



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0033(12)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG-ÄÄ
20.05.2014

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 19.05.2014

**zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014
– Ausschussdrucksachen 18/140030 (2), (3) und (5) –
zu dem Entwurf eines GKV–Finanzstruktur– und
Qualitäts–Weiterentwicklungsgesetzes – GKV–FQWG)
(Bundestagsdrucksache 18/1307)**

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



Inhaltsverzeichnis

Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD	3
Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 132e SGB V) – keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen.....	3
Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD	5
Zu Artikel 1 Nummer 4b – neu – (§ 134a SGB V) – Versorgung mit Hebammenhilfe	5
Vorbemerkung:	5
Zu § 134a Absatz 1 Satz 2 SGB V	6
Zu § 134a Absatz 1a SGB V	7
Zu § 134a Absatz 1b SGB V – NEU –	10
Zu § 134a Absatz 1c SGB V – NEU –	13
Zu § 134a Absatz 3 SGB V – NEU –	15
Weitergehender Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes	16
§ 134a Absatz 1d SGB V – NEU –	16
§ 301a Abs. 1 SGB V, Sätze 4 und 5 – NEU –	17
Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD	18
Zu Artikel 16a Nummer 1 Buchstabe a) und b) – neu – (§ 17c Abs. 4 KHG) – Schlichtungsausschüsse auf Landesebene	18
Zu Artikel 16a Nummer 2 – neu – (§ 17d KHG), Artikel 16b – neu – (§§ 3, 4, 6, 10, 11, 15, 18 und Anlage BPfIV) und Artikel 16c – neu – (Artikel 8 PsychEntgG) – Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems.....	22
Ergänzender Änderungsbedarf Psych-PV.....	25

Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 132e SGB V) – keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit der Krankenkassen, innerhalb eines Versorgungsgebietes Exklusivrabattverträge zur Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen zu schließen, soll abgeschafft werden. Eingeführt werden soll eine Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur Impfstoffversorgung mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmen innerhalb eines Versorgungsgebietes. Mit der Regelung soll eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen besser gewährleistet werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung zielt auf die Sicherung der Versorgung bei Versorgungsengpässen. Lieferengpässe bei Impfstoffen kommen gelegentlich vor. Hierfür werden regelmäßig die Rabattverträge der Krankenkassen verantwortlich gemacht, was jedoch nicht den Tatsachen entspricht. Aktuell diskutierte Engpässe betrafen Impfstoffe, für die lediglich in einem Bundesland Rabattverträge vorlagen. Auch die Lieferunfähigkeit der Firma Novartis in der Grippe-saison 2012/2013 war rein produktionstechnisch begründet.

Bereits mit der letzten Ergänzung des § 132e Abs. 2 SGB V durch Gesetz vom 07.08.2013 wurden Vertragsinhalte zur Absicherung der Versorgung verpflichtend vorgeschrieben. Die aktuell geschlossenen Verträge berücksichtigen diese Sachverhalte.

Die vorgesehene Regelung ist auch nicht für alle Impfstoffe umsetzbar, da nicht immer zwei Hersteller am Markt sind. Es gibt Impfstoffe, die nur von einem Hersteller ausgebaut werden (Beispiel: 6fach Impfstoff im Kindesalter).

Außerdem unterbindet die Regelung einen Preiswettbewerb bei den Herstellern, die nicht kosteneffektive Impfstoffe auf den Markt bringen, die aber aufgrund der Regelungen in § 20d SGB V gleichwohl Eingang in die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesaus-schusses finden müssen (Beispiel: Impfung gegen Rotaviren).

Darüber hinaus begegnet die Neuregelung erheblichen vergaberechtlichen Bedenken. Das Vergaberecht ist beim Abschluss von Rabattverträgen zwingend anzuwenden. Derzeit sehen die vergaberechtlichen Regelungen keine Möglichkeit vor, innerhalb eines Loses genau zwei Zuschläge zu erteilen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 4 von 25

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 5 von 25

Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Zu Artikel 1 Nummer 4b – neu – (§ 134a SGB V) – Versorgung mit Hebammenhilfe

Vorbemerkung:

Zusätzlich zu den einzelnen Stellungnahmen in den Änderungsanträgen zu § 134a SGB V sind weitere gesetzliche Änderungen herbeizuführen, die aus dem Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom 29.04.2014 hervorgehen. Ziel ist es, Qualität und Transparenz über das Versorgungsgeschehen und die Vergütungssituation zu erhalten.

Zu § 134a Absatz 1 Satz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Einfügung in § 134a Abs. 1 Satz 2 soll die Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich des Entbindungsortes unmittelbar in die Vertragsgrundsätze aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in § 24f SGB V neben dem bisherigen Anspruch auf eine Entbindung in einem Krankenhaus oder eine andere Einrichtung (Bezug § 197 RVO) den Anspruch auf eine ambulante Entbindung ausdrücklich geregelt. Die Aufnahme dieser Regelung in die Vertragsgrundsätze ist daher nicht erforderlich.

Es ist darauf hinzuweisen, dass der Anspruch der Versicherten auf eine Hausgeburt oder Geburtshausgeburt dort enden muss, wo im Falle einer Notfallverlegung das nächste Krankenhaus zu weit entfernt ist (weitere Anmerkungen hierzu siehe Änderungsregelung zu Abs. 1a).

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Zu § 134a Absatz 1a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Änderung des Abs. 1a soll für die ausstehende Vereinbarung von Qualitätsanforderungen eine Frist für die Umsetzung bis zum 31.12.14 vorgegeben werden.

B) Stellungnahme

Damit eine Vereinbarung zu Leistungsbeschreibung und Qualitätssicherung für außerklinische Geburten bis Jahresende geschlossen werden kann, wäre eine Festlegung der wichtigsten Qualitätsanforderungen in den gesetzlichen Regelungen notwendig, wie z. B.

- Mindestanzahl pro Geburten je freiberuflich tätiger Hebammen p.a.,
- Begrenzung der Zeiten zur Erreichbarkeit von Kliniken bei der Notfallverlegung unter der Geburt (Verlegungsquote liegt insgesamt bei 20 %).

Eine Regelung von einer Mindestanzahl von Geburten p.a. durch freiberuflich tätige Hebammen in den Vereinbarungen ist notwendig, damit nicht immer mehr Hebammen immer weniger Geburten durchführen und damit die Qualität der Versorgung sinkt.

Mütterliche oder kindliche Notlagen sind so schnell wie möglich zu beenden, um die Gefahr für bleibende Schäden des Kindes so gering wie möglich zu halten. Hier sollte den von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie formulierten Voraussetzungen zum Führen einer geburtshilflichen Abteilung gefolgt werden. Demnach darf die Entschluss- Entwicklungszeit, also die Zeitspanne vom Entschluss zum Notfallkaiserschnitt bis zur Geburt des Kindes, 20-Minuten nicht überschreiten (DGGG 1992, DGGG 1995).

Es sollte die vor dem PNG geltende Textpassage wieder eingefügt werden, da das Geburtshausgeschehen i.d.R. teambezogen ist und die Einrichtung strukturelle und prozessuale Anforderungen benötigt (Liegendtransport beim Notfall, Hygieneanforderungen, Bereitschaftsdienstpläne, Qualitätsmanagementhandbuch für alle dort tätigen Hebammen).

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung in Absatz 1a wird wie folgt ergänzt:

„¹Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. ²Die Qualitätssicherung in

von Hebammen geleiteten Einrichtungen bleibt hiervon unberührt.³Die Vereinbarungen sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwändige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.“

Folgeänderung, Einfügung in Abs. 1 Satz 1:

*„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen, **die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen**, die Qualität der Hebammenhilfe sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen.“*

Weitere Ergänzungen sind notwendig, da in den Vertragsverhandlungen mit den Hebammenverbänden kein Konsens über die Mindestmengenregelungen für Geburten von freiberuflich tätigen Hebammen und Transportzeitenbegrenzung bei der Notfallverlegung von außerklinisch nach klinisch erreicht werden konnte und entsprechende Inhalte im Rahmen eines Schiedsverfahrens kaum festlegt werden können. Eine Alternative für eine dann notwendig werdende Ersatzvornahme beim Scheitern der Vertragsverhandlungen könnte die nachfolgende Formulierung des neuen Satzes 5 im Absatz 1a bieten. Der Satz 6 regelt ein Mitbestimmungsrecht des GKV-Spitzenverbandes, der letztlich die Kostensteigerungen übernehmen soll, zu dem Inhalt und zur Ausgestaltung der Berufshaftpflichtversicherungen. Damit wird sichergestellt, dass nur die Geburten versichert sind, die nach Berufsrecht der Hebamme und dem Vertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V zu Lasten der Krankenkassen betreut werden.

„⁵ In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind Regelungen über eine Mindestanzahl von Geburten durch freiberuflich tätige Hebammen sowie Vorgaben zur maximalen Dauer einer Notfallverlegung in das nächstgelegene Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung zu treffen. ⁶Darüber hinaus sind Anforderungen an den Inhalt und die Ausgestaltung der Berufshaftpflichtversicherung zu vereinbaren; dabei ist eine Verpflichtung der Versicherungsun-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 9 von 25

ternehmen zur anonymisierten Übermittlung der Schadensfälle und Schadenshöhen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorzusehen.“

Zu § 134a Absatz 1b SGB V – NEU –

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch einen neuen Abs. 1b soll ab dem 1.7.2015 ein nachgehender, jeweils antragsbedürftiger Sicherstellungszuschlag zum Ausgleich der wirtschaftlichen Interessen von den Hebammen eingeführt werden, die „zu geringe Geburtszahlen“ haben. Der GKV-Spitzenverband soll die Beträge auszahlen.

B) Stellungnahme

Sicherstellungszuschläge für Leistungen der Geburtshilfe können unter besonderen Voraussetzungen ein sinnvolles Instrument sein. Dies ist der Fall, wenn eine Hebamme aufgrund regionaler Strukturen zwar nur wenige Geburten begleiten kann, aber zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Eine besondere Bedarfsplanung/Sicherstellung für unter 2 % der Geburten erscheint schwer umsetzbar. Hierbei ist auch zu bedenken, dass die notwendigen geburtshilflichen Kapazitäten in Deutschland über die Krankenhauspläne der Länder sichergestellt werden. Insbesondere ist hierbei zu beachten, dass eine Sicherstellung der Versorgung mit geburtshilflicher Betreuung durch außerklinische Hebammen in solchen Regionen nur dann möglich ist, wenn eine geburtshilfliche Klinik in der Nähe ist.

Es kann nicht Aufgabe eines Sicherstellungszuschlages sein, die Folgen einer eventuellen Überversorgung mit Hebammenleistungen in Ballungsgebieten abzufedern oder Nachteile der freien unternehmerischen Entscheidung einer Hebamme, nur in geringem Umfang tätig zu sein, zu kompensieren. Eine solche Ausgestaltung widerspricht dem für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Gebot einer wirtschaftlichen und effektiven Leistungserbringung. Zudem könnte hierdurch ein Anreiz für Hebammen geschaffen werden, nur wenige Geburten zu erbringen, mit der Gefahr, dass die Leistungserbringeranzahl bei immer weniger Geburten stark steigt und damit die Qualität zu sinken droht.

Sicherstellungszuschläge sind dann ein sinnvolles Instrument, wenn einerseits unter Qualitätsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung des Anspruchs der Schwangeren/Entbindenden auf Patientensicherheit eine Mindestmengenregelung (Anzahl der Geburten p.a.) und Begrenzung der Fahrzeiten bei Verlegung im Notfall gesetzlich verankert wird (siehe Ausführungen zu Abs. 1a) und andererseits Hebammen mit vielen Geburten, die den Anstieg der Haftpflichtversicherung überzahlt bekommen, an dem Sicherstellungszuschlag/Ausgleich für die Hebammen mit wenigen Geburten finanziell beteiligt werden. So könnte das gegenwärtig bestehende Problem einer Überkompensation bei Hebammen mit vielen Geburten gelöst werden.

Schließlich ist die Einbeziehung des GKV-Spitzenverbandes in die Abwicklung eines Sicherstellungszuschlages problematisch. Der GKV-Spitzenverband verfügt nicht über die zu einer Auszahlung notwendigen Daten. Der Änderungsvorschlag löst nicht das Kernproblem der seit vielen Jahren sukzessiven Prämienanstiege bei den anbietenden zwei Versicherungskonsortien. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, dass jede Hebamme, die die Mindestmengenregelung nach Abs. 1a und die Qualitätsanforderungen einhält, einen Antrag inkl. der notwendigen Unterlagen beim GKV-Spitzenverband einreicht. Hierfür erbringt sie einen Nachweis über alle im vorausgegangenen Kalenderjahr betreuten Geburten. Der sich aus der Höhe der Police ab 1.7.2015 abzüglich der Höhe der Police vor dem 1.7.2010 resultierende Haftpflichtbetrag (jeweils Höhe der Policen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden) wird ausgeglichen. Hierfür unerlässlich ist eine Bereinigung der Vergütungssätze um die Haftpflichtkostensteigerungszuschläge seit 2010, da seitdem mehrfach die Haftpflichtkostensteigerungen ausgeglichen wurden. Die hierfür notwendigen Finanzmittel müssten die Krankenkassen nach einem Umlageschlüssel z. B. auf der Grundlage der KM 6-Daten an den GKV-Spitzenverband entrichten.

Mit dem Alternativvorschlag wird eine Definition hinfällig, unter welchen Bedingungen ein Anspruch auf einen individuell unterschiedlich hohen Sicherstellungszuschlag besteht. Der Verteilungsmechanismus wäre bei dem vorgeschlagenen Modell individuell auf den Bedarf einer jeden einzelnen Hebamme ausgerichtet. Das Problem einer Unter- oder Überfinanzierung einzelner Hebammen - in Abhängigkeit der Anzahl der betreuten Geburten, wäre beseitigt.

C) Änderungsvorschlag

Folgende Neuformulierung:

„(1b) ¹Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Ausgleich der Haftpflichtkostensteigerung. ²Die Auszahlung des Ausgleichs erfolgt auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. ³Dabei hat die Hebamme bis zum 30. Juni eines Jahres beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen für das jeweils vorausgegangene Kalenderjahr die Erreichung der Mindestgeburtenanzahl nach Absatz 1a Satz 5 nachzuweisen. ⁴In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. ⁵Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Ausgleichs in Abhängigkeit von der Mindestmengenregelung nach Abs. 1a, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden und der Höhe des zu entrichtenden Steigerungsbetrages der Haftpflichtprämie, die Anforderun-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 12 von 25

gen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten. ⁶Dabei muss die Hebamme gewährleisten, dass sie bei geringer Geburtenzahl eine unterjährige Haftpflichtversicherungsform in Anspruch nimmt. ⁷Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Hebammenantrag zu prüfen. ⁸Die Hebamme muss hierfür die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geforderten Nachweise vorlegen.

Folgeänderung:

§ 134a Abs. 1 Satz 3 ist zu streichen, da die Kostensteigerung der Haftpflichtprämien mit dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes umfassend für alle Hebammen gerecht ausgeglichen wird.

Zu § 134a Absatz 1c SGB V – NEU –

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch einen neuen Abs. 1c soll ein Vorabzuschlag auf die Sicherstellungszuschläge eingeführt werden, der für Geburten vom 01.07.14 bis 30.06.15 zu zahlen ist. Dieser Zuschlag soll auch für Geburten durch Beleghebammen in einer 1:1-Betreuung (also ohne Schichtdienst) gelten.

B) Stellungnahme

Ein allgemeiner, nicht antragsbedürftiger Zuschlag für Geburtshilfeleistungen vom 01.07.2014 bis zum 30.06.2015 – wie in Absatz 1c vorgesehen – wird nicht erforderlich, wenn die Verhandlungspartner vor dem 30.06.2014 im Rahmen ihrer Verhandlungen eine entsprechende Anpassung der Vergütungsstruktur vereinbaren. Dies würde eine nachgehende finanzielle Abwicklung eines Zuschlages erübrigen. Die Krankenkassen haben den Kostenanstieg der Haftpflichtversicherungsprämien für Hebammen-Leistungen in den vergangenen Jahren vollständig ausgeglichen. Eine entsprechende Anhebung des Bundeszuschusses gemäß § 221 SGB V für diese versicherungsfremden Leistungen ist nicht erfolgt.

Zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband wurden seit dem Jahr 2010 insgesamt die folgenden Erhöhungsbeträge je Geburt zum Ausgleich der Berufshaftpflichtversicherungskostensteigerung vereinbart:

Hausgeburt: Von der derzeitigen Vergütung in Höhe von 707,33 Euro (830,64 Euro inkl. Nacht-/Wochenendzuschlag) entfallen allein 190,75 Euro je Geburt auf die Steigerung der Haftpflichtprämie.

Entbindung im Geburtshaus: Von der derzeitigen Vergütung von 563,25 Euro (668,23 Euro inkl. Nacht-/Wochenendzuschlag) entfallen allein 138,35 Euro je Geburt auf die Steigerung der Haftpflichtprämie.

In der Arbeitsgruppe „Haftpflicht“ am 31. März 2014 wurden den Hebammenverbänden von Seiten des GKV-Spitzenverbandes drei konkrete Verteilungsmöglichkeiten des errechneten Abfinanzierungsvolumens von knapp 2 Mio. Euro (Anzahl der Versicherungspolizen von Hebammen mit Geburtshilfe der Bayerischen Versicherungskammer und der Nürnberger Versicherung multipliziert mit dem Steigerungsbetrag ab 1. Juli 2014) auf die jeweiligen Gebührenpositionen unterbreitet.

Die Datengrundlage hierfür bildeten nicht – wie bisher – allein die Abrechnungsfrequenzen der Krankenkassen aus 2011 sondern darüber hinaus auch die Anzahl der Hebammen je Kol-

lektiv lt. Berechnungen des DHV (auf der Datengrundlage von HebRech). Folglich wurde dem Wunsch der Hebammenverbände, die unterschiedlichen Tätigkeitsspektren (reine Hausgeburtshebamme, Hausgeburtshebamme, die auch 1:1 Beleggeburten durchführt, Geburtshaushebamme, die auch als Beleghebamme im Schichtdienst tätig ist usw.) zu berücksichtigen, entsprochen.

Somit wäre ab 1. Juli 2014 sichergestellt, dass auch Hebammen, die nur wenige Geburten im Jahr betreuen, durch die Prämie zur Haftpflichtversicherung nicht überbelastet werden. Für Geburtsleistungen, bei denen typischerweise nur wenige Geburten betreut werden, ergeben sich mit den Modellrechnungen automatisch höhere Ausgleichsbeträge als bei der damaligen Verteilung, die allein auf Abrechnungsfrequenzen der Krankenkassen basierte. Die Vorschläge nach den Modellrechnungen sehen Haftpflichtzuschläge bis zu fast 140 Euro je Hausgeburt vor. Mit diesem Berechnungsmodell ab dem 1. Juli 2014 dürfte die Problematik für Hebammen mit nur wenigen Geburten bis 1. Juli 2015 bereits deutlich entschärft sein.

Zudem enthält der Formulierungsvorschlag zum Absatz 1c eine versorgungspolitisch problematische und unter Aspekten der Patientensicherheit umstrittene Neuregelung, die nicht zielführend ist. Danach soll der Zuschlag auch für Geburten durch „Beleghebammen in einer 1:1-Betreuung ohne Schichtdienst“ gelten. Hierbei handelt es sich um die ambulant von der Versicherten hinzugezogenen Hebamme im Rahmen einer Klinikgeburt. Da die qualitätssichernden Maßnahmen für diese Geburten über das QM der Klinik festgelegt sind, obliegt die Zulassung der 1:1-Beleggeburten ausschließlich den Krankenhäusern. Die Beleghebamme ist immer abhängig von der Entscheidung der Klinik, ob Sie dort diese Arten der Geburten durchführen werden kann. Zudem nutzen die Krankenhäuser die 1:1-Beleghebammen als Marketingmaßnahme. Die 1:1-Beleghebamme reduziert nicht die personelle Ausstattung im Krankenhaus. Vielmehr hat die angestellte Hebamme dann nichts zu tun oder ist zusätzlich verfügbar.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung des Abs. 1c ist zu streichen; ersatzweise wird Absatzes 1c wie folgt gefasst:
„Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Juli 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten und außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen ~~sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins-zu-eins-Betreuung ohne Schichtdienst~~, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 15 von 25

Zu § 134a Absatz 3 SGB V - NEU -

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch einen neuen Abs. 3 soll für Fristverletzungen unmittelbar die Schiedsstelle regelungsmächtig werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 16 von 25

Weitergehender Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes

§ 134a Absatz 1d SGB V - NEU -

A) Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes für eine Ergänzung des § 134a SGB V

„(1d) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst Beschlüsse zur Schaffung von Transparenz über das ambulante und stationäre Geburtsgeschehens, indem dieser die Ergebnisse der klinischen zuzüglich der Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe darstellt.“

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber hatte im Rahmen des zweiten Fallpauschalen-Änderungsgesetzes die Aufnahme von Geburtshäusern in das SGB V geregelt. Allerdings fehlte die Anpassung der weiterführenden Regelungen zur Aufnahme der außerklinischen Entbindungen in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Demzufolge fehlen bei der Ergebnisqualität hinsichtlich der Geburten in Deutschland die Daten der außerklinischen Entbindung. Die derzeitige Qualitätssicherung in der Geburtshilfe berücksichtigt nach wie vor nur die klinischen Daten (vgl. hierzu § 137ff. SGB V), ein sektorenübergreifender Vergleich klinischer und außerklinischer Geburtshilfe ist bis dato nicht gegeben. Wenn klinische und künftig auch außerklinische Qualitätsergebnisse dann gemeinsam im Internet veröffentlicht würden, bestünde für die werdenden Eltern/Mütter eine ausreichende Entscheidungsgrundlage für die Wahl des Geburtortes.

§ 301a Abs. 1 SGB V, Sätze 4 und 5 - NEU -

A) Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes für eine Ergänzung des § 301a Abs. 1 SGB V

„⁴ Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten nach Satz 1 in der von ihm bestimmten Form, soweit diese Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben nach § 134a dieses Buches erforderlich sind.“

B) Stellungnahme

Auf der Seite der Krankenkassen ist das bundesweit ausschließliche Vertragsrecht nach § 134a SGB V für die Verträge mit Hebammen und mit von Hebammen geleiteten Einrichtungen dem GKV-Spitzenverband zugewiesen. Der GKV-Spitzenverband führt darüber hinaus das bundesweite Verzeichnis der zugelassenen und abrechnungsberechtigten Hebammen und Geburtshäuser. Die Verträge gelten für alle Krankenkassen einheitlich bundesweit. Die Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgaben erfordert die Verfügbarkeit vollständiger krankenkassenübergreifender Abrechnungsdaten beim GKV-Spitzenverband als Basis für die Vertragsverhandlungen sowie für die Umsetzung und Prüfung eines Sicherstellungszuschlages für Hebammen mit wenigen Geburten auf Antrag nach 1 b. Allein die Zusammenführung der Daten kann gewährleisten, dass die betroffenen Hebammen mit wenigen Geburten überhaupt identifiziert werden können und stellt sicher, dass die Krankenkassen nicht unberechtigter Weise zu hohe Haftpflichtzuschläge auszahlen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 18 von 25

Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Zu Artikel 16a Nummer 1 Buchstabe a) und b) – neu – (§ 17c Abs. 4 KHG) – Schlichtungsausschüsse auf Landesebene

Vorbemerkung Schlichtungsausschüsse auf Landesebene:

Bereits im Stellungnahmeverfahren zum Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurde seitens des GKV-Spitzenverbandes die gesetzliche Neuregelung zur Errichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene nicht befürwortet. Auch die hier vorgesehenen Änderungen zu den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene werden nicht begrüßt.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich explizit dafür aus, zunächst die vorgesehenen Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene und zum Näheren des Prüfverfahrens zur Einzelfallprüfung auf Bundesebene wirken zu lassen und die organisatorische Überfrachtung der Landesebene zurückzunehmen.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Es wird klargestellt, dass im Rahmen der näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses auf Landesebene auch Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben zu treffen sind.

Buchstabe b)

Um eine flächendeckende Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene zu gewährleisten, wird durch die vorgesehenen Regelungen eine Konfliktlösung eingeführt. Es wird vorgegeben, dass im Falle der Nichteinigung auf eine Vereinbarung zur Errichtung der Landesausschüsse die Landesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei entscheidet.

Wenn bis zum 31.08.2014 kein arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss auf Landesebene besteht, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu dessen Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG wahrzunehmen.

Die Landesschiedsstelle kann für die übergangsweise Wahrnehmung der Aufgabe des Schlichtungsausschusses einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten. Auch der vorläufige Schlichtungsausschuss muss paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und Krankenhäuser und einem unparteiischen Vorsitz besetzt sein.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zum 01.08.2013 bereits umfangreiche Regelungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung getroffen. Erste gesetzgeberische Anforderungen wurden zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) bereits umgesetzt. So ist die Vereinbarung zur Errichtung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung grundsätzlicher Koordier- und Abrechnungsfragen abgeschlossen. Es laufen derzeit vorbereitende Maßnahmen für erste zu klärende Sachverhalte in diesem Schlichtungsausschuss. Es ist zu erwarten, dass langjährig streitige Sachverhalte geregelt werden und künftig die Zahl der Streitfälle reduziert werden kann.

Des Weiteren wird derzeit das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V bundeseinheitlich geregelt. Diese Vereinbarung ist für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Derzeit befindet sich diese Vereinbarung in

einer Klärung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG. Mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Krankenhausabrechnungsprüfung im Bundesgebiet ist zu rechnen.

Deshalb hält der GKV-Spitzenverband weitere Regelungen zur Errichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene anhand dieses Änderungsantrages nicht für notwendig. Eine solche Umsetzung ist in der Praxis mit erheblichen Problemen verbunden.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die gesetzliche Vorgabe zur Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ersatzlos zu streichen.

Die grundlegenden Probleme der Neuregelung des § 17 c Abs. 4 sowie des Abs. 4b KHG sind bereits in zwei gemeinsamen Schreiben der DKG und des GKV-Spitzenverbandes an das BMG (02.08.2013 sowie 08.04.2014) dargelegt worden. Als kostengünstigste, effektivste und am schnellsten umzusetzende Lösung haben beide Spitzenverbände vorgeschlagen, die Regelung zu den Landesschlichtungsausschüssen ersatzlos zu streichen.

In diesen Schreiben wurde dargelegt, warum bisher keine Schlichtungsausschüsse auf Landesebene errichtet worden sind. Ein ordnungsgemäßes Funktionieren der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene erfordert ein erhebliches Potenzial an personellen und sachlichen Mitteln. Es wurde ebenfalls auf die in vielen Ländern absehbare Menge der strittigen Abrechnungsfälle (jährlich ca. 195.000 Streitfälle bundesweit) und die absehbare Bürokratisierung des Schlichtungsverfahrens sowie die erheblichen Umsetzungsprobleme hingewiesen. Auch der Bundesrat hatte auf diese Probleme bereits im Rahmen der Begründung des von ihm formulierten Entschließungsantrages vom 05.07.2013 hingewiesen. Bei der zu erwartenden Schlichtungsmenge ist ausreichendes und entsprechend qualifiziertes Personal der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene erforderlich.

Neben den erheblichen organisatorischen Problemen, der schwierigen Rekrutierung qualifizierten Personals etc. wird auch die Sinnhaftigkeit dieser Regelung angezweifelt. Die Aufgabe der Streitschlichtung aus dem Einzelfall den Landesverbänden zu übertragen bedeutet, diese mit dem Tagesgeschäft und der regulativen Abwicklung dieses Streitpotenzials zu betrauen. Diese Aufgaben sind dort sachfremd angesiedelt, da nur übergeordnete Landesinteressen von den Landesverbänden wahrgenommen werden sollen.

Die aus den dargestellten Gründen nachvollziehbare, flächendeckende Nichtexistenz von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ist aus verfassungsrechtlichen Gründen besonders heikel. Da § 17 c Abs. 4b S. 3 KHG vorschreibt, dass Klagen zur Geltendmachung von aufgrund einer MDK-Prüfung festgestellten Forderungen bis zu einer Höhe von 2.000 Euro zwingend die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens auf Landesebene voraussetzen, eine Klage ansonsten unzulässig ist, ist es einer anspruchsberechtigten Partei momentan nicht möglich, zur Durchsetzung eines ihr zustehenden Anspruchs wirksam eine Klage vor einem

Sozialgericht zu erheben. Darüber hinaus wird die vom Gesetzgeber beabsichtigte Entlastung der Sozialgerichte durch dieses Instrument nicht erreicht. Die heute bereits vorhandene Bereitschaft von Krankenkassen und Krankenhäusern, sich bilateral zu einigen, wird eher negativ beeinflusst und bewirkt somit gerade das Gegenteil.

Die mitberatenden Ausschüsse des Bundesrates empfehlen dem Bundesrat für seine Sitzung am 23.05.2014 zudem ebenfalls die ersatzlose Streichung der Vorschrift.

Nur wenn der Gesetzgeber die naheliegende Problemlösungsmöglichkeit der vollständigen Streichung dieser Vorschriften nicht aufgreift, sollte die Regelung aufrechterhalten werden, die die Gebührenerhebung durch die Vertragspartner auf Landesebene gesetzlich verankert.

Die vorgesehene Regelung für den Fall, dass bis zum 31.08.2014 kein Schlichtungsausschuss gegründet ist, die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG als Konfliktlösungsmechanismus anzurufen, kann als tauglicher Ansatz verstanden werden, um die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene einem Ergebnis zuzuführen. Keinesfalls kann allerdings die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG die Aufgaben des Schlichtungsausschusses auf Landesebene übergangsweise wahrnehmen. Zum einem wird dadurch ein völlig sachfremder Spruchkörper zur Schlichtung herangezogen, der für die Klärung von Budgetfragen zuständig ist, nicht aber für die Bewertung des Ergebnisses einer MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V. Darüber hinaus stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG tätig werden soll, da ja gerade keine Verfahrensregelungen bestehen, sondern diese vielmehr eine solche Verfahrensregelung als Konfliktlösungsmechanismus festlegen soll.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen der Buchstaben 1 a) und 1 b) sowie die Regelungen nach § 17 c Abs. 4 und 4b KHG sind ersatzlos zu streichen.

**Zu Artikel 16a Nummer 2 – neu – (§ 17d KHG),
Artikel 16b – neu – (§§ 3, 4, 6, 10, 11, 15, 18 und Anlage BPfIV) und
Artikel 16c – neu – (Artikel 8 PsychEntgG)
– Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre

Der seit Anfang 2013 laufende Einführungsprozess des neuen Entgeltsystems wird unterbrochen und die Optionsphase um zwei Jahre verlängert. Dies bedeutet, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auch in den Jahren 2015 und 2016 noch frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Die verpflichtende Anwendung des neuen Vergütungssystems verschiebt sich dadurch um zwei Jahre auf das Jahr 2017. Die budgetneutrale Phase verlängert sich daher ebenfalls um zwei Jahre und dauert nunmehr bis einschließlich 2018. In der Folge verschiebt sich der Zeitraum der Konvergenzphase, in der die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte schrittweise an den Landesbasisentgeltwert angeglichen werden, ebenfalls um zwei Jahre auf die Jahre 2019 bis 2023. Die gesamte Einführungsphase des neuen Entgeltsystems verlängert sich somit um zwei Jahre.

Anreize zur Option in den Jahren 2015 und 2016

Außerdem werden zusätzliche finanzielle Anreize für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geschaffen, schon während der Optionsphase das neue Entgeltsystem freiwillig anzuwenden. Für die Jahre 2015 und 2016 wird die Möglichkeit eingeräumt, einen Budgetanstieg bis zum Zweifachen der ansonsten geltenden Obergrenze (Veränderungswert oder Grundlohnrate) mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Diese Möglichkeit gilt sowohl für die Einrichtungen, die ab dem Jahr 2015 oder 2016 das neue Entgeltsystem optional anwenden, als auch für die Einrichtungen, die bereits in den Jahren 2013 oder 2014 optiert haben.

B) Stellungnahme

Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre

Zur Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems gibt es keine vernünftige gesundheitspolitische Alternative. Da das neue Entgeltsystem als lernendes System konzipiert ist, hängt die kontinuierliche Weiterentwicklung in der Kalkulation und Klassifikation entschei-

dend von der Beteiligung der Krankenhäuser am System ab. Für die Jahre 2015 und 2016 ist bisher zwar die Anwendung der Vergütungssystematik verpflichtend, aber die Budgetfestlegung, d. h. die dem Krankenhaus insgesamt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, erfolgt weiterhin unabhängig davon. Durch den Grundsatz der Budgetneutralität ist sichergestellt, dass die Krankenhäuser keine durch das neue Vergütungssystem bedingten Verluste erleiden. Eine Prolongation der Optionsphase verlängert den ohnehin schon langfristig angelegten Zeitplan, ohne die Transparenz der psychiatrischen Versorgung als entscheidende Basis einer sachgerechten Weiterentwicklung zu verbessern.

Die Selbstverwaltungspartner haben Anfang April 2014 das DRG-Institut (InEK) mit einer substanziellen Weiterentwicklung beauftragt. Die entsprechende „Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG“ vom 01.04.2014 räumt die wesentlichen Kritikpunkte an der PEPP-Version der ersten beiden Systemjahre aus. Die Degression der Vergütung wird weitgehend abgemildert und besonders aufwendige Einzelleistungen, wie die Intensivbehandlung und die 1:1-Betreuung, können tagesbezogen abgebildet und vergütet werden. Dieser Beschluss der Selbstverwaltungspartner zeigt das große Interesse aller Beteiligten, das als lernendes System konzipierte Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik weiterzuentwickeln. Nur wenn das Vergütungssystem jetzt von den Einrichtungen angewendet und die Klassifikation medizinisch gehaltvoller ausgestaltet wird, kann das tatsächliche Leistungsgeschehen transparent gemacht werden und die längst überfälligen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorangebracht werden.

Die Verschiebung ist von Nachteil für die Versicherten und betroffenen Patienten. Akzeptiert man die Verzögerung als politisch gewollt, so sollte anstelle einer zweijährigen Optionsphasenverlängerung eine einjährige Verlängerung der Optionsphase und eine ebenfalls einjährige Verlängerung der budgetneutralen Phase treten. Nur so wird der Systemwechsel nicht wesentlich behindert. Die Krankenhäuser würden ebenso für einen längeren Zeitraum vor den finanziellen Auswirkungen der leistungsgerechten Ausgestaltung des Vergütungssystems geschützt und es könnte den vorherrschenden Ängsten entgegengewirkt werden.

Anreize zur Option in den Jahren 2015 und 2016

Bereits heute bestehen für die Krankenhäuser für die freiwillige Einführung des neuen Entgeltsystems Anreize. Für Optionshäuser gelten für diese Jahre deutlich verbesserte Mehr- und Mindererlösausgleichssätze. Damit sollen die mit der erstmaligen Ermittlung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte verbundenen Schätzfehlerrisiken verringert werden.

Durch Verlängerung der Optionsphase ist bei Fortführung der bisherigen Anreize mit Mehrausgaben in Höhe von 108 Mio. Euro für die gesetzlichen Krankenkassen zu rechnen.

Durch die Möglichkeit, mit den Kostenträgern einen Budgetanstieg bis zum Zweifachen der ansonsten geltenden Obergrenze zu vereinbaren, ergeben sich weitere Mehrausgaben für die Krankenkassen in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrages. Auf Basis der in der Begründung genannten Annahme einer Optionsquote von 40 % ergeben sich in den ersten beiden Jahren Mehrausgaben von 142 Mio. Euro, davon 70 Mio. Euro in 2015 und 72 Mio. Euro in 2016. Erzielen die Anreize die gewünschte Wirkung, muss bei einer höheren Optionsquote mit Mehrausgaben von bis zu 355 Mio. Euro gerechnet werden.

Da die vorgesehenen Änderungen das Budget der Einrichtungen jedoch basiswirksam auch für die Folgejahre erhöhen, ergeben sich für die gesamte budgetneutrale Einführungsphase zwangsweise weitere, in der bisherigen Kostenschätzung nicht berücksichtigte Mehrausgaben in Höhe von ca. 350 Mio. Euro (je 70 Mio. Euro von 2016 bis 2018 und 72 Mio. Euro in 2017 und 2018, bei einer Optionsquote von 40%).

Die Ausgestaltung der Optionsphase mit finanziellen Anreizen zur freiwilligen Einführung ist grundsätzlich sinnvoll. Weitere Anreize, die über die bereits bestehenden Anreize hinausgehen, sind jedoch eine inakzeptable Belastung der Beitragszahler und würden zudem die Akzeptanz des PEPP-Systems bei den Kostenträgern in den Budgetverhandlungen vor Ort belasten. Ersatzweise könnte, um die Belastungen der Solidargemeinschaft zu mildern, ein direkter Budgetanreiz durch einen Zuschlag in der verlängerten Optionsphase erfolgen. Dadurch kann ein Eingriff in die Systematik der Budgetermittlung vermieden und die Ausgabenwirkung anreizgerecht begrenzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen der Jahreszahlen in Artikel 16a Nummer 2, Artikel 16b und Artikel 16c sind im Sinne einer einjährige Verlängerung der Optionsphase bis zum Jahr 2015 sowie einer einjährige Verlängerung der budgetneutralen Phase von 2016 bis 2018 anzupassen.

Ersatzweise wird eine Änderung für einen zusätzlichen Optionsanreiz in Artikel 16b Nummer 1 Buchstabe c vorgeschlagen. Statt der erhöhten Obergrenze kann ein Zuschlag in Höhe von x % des Gesamtbetrages durch die Vertragsparteien nach § 11 vereinbart werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zu den Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 14.05.2014 [Drucksachen 18/140030(2), (3) und (5)] zum Entwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes - GKV-FQWG (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 25 von 25

Ergänzender Änderungsbedarf Psych-PV

Nachweis der tatsächlichen Umsetzung der Psych-PV

Eine ausreichende Personalausstattung in der Psychiatrie ist für eine gute Patientenversorgung unabdingbar. Daher muss sichergestellt sein, dass die Krankenhäuser anhaltend die von der Solidargemeinschaft finanzierte Personalbesetzung vorhalten. Dies gelingt nur, wenn die im Rahmen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gewährten Vollkräfte und Finanzierungsmittel nachweislich, d. h. durch entsprechende Testate der Jahresprüfer, auch wirklich besetzt sind. Dieser Nachweis ist über den Anwendungsbereich des § 6 Abs. 4 BPfIV a. F. hinaus auch bei Geltendmachung des Ausnahmetatbestandes nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPfIV a. F. zu erbringen. Darüber hinaus muss es die Möglichkeit geben, für Krankenhäuser ohne ausreichendes Personal Abschlüsse geltend zu machen.