

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0249(20)  
ge. VB zur öAnhörung am 23.4.  
12\_PsychEntgelt  
18.04.2012



## Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2012

zum Entwurf eines  
Gesetzes zur Einführung eines  
pauschalierenden Entgeltsystems für  
psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen  
(Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (17/5119)

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
(17/9169)

zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP  
(A.-Drs. 17(14)0254) liegt eine separate  
Stellungnahme vor

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51, 10117 Berlin  
Telefon +49 (0) 30 206 288-0  
Fax +49 (0) 30 206 288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Inhaltsverzeichnis

I.	Vorbemerkung .....	5
II.	Stellungnahmen zum Gesetzentwurf.....	9
	Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG) .....	9
	§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung .....	9
	§ 17 b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser .....	10
	§ 17 d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen .....	11
	§ 18 Pflegesatzverfahren .....	14
	§ 28 Auskunftspflicht und Statistik.....	15
	Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung - BpflV) .....	16
	§ 1 Anwendungsbereich .....	16
	§ 2 Krankenhausleistungen .....	17
	§ 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2013 bis 2016 .....	18
	§ 4 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021 .....	24
	§ 5 (neu) Vereinbarung von Zu- und Abschlägen.....	28
	§ 6 (neu) Vereinbarung sonstiger Entgelte .....	29
	§ 7 (neu) Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen.....	30
	§ 8 (neu) Berechnung der Entgelte.....	31
	§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene .....	32
	§ 10 Vereinbarung auf Landesebene.....	34
	§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	39
	§ 12 Vorläufige Vereinbarung.....	41
	§ 13 Schiedsstelle.....	42
	§ 14 Genehmigung.....	43
	§ 15 Laufzeit .....	44
	§ 16 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen.....	45
	Streichung der §§ 23 und 24.....	46



§ 17 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene .....	47
§ 18 Übergangsvorschriften .....	48
Anlage.....	49
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG).....	50
§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene .....	51
§ 18 Belegärzte .....	52
§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten .....	54
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V).....	55
§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern.....	55
§ 64b Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.....	56
§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen .....	57
§ 120 Abs. 1a Satz 5 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen .....	59
§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung.....	60
§ 137 e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	61
§ 139 c Finanzierung.....	62
§ 291 a Elektronische Gesundheitskarte .....	63
§ 301 Abs. 2 Satz 2 Krankenhäuser .....	64
Artikel 5 (Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV).....	65
§ 8 Kosten- und Leistungsrechnung.....	65
§ 9 Befreiungsvorschrift .....	66
Artikel 6 (Änderung der Abgrenzungsverordnung - AbgrV) .....	67
§ 3 Zuordnungsgrundsätze und § 4 Instandhaltungskosten .....	67
Artikel 7 (Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV).....	68
Artikel 8 (Inkrafttreten).....	69
Inkrafttreten .....	69
III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes.....	70
Preis- und Mengenprobleme nachhaltig lösen .....	70
§ 10 Abs. 6 KHEntgG „Orientierungswert“.....	73



IV.	Stellungnahmen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/5119) .....	75
	Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern.....	75
V.	Stellungnahmen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN (Drucksache 17/9169) .....	77
	Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen.....	77



## I. Vorbemerkung

Das Gesetz zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) stellt einen wichtigen Schritt dar für den Weg von der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer transparenten leistungsorientierten Vergütung. Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßen den Versuch, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu stärken. Bei der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems muss vor allem eine bessere Versorgung der Patienten im Vordergrund stehen. Hieran wird das Entgeltsystem zu messen sein. Die extrem langen Fristen lassen allerdings Zweifel daran aufkommen, dass der Gesetzgeber dem neuen Entgeltsystem größere Bedeutung zumisst. Nicht ganz überzeugend ist auch die fast komplette Doppelung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Neben Kritik im Detail plädiert der GKV-Spitzenverband für

1. den Verzicht auf ein zweites Optionsjahr (§ 3 Abs. 1 BPfIV),
2. den Ausgleich kodierbedingter Erlössteigerungen (§ 4 Abs. 8 BPfIV),
3. die Einbeziehung von Modellvorhaben in ein "lernendes System" zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (§ 64b SGB V),
4. die Messung und Förderung der Versorgungsqualität (§ 137 SGB V),
5. einheitliche Regelungen für psychosomatische und psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V),
6. die Vermeidung einer Divergenzproblematik (§ 10 Abs. 1 BPfIV),
7. die Streichung der Kappungsregelung (§ 4 Abs. 5 BPfIV) sowie
8. für eine nachhaltige Lösung von Preis- und Mengenproblemen.

Die im Entwurf vorgesehene Vielfalt unterschiedlicher Vergütungsformen, die neben tagesbezogenen Entgelten auch Fall- und Zeitpauschalen berücksichtigt, wird ausdrücklich begrüßt und ermöglicht die Ausgestaltung im Sinne eines „lernenden Systems“ zur Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit und der patientenbezogenen Versorgungsqualität. Trotzdem besteht aufgrund der Dominanz des Tagesbezugs im Gesetzesentwurf nach wie vor die Gefahr, dass den Patienten auch weiterhin überlange Liegezeiten zugemutet werden und keine Verbesserungen im Hinblick auf integrative und wohnortnahe Versorgungsangebote absehbar sind. Die gemeindefernen Krankenhausstrukturen bleiben im Gesetzentwurf unangetastet.

### 1. Kein zweites Optionsjahr

Die fristgerechte Einführung des neuen Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Durch die budgetneutrale Einführungsphase werden für die Krankenhäuser in der Einführungsphase Verluste und Gewinne durch das neue Vergütungssystem vermieden. Die Kostenträger, für die die Annahme der Abrechnungen ab dem



01.01.2013 verpflichtend und damit ab dem ersten Tag ausgabenwirksam sein wird, stellen sich den umfangreichen Herausforderungen, die in den nächsten Monaten zu bewältigen sind.

Um den Entwicklungsprozess nicht zu verzögern, betrachtet der GKV-Spitzenverband eine einjährige Optionsphase als ausreichend. Eine der wesentlichen Erfahrungen des DRG-Umstiegs ist die „Bedeutungslosigkeit“ des 1. Januar: Der Umstieg der Häuser auf das neue Entgeltsystem erfolgt erst nach Abschluss der Budgetverhandlungen. Beim DRG-Umstieg waren auch nach Ende der obligatorischen Umstiegsjahre zahlreiche Häuser nicht auf das neue Entgeltsystem umgestiegen. De facto bedeutet der vorliegende Gesetzesentwurf eine auf über drei Jahre gestreckte Umstellungsphase. In dieser Zeit handelt es sich nicht um ein lernendes System, weil die Gesamtheit der Probleme nicht in der Kalkulation und der Abrechnung auftaucht. Das zweite Optionsjahr sollte deshalb entfallen.

## 2. Ausgleich kodierbedingter Erlössteigerungen

Der vollständige Ausgleich von Erlösen infolge einer veränderten Kodierung ist eine zentrale Grundforderung der Krankenkassen zur Ausgestaltung des Vergütungsrahmens. Nur so können Mehrkosten durch eine veränderte Kodierung der Leistungserbringer, denen keine Leistungsveränderung gegenübersteht (right-coding, up-coding), vermieden werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt den vollständigen Ausgleich kodierbedingter Mehrerlöse in der budgetneutralen Phase. Jedoch fehlen vergleichbare Regelungen für die Konvergenzphase. Grundsätzlich gilt es, kodierbedingt erhöhte Erlöse nicht nur zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus höhere Erlöse erzielt als im Budget vereinbart, sondern auch unabhängig von der Mehr- oder Mindererlössituation auszugleichen.

## 3. Modellvorhaben als Teil eines „lernenden Systems“

Primäres Anliegen des Psych-Entgeltgesetzes ist die Einführung eines neuen Entgeltsystems. Das Gesetz sollte jedoch auch genutzt werden, um Versorgungsstrukturen zu verbessern. Modellvorhaben sind hier nicht zuletzt aufgrund des Prüfauftrages des § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von besonderer Bedeutung, um sowohl das Entgeltsystem weiterzuentwickeln, als auch neue Versorgungsmodelle zu erproben und die Versorgungsqualität voranzubringen. So wird es unter anderem darum gehen müssen, Sektorengrenzen in der Psychiatrie und Psychosomatik zu überwinden und regionale Kooperationen mit dem sozialen Versorgungssystem zu etablieren. Daher ist es sinnvoll und folgerichtig, dass der vorliegende Gesetzentwurf mit § 64 b SGB V eine Weiterentwicklung der Modellvorhaben nach § 24 der bisherigen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und § 63 SGB V vorsieht. Um die mit den Modellvorhaben erhofften Ziele zu erreichen, ist die Registrierung und systematische Evaluation jedoch zwingende Voraussetzung. So wird als ein erster Schritt die Übermittlungspflicht der strukturellen Informationen an das DRG-Institut (InEK) sowie die Bei-



behaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Leistungsdokumentation und Datenübermittlung begrüßt.

#### 4. Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems muss es in der psychiatrischen Versorgung zu einer gezielten Weiterentwicklung der qualitativen Vorgaben und Anreize kommen. Qualität bedarf dabei einer einheitlichen Messung, die nicht abteilungsspezifisch und nicht vordergründig therapiebezogen, sondern diagnose- und ergebnisbezogen ist. Die zeitnahe Entwicklung von Qualitätsindikatoren ggf. mit Risikoadjustierung und die Umsetzung geeigneter Maßnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollte die bisher durch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) definierten Mindestanforderungen möglichst bald ersetzen. Notwendig ist eine Neuorientierung von Struktur- und Prozessqualitäten hin zur patientenbezogenen Ergebnisqualität.

#### 5. Psychosomatische und psychiatrische Institutsambulanzen einheitlich regeln

Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht vor, dass zukünftig psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen eine Institutsambulanz analog den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) betreiben dürfen. Der GKV-Spitzenverband sieht die Trennung von Psychiatrie und Psychosomatik äußerst kritisch. Es handelt sich dabei um einen deutschen Sonderweg, der fachlich nicht begründet ist. Ziel sollte im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung eine enge Kooperation sein.

Daher sollte die Chance des jetzigen Gesetzgebungsverfahrens genutzt werden, um die uneinheitlichen Regelungen für Institutsambulanzen, wie sie im derzeitigen § 118 SGB V existieren, so zu harmonisieren, dass für alle Ambulanzen die gleichen transparenten und sinnvollen Kriterien gelten. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass die Leistungen aller Institutsambulanzen ausschließlich Patienten mit schweren und schwersten Verläufen psychischer Erkrankungen zur Verfügung stehen. Eine diesbezügliche Vereinbarung existiert derzeit nur für psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V. Für die Zukunft muss sichergestellt sein, dass eine solche Vereinbarung für alle Institutsambulanzen gelten muss, also auch für psychosomatische Institutsambulanzen. Ebenso wichtig ist eine Harmonisierung bezüglich der regionalen Versorgungsverpflichtung. Auch in diesem Bereich gibt es derzeit unterschiedliche Regelungen in Abhängigkeit davon, zu welcher Art Krankenhaus die psychiatrische Institutsambulanz gehört. Dafür gibt es keine fachliche Erklärung und daher sollten in Zukunft alle Institutsambulanzen, eben auch die neuen psychosomatischen Ambulanzen, eine regionale Versorgungsverpflichtung haben. Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen können eine wichtige Funktion für schwer- und schwerstbetroffene Patienten gerade an den Sektorengrenzen haben. Für alle diese Ambulanzen muss ein einheitlicher Rechtsrahmen bestehen.



#### 6. Divergenzproblem in der Konvergenzphase vermeiden

In Analogie zur DRG-Einführung im somatischen Bereich ist mit Beginn der Konvergenzphase jährlich ein Landesbasisentgeltwert zu vereinbaren. Im Rückblick zeigt sich jedoch, dass während der Konvergenzphase die durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte und die vereinbarten Landesbasisfallwerte deutlich auseinandergedriftet sind. Daher ist die im Gesetzesentwurf vorgesehene Maßnahme zur Vermeidung des Divergenzproblems positiv zu bewerten. So soll als Ausgangsbasis für die jährlichen Verhandlungen nicht der Landesbasisentgeltwert des Vorjahres herangezogen werden, sondern der Durchschnitt der krankenhausindividuell vereinbarten Basisentgeltwerte.

#### 7. Streichung der Kappungsregelung

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes noch keine sachgerechte Einschätzung zur Dauer der Konvergenzphase gemacht werden. Die lange budgetneutrale Phase, der grundsätzliche Tagesbezug, die normierende Wirkung der Psych-Personalverordnung (Psych-PV) und geringe Sachkostenanteile sprechen für einen im Vergleich zur Somatik deutlich geringen Anpassungsbedarf. Die Begrenzung der Angleichung an den landesweit geltenden Basisentgeltwert durch eine Kappungsregelung verzögert den Angleichungsprozess, setzt den falschen Anreiz und ist daher zu streichen.

#### 8. Preis- und Mengenprobleme nachhaltig lösen

Die bestehenden Ausgabenzuwachsbegrenzungsregelungen für Krankenhäuser haben die Ausgabendynamik im Krankenhausbereich kaum verlangsamt. Selbst eine reduzierte Grundlohnrate in den Jahren 2011 und 2012 sowie Mehrleistungsabschläge in den Jahren 2011 und 2012 führten noch zu jährlichen Ausgabenzuwachsen von ca. 2 bis 2,5 Mrd. Euro. Ursache der starken Ausgabendynamik ist im Wesentlichen der kontinuierlich hohe Zuwachs an Leistungsmengen (Casemix). Um der „Mengenproblematik“ im DRG-System begegnen zu können muss aus Sicht der Krankenkassen der Fokus darauf gerichtet werden, Anreize zu minimieren, die dazu führen, dass Krankenhäuser medizinisch nicht notwendige Leistungen alleine aus ökonomischen Überlegungen heraus erbringen. Gesetzesänderungen, die diesen ökonomischen Anreiz noch verstärken, sind konsequent abzulehnen. Um darüber hinaus zusätzliche, nicht notwendige preisbedingte Kostensteigerungen im Interesse der Versicherten der GKV zu vermeiden, muss der Orientierungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG wieder aus dem Gesetz gestrichen werden. Hilfsweise sollten bei der Kalkulation des Orientierungswertes neben der Kosten- auch die Produktivitäts- und Erlösentwicklung Berücksichtigung finden, um die Beitragssatzzahler nicht ohne Not zu belasten. Dadurch darf der Berücksichtigung spezifisch regionaler Entwicklungstendenzen nicht vorgegriffen werden.



## II. Stellungnahmen zum Gesetzentwurf

### Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG)

#### Nr. 1

#### § 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

###### Buchstabe a)

Die Regelungen zur Vereinbarung von krankenhausespezifischen Abteilungs- und Basispflegesätzen werden aufgehoben.

###### Buchstabe b)

Bei Krankenhäusern, die nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, können bestimmte Investitionskosten nach § 17 Abs. 5 KHG bis zur Höhe vergleichbarer Pflegesätze voll geförderter Krankenhäuser berücksichtigt werden. Die Änderung bezieht sich lediglich auf die als vergleichbar zu berücksichtigenden Krankenhäuser.

##### B) Stellungnahme

###### Buchstabe a)

Die Streichung ist sachgerecht. Sie entspricht der Überführung der krankenhausespezifischen fachabteilungsspezifischen Pflegesätze in pauschalisierte Pflegesätze auf Basis bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen.

###### Buchstabe b)

Die gesetzliche Änderung ist sachgerecht, da zukünftig ebenso wie beim DRG-System auch für Psych-Krankenhäuser bundesweit kalkulierte pauschalisierte Pflegesätze angewendet werden und diese als vergleichbare Leistung Berücksichtigung finden sollten. Der GKV-Spitzenverband spricht sich jedoch grundsätzlich gegen eine Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen aus. Es wird daher vorgeschlagen, die Möglichkeit zur Berücksichtigung von entsprechenden Investitionskosten in den §§ 3 Abs. 4 und 4 Abs. 7 BPfIV zu streichen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 (§§ 3 und 4 BPfIV)).

##### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 17 b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Die Änderung passt die Bezugnahme auf den Ausbildungszuschlag an und ist Folge der Einführung von Ausbildungsfonds auf Landesebene durch § 17 a Abs. 5 KHG.

Buchstabe b)

Folgeänderung beim DRG-Systemzuschlag im Zusammenhang mit der Einbindung in die Krankenhausbudgets und die Erlösausgleiche.

Buchstabe c)

Die Regelung ermöglicht es dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Fristen für Arbeitsschritte zur Vereinbarung des Vergütungssystems ohne vorgeschriebene Form vorzugeben. Diese Änderung ist nach Nr. 3 Buchstabe c) analog auch im § 17 d KHG vorgesehen.

B) Stellungnahme

Buchstabe a)

Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

Buchstabe b)

Die Änderung ist sachgerecht.

Buchstabe c)

Bislang kann das BMG eine Ersatzvornahme nur dann vornehmen, wenn entweder eine der Vertragsparteien das Scheitern erklärt oder das BMG im Rahmen einer eigenen Rechtsverordnung den Vertragsparteien eine Handlungsfrist setzt. Diese Regelung gewährt Rechtssicherheit. Durch den Verzicht auf das Verordnungserfordernis würde sich in der Praxis das Problem ergeben, wie eine entsprechende Fristsetzung zu erfolgen hat. Für die geplante Änderung gibt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keinen Anlass. Die entsprechende Änderung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Buchstabe c) wird ersatzlos gestrichen.



## Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

### Nr. 3

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

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

###### Buchstabe a)

Die Änderung passt die Bezugnahme auf den Ausbildungszuschlag an und ist Folge der Einführung von Ausbildungsfonds auf Landesebene durch § 17 a Abs. 5 KHG. Außerdem wird eine Prüfung von Zu- und Abschlägen bei Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene eingeführt.

###### Buchstabe b)

Es werden entsprechende Änderungen im KHG zur Einführung des Psych-Entgeltsystems geregelt. Das neue Psych-Entgeltsystem wird erstmals für das Jahr 2013 für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen angewendet. Dabei erfolgt die Umsetzung für die Jahre 2013 bis 2016 für die Krankenhäuser budgetneutral. Die Budgets der Einrichtungen werden noch nach den bisherigen Regeln vereinbart, dann jedoch bereits durch die Anwendung der neuen Entgelte und eines krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes als Verrechnungsgröße abgerechnet.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems erfolgt für die Jahre 2013 und 2014 für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf freiwilliger Grundlage (Optionsjahre). Ab dem Jahr 2015 ist die Abrechnung nach dem neuen Vergütungssystem verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Die unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte der Einrichtungen sind in der im Jahr 2017 beginnenden Konvergenzphase schrittweise an einen landesweiten Basisentgeltwert anzugleichen. Der Landesbasisentgeltwert ist von den in § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG genannten Beteiligten als Vertragsparteien auf der Landesebene erstmals für das Jahr 2017 zu vereinbaren.

Das Krankenhaus hat sein Verlangen zur Einführung des neuen Vergütungssystems zum 1. Januar 2013 oder 1. Januar 2014 bis zum 30. November des jeweiligen Vorjahres mitzuteilen.

###### Buchstabe c)

Die Regelung ermöglicht es dem BMG, den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Fristen für Arbeitsschritte zur Vereinbarung des Vergü-



tungssystems ohne vorgeschriebene Form vorzugeben. Diese Änderung ist nach Nr. 2 Buchstabe c) analog auch im § 17 b KHG vorgesehen.

B) Stellungnahme

Buchstabe a)

Die redaktionelle Änderung zum Ausbildungszuschlag ist sachgerecht. Die Berücksichtigung eines Abschlages bei Nichtteilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung ist sachgerecht und kann vergleichbar für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in der Somatik (§ 17 b Abs. 1 KHG i.V.m. § 4 Abs. 6 KHEntgG) umgesetzt werden. Ein Zuschlag ohne korrespondierende Absenkung der Landesbasisentgeltwerte würde zu einer Doppelfinanzierung von bisher bereits erbrachten und in den pauschalierten Vergütungen berücksichtigten Leistungen führen.

Buchstabe b)

Die fristgerechte Einführung des Psych-Entgeltsystems im Jahr 2013 wird begrüßt.

Durch die budgetneutrale Ausgestaltung werden für die Krankenhäuser in der Einführungsphase Verluste oder Gewinne durch das neue Entgeltsystem vermieden. Um den Entwicklungsprozess nicht zu verzögern, wird eine einjährige Optionsphase als ausreichend betrachtet.

Für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem ab dem 01.01.2013 verpflichtend und damit ausgabenwirksam. Dadurch kann es zu Belastungsverschiebungen zwischen den Krankenkassen kommen. Solche Verschiebungen sind zeitnah im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

Aus Gründen der Planungssicherheit sowie zur Wahrung der Prospektivität der Budgetverhandlungen sollte die Mitteilungsfrist der Krankenhäuser über die Option zur Einführung des neuen Vergütungssystems jeweils auf den 31. Oktober des Vorjahres festgelegt werden. Eine Meldung zum 30. November des Vorjahres verhindert in vielen Fällen die Vorgabe einzuhalten, die Budgetverhandlung rechtzeitig vor Jahresbeginn abzuschließen. Sie schränkt zusätzlich den Handlungszeitraum für die Krankenkassen, sich krankenhausesbezogen auf neue Abrechnungsprozesse einzustellen, unangemessen ein.

Buchstabe c)

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe c.



C) Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

In § 17d wird nach Satz 4 angefügt:

„Im Rahmen von Satz 4 ist auch die Vereinbarung von Regelungen für Abschläge bei Nichtteilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu prüfen.“

Buchstabe b)

Die Optionsphase ist auf ein Jahr zu kürzen. Dazu sind entsprechende Folgeänderungen notwendig (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 3 BPfIV)).

In Doppelbuchstabe cc) werden die Wörter „bis zum 30. November“ durch die Wörter „bis zum 31. Oktober“ ersetzt.

Buchstabe c) wird ersatzlos gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 18 Pflegesatzverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

§ 18 Abs. 3 Satz 2 KHG nimmt Leistungen, für die Entgelte auf der Bundesebene kalkuliert werden, von der Vorlage von Kostenunterlagen durch den Krankenhausträger aus. Da für die durch das Psych-Entgeltsystem abgedeckten Leistungen zukünftig grundsätzlich auch keine Verhandlungen zur Entgelthöhe zwischen den Vertragsparteien, die das einzelne Krankenhausbudget vereinbaren, zu führen sind, ist die Ausnahme zu erweitern auf die pauschalierten Pflegesätze nach § 17 Abs. 1a KHG. Diese umfassen die auf der Bundesebene kalkulierten Entgelte des DRG-Systems nach § 17 b KHG und die kalkulierten Entgelte nach § 17 d KHG.

Buchstabe b)

Folgeänderung im Zusammenhang mit der nunmehr nicht mehr krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelthöhe für die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

B) Stellungnahme

Den Folgeänderungen durch die Einführung des Psych-Entgeltsystems wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Anpassung eines zwischenzeitlich nicht mehr zutreffenden Verweises.
- B) Stellungnahme  
Der redaktionellen Anpassung wird zugestimmt.
- C) Änderungsvorschlag  
kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung - BPfIV)

Nr. 2

§ 1 Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der neuen Formulierung werden als Krankenhaus im Sinne der BPfIV auch selbstständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern (Allgemeinkrankenhäuser) definiert. Der Anwendungsbereich der BPfIV ist damit deckungsgleich mit den Einrichtungen, für die das neue Psych-Entgeltsystem nach § 17 d Abs. 1 Satz 1 KHG Anwendung findet.

B) Stellungnahme

Der Rechtsrahmen des neuen Psych-Entgeltsystems wurde in der bestehenden BPfIV umgesetzt. Zur Vermeidung der Dopplung des ordnungspolitischen Rahmens für den Bereich der Somatik und der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hätte dem speziellen Regelungsbedarf auch innerhalb des KHEntgG durch spezifische Regelungen Rechnung getragen werden können.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 3

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift beseitigt den für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausleistungen unzutreffenden Hinweis auf Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspflegern.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5

§ 3 (neu) Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2013 bis 2016

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das neue Psych-Entgeltsystem wird erstmals für das Jahr 2013 für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen angewendet. Dabei erfolgt die Umsetzung in den Jahren 2013 bis 2016 für die Krankenhäuser budgetneutral. Die Budgets der Einrichtungen werden noch nach den bisherigen Regeln vereinbart, dann jedoch bereits durch die Anwendung der neuen Entgelte und eines krankenspezifischen Basisentgeltwertes als Verrechnungsgröße abgerechnet.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems erfolgt für die Jahre 2013 und 2014 für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf freiwilliger Grundlage (Optionsjahre). Das Krankenhaus hat sein Verlangen zur optionalen Anwendung des Entgeltsystems schriftlich den anderen Vertragsparteien vor Ort bis zum 30. November des Vorjahres mitzuteilen. Ab dem Jahr 2015 ist die Abrechnung nach dem neuen Vergütungssystem verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Optionshäuser erhalten die Möglichkeit, bis zum Jahr 2016 von der Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) weiterhin Gebrauch zu machen. Für Einrichtungen, die nicht von der Optionsmöglichkeit Gebrauch machen, endet die Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psych-PV nach § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. bereits für das Budgetjahr 2012.

Nach den Vorschriften des Abs. 2 werden der Gesamtbetrag und das Erlösbudget bestimmt. Der Gesamtbetrag umfasst in der budgetneutralen Einführungsphase weiterhin die pflegesatzfähigen Leistungen nach den bisherigen Regelungen des § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV a. F. Die Ausgangsgrundlage ist um Tatbestände zu vermindern, die im Folgejahr nicht mehr im Gesamtbetrag finanziert werden (Verlagerung in andere Versorgungsbereiche, ausgegliederte Leistungen für ausländische Patienten), sowie um Ausgleich und Berichtigungen aus den Vorjahren und Ausgliederung oder Wiedereingliederung sonstiger Zu- oder Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 3. Des Weiteren erfolgt eine Bereinigung um Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V oder von Integrationsverträgen nach § 140 b SGB V im Vereinbarungszeitraum ausgegliedert oder wiedereingegliedert werden.



Nach den Vorschriften in Abs. 3 wird ein krankenhausindividueller Basisentgeltwert zur Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte der voll- und teilstationären Leistungen des neuen Entgeltsystems ermittelt.

In Abs. 4 ist die Finanzierung von Investitionskosten bei staatlich nicht oder teilweise nicht geförderten Krankenhäusern über die Aufstockung des Gesamtbetrages nach Abs. 2 Satz 1 möglich.

Die Vorschriften in Abs. 5 regeln den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen in der budgetneutralen Phase. Für Optionshäuser, die in den Jahren 2013 und 2014 freiwillig auf das neue Vergütungssystem umsteigen, gilt für diese Jahre ein deutlich verbesserter Mindererlösausgleichssatz. Kodierbedingte Mehrerlöse sind vollständig auszugleichen.

In Abs. 6 ist die Möglichkeit von Leistungen für bestimmte ausländische Patienten aus dem Gesamtbetrag vorgesehen und in Abs. 7 die Neuvereinbarung des Gesamtbetrags bei wesentlichen Änderungen.

#### B) Stellungnahme

Die fristgerechte Einführung des Psych-Entgeltsystems im Jahr 2013 wird begrüßt.

Durch die budgetneutrale Ausgestaltung werden für die Krankenhäuser in der Einführungsphase Verluste oder Gewinne durch das neue Entgeltsystem vermieden. Um den Entwicklungsprozess nicht zu verzögern, wird eine einjährige Optionsphase als ausreichend betrachtet. Die verpflichtende Einführung erfolgt damit im Jahr 2014.

Eine Notwendigkeit der Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV wird vom GKV-Spitzenverband nicht gesehen. Wenn diese Regelung als Anreiz für den frühzeitigen Umstieg von Krankenhäusern eingeführt werden sollte, ist der Zeitraum der Nachverhandlungsmöglichkeit auch auf die Optionsphase zu beschränken. Ferner ist dieser Sachverhalt obsolet, wenn sich hieran keine Nachweise in Bezug auf die Vorhaltung entsprechender Vollkräfteanzahlen anschließen. Eine bloße Finanzierung ohne inhaltliche Nachweise zur Vorhaltung wird abgelehnt.

Für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem ab dem 01.01.2013 verpflichtend und damit ausgabenwirksam. Dadurch kann es zu Belastungsverschiebungen zwischen den Krankenkassen kommen. Solche Verschiebungen sind zeitnah im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.



Die lange vierjährige budgetneutrale Einführungsphase gibt den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene ausreichend Zeit, die Entwicklung des neuen Entgeltsystems voranzutreiben und weiter zu verbessern.

zu Abs. 1:

Vergleiche hierzu die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) (§ 17d KHG).

zu Abs. 2:

Es ist sicherzustellen, dass der Gesamtbetrag in der budgetneutralen Einführungsphase weiterhin auf Basis der pflegesatzfähigen Leistungen nach den bisherigen Regelungen des § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV a. F. zu vereinbaren ist.

Die Ausgliederung bzw. Wiedereingliederung der vollen Kosten von Leistungen für Modellvorhaben nach § 63 SGB V oder für Integrationsverträge nach § 140 b SGB V ist sachgerecht. Es ist jedoch darauf zu achten, dass die zu berücksichtigenden Kosten sachgerecht anhand von Leistungsdaten und Psych-PV-Einstufungen des Vorjahreszeitraums ermittelt werden.

zu Abs. 3:

Der in der budgetneutralen Einführungsphase rein krankenhausindividuell festgelegte Basisentgeltwert ermöglicht neben tagesbezogenen Abrechnungseinheiten auch fallpauschalierende Entgelte sowie weitere zeitbezogene Pauschalen. Dies ermöglicht die Umsetzung des Prüfauftrags bezüglich alternativer Abrechnungseinheiten nach § 17 d Abs. 1 Satz 2 KHG.

Der Abzug der Summe der Zusatzentgelte vom veränderten Erlösbudget ist sachgerecht, wenn Zusatzentgelte nicht mit dem Basisentgeltwert, sondern über im Katalog enthaltene Eurobeträge abgerechnet werden.

Aufgrund der Erfahrungen zur Überliegerproblematik im DRG-System, die zu zahlreichen unterschiedlichen Kompromisslösungen geführt hat, sind durch die Vertragspartner nach § 17d KHG einheitliche Vorgaben in der Anlage (AEB-Formulare) sowie in den Abrechnungsbestimmungen festzulegen.

zu Abs. 4:

Die Vorschrift in Abs. 4 zur Finanzierung von Investitionskosten bei nicht geförderten Krankenhäusern überträgt die bestehende Regelung des § 8 BPfIV a. F. in das neue Psych-Entgeltsystem. Der GKV-Spitzenverband spricht sich gegen eine Investitionsfinanzierung durch die Krankenkas-



sen aus. Durch die Angleichung der Krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte in der Konvergenzphase wird die hier vorgesehene zusätzliche Finanzierung von Investitionskosten zukünftig entfallen, da nach Abschluss der Konvergenz die Leistungen aller Krankenhäuser mit dem Landesbasisentgeltwert vergütet werden. Außerdem ist in der budgetneutralen Einführungsphase die sachgerechte Schätzung eines Landesbasisentgeltwertes nicht möglich.

zu Abs. 5:

Die Vorschrift überträgt die bisher in § 12 Abs. 2 BPfIV a. F. vorgegebenen Ausgleichssätze für Mehr- und Mindererlösausgleiche und lehnt sich an die entsprechenden Regelungen im KHEntgG für die Einführung des DRG-Systems an.

Die angepassten Mindererlösausgleiche für die Optionsjahre sollen die budgetneutrale Ausgestaltung der Einführungsphase sicherstellen, können aber zur Finanzierung nicht erbrachter Leistungen führen, bspw. bei regionalen Verlagerungseffekten zwischen Krankenhäusern. Daher sollte eine veränderte Kodierung im Rahmen der Erlösausgleiche auch dann Berücksichtigung finden, wenn das Krankenhaus Mindererlöse erzielt. Bei Fehlschätzung des Budgets bzw. Fallzahleinbruch aufgrund externer/interner Faktoren können trotzdem Faktoren der veränderten Kodierung auftreten, die zu berücksichtigen sind. Die Entwicklung der Leistungsdaten sowie die Inanspruchnahme der Mindererlösausgleiche im Zuge der DRG-Einführung weisen darauf hin, dass es „Mitnahmeeffekte“ durch Minderleistung bei gleichzeitiger „Höhercodierung“ gegeben hat.

Der vollständige Ausgleich von Mehrerlösen infolge einer veränderten Kodierung entspricht den Grundanforderungen der Kostenträger zur Ausgestaltung des Vergütungsrahmens. Die Vorgabe eines Bewertungsschemas für sonstige Mehrerlöse (analog zur Einführung des DRG-Systems) unterstützt die sachgerechte Berücksichtigung von Kodiereffekten. Soweit in Zukunft neben den tagesbezogenen Entgelten auch andere Abrechnungseinheiten zur Anwendung kommen, muss sichergestellt werden, dass auch in diesen Fällen eine sachgerechte Ausgleichsberechnung möglich ist.

Bei der Festlegung der konkreten Erlösausgleichssätze ist neben der betriebswirtschaftlichen Kostenbetrachtung insbesondere die Begrenzung von angebotsinduzierter Nachfrage zu berücksichtigen. Die Begründung verweist auf diesen Umstand. Für eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Krankheiten sind weitere Instrumente zur Vermeidung der Ausdehnung der stationären



Leistungserbringung und der Förderung der Verlagerung zu einer vermehrt ambulanten Leistungserbringung notwendig.

Anders als für somatische Krankenhäuser sind psychiatrische Einrichtungen nicht verpflichtet, die der Berechnung der Ausgleichs zugrundeliegenden Erlöse von einem Jahresabschlussprüfer testieren zu lassen. Hier ist eine analoge Regelung zu § 4 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG zu ergänzen. Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser verpflichtet werden, die Besetzung der im Rahmen der Psych-PV gewährten Stellen ebenfalls durch ein Testat nachzuweisen. Nicht besetzte Stellen sind auszugleichen und zu berichtigen.

zu Abs. 6 und 7:

Die Vorschriften entsprechen dem bisherigen § 3 Abs. 4 Satz 1 BPfIV a. F. und § 12 Abs. 3 BPfIV a. F.

#### C) Änderungsvorschlag

Die in Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) vorgeschlagene Kürzung der Optionsphase auf ein Jahr ist entsprechend zu berücksichtigen.

In Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. November“ durch die Wörter „bis zum 31. Oktober“ ersetzt.

In Abs. 1 Satz 4 sind die Wörter „zum Jahr 2016“ zu ersetzen durch die Wörter „zur verpflichtenden Einführung nach Satz 5“.

In der Begründung zu Abs. 2 ist für die Leistungsverlagerungen in bzw. von Modellvorhaben der Kostenbegriff durch den Bezug auf Leistungsdaten und Psych-PV-Einstufungen des Vorjahreszeitraums zu konkretisieren.

Abs. 4 ist ersatzlos zu streichen, die Nummerierung der folgenden Absätze ist entsprechend anzupassen.

In § 3 Abs. 5 werden nach Satz 3 die folgenden Sätze eingefügt:

„Eine kodierbedingte Erhöhung der Erlöse ist unabhängig von der Mehr- oder Mindererlössituation vollständig auszugleichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 vorzulegen. Soweit eine Vereinbarung nach § 6 Abs. 4 der BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung getroffen wurde, ist die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung durch ein Testat nachzuweisen. Nicht besetzte Stellen sind auszugleichen und zu berichtigen.“



In § 3 Abs. 5 wird nach dem bisherigen Satz 6 der folgende Satz eingefügt: „Soweit die Vergütung nicht mit tagesbezogenen Entgelten erfolgt, sind die Mehr- oder Mindererlöse in analoger Anwendung der Regelung auszugleichen.“



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 5 (Fortsetzung)

§ 4 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind in einer fünfjährigen Konvergenzphase schrittweise an einen landesweiten Basisentgeltwert anzugleichen. Für die Angleichung der Basisentgeltwerte und der Erlösbudgets wird mit den Abs. 2 bis 5 eine formelhafte Annäherung vorgegeben. Das nach der Formel „Menge x Preis“ ermittelte Erlösvolumen als Zielgröße wird dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget gegenübergestellt, das um voraussichtliche Leistungsveränderungen fortgeschrieben wird. Für Krankenhäuser mit hohen Basisentgeltwerten gilt zudem eine Kappungsgrenze, die konvergenzbedingte Budgetvermindierungen auf einen Prozentanteil des Erlösbudgets begrenzt.

Der Angleichungsmechanismus der Konvergenzphase bewirkt eine teilweise Vergütung für neue Leistungen. Im Jahr 2017 gehen zusätzliche Leistungen bereits zu einem Drittel des Landesentgeltwertes in das Erlösbudget des Krankenhauses ein. Bis zum Jahr 2021 steigt die Quote sukzessive auf 75 %. Für wegfällende Leistungen mindert sich das Erlösbudget entsprechend.

Nach den Vorschriften des Abs. 2 wird der Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets bestimmt. Basierend auf dem berichtigten Erlösbudget des Vorjahres wird um entsprechende Tatbestände korrigiert. In der Konvergenzphase gehen in das Erlösbudget außerdem voraussichtliche Erlöse aus auf der Bundesebene kalkulierten Entgelten ein, wenn diese bisher als Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finanziert wurden und nun erstmals in das Vergütungssystem einbezogen werden. Zudem sind nicht im Ausgangswert enthaltene Erlöse für Leistungen, für die bislang krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart wurden und die damit Bestandteil der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 waren, wieder einzugliedern, wenn sie im Vereinbarungsjahr in den bundesweiten Entgeltkatalogen bewertet sind. Sie sind auszugliedern, sofern für bislang in den bundesweiten Entgeltkatalogen bewertete Leistungen krankenhausesindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind oder die Einrichtung als besondere Einrichtung anerkannt wird.

Die Vorschriften nach Abs. 3 ermittelten zur sachgerechten Angleichung unterschiedlicher Budgetniveaus den veränderten Ausgangswert. Dazu sind die folgenden Tatbestände zu berücksichtigen:



1. Veränderungen von Art und Anzahl der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen nach dem bundesweiten Entgeltkatalog
2. Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V
3. anteilige Tarifrefinanzierung (anteilige Erhöhungsrates nach § 9 Abs. 1 Nr. 5)

Die voraussichtlich zusätzlich zu erbringenden oder wegfallenden Leistungen, die mit Bewertungsrelationen bewertet sind, sind im Ausgangswert mit bestimmten Quoten zu berücksichtigen. Durch diese gehen zusätzliche Leistungen im Jahr 2017 zu 33 %, in den Folgejahren zu 45 %, 55 % sowie 65 % und im Jahr 2021 zu 75 % in das Erlösbudget des Krankenhauses ein. Dies gilt analog für wegfallende Leistungen. Zu bereinigen sind außerdem Einflüsse, die auf die Entwicklung der Entgeltkataloge, der Abrechnungsbestimmungen oder der Kodierrichtlinien zurückzuführen sind.

In Abs. 4 wird ein leistungsgerechtes Erlösbudget als Zielwert ermittelt. Dieser bestimmt sich aus der Summe der Erlöse aus mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten (voraussichtlich zu erbringende Bewertungsrelationen multipliziert mit dem Landesbasisentgeltwert für das Vereinbarungsjahr) und den voraussichtlichen Erlösen aus Zusatzentgelten.

In Abs. 5 sind die Regelungen zur Konvergenz und Kappung festgelegt. Die Angleichung zwischen dem leistungsorientierten Zielwert und dem veränderten Ausgangswert erfolgt durch einen schrittweise ansteigenden Anteilswert des maßgeblichen Angleichungsbetrags (10 % in 2012, jeweils 15 % in den Jahren 2018 und 2019 sowie jeweils 20 % in den Jahren 2020, 2021 und 2022). Durch eine Kappungsgrenze wird die schrittweise Angleichung an den landesweit geltenden Basisentgeltwert für Einrichtungen mit besonders hohen Basisfallwerten begrenzt.

Die Vorschriften des Abs. 6 dienen der Berechnung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes auf Basis des veränderten Erlösbudgets und der Summe der effektiven Bewertungsrelationen.

In Abs. 7 ist die Finanzierung von Investitionskosten bei staatlich nicht oder teilweise nicht geförderten Krankenhäusern über die Aufstockung des Erlösbudgets möglich.

Die Vorschriften in Abs. 8 regeln den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen in der Konvergenzphase.



In Abs. 9 ist die Möglichkeit von Leistungen für bestimmte ausländische Patienten aus dem Erlösbudget vorgesehen und in Abs. 10 die Neuvereinbarung des Erlösbudgets bei wesentlichen Änderungen.

In Abs. 11 wird das Verfahren ab dem Jahr 2022 geregelt. Sollte eine gesetzliche Regelung zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen nach Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2022 nicht rechtzeitig in Kraft treten, haben die örtlichen Vertragsparteien das Erlösbudget ab dem Jahr 2022 nach den Vorgaben des Zielwertes in der Konvergenzphase zu vereinbaren. Im Übrigen gelten die Vorgaben zu den Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre, zu den Erlösausgleichen und zur Ausgliederung der Leistungen für ausländische Patienten sowie zur Bindung an und zur Neuvereinbarung des Erlösbudgets.

#### B) Stellungnahme

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes noch keine sachgerechte Einschätzung zur Dauer der Konvergenzphase gemacht werden. Die lange budgetneutrale Phase, der grundsätzliche Tagesbezug, die normierende Wirkung der Psych-PV und geringe Sachkostenanteile sprechen für einen im Vergleich zur Somatik deutlich geringeren Anpassungsbedarf.

Erlöse bzw. Bewertungsrelationen, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, sind auch in der Konvergenzphase vollständig auszugleichen und in der Leistungsveränderung nicht erlöswirksam zu berücksichtigen.

Die Begrenzung der Angleichung an den landesweit geltenden Basisentgeltwert durch eine Kappungsregelung verzögert den Angleichungsprozess, setzt den falschen Anreiz und ist daher zu streichen.

Für die Regelungen zu Abs. 7 wird auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 (zu § 3 Abs. 4 BPfIV) verwiesen.

Die Vorschrift in Abs. 8 überträgt die bisher in § 12 Abs. 2 BPfIV a. F. vorgegebenen Ausgleichssätze für Mehr- und Mindererlösausgleiche in ihrer Höhe und lehnt sich an die entsprechenden Regelungen im KHEntgG für die Einführung des DRG-Systems an.

Eine kodierbedingte Erhöhung der Erlöse ist unabhängig von der Mehr- oder Mindererlössituation vollständig auszugleichen. Dies trifft insbesondere die Abrechnung von höherwertigen Entgelten bei konstanter Fallzahl. Hierbei ist es zwingend notwendig, ein Verfahren zur Ermittlung der kodierbedingten Erlöse gesetzlich vorzuschreiben (z. B. Verfahren



zur Komponentenzerlegung, in: Krankenhaus-Report 2005, Friedrich, Günster: „Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs - 2002 bis 2004“), da das vereinfachte Ermittlungsverfahren diesen erlösrelevanten Tatbestand außer Acht lässt.

Die Weitergeltung der Vorschriften nach Abschluss der Konvergenzphase ist durch die rechtzeitige Umsetzung der nachfolgenden gesetzlichen Regelungen zu vermeiden. Die weitere übergangsweise Anwendung der vorgegebenen Regelungen ist geeignet, nach Abschluss der Konvergenzphase kurzfristig einen sachgerechten Vergütungsrahmen sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 3 werden nach den Wörtern „oder der Kodierrichtlinie“ die Wörter „oder aufgrund einer veränderten Kodierung von Diagnosen oder Prozeduren“ eingefügt.

Die Kappungsgrenze in § 4 Abs. 5 Satz 5 ist ersatzlos zu streichen. Als Folgeänderung ist in § 10 Abs. 2 Satz 1 die Nr. 5 (Berücksichtigung der Erlöse auf Grund der Kappungsgrenze im Landesbasisentgeltwert) ebenfalls zu streichen. Hilfsweise sind die Kappungsbeträge im Rahmen der Konvergenzphase deutlich zu erhöhen.

Abs. 7 ist ersatzlos zu streichen, die Nummerierung der folgenden Absätze ist entsprechend anzupassen.

In § 4 Abs. 8 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Eine kodierbedingte Erhöhung der Erlöse ist unabhängig von der Mehr- oder Mindererlössituation vollständig auszugleichen.“



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5 (Fortsetzung)

§ 5 (neu) Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 5 wird die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen durch die örtlichen Vertragsparteien geregelt.

In Abs. 2 wird auf die Möglichkeit der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17 d Abs. 2 Satz 5 KHG verwiesen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zur Vereinbarung von Zu- und Abschlägen entsprechen denen im KHEntgG für den DRG-Bereich und werden als sachgerecht bewertet.

Die Möglichkeit von Sicherheitszuschlägen in Abs. 2 wird durch die Regelungen ebenfalls analog zum DRG-Bereich umgesetzt. Der Verzicht auf eine spezifische Regelung durch den Verweis auf das KHG wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 5 (Fortsetzung)

§ 6 (neu) Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, die mit dem Entgeltkatalog noch nicht sachgerecht vergütet werden, oder bei Leistungen von besonderen Einrichtungen können krankenhausesindividuelle Entgelte durch die Vertragsparteien vor Ort vereinbart werden.

In Abs. 2 wird die zeitlich befristete Vereinbarung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eingeführt.

Durch die Regelungen in Abs. 3 sind bei krankenhausesindividuellen Entgelten für Leistungen und besondere Einrichtungen die Vorgaben des § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV a. F. weiterhin zu beachten.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierungen zu Abs. 1 werden begrüßt.

Die in Abs. 2 vorgesehene Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind als Instrument der somatischen Medizin nicht ohne Weiteres auf die psychiatrische oder psychosomatische Versorgung übertragbar. Insbesondere ist zu befürchten, dass überwiegend Anträge aus dem medikamentösen Bereich gestellt werden, woraus eine Bevorzugung dieser Behandlungsform resultiert. Wenn eine Einführung notwendig sein sollte, wird der vorgegebene Zeitpunkt mit Beginn der Konvergenz 2017 begrüßt. Erst zu diesem Zeitpunkt ist es sinnvoll, in besonderen Situationen von bestehenden Entgelten Ausnahmen zuzulassen.

In Abs. 3 wird der Zuwachs der Erlössumme für sonstige Entgelte (ohne neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) unverändert begrenzt durch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V. Durch die Berücksichtigung der entsprechenden Ausnahmetatbestände und der Budgetberichtigungsrate für die anteilige Tarifierfinanzierung wird jedoch keine tatsächliche Betragssatzstabilität erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 2 wird ersatzlos gestrichen.



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 7

§ 7 (neu) Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 7 werden die Entgelte und Entgeltzuschläge aufgezählt, die dem Kostenträger vom Krankenhaus bei voll- oder teilstationärer Behandlung in Rechnung gestellt werden können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Anpassung der Regelungen des § 10 Abs. 1 und 2 BPfIV a. F. an das neue Entgeltsystem.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 ist zu streichen. Siehe Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 6 Abs. 2 BPfIV).



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 7 (Fortsetzung)

§ 8 (neu) Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 8 sind Regelungen zur Berechnung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen bezüglich des Anwendungsbereiches, der zu berücksichtigenden Anzahl von Berechnungstagen, des Investitionszuschlages, des Abschlages bei Nichterfüllung der Qualitätssicherungsverpflichtung, möglicher Voraus- und Abschlagszahlungen sowie der Informationspflichten des Krankenhauses festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen entsprechen dem bestehenden Gesetzestext im KHEntgG für den DRG-Bereich und der Systematik der Einführung des neuen Vergütungssystems.

Für die Patienten von Belegärzten sind entsprechend Abs. 2 Satz 6 gesonderte Entgelte zu berechnen. Eine eigenständige sachgerechte Kalkulation von Entgelten bei der Versorgung in Belegabteilungen analog zum somatischen Bereich ist aufgrund des sehr geringen Anteils an Belegbetten nicht möglich. Die Abrechnung als sonstige Entgelte entsprechend § 6 Abs. 1 BpflV wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 9

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 1 ist geregelt, dass die Vertragspartner nach § 17 d Abs. 3 Satz 1 KHG einen Entgeltkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen und soweit notwendig Zu- oder Abschläge für Über- oder Unterschreitung der erkrankungstypischen Behandlungszeiten vereinbaren. Ergänzend sind die Abrechnungsbestimmungen sowie ein Katalog bundeseinheitlich vergüteter Zusatzentgelte festzulegen. Darüber hinaus können die Vertragsparteien Kalkulationsempfehlungen für die krankenhausindividuell zu vereinbarenden besonderen Entgelte und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinbaren. Analog zur geltenden Regelung in der BpflV ist die Erhöhungsrate nach § 10 Abs. 4 Satz 5 (TVöD-Berichtigungsrate) durch die Bundesebene zu vereinbaren. Für die Übermittlung der AEB-Psych-Daten können die Vertragspartner Vorgaben zum Datensatz festlegen.

Abs. 2 regelt, dass das BMG im Falle einer Nichteinigung der Vertragspartner über den Entgeltkatalog einschließlich der Zusatzentgelte und der Abrechnungsregeln gemäß § 17 d Abs. 6 KHG die Kompetenz zur Ersatzvornahme erhält. Für die übrigen Regelungen ist im Konfliktfall die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG zuständig.

B) Stellungnahme

Die Regelungen sind weitestgehend identisch mit den entsprechenden Regelungen im KHEntgG. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) vereinbaren gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) den Entgeltkatalog, die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte und die Abrechnungsregeln sowie Kalkulationsempfehlungen für krankenhausindividuelle Entgelte. Dies ist bereits eine langjährig bewährte Praxis für die DRG-Fallpauschalen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt deshalb, dass die Regelung des KHEntgG in die neue BpflV übernommen wird. Im Hinblick auf die noch unklare Ausgestaltung des Entgeltkataloges ist zu begrüßen, dass die Regelung den Vertragspartnern ausreichend Freiheiten einräumt. So ermöglicht die Formulierung neben rein tagesbezogenen Entgelten auch die Vereinbarung von episodenzugehörigen oder sogar fallbezogenen Entgelten.

Die Regelungen zur TVöD-Berichtigungsrate sind aus der aktuell gültigen BpflV übernommen. Die Regelung reflektiert allerdings nicht, inwieweit eine additive Refinanzierung von Tarifsteigerungen in einem pauschalisierten Entgeltsystem sachgerecht ist. Spätestens mit Beginn der



Konvergenzphase im Jahr 2017 entfällt die Berechtigung einer krankenhausbewogenen Refinanzierung. Ab diesem Zeitpunkt sind die entsprechenden Kosten im Landesbasisentgeltwert enthalten und folglich nicht mehr auf Bundesebene zu vereinbaren. Im Hinblick auf die Bestrebungen, den Krankenhäusern Anreize für einen schnellen Umstieg zu bieten, fordert der GKV-Spitzenverband, nur Krankenhäusern, die auf das neue Entgeltsystem umgestiegen sind, die Anwendung der TVöD-Berichtungsrate zu ermöglichen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass das BMG seine Kompetenz zur Ersatzvornahme auf die Kernregelungen zum Entgeltsystem (Kataloge und Abrechnungsregeln) beschränkt und die übrigen Regelungsbereiche einer Konfliktlösung über die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG zugänglich macht.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 ist wie folgt zu ändern:

„5. in den Jahren 2013 bis 2016 die anteilige Erhöhungsrare nach § 10 Abs. 4 Satz 5,“

In § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind die Wörter „und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ zu streichen. Siehe Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 6 Abs. 2 BPfIV).



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 11

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Bestimmung des Preisniveaus der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte wird auf Landesebene ein Basisentgeltwert vereinbart. Aus der Multiplikation von bundeseinheitlich festgelegter Bewertungsrelation und dem landesspezifischen Basisentgeltwert ergibt sich die Höhe der einzelnen Entgelte.

Abs. 1:

Die Vertragsparteien auf der Landesebene vereinbaren jährlich prospektiv für das folgende Jahr - erstmalig 2017 - einen für die Vertragsparteien vor Ort verbindlichen Basisentgeltwert (Landesbasisentgeltwert). Basis der Verhandlungen des Landesbasisentgeltwertes sind die Vereinbarungen der Krankenhäuser des jeweiligen Vorjahres. Darüber hinaus werden Entwicklungen für das Folgejahr geschätzt und berichtigungsfähig gestellt. Prospektiv werden dementsprechend die Tatbestände vereinbart, die im Folgejahr berichtigt und ausgeglichen werden sollen. Durch die Berichtigung darf die Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Basisentgeltwertes nicht ausgehebelt werden (Satz 6). Die Berichtigung ist nur insoweit durchzuführen, als sie auch bei sofortiger Berücksichtigung in der ursprünglichen Vereinbarung des Basisentgeltwertes nicht zu einer Überschreitung der Veränderungsrate geführt hätte.

Abs. 2:

Hier werden im Satz 1 die Aspekte benannt, die bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes insbesondere zu berücksichtigen sind (keine abschließende Aufzählung): voraussichtliche Entwicklungen der Personal- und Sachkosten, Wirtschaftlichkeitsreserven, zu erwartende Leistungssteigerungen (in Höhe der zusätzlich entstehenden, variablen Kosten), Ausgabenentwicklung in dem Bereich, der nicht mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte, Kappungsbeträge, sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 3, Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Satz 2 stellt zu Satz 1 Nr. 3 klar, dass zusätzliche Leistungen bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes absenkend berücksichtigt werden, da sie nur mit ihren geschätzten variablen Kosten in die Verhandlung eingehen. Eine verbesserte Kodierung soll zu einer Absenkung des Basisentgeltwertes führen.

Abs. 3:

Die vereinbarte Anhebung des berichtigten Basisentgeltwertes des Vorjahres wird auf die Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1



SGB V beschränkt. Die Obergrenze gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisentgeltwertes infolge der Weiterentwicklung des Vergütungssystems oder der Abrechnungsbestimmungen lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen durchzuführen ist.

Abs. 4:

Lineare Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen werden ab 2017 anteilig über den Landesbasisentgeltwert finanziert, falls diese die maßgebliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V überschreiten. Die Ermittlung und Vereinbarung der Erhöhungsrates für den Landesbasisentgeltwert hat auf Bundesebene zu erfolgen.

Abs. 5:

Die Vereinbarung des Basisentgeltwertes ist prospektiv bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres für das jeweils folgende Jahr zu treffen. Die Verhandlungen sind unverzüglich aufzunehmen, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Falls keine Einigung erzielt werden konnte, setzt die Schiedsstelle auf Landesebene den Basisentgeltwert auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich fest.

## B) Stellungnahme

zu Abs. 1:

Analog zum Krankenhausentgeltbereich ist mit Beginn der Konvergenzphase jährlich ein Landesbasisentgeltwert zu vereinbaren. Dementsprechend wurden im Wesentlichen die Regelungen des § 10 KHEntgG übernommen. Positiv ist anzumerken, dass in den vorliegenden Regelungen das Problem der „Divergenzlücke“ aufgegriffen wurde. Im Geltungsbereich des KHEntgG sind während der Konvergenzphase die durchschnittlichen krankenspezifischen Basisfallwerte und die vereinbarten Landesbasisfallwerte auseinandergedriftet. Zum Ende der Konvergenz, wenn jedes Krankenhaus seine Leistungen zum Landesbasisfallwert abrechnen kann, wurde deutlich, dass die Differenz zwischen dem mit den vereinbarten Landesbasisfallwert bewerteten Leistungsvolumen und dem mit den krankenspezifischen Basisfallwerten bewerteten Leistungsvolumen auf über 800 Mio. Euro angewachsen war. Um zu verhindern, dass auch die Einführung von pauschalierten Entgelten im Bereich der Psychiatrie zu einer Divergenzlücke führt, schreibt die Regelung vor, dass als Ausgangsbasis für die jährlichen Verhandlungen nicht der Landesbasisentgeltwert des Vorjahres heranzuziehen ist, sondern der Durchschnitt der krankenspezifisch vereinbarten Basisentgeltwerte. Um die intendierte Umsetzung sicherzustellen, bedarf es jedoch einer sprachlichen Schärfung.



In den Verhandlungen zum landeseinheitlichen Basisfallwert zur Vergütung der Leistungen somatischer Krankenhäuser zeigt sich bundesweit, dass die Frage der Berücksichtigung von Fehlschätzungskorrekturen ein zentrales Thema darstellt, welches sehr Streitbefangen ist. Seitens der Krankenkassen ist eine Klarstellung zur verpflichtenden Berücksichtigung von Fehlschätzungskorrekturen auf Verlangen einer Vertragspartei erforderlich.

zu Abs. 2:

Wie auch im entsprechenden Paragraphen des KHEntgG regelt Abs. 2 die berücksichtigungsfähigen Tatbestände. Diese sind, wie die Erfahrung zeigt, sehr eng am Wortlaut auszulegen. Aus diesen Erfahrungen heraus ist es für den GKV-Spitzenverband unverständlich, warum die vorliegenden Regelungen für das Psych-Entgeltgesetz an einigen wesentlichen Stellen hinter den Regelungen des KHEntgG zurückbleiben. Insbesondere sollte in Nr. 3 ein expliziter Verweis auf Fallzahl, Anzahl der Entgelttage und Schweregrad aufgenommen werden, um die zu erwartenden Leistungssteigerungen angemessen berücksichtigen zu können. Ebenfalls ist unverständlich, warum in der Neuregelung auf eine analoge Regelung zum Mehrleistungsabschlag (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) verzichtet wurde.

Hinsichtlich der Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung in Leistungsbereichen, die nicht mit Bewertungsrelationen bewertet sind, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht, diese mit der allgemeinen Kostenentwicklung zu verrechnen. Um sicherzustellen, dass die Verschiebung nicht zu Kostensteigerungen führt, ist es notwendig, diese Position erst nach der Obergrenzenberechnung zu berücksichtigen. Gleiches gilt für die Berücksichtigung von Empfehlungen nach § 9 Abs. 1; auch diese sollten erst nach der Bestimmung der Obergrenze berücksichtigt werden. Nur so wäre das in diesem Jahr im somatischen Bereich aufgetretene Problem der Überleitung der Mittel des Pflegestellensonderprogramms bereits auf gesetzlicher Ebene geregelt.

Sollte dem Vorschlag, die Kappung zu streichen, nicht entsprochen werden, sind bei der Berechnung der Auswirkung gemäß § 4 Abs. 5 Satz 5 unterschiedliche Berechnungsmodelle in den Bundesländern zu vermeiden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es notwendig, dass im Gesetz ein iteratives Berechnungsverfahren vorgegeben wird. Hierbei kann auf ein Berechnungsmodell zurückgegriffen werden, das auch in der DRG-Konvergenzphase erfolgreich zum Einsatz kam.

Die Regelung zur Absenkung des Landesbasisentgeltwertes aufgrund von Kodiereffekten ist unter der Voraussetzung zu begrüßen, dass zum



einen auf der Hausebene kodierbedingte Erlöse vollständig identifiziert und ausgeglichen werden und sich zum anderen der Landesbasisentgeltwert tatsächlich aus den durchschnittlichen Werten der einzelnen Einrichtungen ergibt.

zu Abs. 3:

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgesehene Bereinigung des Ausgangswertes um Fehlschätzungen. Es ist allerdings sicherzustellen, dass zukünftige Leistungsveränderungen (sowohl bei Leistungen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 als auch nach Nr. 4) direkt bei der Berechnung der Obergrenze anzusetzen sind.

zu Abs. 4:

Die Berücksichtigung der oberhalb der Veränderungsrate liegenden Auswirkungen von Tarifsteigerungen ist in einem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht. Darüber hinaus sagt die reine "Tarifsteigerung" nichts darüber aus, ob und in welcher Höhe die Tarifsteigerung zu Personalkostensteigerungen je Fall führen. Zudem wird durch die Berücksichtigung der allgemeinen Kostensteigerungen in Abs. 2 Nr. 1 eine angemessene Refinanzierung auch von Personalkostensteigerungen sichergestellt. Die vorliegende Regelung wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt und ist mit dem Beginn der Konvergenzphase 2017 ersatzlos zu streichen.

#### C) Änderungsvorschlag

In Abs. 1 Satz 2 wird der Halbsatz „Dabei gehen sie als Ausgangsgrundlage von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach der Anlage aus“ ersetzt durch den Halbsatz „Verpflichtende Berechnungsgrundlage sind dabei die Vereinbarungswerte der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach der Anlage“.

In Abs. 1 werden die Sätze 3 und 4 wie folgt gefasst:

„Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen bei den Tatbeständen des Abs. 2 Nr. 3 sowie Nr. 4, die bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes zu Grunde gelegt wurden, bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes für das Folgejahr verpflichtend auf Verlangen einer Vertragspartei berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Berichtigung vorgenommen wird.“

In Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 werden nach dem Wort „Leistungsveränderungen“ die Wörter „(Fallzahl, Anzahl der Entgelttage und Schweregrad)“ eingefügt.



Des Weiteren ist Abs. 2 entsprechend der Stellungnahme anzupassen.

Der Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Die nach Abs. 2 vereinbarte Veränderung des Landesbasisentgeltwertes darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Landesbasisentgeltwertes nicht überschreiten. Bei der Anwendung von Satz 1 ist sicherzustellen, dass bei der Ermittlung der Obergrenze Leistungssteigerungen (Fallzahl, Anzahl der Entgelttage und Schweregrade) sowie die Ausgabenentwicklungen bei den Leistungsbereichen, die nicht durch mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte vergütet werden, absenkend zu berücksichtigen sind. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Landesbasisentgeltwertes infolge der Weiterentwicklung des Vergütungssystems nach § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der Abrechnungsbestimmungen lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Abs. 1 durchzuführen ist. Soweit eine Absenkung des Landesbasisentgeltwertes infolge der in Satz 3 genannten Gründe technisch bedingt oder aufgrund einer Berichtigung nach Abs. 1 durchzuführen ist, ist dies bei der Anwendung von Satz 1 entsprechend absenkend zu berücksichtigen.“

In Abs. 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbasisentgeltwert“ die Wörter „in den Jahren 2013 bis 2016“ eingefügt. Als entsprechende Folgeänderungen ist in Artikel 2 Nr. 5 (§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021) in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 ersatzlos zu streichen.



## Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

### Nr. 11 (Fortsetzung)

#### § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen der BPfIV wurden weitestgehend übernommen und lediglich marginal an den Regelungsbedarf eines pauschalierten Entgeltsystems angepasst.

Abs. 1 regelt, dass bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets der Versorgungsauftrag zu beachten ist. Neben dem Budget müssen die Vertragspartner die Summe der Bewertungsrelationen und den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert vereinbaren. Hierbei sind neben Zu- und Abschlägen die Mehr- und Mindererlösausgleiche zu berücksichtigen. Die Regelungen zum Vereinbarungszeitraum, Zahlungsfristen usw. wurden nahezu wortgleich aus § 17 Abs. 1 BPfIV übernommen.

Abs. 2 stellt klar, dass der Vereinbarungszeitraum grundsätzlich dem Kalenderjahr entspricht. Mehrjährige Vereinbarungen bleiben aber möglich.

Abs. 3 regelt das Verhandlungsprozedere. Nach Aufforderung einer Vertragspartei sind die Verhandlungen unverzüglich aufzunehmen und möglichst so abzuschließen, dass das neue Budget mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten kann (Fiktion der prospektiven Verhandlungen).

Abs. 4 regelt die für die Verhandlung vorzulegenden Unterlagen. In der budgetneutralen Phase (2013 bis 2016) haben die Kliniken neben der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) auch die AEB-Psych in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Ab 2017 ist nur noch die AEB-Psych vorzulegen. Soweit erforderlich haben die Krankenhäuser ergänzende Unterlagen vorzulegen.

Nach Abs. 5 sind die Vertragspartner verpflichtet, Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur vorzuklären.

##### B) Stellungnahme

Inhaltlich entsprechen die Regelungen der Abs. 1 bis 5 den bisherigen Regelungen der BPfIV bzw. hinsichtlich der spezifischen Regelungen zum Budget und der Bewertungsrelationen den korrespondierenden Regelungen des KHEntgG. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber hinsichtlich der für die Budgetverhandlung vorzulegenden Unterlagen auf die guten Erfahrungen der DRG-Einführung zurück-



greift und die Krankenhäuser verpflichtet, neben der LKA auch eine AEB-Psych vorzulegen.

Der Wegfall der LKA-Formulare V1 (Vereinbarte Vergütung), V4 (Erlöse des Krankenhauses) ist noch nachvollziehbar. Unverständlich ist jedoch, warum auf die Formulare L4 (Diagnosen) und K4 (Medizinischer Bedarf) verzichtet wird. Beide Unterlagen sind notwendig, um mit den Krankenhäusern ein leistungsgerechtes Budget zu vereinbaren, da gemäß § 3 Abs. 1 Satz 3 die AEB-Informationen nur zur Ermittlung des krankhausindividuellen Basisentgeltwertes und zur Erörterung der Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur herangezogen werden dürfen. Es ist hervorzuheben, dass budgetneutrale Phase nicht bedeutet, dass die Krankenhausbudgets lediglich um die Veränderungsrate erhöht und um die Ausnahmetatbestände bereinigt werden. Auch in der budgetneutralen Phase ist ein leistungsgerechtes Budget zu vereinbaren. Dies bedeutet, dass, soweit notwendig, auch Budgetreduktionen durchgeführt werden können. Hierbei greifen die Kostenträger insbesondere auf die Leistungsdaten, also auch auf die fachabteilungsbezogenen Diagnosedaten und auf Kostendaten zurück. Der Verzicht auf die mit der LKA zu übermittelnden Diagnose- und Kostendaten benachteiligt die Krankenkassen in den Budgetverhandlungen einseitig und wird deshalb vom GKV-Spitzenverband abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

In § 11 Abs. 4 Nr. 1 sind die Wörter „L4 und K4,“ zu streichen.



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 11 (Fortsetzung)

§ 12 Vorläufige Vereinbarung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Fall, dass eine Budgetvereinbarung nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 über die strittigen Punkte. Die Vertragspartner können ein vorläufiges Budget in unstrittiger Höhe vereinbaren und vorläufig abrechnen. Mehr- oder Mindererlöse, die sich aus der Abrechnung der vorläufigen Entgelte ergeben, werden vollständig ausgeglichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 18 BpflV a. F.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 12

§ 13 Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Schiedsstellenregelung wird an die neuen Vereinbarungsstrukturen der §§ 10 und 11 angepasst.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der pauschalierten Entgelte und des Landesbasisentgeltwertes.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 13

§ 14 Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Genehmigungsverfahren wird an die neuen Vereinbarungsstrukturen der §§ 10 und 11 angepasst.

In Abs. 4 wird geregelt, dass der Klageweg gegen die Genehmigung des Landesbasisentgeltwertes nur den Vertragsparteien auf Landesebene offensteht. Eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

B) Stellungnahme

Durch die Änderungen wird das Genehmigungsverfahren an das bereits im KHEntgG praktizierte Verfahren angepasst. Die Regelungen im KHEntgG haben sich bewährt. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass nunmehr auch für die BPfIV die entsprechenden Regelungen übernommen werden.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 14

§ 15 Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1 regelt, dass der neu vereinbarte krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und die sonstigen Entgelte grundsätzlich bereits mit Beginn des neuen Pflegesatzzeitraums abzurechnen sind. Tritt eine Vereinbarung erst unterjährig in Kraft, sind bis zum Inkrafttreten des neuen krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes der alte Basisentgeltwert ohne Ausgleich und Berichtigungen und die bisherigen sonstigen Entgelte abzurechnen. Dies gilt auch für die erstmalige Anwendung des neuen Entgeltsystems.

Abs. 2 regelt das Ausgleichsverfahren für Mehr- oder Mindererlöse, die in Folge einer verspäteten Budgetvereinbarung entstehen. Die Regelung entspricht der bisher geltenden Regelung.

B) Stellungnahme

Es ist konsequent, das Verfahren für ein unterjähriges Inkrafttreten des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes zu regeln. Die gesetzliche Regelung kombiniert die bisherige Regelung der BPfIV mit der Regelung des KHEntgG (in der Fassung vom 25.11.2003). Die Erfahrungen aus der Einführung des DRG-Systems zeigen, dass die Weiterberechnung des „alten“ krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes eine pragmatische Regelung ist, auch wenn es im Einzelfall durch die Weiterentwicklung des Entgeltkataloges zu temporären Verzerrungen kommen kann. Durch die Regelungen im Abs. 2, die einen 100%igen Ausgleich der ggf. hieraus resultierenden Mehr- oder Mindererlöse vorsehen, wird zudem sichergestellt, dass weder Krankenkassen noch Krankenhäusern ein finanzieller Nachteil entsteht.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 18

§ 16 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zum § 17 sieht die Möglichkeit von belegärztlichen Leistungen analog zum KHEntgG vor.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 7 (§ 18 KHEntgG).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 7.



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 19

Streichung der §§ 23 und 24

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen zu Landespflegegesetzausschüssen (§ 23) und Modellvorhaben (§ 24) entfallen.

B) Stellungnahme

Die Streichung von § 23 ist sachgerecht.

Die Streichung der Regelungen zu den Modellvorhaben nach § 24 ist im Hinblick auf die Änderungen in § 64 und die Neuregelung in § 64b SGB V (vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 2) akzeptabel.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsbedarf



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 20

§ 17 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zum § 17 regelt die Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene. Es handelt sich dabei um den jetzigen § 25.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat keine Bedenken gegen diese Regelung.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 22

§ 18 Übergangsvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zum § 18 regelt die Modalitäten bezüglich einer Nachverhandlung von Psych-PV-Personalstellen für Krankenhäuser, die in den Optionsjahren nicht das neue System anwenden. Für diese Häuser endet die Möglichkeit einer Nachverhandlung mit dem Jahr 2012.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3a) und 3b) (§ 17d KHG).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 3a) und 3b).



Artikel 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 23

Anlage

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anlage enthält die folgenden Aufstellungen:

E Entgelte nach § 17d KHG

E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte

E2 Aufstellung der Zusatzentgelte

E3 Aufstellung der nach § 6 Krankenhausindividuell verhandelten Entgelte

B Budgetermittlung

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 für die Kalenderjahre 2013 bis 2016

B2 Erlösbudget und Basisentgeltwert nach § 4 ab dem Kalenderjahr 2017

B) Stellungnahme

Entsprechend der inhaltlichen Stellungnahme sind folgende Ergänzungen zu berücksichtigen:

Die Ergänzung in den Blättern E1 und E3.1 um die Spalte „Zugehörige Anzahl Tage“ wird begrüßt. Zur Erhöhung der Transparenz fehlt jedoch weiterhin in den Blättern E2 und E3.2 eine Spalte 1a „OPS“ sowie die Patientenzahlen im Blatt E1. Die Formulierung in Fußnote 2 zur Spaltenbefüllung für Forderungsdaten in E1/E3 (Spalten 5-6, 8-10 und 12 nicht für Forderungsdaten auszufüllen) ist zu streichen, da sonst eine sachgerechte Leistungsabbildung und -bewertung nicht möglich ist.

C) Änderungsvorschlag

Änderungen entsprechend der Stellungnahme



Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG)  
Nr. 1 (§ 6), Nr. 2 (§ 8), Nr. 4 (§ 10), Nr. 5 (§ 16), Nr. 6 (§ 17), Nr. 8 (§ 19)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den oben genannten Änderungen handelt es sich lediglich um im Wesentlichen redaktionelle Folgeänderungen bzw. Rechtsbereinigungen nicht mehr notwendiger Regelungen.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im § 9 Abs. 2 wurden bisher und werden künftig im Falle einer Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene die Möglichkeiten des Anrufens der Schiedsstelle bzw. die Ersatzvornahmefähigkeit geregelt. Dieser Paragraph wird nun umformuliert. Die Möglichkeit zur Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung des BMG wird auf Entscheidungen zu den DRG-Entgeltkatalogen und den Abrechnungsbestimmungen konzentriert. In allen anderen Fällen ist bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner zukünftig die Bundesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG anrufbar.

B) Stellungnahme

Im Vergleich zur bisherigen Regelung, im Rahmen derer die Schiedsstellenfähigkeit auf einzelne Tatbestände (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 und Satz 2) konkret benannt wurde, wird nun eine Eingrenzung der Bereiche (Abs. 1 Nr. 1 bis 3) vorgenommen, die ersatzvornahmefähig sind. Gab es vormals in den „übrigen Fällen“ die Möglichkeit der Ersatzvornahme, so entscheidet nun in den „übrigen Fällen“ die Schiedsstelle. Dies bedeutet implizit eine Stärkung des Schiedsstellenmechanismus auf Bundesebene.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7

§ 18 Belegärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstaben a) § 18 Abs. 2, aa) Satz 1 und bb) Satz 2:

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems. Die Regelung sieht weiterhin vor, dass für Belegpatienten sowohl in somatischen als auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gesonderte Entgelte vereinbart werden. Sie wird mit Blick auf das neue Psych-Entgeltsystem redaktionell angepasst. Im Bereich der BpflV können die gesonderten Entgelte erst ab dem Jahr 2017 vereinbart werden.

Buchstabe b) § 18 Abs. 3, aa) Satz 1, bb) Satz 2 und cc) Satz 3:

Diese Regelung beschäftigt sich mit den Möglichkeiten der Vergütung von belegärztlichen Leistungen für Krankenhäuser, die mit Belegärzten Honorarverträge geschlossen haben. Für diese besteht die Möglichkeit, für Belegpatienten sowohl in somatischen als auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 % abzurechnen. Diese Regelung wird somit auf den neuen Psych-Entgeltbereich ausgeweitet.

Satz 2, in dem festgehalten wird, dass bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen ist, wird nun auch auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erweitert.

Satz 3 wird gestrichen (lediglich redaktionelle Folgeänderung des neuen Psych-Entgeltsystems, die dazu führt, dass für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen keine tagesgleichen Pflugesätze in der bisherigen Form berechnet werden).

B) Stellungnahme

Es erscheint mehr als fraglich, ob für den Regelungsbereich des neuen Psych-Entgeltsystems der Aufwand einer gesonderten Kalkulation belegärztlicher Entgelte gerechtfertigt ist. Sehr wahrscheinlich ist, dass die Fallzahl für die Kalkulation von Bewertungsrelationen in diesem belegärztlichen Bereich nicht ausreicht. Schon im somatischen Bereich war die Kalkulation belegärztlicher DRGs aufgrund der niedrigen Fallzahlen Gegenstand zahlreicher Diskussionen. Der GKV-Spitzenverband sieht keinen Bedarf einer gesonderten Kalkulation belegärztlicher Relativgewichte im Rahmen des neuen Psych-Entgeltsystems. Eine Anpassung des § 18 KHEntgG ist vor diesem Hintergrund nicht notwendig.



Darüber hinaus ist die Möglichkeit der gesonderten Abrechnung der Hauptabteilungspauschalen zu 80 % höchst fragwürdig. Die Regelung wurde für den somatischen Bereich mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführt, wird seitens der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt sehr kritisch gesehen und abgelehnt, da es einer weiteren Vergütungsoption im ambulanten-stationären Grenzbereich grundsätzlich nicht bedarf. Die Leistungen der Belegärzte sind adäquat vergütet und kalkuliert. Arbeiten Honorararzt und Belegkrankenhaus zusammen, so löst die Möglichkeit der Abrechnung der Hauptabteilungs-DRG zu 80 % zwar die Vergütungsfrage, generiert aber zahlreiche Abgrenzungsprobleme. Das Belegarztwesen wird deutlich geschwächt.

C) Änderungsvorschlag

Beibehaltung des bisherigen § 18 Abs. 1

Streichung des § 18 Abs. 2 Satz 2

Streichung des § 18 Abs. 3



Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9

§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a) § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe d):

Die Regelung korrigiert einen inzwischen nicht mehr zutreffenden Verweis.

Buchstabe b) § 21 Abs. 5 aa) Satz 1 und bb) Satz 1 und cc) Satz 3:

Abs. 5 bezieht sich auf notwendige Abschlüsse im Rahmen der Datenübermittlung. Diese Regelung wird nun entsprechend redaktionell angepasst.

In Satz 3 wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf der Ortsebene – analog zur früheren Regelung im somatischen Bereich – in der budgetneutralen Phase und in der Konvergenzphase den aus einer unvollständigen oder verspäteten Datenübermittlung resultierenden Abschlag bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes berücksichtigen.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V)

Nr. 1

§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a), b), c)

Es werden redaktionelle Klarstellungen zu den übrigen gesetzlichen Regelungen zur Bereinigung vorgenommen.

Buchstabe d)

Finanzierungsverpflichtungen, die sich nicht auf einzelne Leistungen beziehen, sind anteilig dem Modellvorhaben zuzuordnen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V)

Nr. 2

§ 64b Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zum § 64b betont die Bedeutung von Modellvorhaben für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, konkretisiert die Modalitäten und regelt eine ergänzende Datenmeldung an das DRG-Institut (InEK).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Durchführung von Modellvorhaben ausdrücklich. Bezüglich der Begleitforschung sollte aufgrund der heterogenen Erfahrungslage der Vergangenheit aber sichergestellt werden, dass Modellprojekte nach anerkannten Standards aussagekräftig und einheitlich evaluiert werden. Aus diesem Grund setzt sich der GKV-Spitzenverband für die zentrale Registrierung von Modellprojekten ein, damit bei der weiteren Entwicklung des Entgeltsystems im Sinne eines lernenden Systems auf eine Übersicht aller Modellprojekte zurückgegriffen werden kann.

Es ist notwendig, dem InEK neben den originären Abrechnungsdaten auch noch strukturelle Informationen über Modellvorhaben mitzuteilen, um diese bei der Datenauswertung zu berücksichtigen. Die Neuregelung zur ergänzenden Datenlieferung stellt sicher, dass alle relevanten Leistungsinformationen bei der Entwicklung des pauschalierten Entgeltsystems herangezogen werden können und wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Die zu übermittelnden Daten sollten auch die Auswertungen der Modellvorhaben nach § 65 SGB V einschließen.

C) Änderungsvorschlag

In § 64 Abs. 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens“ die Wörter „einschließlich der Auswertung nach § 65“ eingefügt.



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V)

Nr. 3

§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zum § 118 sieht vor, psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen die Einrichtung einer psychosomatischen Institutsambulanz analog zu den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu ermöglichen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht die fortschreitende Trennung von Psychiatrie und Psychosomatik äußerst kritisch. Es handelt sich dabei um einen deutschen Sonderweg, der fachlich nicht begründet ist. Ziel sollte im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung eine enge Kooperation sein. Daher sollte die Einrichtung von psychosomatischen Institutsambulanzen an strenge Auflagen geknüpft werden:

1. Ein psychosomatisches Krankenhaus sollte nur dann eine eigene Institutsambulanz betreiben dürfen, wenn dadurch nachweislich stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt werden und sich dies in einer Budgetbereinigung widerspiegelt.
2. Beim Betrieb einer psychosomatischen Institutsambulanz muss eine regionale Versorgungsverpflichtung bestehen und ein Bezug zur Bedarfsplanung hergestellt werden.
3. Krankenhäuser, die sowohl über eine psychiatrische als auch über eine psychosomatische Fachabteilung verfügen, sollten auf keinen Fall fachlich getrennte Institutsambulanzen führen.

Bei einer Neuregelung sollte ferner klargestellt werden, dass die bisherige Vereinbarung nach § 118 Abs. 2 SGB V für alle psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen gilt. In dieser Vereinbarung sind ergänzend die Voraussetzungen an die Leistungserbringung für spezifische Patientengruppen sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung zu regeln. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass insbesondere Patienten mit schweren und schwersten Verläufen psychischer Erkrankungen in den Institutsambulanzen behandelt werden, da diese von einer solchen Behandlung im besonderen Maße profitieren.



C) Änderungsvorschlag

§ 118 SGB V wird wie folgt gefasst:

„§ 118

Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser, psychosomatische Krankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen und/oder psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch und psychosomatisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen sowie die Voraussetzungen an die Leistungserbringung und die Anforderungen an die Qualitätssicherung. Die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 gelten entsprechend. Kommt der Vertrag nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert und beschließt mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder.

(2) Krankenhäuser, die sowohl über eine psychiatrische als auch über eine psychosomatische Fachabteilung verfügen, haben, sofern sie von der Ermächtigung nach Abs. 1 Satz 1 Gebrauch machen, diese Behandlung gemeinsam, auch im organisatorischen Sinne, durch beide Fachabteilungen zu erbringen. Eine Trennung ist nicht zulässig.“



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Nr. 4

§ 120 Abs. 1a Satz 5 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 120 Abs. 1a Satz 5 werden die Wörter „sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils“ gestrichen.

B) Stellungnahme

Diese Vorschrift bezieht sich auf mittlerweile überholte Verweise auf § 12 BPfIV und kann somit entfallen. Weiterhin ist es für die Krankenkassen von Bedeutung, dass grundsätzlich eine Bereinigung bzw. Verminderung der Erlössumme nach § 6 BPfIV für die Bereitstellung der Finanzierung von fall- bzw. einrichtungsbezogenen Pauschalen stattfindet. Dies ist mit dieser Regelung weiterhin gegeben.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Nr. 5

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung zu § 137 sieht eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung unter Leitung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, die bis zum 01.01.2017 zu etablieren ist.

Zusätzlich ist eine Empfehlung für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Regelungen zur Etablierung einer Qualitätssicherung. Jedoch führt die vorgeschlagene Regelung zu einer Revitalisierung der Psych-PV und verlegt die Pflegesatzverhandlungen in den Gemeinsamen Bundesausschuss. Zweifelsohne kann dieser Struktur- anforderungen formulieren. So sollte er die notwendige Anzahl an therapeutischem Personal im Rahmen von qualitativen Strukturanforderungen sichern und transparent machen. Dies sollte im Gesetz und in der Gesetzesbegründung aufgegriffen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 137 ist in Satz 1d zu streichen: „insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal sowie“.

In die Begründung zum Gesetz ist zu § 137 aufzunehmen, dass durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die notwendige Anzahl an therapeutischem Personal im Rahmen von qualitativen Strukturanforderungen gesichert und transparent gemacht wird.

Es ist zumindest eine Regelung einzuführen, die bei den Vorgaben zur Strukturqualität, die Krankenhäuser zum Stellennachweis im Rahmen ihrer psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verpflichtet.



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Nr. 6

§ 137 e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zu § 137 e sieht die Übertragung der Vergütungsregelungen für die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus der somatischen Medizin auf die Psychiatrie/Psychosomatik vor.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Regelungen des § 137 e auf die Psychiatrie/ Psychosomatik ist zwar folgerichtig, jedoch wird die Einführung von NUB-Entgelten im Bereich des 17 d KHG vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich kritisch gesehen. Siehe Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 6 Abs. 2 BPfIV).

C) Änderungsvorschlag

Nr. 6 wird ersatzlos gestrichen.



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Nr. 7

§ 139 c Finanzierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zu § 139 c ist eine redaktionelle Anpassung bezüglich der Verweise auf andere Gesetze.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die redaktionelle Anpassung notwendig.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Nr. 8

§ 291 a Elektronische Gesundheitskarte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf zu § 291 a ist eine redaktionelle Anpassung bezüglich der Verweise auf andere Gesetze.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die redaktionelle Anpassung notwendig.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Nr. 9

§ 301 Abs. 2 Satz 2 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 301 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „§ 17 b“ die Angabe „und § 17 d“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Diese Ergänzung stellt sicher, dass die sonstigen Prozeduren ebenfalls im Bereich des pauschalierten Entgeltsystems der Psychiatrie zu verschlüsseln sind und stellt folgerichtig eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems dar.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 5 (Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV)

Nr. 1

§ 8 Kosten- und Leistungsrechnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung der BPfIV. Die vom Krankenhaus zu führende Kosten- und Leistungsrechnung hat den besonderen Anforderungen, die sich aus der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung ergeben, nur bis einschließlich zum Budgetjahr 2016 Rechnung zu tragen.

B) Stellungnahme

Der Folgeänderung durch die Einführung des Psych-Entgeltsystems wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 5 (Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV)

Nr. 2

§ 9 Befreiungsvorschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung der BPfIV. Bei der Entscheidung über einen Antrag zur Befreiung eines Krankenhauses von der Pflicht, eine Kosten- und Leistungsrechnung nach den in § 8 festgelegten Vorgaben zu erstellen, sind zukünftig einvernehmliche Regelungen mit den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene anstatt mit dem Landespflegesatzausschuss anzustreben.

B) Stellungnahme

Der Folgeänderung durch die Einführung des Psych-Entgeltsystems wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 6 (Änderung der Abgrenzungsverordnung - AbgrV)  
Nr. 1 und 2

§ 3 Zuordnungsgrundsätze und § 4 Instandhaltungskosten

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung der BPfIV.
  
- B) Stellungnahme  
Den redaktionellen Folgeänderungen wird zugestimmt.
  
- C) Änderungsvorschlag  
kein Änderungsvorschlag



## Artikel 7 (Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)

### Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der Entwicklung eines leistungsorientierten Entgeltsystems wird die Psych-PV mit Beginn der Konvergenzphase zum 01.01.2017 als Finanzierungsinstrument von Personalstellen aufgehoben. Im Rahmen der bis zum Jahr 2016 andauernden budgetneutralen Phase sind die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen noch als Ausnahmetatbestand zur Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V anwendbar. Zudem können noch bis zum Jahr 2016 Einrichtungen, die bereits während der Optionsjahre das neue Psych-Entgeltsystem angewendet haben, von der Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. Gebrauch machen. Ferner ist dieser Sachverhalt obsolet, wenn sich hieran keine Nachweise in Bezug auf die Vorhaltung entsprechender Vollkräfteanzahlen anschließen. Eine bloße Finanzierung ohne inhaltliche Nachweise zur Vorhaltung wird abgelehnt.

#### B) Stellungnahme

Die Änderung ist eine notwendige Folge der Entwicklung neuer leistungsgerechter Vergütungsgrundlagen, so dass die kostenbasierte Psych-PV als Finanzierungsgrundlage von Personalstellen aufzuheben ist.

#### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



## Artikel 8 (Inkrafttreten)

### Inkrafttreten

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt am 01.01.2013 in Kraft. Damit für die optionale Anwendung des neuen Psych-Entgeltsystems im Jahr 2013 im Herbst des Jahres 2012 prospektiv Pflegesatzverhandlungen geführt werden können, treten die maßgeblichen Grundlagen bereits am 01.07.2012 in Kraft. Die Psych-PV wird mit Beginn der Konvergenzphase zum 01.01.2017 aufgehoben.

#### B) Stellungnahme

Die fristgerechte Einführung des Psych-Entgeltsystems im Jahr 2013 wird begrüßt. Die abweichenden Regelungen zum Inkrafttreten sind sachgerecht. Die Aufhebung der kostenbasierten Psych-PV als Finanzierungsgrundlage von Personalstellen ist eine notwendige Folge der Entwicklung neuer leistungsgerechter Vergütungsgrundlagen.

#### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



### III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

#### Preis- und Mengenprobleme nachhaltig lösen

Die bestehenden Regelungen für Krankenhäuser zur Begrenzung des Ausgabenzuwachses haben die Ausgabendynamik im Krankenhausbereich kaum verlangsamt. Selbst eine reduzierte Grundlohnrate in den Jahren 2011 und 2012 sowie Mehrleistungsabschläge in den Jahren 2011 und 2012 führten noch zu jährlichen Ausgabenzuwächsen von ca. 2 bis 2,5 Mrd. Euro. Für 2012 erwartet der GKV-Spitzenverband ein Ausgabenzuwachs von 2,5 Mrd. Euro. Von echten „Spargesetzen“ kann demnach keine Rede sein. Diese Steigerungsraten belegen, dass im Krankenhausbereich kein ausgabengedeckeltes System existiert. Die Morbiditätsentwicklung, der technische Fortschritt und weitere, angebotsinduzierte Mengenentwicklungen werden auch im DRG-System voll durch die Krankenkassen finanziert.

Ursache der starken Ausgabendynamik ist im Wesentlichen der kontinuierlich hohe Zuwachs an Leistungsmengen (Casemix). Durchschnittlich stieg der Casemix seit Einführung des DRG-Systems um ca. drei Prozent jährlich. Die DRG-Begleitforschung bestätigt, dass im Untersuchungszeitraum 2006-2008 lediglich 1/3 der jährlichen Leistungssteigerungen auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist. Ein großer Teil der Leistungssteigerungen kann nicht ohne weiteres klar begründet werden. Vieles deutet darauf hin, dass Leistungserbringer aufgrund ökonomischer Anreize medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen erbringen. Fest steht hingegen, dass die Morbidität im Krankenhausbereich bereits systemimmanent durch die Krankenkassen vergütet wird.

Um der „Mengenproblematik“ im DRG-System begegnen zu können, muss aus Sicht der Krankenkassen der Fokus darauf gerichtet werden, Anreize zu minimieren, die dazu führen, dass Krankenhäuser medizinisch nicht notwendige Leistungen alleine aus ökonomischen Überlegungen heraus erbringen. Der vor diesem Hintergrund diskutierte und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft programmatisch aufgegriffene Vorschlag des Bundesrates zur Modifikation der bestehenden Regelungen zum Mehrleistungsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG (Stellungnahme des Bundesrates vom 02.03.2012, Nr. 11) ist keinesfalls zielführend, da er den Anreiz in sich trägt, mehr Leistungen zu erbringen, nicht weniger. Gemäß dem Vorschlag sinkt der Mehrleistungsabschlag je mehr Leistungen erbracht werden. Das Problem angebotsinduzierter Mengen



wird somit verschärft, nicht gelöst. Darüber hinaus sollen laut Vorschlag der Leistungserbringer Casemixsteigerungen in den Landesbasisfallwertverhandlungen nicht mehr absenkend wirksam werden, was zu einer deutlich stärkeren Steigerung der Preise führen würde.

Außerdem soll nach den Vorstellungen der Leistungserbringer die bisherige Bindung der Landesbasisfallwerte an die Grundlohnrate durch den Orientierungswert gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG aufgehoben werden. Der vorgesehene Orientierungswert soll die Entwicklung der Kosten zur Basis der Preisobergrenze machen und die bisherige Orientierung der Preiskomponente an der Einnahmeseite der GKV ablösen. Dies ist aus Sicht der Krankenkassen falsch, da der Kostenentwicklung der Krankenhäuser wie beschrieben eine voll finanzierte Mengenentwicklung, mithin Erlöse gegenüberstehen, die gänzlich unberücksichtigt bleiben. Werden im Orientierungswert nur die Kostensteigerungen gemessen, wird ein zu hoher Preissetzungsspielraum gewährt. Eine additive Preissteigerung von bspw. einem zusätzlichen Prozent in allen Landesbasisfallwerten durch ungerechtfertigtes Ausschöpfen einer erhöhten Obergrenze wird sich in zusätzlichen Ausgaben von mehr als einer halben Milliarde Euro in der Basis auswirken. Darüber hinaus würden stärker steigende Preise weitere Mehrleistungen auslösen. Steigende Preise führen zu steigenden Mengen! Der GKV-Spitzenverband appelliert an die Verantwortlichen, zum bestehenden Problem der über die Morbiditätsentwicklung hinaus finanzierten Leistungsmengen nicht noch ein Preisproblem durch den Orientierungswert hinzuzufügen. Eine schnelle Folge neuer Ausgabenbegrenzungsgesetze aufgrund explodierender Erlöse der Krankenhäuser zu Lasten der GKV wäre die Folge. Die beabsichtigte stetige Finanzierung bliebe aus und würde durch verstärkte diskretionäre Maßnahmen ersetzt.

Um zusätzliche, nicht notwendige Kostensteigerungen im Interesse der Beitragszahler der GKV zu vermeiden, muss der Orientierungswert wieder aus dem Gesetz gestrichen werden. Hilfsweise sollte lediglich die Kostenentwicklung ja Fall (genauer je Casemixpunkt) kompensierend berücksichtigt werden. Kostensteigerungen, die durch die Produktivitätsentwicklung kompensiert werden, bedürfen keiner Refinanzierung (Tariflohnsteigerungen etc.).

Des Weiteren dürfen bereits durch die GKV aus anderen Quellen als dem Landesbasisfallwert finanzierte Kosten (Pfllegesonderprogramm, etwaige Tarifraten) nicht doppelt gemessen und finanziert werden und sind im Orientierungswert in Abzug zu bringen. Der Vorschlag des Bundesrates zum Mehrleistungsabschlag und insbesondere zur Modifikation der Landesbasisfallwertverhandlungen löst das Problem nicht, sondern verschärft es noch. Ohne eine absenkende Berücksichtigung von Case-



mixsteigerungen in den Landesbasisfallwerten würde der durch die Obergrenze gesetzte Preisspielraum aller Voraussicht nach vollständig ausgeschöpft.



## § 10 Abs. 6 KHEntgG „Orientierungswert“

### Änderungsvorschlag

Streichung des § 10 Abs. 6 KHEntgG.

Hilfsweise wird § 10 Abs. 6 KHEntgG „Vereinbarung auf Landesebene“ wie folgt geändert:

In Satz 1 werden hinter den Wörtern „die Kostenstrukturen und -entwicklungen“ die Wörter „und kompensierend die Produktivitäts- und Erlösentwicklung“ eingefügt.

Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Bereits durch die Krankenkassen finanzierte, aber in der Kostensumme ausgewiesene Tatbestände sind bei der Ermittlung des Orientierungswertes mindernd zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich zum 15.06. dem Statistischen Bundesamt und zum 01.09. dem Bundesministerium für Gesundheit über die Erlösstrukturen und Erlösentwicklungen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung erforderlichen Informationen zu übermitteln.“

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden Sätze 5 bis 7.

In dem neuen Satz 5 wird das Jahr „2009“ durch das Jahr „2012“ ersetzt.

In dem neuen Satz 6 wird das Jahr „2010“ durch „2013“ ersetzt.

### Begründung

Die mit dem KHRG in § 10 Abs. 6 KHEntgG eingeführte Regelungsmöglichkeit zur Begrenzung des Basisfallwertes durch einen rein kostenbasierten Orientierungswert (bzw. Veränderungswert) ist ersatzlos zu streichen. Es ist notwendig und wirtschaftlich sinnvoll, die Begrenzung der Ausgabenentwicklung an die Einnahmeseite der GKV zu koppeln. Auch zukünftig sollten vor dem Hintergrund der Wahrung der Beitragssatzstabilität die Ausgaben/Preise nicht stärker ansteigen dürfen, als die Veränderung der Grundlohnsumme. Aus diesem Grund sollte die Veränderungsrate auch weiterhin die maximale Preisobergrenze für die Basisfallwerte bilden. Die bisherige Begrenzung der Steigerung der Basisfallwerte im Krankenhausbereich durch die an der Einnahmeseite der GKV orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V ist auch künftig beizubehalten.

Hilfsweise ist der Orientierungswert für Krankenhäuser um eine Komponente zu ergänzen, die neben den bereits berücksichtigten Kosten auch



die Produktivität der Krankenhäuser kompensierend berücksichtigt. Ein Ausweis der Kostenentwicklung je Casemixpunkt, mindestens aber der Kosten je Fall ist anzustreben. Durch die Verschiebung der Entwicklung der Systematik und der erstmaligen Ermittlung des um die Erlöse ergänzten Orientierungswertes soll der Orientierungswert frühestens für das Jahr 2014 wirksam werden.

Eine Orientierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen allein am Wachstum der Kosten der Krankenhäuser bzw. deren Preisen allein verkennt die Tatsache, dass Krankenhäuser auch erlösseitige, die Ausgaben kompensierende Effekte realisieren. Dies geschieht im Wesentlichen durch zusätzlich erbrachte Leistungsmengen. Steigen die Kosten der Krankenhäuser beispielsweise um drei Prozent und die Produktivität der Krankenhäuser um zwei Prozent, dann besteht lediglich eine Notwendigkeit zur Anpassung der Preise in Höhe von einem Prozent, nicht eine in Höhe von drei Prozent, wie es der Orientierungswert gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG derzeit noch vorsieht. Anstelle der auch bisher möglichen Korrektur dieses Umstandes über den Veränderungswert wird der Orientierungswert direkt korrigiert. Hierdurch lassen sich zum einen von vornherein falsche Rückschlüsse in der Diskussion um die notwendige Preisentwicklung im Krankenhausbereich vermeiden, zum anderen lässt sich eine verlässliche Datenbasis begründen. Die für die Umsetzung des Konzepts notwendigen Datengrundlagen lassen sich für die Erlösseite direkt aus den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ermitteln. Es ist darauf zu achten, dass bereits durch Krankenkassen und ihre Mitglieder finanzierte Tatbestände (Tarifrate, Pflegesonderprogramm etc.) nicht durch zu hohe Preisobergrenzen doppelt finanziert werden (bereits derzeit stattfindende Messung im Bereich der Kostenentwicklung).

Darüber hinaus ist für den PsychEntgG-Bereich anzumerken, dass auch hier eine dauerhafte Beibehaltung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V als maximale Preisobergrenze für die Basisentgeltwerte – und damit eine Orientierung an der Einnahmeseite der GKV – unbedingt erforderlich ist.



#### IV. Stellungnahmen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/5119)

##### Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern

Die Fraktion DIE LINKE fordert die Bundesregierung zu umfangreichen Änderungen auf. So soll neben der bereits gesetzlich festgelegten Begleitforschung nach § 17 b Abs. 8 KHG zum aktuellen Krankenhausfinanzierungssystem (DRG-Fallpauschalensystem) ein Sachverständigenrat zur Evaluierung des Fallpauschalensystems in der Krankenhausfinanzierung nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und zur Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d KHG beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzt werden. Dieses Gremium soll die Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates soll das BMG eine Geschäftsstelle einrichten.

##### Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht keinerlei Bedarf zur Anpassung der bereits bestehenden umfangreichen DRG-Begleitforschung und lehnt den Antrag der Fraktion Die LINKE ab.

Aufgabe der DRG-Begleitforschung nach § 17 b Abs. 8 KHG ist es, die Auswirkungen des Krankenhausvergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, inklusive der Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Die Selbstverwaltungspartner sind diesem gesetzlichen Auftrag zur Untersuchung des G-DRG-Systems nachgekommen.

Im April 2010 wurden die Ergebnisse des 1. Zyklus, der die Einführungsphase und damit die Jahre 2004 bis 2006 umfasst, in einem ausführlichen Bericht des IGES-Instituts veröffentlicht. Im Rahmen der Untersuchung wurden ca. 50 Forschungsfragen beantwortet. Neben den Auswirkungen der Einführung des Vergütungssystems auf die Anzahl und Ausstattung der Krankenhäuser sowie ihre interne Organisation wurden auch Auswirkungen auf die Entwicklung von Leistungsmengen und -strukturen sowie auf die Qualität und den Zugang zur Patientenversorgung untersucht. Als Ergebnis bleibt festzuhalten, dass das pauschalisierte



Vergütungssystem weder zu frühzeitigen Entlassungen noch zu einer systematischen Patientenauswahl oder Verlagerung von Behandlungen in andere Versorgungsbereiche geführt hat. Die Behandlungsqualität und der Zugang zur stationären Versorgung in der Einführungsphase des G-DRG-Systems wurden nicht beeinträchtigt.

Der Bericht der DRG-Begleitforschung zum 2. Zyklus, der die Jahre 2006 bis 2008 und damit die Kernperiode der Konvergenzphase umfasst, wurde im Juni 2011 veröffentlicht. In diesem Bericht wurden u. a. anhand von anonymisierten Daten der gesetzlichen Krankenversicherung mögliche Auswirkungen des DRG-Systems auf die Ergebnisqualität der stationären Versorgung sowie Leistungsverlagerungen zwischen stationärem und ambulatem Versorgungssektor untersucht. Die Krankenkassen haben auf freiwilliger Basis statistische Auswertungen und Routinedaten zur Entwicklung der Zahl der poststationären Arztbesuche und zur poststationären Mortalität zur Verfügung gestellt und damit die umfangreichen Analysen zur Begleitforschung maßgeblich unterstützt. Als Ergebnis bleibt festzuhalten, dass das pauschalierte Vergütungssystem auch in den Jahren 2006 bis 2008 weder zu Qualitätseinbußen in der stationären Versorgung noch zu Leistungsverlagerungen in andere Versorgungsbereiche geführt hat.

Aktuell wird im Rahmen der DRG-Begleitforschung der 3. Zyklus, d. h. das Ende der Konvergenzphase und damit der Zeitraum 2008 bis 2010 vom IGES-Institut untersucht. Der Bericht zum 3. Zyklus wird aller Voraussicht nach im Jahr 2012 veröffentlicht. Ein Schwerpunkt dieses Berichts wird die Untersuchung der Entwicklung des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser sein.

Neben der DRG-Begleitforschung ist auch eine wissenschaftliche Begleitung der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems gesetzlich vorgesehen. Nach § 17 d KHG ist auch hier eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durchzuführen. Dabei sind die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Erste Ergebnisse sind nach § 17 d KHG 2014 zu veröffentlichen. Vor dem Hintergrund einer zeitnahen Umsetzung des gesetzlichen Auftrages haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bereits Mitte 2011 eine Vorstudie in Auftrag gegeben. Die Durchführung dieser Vorstudie dient der Konzeption und der Ausgestaltung des Forschungsdesigns für die Begleitforschung. Sie wird gemeinsam von der DRG-Research Group und dem IGES-Institut durchgeführt.



## V. Stellungnahmen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN (Drucksache 17/9169)

Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen

Die Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN fordern die Bundesregierung auf, die Einführung des neuen Vergütungssystems für die Weiterentwicklung der Versorgung zu nutzen. Ziel soll ein bedarfsgerechtes, regionales psychiatrisch-psychosomatisches und psychosoziales Versorgungssystem sein, das patientenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlungsformen ermöglicht. Es wird gefordert, die Verfahrensvorschläge zur Einführung der DRGs in dem somatischen Bereich nicht nahtlos auf die Psychiatrie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche zu übertragen. Die Bundesregierung soll, so wird vorgeschlagen, eine Expertenkommission zur Begleitung des Einführungsprozesses berufen. Die neuen Modellvorhaben zur Verbesserung der sektorübergreifenden Leistungserbringung sollen von allen beteiligten Krankenkassen gemeinsam vereinbart werden. Im Verfahren der Einführung des neuen Vergütungssystems ist den Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung zu tragen. Bis zum Jahr 2016 sollen alle Krankenhäuser eine Vereinbarung nach § 6 Abs. 4 der BPfIV zur vollständigen Umsetzung der Psych-PV schließen können. Die entsprechende Umsetzung ist durch eine gesetzliche Meldepflicht und eine externe Kontrolle sicherzustellen. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung wird bei Nichtbeteiligung an der regionalen Pflichtversorgung ein Abschlag je Berechnungs- und Belegungstag gefordert. Die Auswirkungen von Modellvorhaben sind im Vergleich zur Regelversorgung zu evaluieren. Erkenntnisse aus den Modellvorhaben sollen dem Bundestag und den Bundesländern vorgelegt werden. Ergänzend sollen geänderte Erlösausgleichssätze und der nach § 10 Abs. 6 KHEntgG zu entwickelnde Orientierungswert Anwendung finden.

### Stellungnahme

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 wurde der Selbstverwaltung durch § 17 d KHG der Auftrag erteilt, bis zum Jahr 2013 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem für voll- und teilstationäre Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu entwickeln. Sowohl die Regelungen im § 17 d KHG als auch das nun im Entwurf vorliegende Psych-Entgeltgesetz sehen einen eigenständigen vom Vergütungssystem des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) unabhängigen Rahmen vor.



Gleichwohl weisen die beiden Vergütungssysteme für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen viele Gemeinsamkeiten auf. Dies könnte bedeuten, dass langfristig ein einheitlicher Finanzierungsrahmen für Somatik und Psychiatrie/ Psychosomatik mit dem Ziel der Integration der Versorgung psychisch Kranker unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten anzustreben ist.

Den Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im neuen Vergütungssystem grundsätzlich durch die leistungsorientierte Ausrichtung Rechnung getragen. Der unterschiedliche Aufwand der Behandlung von medizinisch unterschiedlichen Patientengruppen wird durch die Kalkulation von pauschalierten Entgelten auf Basis der tatsächlichen Kosten von ausgewählten Krankenhäusern berücksichtigt. Die Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erfolgt auf der Grundlage von Daten aus einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Da bei diesen ca. 45 Prozent über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen, ist von einer differenzierten und sachgerechten Abbildung der spezifischen Besonderheiten auszugehen.

Eine Notwendigkeit der Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV wird vom GKV-Spitzenverband nicht gesehen. Die Forderung nach der Sicherstellung der Umsetzung der mit den Krankenhäusern vereinbarten und von den Krankenkassen finanzierten Stellenausstattung wird unterstützt. In der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 5 (§ 3 neu BPfIV) des PsychEntgG wird daher auch eine Bestätigung über die Besetzung der im Rahmen der Psych-PV gewährten Stellen durch ein Testat des Jahresabschlussprüfers gefordert.

Zur Forderung eines Abschlags bei Nichtteilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung, zur Forderung von für Krankenhäuser verbesserten Erlösausgleichssätzen sowie zur Einführung eines Orientierungswertes wird auf die Stellungnahme zum PsychEntgG sowie zum sonstigen Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in Kapitel III verwiesen.



## Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2012

zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP  
(A.-Drs. 17(14)0254)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung  
eines pauschalierenden Entgeltsystems für  
psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen  
(Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)

## Inhaltsverzeichnis

### Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP

(Ausschussdrucksache 17(14)0254) .....	3
Änderungsantrag 1 und 2.....	3
§ 2 KHEntgG und § 2 BpflV n.F. – Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen .....	3
Änderungsantrag 3.....	6
§ 118 a Geriatrische Institutsambulanzen.....	6



## Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0254)

### Änderungsantrag 1 und 2

§ 2 KHEntgG und § 2 BPfIV n.F. – Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen auch allgemeine Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärzte erbracht werden können. Das Krankenhaus hat hierbei sicherzustellen, dass diese Ärzte für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärzte gelten.

#### B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die geplante Neuregelung ab und konkretisiert erforderliche Übermittlungspflichten der Krankenhäuser.

Sollte es dennoch zur Umsetzung der vorgeschlagenen Änderung kommen, sollte sich die geplante Ausweitung der Nutzung nicht am Krankenhaus angestellter Ärzte durch das Krankenhaus auf niedergelassene Vertragsärzte beschränken, wie dies auch bereits bei den Änderungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) in Bezug auf die §§ 115 a und 115 b geschehen ist. Die größten Bedenken bestehen aber hinsichtlich der verstärkten Fehlanreize der geplanten Änderung. Dies bezieht sich insbesondere auf die Schaffung von angebotsinduzierter Nachfrage durch mögliche Auswirkungen auf das Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte. In der Diskussion zu den Ursachen der jährlichen Ausgabensteigerungen im stationären Bereich ist aktuell die Mengenentwicklung ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Lediglich ein Prozent der jährlichen Casemixsteigerungen in Höhe von drei Prozent kann durch einen Morbiditätsanstieg der Patienten erklärt werden. Ein großer Teil der Leistungssteigerungen kann nicht ohne Weiteres klar begründet werden. Vieles deutet darauf hin, dass Leistungserbringer aufgrund ökonomischer Anreize auch medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen erbringen. Weitere Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen werden weitere Casemixsteigerungen zur Folge haben und diesen Tatbestand noch verstärken. So hätte in Zukunft bspw. der einweisende niedergelassene Arzt, der gleichzeitig am Krankenhaus operiert und dafür außerhalb seines



Budgets vom Krankenhaus vergütet wird, einen finanziellen Anreiz, stationär einzuweisen. Dies muss aus Sicht der GKV unter allen Umständen unterbunden werden. Es ist nicht im Interesse der Krankenkassen, jedwede, im Abrechnungsverhalten nicht mehr überprüfbare Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen zu ermöglichen. Verdeckte Tätigkeiten dürfen nicht durch Krankenkassen finanziert werden.

Da es für die Krankenkassen im Falle der Umsetzung der geplanten Regelung möglich sein muss, im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung die an den niedergelassenen Vertragsarzt hinsichtlich Qualitätssicherung und Zulassung gestellten Anforderungen zu überprüfen, sind in der Abrechnung die lebenslange Arztnummer jedes im Krankenhaus tätigen niedergelassenen Vertragsarztes und die jeweilige Betriebsstättennummer des Krankenhauses auszuweisen.

Dies gilt im besonderen Maße auch für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im niedergelassenen Bereich. Hierzu muss nachvollziehbar sein, welcher Arzt wo in welchem Umfang tätig ist. Andernfalls ist eine Bedarfsplanung im Sinne der Steuerung von Ressourcen unmöglich.

Die Vergabe der lebenslangen Arztnummer sollte darüber hinaus künftig durch die Bundesärztekammer erfolgen, um Neutralität im Hinblick auf die Versorgungssektoren zu erreichen.

Weiter sei darauf hingewiesen, dass die geplante Änderung das endgültige Aus für das Belegarztwesen darstellt. Sollten nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte alle im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses erbringbaren, stationären Leistungen im Rahmen der Kooperation erbringen dürfen, ist das Belegarztwesen obsolet. Die bestehenden Kostenvorteile des Belegarztwesens entfielen, es entstünden Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung. Konsequenterweise sollte dann auch § 121 SGB V „Belegärztliche Leistungen“ gestrichen werden.

Schon im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), welches zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, wurden Kooperationsmöglichkeiten insbesondere auch niedergelassener Ärzte mit Krankenhäusern im Bereich des § 115 a und § 115 b SGB V gesetzlich verankert. Auch im Rahmen der damaligen Stellungnahme zum GKV-VStG hat der GKV-Spitzenverband betont, dass ein ungeordnetes Nebeneinander der verschiedenen Ordnungsrahmen niedergelassener Vertragsärzte und ambulant tätiger Krankenhäuser bei gleichzeitiger Möglichkeit der Ko-



operation mit Honorarärzten weniger „sinnvoll funktionierende Zusammenarbeit“ ist als ungeordnete Abrechnungspraxis je nach Gebührenordnungshöhe und Gusto.

Statt einer Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten auf allgemeine Krankenhausleistungen ist es aus Sicht der GKV notwendig, zunächst die Entwicklung der mit dem GKV-VStG geschaffenen neuen Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten Versorgung näher zu untersuchen. Zur genaueren Analyse der Nutzung derartiger Kooperationen ist es notwendig, die im Rahmen des § 115 a und § 115 b SGB V tätigen Leistungserbringer identifizieren zu können. Vor diesem Hintergrund ist eine Erweiterung des Abrechnungsdatensatzes um die Betriebsstättennummer sowie die lebenslange Arztnummer des leistungserbringenden Arztes notwendig.

C) Änderungsvorschlag

1. Streichung der Neuregelung des § 2 KHEntgG sowie des § 2 BPfIV n.F.
2. Es ist in § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Nummer 10 zu ergänzen:  
„10. Angaben über Leistungen mit Kennzeichnung der lebenslangen Arzt- und Betriebsstättennummer, die durch nicht fest angestellte niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbracht werden.“



### Änderungsantrag 3

#### § 118 a Geriatrische Institutsambulanzen

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, geriatrische Institutsambulanzen zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die nähere Ausgestaltung des Inhalts, des Umfangs, der betreffenden Patientengruppen, der Voraussetzung an die Leistungserbringung und der Anforderungen an die Qualitätssicherung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Kommt eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande, ist eine Konfliktlösung über ein erweitertes Bundesschiedsamt vorgesehen.

##### B) Stellungnahme

Die Zielrichtung des Paragraphen zur Etablierung von geriatrischen Institutsambulanzen ist grundsätzlich sinnvoll. Spezifische geriatrische Fachkompetenz ist derzeit fast ausschließlich im Bereich der stationären Versorgung etabliert. Eine qualifizierte, ambulante Behandlung geriatrischer Patienten sollte sich der geriatrischen Fachkompetenz der Krankenhäuser bedienen dürfen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die beabsichtigte Regelung hinsichtlich folgender Punkte zu begrüßen:

- Es wird ein notwendiger, starker inhaltlicher Bezug zur geriatrischen Fachkompetenz durch die Bindung der Leistungserbringung an geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger geriatrischer Abteilung sowie Krankenhausärzte (fachärztliche Leitung, geriatrische Weiterbildung) hergestellt.
- Im Vordergrund steht die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung (insb. bei der Diagnostik und der Aufstellung eines Behandlungsplans). Nur in Ausnahmefällen und zeitlich begrenzt übernimmt die geriatrische Institutsambulanz die geriatrische Behandlung. Damit wird der Hausarzt nicht aus der Gesamtverantwortung entlassen und bleibt „Manager“ der Patientinnen und Patienten.
- Die Bedarfsabhängigkeit durch zeitlich befristete Ermächtigungen kommt dem Gedanken der Vermittlung geriatrischer Kompetenzen durch Krankenhäuser in den vertragsärztlichen Bereich gezielt dort entgegen, wo nicht bereits ambulante geriatrische Versorgungskonzepte bestehen. Bestehende regionale Versorgungskonzepte sollen durch die Regelung nicht nachteilig tangiert werden. Bereits existierende Strukturen bleiben erhalten, fehlende Strukturen werden ergänzt. Eine grenzenlose Öffnung der Einrichtungen zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten soll vermieden werden.



- Ein paritätisch mit Kostenträgern und Leistungserbringern besetztes Schiedsamt verhindert eine Blockade der geplanten Regelung und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Krankenkassen als Kostenträger paritätisch mitbestimmen sollten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedürfen folgende Punkte der geplanten Regelung einer Veränderung:

- Es sollte die im Rahmen der Diskussion um die spezialärztliche Versorgung vorgeschlagene grundsätzliche Neuordnung aller ambulanten Leistungsbereiche der Krankenhäuser vom Gesetzgeber aufgegriffen werden. Die Vielzahl der bestehenden unterschiedlichen Ordnungsrahmen ambulanter Krankenhausleistungen sollte perspektivisch vereinheitlicht werden. Weitere Einzellösungen, wie auch die Neuregelung zu den geriatrischen Institutsambulanzen, sind vor diesem Hintergrund nicht zielführend und stehen einer Harmonisierung der Leistungsbereiche eher im Wege.
- Da der Sinn der Neuregelung in der Unterstützung und Transmission von geriatrischen Kompetenzen durch Krankenhäuser in den vertragsärztlichen Bereich gesehen wird, sollte dies nicht nur in der Begründung zum Ausdruck kommen, sondern auch explizit im Gesetzestext Erwähnung finden.
- Es bedarf dringend einer klaren Abgrenzung der Leistungen der geriatrischen Institutsambulanz zu Leistungen der Pflege und der Rehabilitation.
- Bestehende unterschiedliche regionale Versorgungskonzepte sollten durch die Regelung nicht nachteilig tangiert werden. Diese Formulierung der Begründung sollte auch explizit im Gesetzestext aufgenommen werden.

Der GKV-Spitzenverband schätzt die Mehrkosten, die aufgrund der Umsetzung des § 118 a (neu) entstehen, auf jährlich ca. 21 Mio. Euro. Ein kompensierender, finanzieller Substitutionseffekt durch den Wegfall stationärer Fälle wird nicht erwartet, da die stationären, geriatrischen Kapazitäten eine Auslastung von nahezu 100 Prozent aufweisen und mithin derzeit substituierte, stationäre geriatrische Fälle sofort durch neue ersetzt werden.

#### C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Nr. 2 sollten die Wörter „Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe“ durch die Wörter „multipler Erkrankungen mit komplexen Beeinträchtigungen“ ersetzt werden.

In Absatz 2 Nr. 4 sollten die Wörter „in welchen Fällen“ durch die Wörter „für welche Leistungen“ ersetzt werden.



Nach Absatz 1 Satz 3 sollte folgender Satz 4 ergänzt werden: „Die Leistungen der Rehabilitation und Pflege sind nicht Teil der geriatrischen Institutsambulanz.“

In Absatz 1 Satz 3 sollte nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder Fachabteilungen“ ergänzt werden.

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 sollte nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder Fachabteilungen“ ergänzt werden.

