Krankenkassen zukommen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 Satz 5, 2. Halbsatz BPfIV (n. F.) sollte wie folgt gefasst werden:
„eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn eine Substitution die Veränderung von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist; die vom Krankenhaus ergriffenen Maßnahmen zur Substitution sind nachzuweisen.“

§ 3 Absatz 3 Satz 7 BPfIV (n. F.) sollte wie folgt gefasst werden:
„Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger nachweist, dass die Überschreitung aufgrund von nicht durch ihn beeinflussbare Faktoren unabweisbar ist.“

§ 3 Absatz 3 Satz 8 BPfIV (n. F.) sind folgende Sätze hinzuzufügen:
„Bei der Berücksichtigung der Vorgaben des G-BA nach Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 ist der neue Leistungsbereich der stationsäquivalenten Leistungen einzubeziehen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel wirken im Folgejahr budgetmindernd.“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5

§ 4 (Leistungsbezogener Vergleich)

Sachverhalt

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz an den Landesbasisentgeltwert entfällt. Der bisher dafür vorgesehene § 4 entfällt und wird durch die Regelungen des nun vorgesehenen Leistungsvergleichs neu gefasst. Er soll als Grundlage für die Verhandlungen vor Ort dienen, die weiterhin das Ziel der Vereinbarung eines leistungsgerechten Budgets verfolgen. Durch den Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede und strukturelle bzw. regionale Besonderheiten, zurückzuführen sind.

Der Leistungsvergleich wird, anders als noch im Referentenentwurf vorgesehen, nun statt von den Vertragsparteien auf Landesebene durch das InEK ermittelt, welches die Ergebnisse den Vertragsparteien auf Ortsebene zur Verfügung stellt. Die Ermittlung eines Landesbasisfallwertes als Orientierungsmaßstab für den Leistungsvergleich entfällt, dafür weist das InEK nun die Ergebnisse folgendermaßen aus:

- nach Leistungen oder Leistungsgruppen differenziert die Bandbreite der vereinbarten Entgelte und statistischen Lage- und Streumaße dieser Entgelte

- die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung
- nach dem Umfang der personellen Ausstattung.

Bewertung

Aus dem Gesetzestext geht nicht eindeutig hervor, welche der budgetrelevanten Faktoren bei einer Anpassung des Budgets gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV (n. F.) nach oben oder nach unten herangezogen werden. Nur aus der amtlichen Begründung lässt sich entnehmen, dass ausschließlich für die nicht durch das Leistungsspektrum oder regionale oder strukturelle Besonderheiten erklär-
baren Budgetunterschiede eine Anpassung hin zu leistungsorientierten Budgetniveaus erfolgen soll. Budgetunterschiede des Krankenhauses, die über das Leistungsspektrum oder regionale bzw. strukturelle Besonderheiten begründet sind, unterliegen im Umkehrschluss also keinem Anpassungsprozess. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser wohl sämtliche Budgetunterschiede über eine dieser drei Ursachen begründen können, weshalb die Befürchtung besteht, dass der Leistungsvergleich ins Leere führt. Insbesondere der Wegfall der noch im Referentenentwurf vorgesehenen auf Landesebene zu ermittelnden Referenzwerte, wie der landesweite Basisentgeltwert oder die durchschnittliche Höhe der Entgelte für strukturelle Besonderheiten führt dazu, dass dem Leistungsvergleich jegliche objektive Grundlage entzogen wird; der Leistungsvergleich wird zum „stumpfen Schwert“. Äußerst kritisch gesehen wird in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass keine Referenzpreise mehr auf Landesebene ermittelt und ausgewiesen werden. Auch der Wegfall der Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen bzw. substituierter Leistungen wird abgelehnt. Dies wird dazu führen, dass die bereits heute bestehende Tendenz der Leistungsausweitung von stationären und ambulanten Leistungen weiter verschärft wird und kommunizierende Röhren zwischen den Sektoren nicht zustande kommen.

Die über die neue Nachweisverpflichtung nun prüfbar gewordenen Personalanforderungen werden zwar im Gesetzestext genannt, es wird aber ausschließlich in der amtlichen Begründung darauf hingewiesen, dass Unterschiede zu einer Budgetanpassung nach § 3 Absatz 4 Satz 6 BPfIV (n. F.) führen sollen. Werden die Personalanforderungen nicht eingehalten, muss es zu Abschlägen kommen, die über § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 BPfIV (n. F.) budgetrelevant werden.

Die Vorgaben zum Umfang der Ausweisung der Ergebnisse (Landes- und Bundesebene sowie ggf. nach Fachgebieten) wird als Mindestdifferenzierungsmaß begrüßt. So wird bereits im Gesetz der notwendige Regelungsumfang festgelegt, anstatt dass dieser den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene überlassen wird.

Es ist darüber hinaus klarzustellen, dass die nicht rechtzeitige Übermittlung der zur Durchführung des Leistungsvergleiches erforderlichen Daten zu Konsequenzen führt. Diese sollten die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 9 BPfIV (n. F.) regeln.

Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 1 Satz 3 nach Nr. 3 BPfIV (n. F.) sollten folgende Nummern eingefügt werden:

„4. ein landesweiter Basisentgeltwert, hierbei wird von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 ausgegangen.

5. die jeweils durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3, differenziert nach der Art der Entgelte.“

In § 4 Absatz 2 BPfIV (n. F.) sollte im letzten Satz ein neuer Halbsatz eingefügt werden:

„, für den Fall, dass die Datenlieferung nicht oder nicht rechtzeitig erfolgt, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPfIV die entsprechenden Konsequenzen.“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 6 Buchstabe b

§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Sachverhalt

Regionale oder strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit den PEPP-Entgelten sachgerecht vergütet sind, werden künftig von den Vertragsparteien vor Ort vereinbart. Die im Referentenentwurf vorgesehene Einholung einer Information über das InEK, wie es bereits heute bei den Entgelten der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) üblich ist, entfällt. Stattdessen muss das Krankenhaus die Besonderheit und die damit verbundenen Zusatzkosten gegenüber der Krankenkasse darlegen.

Darüber hinaus ist nun nicht mehr von „leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten“ die Rede, sondern von „regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung“.

Bewertung

Bedauerlich ist der Wegfall der Einholung einer Vorabinformation durch das InEK zur Prüfung, ob die Besonderheit tatsächlich nicht sachgerecht über PEPP-Entgelte abgebildet werden kann. Dieses im Referentenentwurf vorgesehene Verfahren entsprach dem Verfahren der Einstufung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie es im Bereich der Diagnosis Related Groups (DRG) seit Jahren gängige Praxis ist. So wird vermieden, dass strukturell besondere Leistungen (wie z. B. bestimmte Therapiekonzepte) separat vergütet werden, wenn sie bereits über DRG-Entgelte abgebildet sind.

Die Ersatzkassen hatten sich aufgrund der guten Erfahrungen im DRG-Bereich im Vorfeld des Referentenentwurfs für dieses Verfahren eingesetzt und bedau-

ern den Wegfall im Kabinettsentwurf daher außerordentlich. Durch die Bewertung des InEK hätten Streitigkeiten vor Ort im Hinblick auf dieses sensible Thema minimiert und darüber hinaus ein geregeltes Verfahren zur späteren Kalkulation struktureller Besonderheiten ermöglicht werden können. Nun wird die Entscheidung über strukturelle und regionale Besonderheiten den Vertragsparteien vor Ort überlassen.

Durch die Änderung der Begrifflichkeit der „leistungsbezogenen strukturellen Besonderheit“ zur „regionalen oder strukturellen Besonderheit“ geht der Leistungsbezug verloren. Auch wenn es sich um Besonderheiten handeln soll, die nicht über die PEPP-Entgelte abgebildet sind, so fehlt es an jeglicher Möglichkeit, dies nachzuvollziehen. Im Ergebnis können so sämtliche Kostensteigerungen auf Ortsebene als regionale oder strukturelle Kosten deklariert werden. Hieran ändert auch der Zusatz „in der Leistungserbringung“ nichts.

Änderungsvorschlag

Rückkehr zur Formulierung des Referentenentwurfs.

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 9 Buchstabe a

§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Sachverhalt

Die mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz in die Anlagen der BPfIV eingefügten Formulare zur Aufstellung der Entgelte und zur Budgetermittlung (AEB) werden aufgehoben. Stattdessen wird auf die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Formulare verwiesen.

Darüber hinaus werden folgende neue Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene benannt:

- Neben den Empfehlungen zur Kalkulation von NUB-Entgelten sollen auch Empfehlungen für die Kalkulation von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart werden.
- Es sollen die ICD/OPS identifiziert und entfernt werden, die nicht für Zwecke des Vergütungssystems relevant sind. Im Vergleich zum Referentenentwurf wird das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stärker in die Pflicht genommen, die Änderungen zeitnah umzusetzen.
- Es sollen die Nachweise für die Personalausstattung ausgestaltet werden.
- Es sollen auf der Grundlage eines Konzeptes des InEK die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Leistungsvergleichs vereinbart werden. Darüber hinaus soll eine Regelung zum Verfahren der Datenübermittlung an das InEK zum Zweck der Ermittlung der Vergleiche sowie zum Verfahren für die Übermittlung der Er-

gebnisse des Vergleichs an die Vertragsparteien nach § 11 BPfIV und die Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG vereinbart werden.

Bei Scheitern der Verhandlungen entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Bewertung

Die Änderung zur Anwendung der vertraglich vereinbarten AEB-Formulare ist nachvollziehbar, da die Formulare von Beginn der Anwendung der PEPP-Entgelte an nicht verwendet wurden. Es kommen i. d. R. die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Formulare zur Anwendung, was der im Referentenentwurf vorgenommenen Änderung entspricht.

Die genannten Aufgaben der Bundesebene sind Konsequenzen der neuen Regelungstatbestände. Insbesondere die Regelung in Nummer 7 wird ausdrücklich begrüßt. Gerade der Psych-Prozedurencode dient derzeit dem Nachweis der Erbringung von Einzelleistungen. Er ist ungeeignet, ein Entgeltsystem mit aufwandshomogenen Gruppen zu definieren. Die Überfrachtung mit dem Nachweis von detaillierten Einzelleistungen macht den Prozedurencode in seiner Anwendung unbrauchbar. Allerdings muss es auch möglich sein, Leistungen zu benennen, die das Handlungsgeschehen im Psych-Bereich tatsächlich abbilden und ermöglichen, aufwandshomogene Leitungsgruppen zu definieren. Der Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene, die näheren Einzelheiten zum Leistungsvergleich auf der Basis eines Konzeptes zu vereinbaren, ist konsequent.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 BPfIV (n. F.) sollten im ersten Halbsatz nach den Wörtern „*als nicht erforderlich erwiesen haben*“ die folgenden Wörter hinzugefügt werden: „, *geändert werden oder neu aufgenommen werden sollten*;“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 10

§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

Die Vorschrift zur Vereinbarung auf Landesebene wird angesichts des Wegfalls der Konvergenz und der Durchführung des Leistungsvergleiches durch das InEK ersatzlos gestrichen.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Rahmenbedingungen. Grundsätzlich hätten die Ersatzkassen es begrüßt, wenn im Rahmen des PsychVVG an einem leistungsorientierten Vergütungssystem und damit auch an der Vereinbarung von Landesbasisfallwerten festgehalten worden wäre. Die Vertragsparteien im Land verlieren mit dieser Regelung ihre Funktion, einen

Landesbasisentgeltwert als Orientierungsmaßstab für den Leistungsvergleich zu ermitteln. Der Umfang des Leistungsvergleiches muss allerdings um die im gestrichenen § 10 aufgeführten Referenzwerte ergänzt werden (s. Bewertung zu § 4 BPfIV).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 14

§ 18 (Übergangsvorschriften)

Sachverhalt

Die im Referentenentwurf vorgesehene Verpflichtung der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen, bis einschließlich dem Jahr 2019 die Personalbesetzung nach der Psych-PV im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort nachzuweisen, entfällt. Stattdessen erfolgt der Nachweis nun an das InEK. Erst ab dem Jahr 2020 muss die Umsetzung der durch den G-BA noch abschließend zu entwickelnden Anforderungen auch gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen werden. Es müssen in dem Nachweis insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt diese Angaben zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an das InEK, und ab 2020 auch an die Krankenkassen. Die Nachweise sind jeweils bis zum 31. März des Folgejahres zu übermitteln, für das Jahr 2016 gilt eine Frist zum 1. August 2017.

Bewertung

Heute gibt es eine Verpflichtung zum Nachweis des Personaleinsatzes, die sich lediglich auf die Häuser bezieht, die eine Vereinbarung zur Nachfinanzierung des Personalbestandes zum Stichtag 31. Dezember 2008 abgeschlossen haben. Diese soll sicherstellen, dass die mit der Vorgabe zur Umsetzung der Psych-PV über das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) zur Verfügung gestellten Mittel zweckentsprechend verwendet werden. Mit dem Referentenentwurf zum PsychVVG sollte ein umfassender Nachweis eingeführt werden, der gegenüber den budgetverhandelnden Krankenkassen erbracht wird. Mit dem Kabinettsentwurf entfällt die Verpflichtung des Nachweises des Personaleinsatzes gemäß der Psych-PV gegenüber den Krankenkassen. Der Personalbestand ist lediglich dem InEK zu melden. Erst ab dem Jahr 2020 ist ein Nachweis gemäß der dann geltenden Vorgaben des G-BA für eine adäquate Personalausstattung auch gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Es ist bedauerlich, dass im Gegensatz zum Referentenentwurf die Nachweispflicht bis zum Jahr 2019 nur noch gegenüber dem InEK besteht.

Um Missverständnisse dadurch zu vermeiden, dass in dem ersten Satz der Neufassung des Absatz 2 weiterhin nur von der Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der BPfIV (a. F.) gesprochen wird, sollten die Regelungen der neuen Sätze 2ff als separater neuer Absatz eingefügt werden. Außerdem muss eine Regelung zur Rückzahlung bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung getroffen werden.

Insbesondere die Ausführungen zum Umfang der Nachweise (hier jahresdurchschnittliche Besetzung, Gliederung nach Berufsgruppen) werden sehr begrüßt.

Das Instrument (Testate der Jahresabschlussprüfer) sehen die Ersatzkassen allerdings kritisch. Diese sind i. d. R. Erfüllungsgehilfen der Krankenhäuser und keine neutralen Institutionen, welchen eine solch anspruchsvolle Aufgabe obliegen müsste. Es sollte daher ein unabhängiges Institut wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Personalausstattung beauftragt werden. Als Vorbild sollte das Prüfverfahren in Hessen herangezogen werden. Der Referentenentwurf sieht ein entsprechendes Prüfverfahren nicht vor. Dieses müsste über die Qualitätsprüfungen nach § 136a SGB V zur Anwendung kommen.

Die differenzierten Angaben zu den Personalstellen müssen laut der amtlichen Begründung auch Angaben zu den nicht vom Regeldienst der Psych-PV betroffenen Tätigkeiten (z. B. Nachtdienst, Konsiliardienst, Rufbereitschaft etc.) enthalten. Um jegliche Diskussion zur Detailtiefe der Nachweise zu vermeiden, sollten sich diese Vorgaben direkt im Gesetzestext wiederfinden.

Da die Leistungen der PIA mit demselben Personalbestand erbracht werden, wie im stationären und stationsäquivalenten Bereich, müssen die Nachweise auch dieses Personal beinhalten.

Änderungsvorschlag

Die für § 18 Absatz 1 Sätze 2ff BPfIV (n. F.) geplanten Änderungen sollten in einen separaten Absatz 2 eingefügt werden.

Im Satz 2 sollte vor den Wörtern „*dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*“ die Wörter „*den Vertragsparteien nach § 11*“ eingefügt werden.

Im Satz 3 sollte nach dem Wort „*Berufsgruppen*“ der Zusatz „*sowie Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes, wie Nachtdienst, Konsiliardienst, Rufbereitschaft etc.*“ eingefügt werden.

In Satz 4 sollte nach den Wörtern „*Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3*“ der Zusatz „*für den stationären und stationsäquivalenten sowie dem Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen*“ eingefügt werden.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2
§ 39 (Krankenhausbehandlung)

Sachverhalt

Der Begriff der Krankenhausbehandlung wird um stationsäquivalente Leistungen ergänzt. Diese werden definiert als psychiatrische Behandlungen während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

Bewertung

Der Begriff der Krankenhausbehandlung wird völlig neu gefasst. Neben stationären und ambulanten Leistungen umfasst sie nun auch Behandlungen im häuslichen Bereich. Welche Auswirkungen eine solche Öffnung der Krankenhausbehandlung hat, kann schwer eingeschätzt werden. Auch die Definition von stationsäquivalenter Behandlung ist eher unkonkret und könnte hinsichtlich seiner Auslegung zu Streitigkeiten der Vertragsparteien vor Ort führen. Mit dem Kabinettsentwurf wird klargestellt, dass die stationsäquivalente Behandlung gleichwertig neben einer vollstationären Behandlung steht. Es wird befürchtet, dass es zu teuren und nicht praktikablen Parallelstrukturen kommt, denn der größte Teil dieser Leistungen wird bereits durch die stationären Leistungen bzw. die Leistungen der PIA abgedeckt. Die noch im Referentenentwurf vorgesehene Notwendigkeit, bei der Vereinbarung von Leistungssteigerungen gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 und 2 BPfIV (n. F.) die stationsäquivalenten Maßnahmen zu berücksichtigen, entfällt. Das heißt, eine Überschreitung der über den Veränderungswert gebildeten Budgetobergrenze ist zulässig, auch wenn eine Substitution mit stationsäquivalenten Leistungen möglich wäre. Dies ist sehr bedauerlich, insbesondere im Hinblick auf die Zielsetzung, kommunizierende Röhren zwischen den Sektoren zu implementieren. Hier wird auf die Bewertung zu § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV (n. F.) verwiesen.

Wichtig ist, dass die von den Psychiatrischen Institutsambulanten erbrachten Leistungen in das PEPP-Entgeltsystem einbezogen werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5
§ 115d (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine konkretisierende Normvorschrift zur Leistungsbeschreibung des neuen Krankenhausleistungsbereichs der stationsäquivalenten Leistungen. Diese dürfen ausschließlich psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung erbringen. Die Leistung ersetzt vollstationäre Krankenhausbehandlungen und ist daher ausschließlich in akuten Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld zu erbringen. Grundsätzlich wird die Leistung durch das Krankenhauspersonal erbracht, in Ausnahmefällen können Vertreter der ambulanten psychiatrischen Versorgung von dem Krankenhaus beauftragt werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren das Nähere zur Ausgestaltung der stationsäquivalenten Leistungen im Hinblick auf die Dokumentation, die Qualität, die Anforderungen an Beauftragungen ambulanter Dienste sowie dem mit dem neuen Leistungsbereich beabsichtigtem Abbau von Planbetten bis zum 30.6.2017. Bei Scheitern der Verhandlungen entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Dazu kommt eine weitere Aufgabe der Vertragsparteien auf Bundesebene, nämlich im Benehmen mit den maßgeblichen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibungen zu definieren, welche die stationsäquivalenten Leistungen als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2 abbilden soll.

Die Auswirkungen der Einführung dieses neuen Leistungsbereiches auf die Versorgung der Patienten sowie auf die finanziellen Auswirkungen werden in einem Zeitraum von fünf Jahren durch die Vertragsparteien auf Bundesebene evaluiert. Dem BMG ist im Anschluss ein entsprechender Bericht vorzulegen.

Bewertung

Es handelt sich um die notwendigen Konkretisierungen des neuen Leistungsbereiches der in § 39 SGB V aufgenommenen stationsäquivalenten Leistung. Die neuen Aufgaben an die Vertragsparteien auf Bundesebene sind ebenfalls eine Konsequenz aus der Öffnung des Begriffes der Krankenhausbehandlung. Diese Öffnung der Krankenhäuser für diese Art der Behandlung im häuslichen Bereich wird abgelehnt, da sie zu weiteren teuren Parallelstrukturen führt.

Begrüßt wird die eindeutige Klarstellung, dass diese Leistung die vollstationäre ersetzt und nur für akute Krankenhausphasen zur Anwendung kommt. Die Substitution mit vollstationärer Behandlung ist maßgeblich für das Gelingen des durch den Gesetzgeber intendierten Vorhabens. Die Tatsache, dass zusätzliche vollstationäre Leistungen nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 und 2 BPfIV (n. F.) nun unabhängig von einer nicht möglichen Substitution mit stations-

äquivalenten Leistungen bzw. Leistungsverlagerungen in ambulante Bereiche budgeterhöhend wirken, ist bedauerlich. Dies entbindet die Krankenhäuser aber nicht von ihrer grundsätzlichen Pflicht zur Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit. Hierfür spricht auch die Tatsache, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass durch stationsäquivalente Leistungen stationäre Aufnahmen vermieden und langfristig Betten abgebaut werden können.

Wichtig ist den Ersatzkassen in dem Zusammenhang, dass es nicht zu weiteren Leistungssteigerungen durch die Einführung dieses neuen Leistungsbereiches kommt.

Die mögliche Beauftragung Dritter wird kritisch gesehen. Hier müssen zwingend Qualitätsvorgaben angewendet werden, die in der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (n. F.) definiert werden. Die Verantwortung muss beim Krankenhaus verbleiben.

In der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (n. F.) sollten die Vertragsparteien die Konsequenzen aus der Überschreitung der Kapazitäts- bzw. Auslastungsgrade festlegen.

Die Schiedsstellenfähigkeit sollte für alle in § 115d Absatz 2 und 3 SGB V (n. F.) genannten Aufträge gelten, also auch für die Entwicklung eines Operationen- und Prozedurenschlüssels zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

Der in § 115d Absatz 4 SGB V (n. F.) beabsichtigte Auftrag der Evaluation der Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung auf die Versorgung stellt einen großen Aufwand für alle Beteiligten dar. Üblicherweise erfolgen entsprechende Vorhaben über die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Auch hier sollte geprüft werden, ob diese für diesen Zweck besser geeignet ist.

Der Gesetzestext geht nicht auf die Prüfmöglichkeiten des MDK ein; dies sollte noch aufgenommen werden. Darüber hinaus müssen die Wechselwirkungen mit der Psych-PV und später der Personalvorgaben des G-BA hinsichtlich der Berechnung der Personalvorgaben berücksichtigt werden. Dies sollte sich in den Änderungen zu § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPlfV (n. F.) wiederfinden und wird dort bewertet.

Änderungsvorschlag:

In § 115d Absatz 2 Satz 2 SGB V (n. F.) sollte nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Wörter „oder Absatz 3“ eingefügt werden.

Es sollte ein neuer Absatz 5 eingefügt werden: „Die Prüfmöglichkeiten des § 275 SGB V bleiben unberührt“.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 15
§ 295 (bundeseinheitlicher Leistungskatalog)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Konkretisierung der Dokumentationsverpflichtung der PIA. Diese soll von den Vertragsparteien auf Bundesebene über einen Bundeskatalog vereinbart werden, welcher neben den Angaben zu den Leistungen auch Angaben zu den eingesetzten personellen Kapazitäten, nach Berufsgruppen und Fachgebieten getrennt vorsieht. Auch die Datenübermittlung – insbesondere zum Zwecke der gemeinsamen Bedarfsplanung – sowie Konkretisierungen des Prüfauftrages zur Einbeziehung der PIA in das PEPP-Entgeltsystem sollen vereinbart werden.

Stellungnahme

Die Neuregelung zur Konkretisierung der PIA, insbesondere zum Prüfauftrag, wird begrüßt. Insbesondere die Vereinbarung der Dokumentation über einen bundeseinheitlichen Katalog sehen die Ersatzkassen positiv. Um den bestehenden Prüfauftrag zur Einbeziehung der PIA in das Entgeltsystem nicht ins Leere laufen zu lassen, sollte die im Gesetzesentwurf bereits vorgesehene Konkretisierung der Dokumentationsverpflichtung für Leistungen der PIA ergänzt werden um den Zusatz, dass diese leistungsdifferenzierend sein muss. Während im stationären Bereich die notwendige Leistungstransparenz über den PEPP-Entgeltkatalog herbeigeführt wird, gibt es für die PIA kein verbindliches Leistungsraster. Als Vorbild kann hier der sogenannte „Bayerische Katalog“ dienen, der bereits in einigen Bundesländern angewendet wird. Eine Leistungsdifferenzierung ist in beiden Bereichen erforderlich, um eine Einbeziehung der PIA in das Entgeltsystem nicht zu gefährden.

Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 15 b) (zu § 295 Absatz 1b SGB V) wird in Satz 4 (n .F.) nach dem Wort „bundeseinheitlichen“ das Wort „leistungsdifferenzierenden“ eingefügt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 2900 info@vdek.com
