

**Dr. Christopher Hermann**

Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

Telefon +49 711 2593-110

Telefax +49 711 2593-580

E-Mail: Dr.Christopher.Hermann@bw.aok.de

Herrn  
Dr. Edgar Franke, MdB  
Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

<p><b>Deutscher Bundestag</b> Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache <b>18(14)0029(31)</b> gel. ESV zur öAnhörung am 21.05. 14_GKV-FQWG 20.05.2014</p>
--

## SCHRIFTLICHE STELLUNGNAHME

von

Herrn Dr. Christopher Hermann

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur  
und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)  
BT-Drucksache 18/1307

anlässlich der

Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages  
am 21. Mai 2014 in Berlin.

Stuttgart, 19. Mai 2014

## I. Grundsätzliche Einordnung des Gesetzentwurfs

1. Mit dem Gesetzentwurf eines GKV-FQWG werden Festlegungen des Koalitionsvertrages von CDU, SPD und CSU vom November 2013 zum Themenfeld „Finanzierung und Risikostrukturausgleich“ in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weitgehend konsequent umgesetzt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Einführung eines vollständigen Einkommensausgleichs bei der Erhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags (**Art. 1 Nr. 18; § 242**).

Ein vollständiger Einkommensausgleich ist zwingend erforderlich, wenn, wie der Gesetzentwurf anführt, „Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ sein sollen (Allg. Begr., Ziffer A.I). Ohne diesen würden die Einkommensunterschiede der Mitglieder der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen, die Höhe des Zusatzbeitragssatzes bzw. des kassenindividuellen Gesamtbeitragssatzes entscheidend beeinflussen.

Ein vollständiger Einkommensausgleich ist angezeigt, da ansonsten durch die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder der verschiedenen Krankenkassen Wettbewerbsverzerrungen und neue Anreize zur Risikoselektion bestünden. Krankenkassen, die viele Mitglieder mit geringeren Einkommen versichern, müssten bei gleichem Finanzbedarf höhere (Zusatz-)Beitragssätze erheben, als Krankenkassen mit relativ vielen „Gutverdienern“. Entsprechend ist ein vollständiger Einkommensausgleich Voraussetzung für einen zielorientierten, auf Qualität der Versorgung und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fokussierten Wettbewerb in der GKV. Diese Erkenntnis hatte im Grundsatz bereits die während der 16. Legislaturperiode regierende Große Koalition: Sie komplettierte damals mit der Einführung des Gesundheitsfonds den unvollständigen Finanzausgleich des früheren Risikostrukturausgleichs.

Die im Allgemeinen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs genannte Problembeschreibung, wonach die gegenwärtige Finanzarchitektur, insbesondere das Konstrukt des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V zu

„einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung (...) in den Hintergrund rücken lassen“ (Ziffer A.I.), ist zutreffend. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen darf sich bei aller Berechtigung von Preiswettbewerb und Preissignalen nicht weiterhin wesentlich um die Fragen ranken, welche Krankenkasse einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben muss und welche eine Prämie ausschütten kann. Vielmehr gilt es, die seit Jahren vernachlässigte Qualitätsausrichtung des Systems nachhaltig zu stärken und das Verhältnis von Preis- und Qualitätswettbewerb auszutarieren. Diese Ausrichtung entspricht dem Wesen der GKV. Sie dient den Versicherten, insbesondere den Kranken und den von Krankheit bedrohten Menschen. Deshalb wird auch die beschriebene Grundausrichtung des Gesetzentwurfs, das „Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ sowie des Ausschlusses von Anreizen „für Risikoselektion und damit einhergehende Wettbewerbsverzerrungen“, (Ziffer A.I) ausdrücklich unterstützt.

2. Die angestrebte Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Transparenz im Gesundheitswesen durch die Etablierung eines fachlich sowie wissenschaftlich unabhängigen Instituts nach **§ 137 a SGB V – neu – (Art. 1 Nr. 7)** wird ebenfalls begrüßt. Auch hier werden bereits Festlegungen des Koalitionsvertrages vom letzten November aus dem Themenblock „Krankenhaus“ aufgegriffen. Dadurch wird die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der GKV-Versorgung in einen festen institutionellen Rahmen gegossen; es können Transparenz und Qualität bei der Gesundheitsversorgung gestärkt werden.

Neben der Stützung der Qualitätssicherung durch staatsnahe Institutionen fehlt indessen im Gesetzentwurf die ausdrückliche Verpflichtung der Krankenkassen, den Qualitätswettbewerb zu fördern. Die AOK Baden-Württemberg setzt bereits seit Jahren, wo immer möglich – insbesondere im Rahmen ihrer Selektivverträge mit freien Ärzteverbänden nach §§ 73 b und c SGB V – auf konsequente Qualitätsorientierung mit entsprechender wissenschaftlicher Evaluation.

## II. Regelungsdefizite des Gesetzentwurfs

Die positive Grundausrichtung des Gesetzentwurfs wird durch verschiedene Inkonsistenzen und Sonderregelungen in Frage gestellt. Im Einzelnen handelt es sich insbesondere um folgende Regelungskomponenten:

### 1. Art. 1 Nr. 34: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte (§ 269 SGB V)

#### 1.1:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung von Sonderregelungen für die Zuweisungen für Krankengeld und bei den sogenannten „Auslandsversicherten“ ist sachlich nicht begründbar. Sie kann allenfalls vor dem Hintergrund der Umsetzung der politischen Kompromissfindung aus dem Koalitionsvertrag der Großen Koalition vom Herbst letzten Jahres nachvollzogen werden.

Zwar ist die beabsichtigte Vergabe von wissenschaftlichen Gutachten zur Ermittlung zielgenauerer Grundlagen für die Zuweisungen bei Krankengeld grundsätzlich zu begrüßen (**§ 269 Abs. 3 i. V. m. Art. 15 Nr. 5, § 33 RSAV**). Eine entsprechende Forschungslücke besteht im Kern seit Einführung des RSA im Jahre 1994; sie ist im Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt vom 22.06.2011 zum RSA-Jahresausgleich 2009 nochmals deutlich herausgearbeitet worden. Daher ist es grundsätzlich richtig, dass vor einer Veränderung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld weitere wissenschaftliche Erkenntnis beauftragt wird.

Dies gilt im Kern auch für die vorgesehene Änderung bei den Auslandsversicherten; auch hier besteht Forschungsbedarf. Hierzu stellte der Wissenschaftliche Beirat fest, dass mit Blick auf die Beurteilung der Zuweisungssituation bei den Auslandsversicherten die Datenlage unzureichend sei.

Der Gesetzentwurf legt fest, dass die entsprechenden Gutachten bis 31.12.2015 lediglich die möglichen weiteren Bestimmungsfaktoren für die Höhe der Krankengeldausgaben bzw. für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und mögliche Datengrundlagen untersuchen (**Art. 15 Nr. 5, § 33 Abs. 2-4 RSAV**). Konsistente Lösungsalternativen als Grundlage für politische Entscheidungen liegen damit indessen auch Anfang 2016 weiterhin nicht vor. In der Begründung wird zu **Art. 15 Nr. 5 (§ 33 RSAV)** bereits auf notwendige Folgestudien Bezug genommen – allerdings ohne zeitlichen Rahmen. Dadurch droht die im Gesetzentwurf enthaltene Übergangsregelung zu Dauereinrichtung zu werden.

Ein solches Szenario ist indessen noch weniger begründbar als die Einführung der Übergangsregelung als solche: Die bei den Zuweisungen für das Krankengeld vorgesehene anteilige Berücksichtigung von Ist-Ausgaben (zu 50%) beinhaltet einen erheblichen Anreiz zur Unwirtschaftlichkeit, widerspricht der Systematik des RSA und stellt damit letztlich einen Rückfall in die Zeiten der mit Einführung des RSA vor nunmehr 20 Jahren abgeschafften ausgabenorientierten Finanzausgleichs in der früheren Krankenversicherung der Rentner (KVdR) dar. Der RSA berücksichtigt bekanntermaßen bei den Zuweisungen richtigerweise bisher ausschließlich standardisierte Leistungsausgaben, keinerlei Ist-Kosten (vgl. § 266 SGB V). Auf diesen Aspekt wird im Allgemeinen Begründungsteil des Gesetzentwurfs sogar – richtigerweise – explizit verwiesen (Ziffer A.I.).

Die Regelungen zum Bestand der Übergangsregelungen sind deshalb im Gesetzentwurf deutlich zu präzisieren. In der Begründung wird hierzu ausgeführt: „Sobald ein verbessertes Modell zur Standardisierung der Zuweisungen auf der Grundlage weiterer Forschung vorliegt, kann diese Regelung abgelöst und zur bisherigen RSA-Systematik zurückgekehrt werden“ (**zu Art.1 Nr. 34, zu Abs. 1**). Zu welchem Zeitpunkt ein solches verbessertes Modell vorliegt, bleibt offen. Eine unbestimmte „Kann-Regelung“ ist nicht dazu geeignet, dass eine zielorientierte Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld tatsächlich umgesetzt wird. Soll aus koalitionspolitischen Erwägungen auf die Übergangsregelung nicht verzichtet werden, sind zumindest statt unklarer Regelungen ein präzises Befristungsdatum vorzusehen („Die Re-

gelungen treten zum 31.12.2016 außer Kraft.“) sowie die Folgen des Umgangs mit den Forschungsergebnissen konkret festzulegen.

## 1.2:

Der von interessierter Seite in der Diskussion um die „Übergangsregelung“ beim Krankengeld verfolgte Vorschlag einer gesonderten Berücksichtigung der kassenindividuellen Grundlohnhöhe (sog. „70:30-Regelung“) würde die Defizite der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen keineswegs beseitigen. Im Gegenteil wären damit weitere fatale Fehlentwicklungen verbunden, die letztlich willkürlich einen Faktor für die Bestimmung der Belastung einer Krankenkasse mit Krankengeldleistungen herausgreifen würde.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht 2011 insgesamt 27 (!) Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell für Krankengeld empirisch überprüft und festgestellt, dass keines der Modelle – unter denen auch solche, die die Grundlohnkomponente berücksichtigen – eine deutlich gestärkte Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo aufweist (s. auch Begründung zu Art. 1 Nr. 34). Die Zielgenauigkeit der Krankengeldzuweisungen für einzelne Krankenkassen wird deshalb gerade durch die Aktivierung des kassenindividuellen Grundlohns bei den Zuweisungen nicht erhöht, sondern undifferenziert weiter abgebaut.

Zudem gilt: Seit Einführung des Morbi-RSA Anfang 2009 existiert in der GKV ein vollständiger Finanzkraftausgleich. Werden wieder kassenindividuelle Einkommensunterschiede der jeweiligen Mitglieder relevant, so wie bei der vorgeschlagenen 70:30-Regelung, entwickeln sich unmittelbar wieder Anreize zur Risikoselektion. „Gutverdiener“ werden im Kassenwettbewerb schlagartig erneut attraktiver als weniger gut verdienende Versicherte. Der Gesetzentwurf benennt – zu Recht – das Ziel eines Ausschlusses von Anreizen für Risikoselektion. Das LSG Nordrhein-Westfalen hat in seinem (Rechtskraft erlangten) Urteil vom 04.07.2013 zur Berücksichtigung der Kosten Verstorbener bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds explizit darauf hingewiesen, dass die bestehenden Regelungen im Bereich Krankengeld gerade keine Anreize zur Risikoselektion setzen (L16KR800/12KL;Seite 17).

Empirisch evident ist, dass die Höhe der Krankengeldausgaben von Krankenkassen

nicht alleine von dem Einkommen ihrer Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld determiniert wird, sondern wesentlich auch von deren Morbidität. Davon hängt ganz wesentlich die Bezugsdauer des Krankengeldes ab. Eine isolierte Berücksichtigung der Grundlohnkomponente erweist sich damit als deutlich zu kurz gesprungen und systemwidrig.

Diese Argumentation sticht völlig unabhängig davon, ob etwa die AOK Baden-Württemberg in kurzfristig organisationsegoistischer Sicht materiell von einer Berücksichtigung des Grundlohns bei der Konzeption der „Übergangsregelung“ tendenziell profitieren würde.

Für ein nachhaltig zukunftsgerichtetes Handeln im Sinne der Weiterentwicklung einer auf Qualität ausgerichteten hochwertigen Versorgung in der GKV sind Stabilität und Verlässlichkeit bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als zentrale Elemente unabdingbar. Aus kurzfristigem Kalkül geborene Komponenten einer Übergangsregelung und Regelungen bei den Zuweisungen für Krankengeld ohne Auswertung der anstehenden Gutachten provozieren das genaue Gegenteil.

### **1.3:**

Dringend geboten ist eine Versachlichung der Diskussion um die Veränderungen bei den Zuweisungen für Krankengeld. Auf dieser Grundlage ist es möglich, eine zukunftsichere Lösung zu finden. Ein wesentlicher Faktor dabei ist die reale Krankheitssituation bei den Mitgliedern, die tatsächlich Krankengeld beziehen bzw. bezogen haben. Sie muss mit herangezogen werden. Die Daten der AOK Baden-Württemberg dokumentieren, dass insbesondere psychische Erkrankungen und degenerative Schäden des Bewegungsapparats dabei für den Bezug von Krankengeld und dessen Dauer maßgeblich sind. Diese beim Krankengeld bestimmenden Morbiditätsgruppen unterscheiden sich signifikant von der festgestellten Morbidität der Versichertengruppen, wie sie dem allgemeinen RSA-Verfahren zugrunde liegen.

Weiterentwicklungen des Morbi-RSA sind nur dann zielführend und willkürfrei, wenn sie sich an den bestehenden allgemeinen wissenschaftlichen Standards zur Bewertung der Zielgenauigkeit orientieren und interessengeleitete Fehlbewertungen ausblenden.

## **2. Art. 1 Nr. 10: Sonderkündigungsrecht (§ 175 Abs. 4 SGB V)**

Die in § 175 Abs. 4 SGB V vorgesehene Regelung, wonach alle Krankenkassen, die „erstmalig einen Zusatzbeitragssatz“ erheben oder diesen erhöhen, ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinzuweisen haben, steht im klaren Widerspruch zu der in der Zielsetzung des Gesetzentwurfs hervorgehobenen Zurückdrängung der „ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs“ (s. oben unter Ziffer I.).

Dies gilt insbesondere deshalb, da die durch mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Absenkung des obligatorisch von den Versicherten zu tragenden Beitragssatzanteils von 8,2% auf 7,3% resultierende Unterdeckung im Gesundheitsfonds (im Startjahr rd. 11 Mrd. EUR) bei (nahezu) allen gesetzlichen Krankenkassen einen Gesamtbeitragssatz ab 2015 provoziert, der oberhalb von 14,6% liegen wird. Ein Sonderkündigungsrecht gesetzgeberisch zu aktivieren, wenn der faktische Beitragssatz einer Krankenkasse sich überhaupt nicht verändert, konterkariert den selbst formulierten Anspruch neben dem Preis- endlich auch den Versorgungswettbewerb nachhaltig zu stärken. Zudem ist der verpflichtende Hinweis „auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a“ (§ 175 Abs. 4 S. 6 – neu –) für Versicherte irreführend, da es sich hier um einen rein rechnerischen ungewichteten (Schein-)Wert handelt.

### **III. Stellungnahme zu Änderungsanträgen**

#### **1. Änderungsantrag 2: Keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen**

Der Änderungsantrag zu **Art. 1 Nr. 4 a – neu – (§ 132 e Abs. 2 SGB V)** gibt vor, dass zukünftig für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen Verträge mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmen innerhalb eines Versorgungsgebietes abzuschließen sind. Der Antrag verkennt dabei indessen die Gegebenheiten hinsichtlich der Anbieterstrukturen und Anbieterleistungsfähigkeiten im – international geprägten – Impfstoffmarkt:



Aufgrund von Konzentrationsprozessen im globalen Impfstoffanbietermarkt in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts vereinen mittlerweile lediglich fünf Impfstoffhersteller weltweit einen Marktanteil von weit über 80 % auf sich. Die nach Influenzaimpfstoffen meistverwendeten Impfstoffe in Deutschland werden seit vielen Jahren von jeweils lediglich zwei Anbietern produziert. Durch ein Verbot exklusiver Rabattverträge wird wettbewerbsbasierten Verfahren bei diesen Impfstoffen die rationale Basis entzogen. Jeder der Marktteilnehmer wäre für sich isoliert in der Lage, eine Ausschreibung per Nichtbeteiligung ad absurdum zu führen.

Um bereits innerhalb des bestehenden Regelungsrahmens gleiches zu erreichen, haben mit Sanofi-Pasteur MSD und Novartis in den Monaten März und April 2014 zwei marktbeherrschende Impfstoffanbieter in Deutschland über die Medien ihre Boykothaltung zu laufenden Impfstoffrabattvertragsausschreibungen verbreitet. Ein Verbot exklusiver Rabattverträge käme vergleichbaren Bemühungen so weit entgegen, dass zukünftig das strategische Agieren eines einzelnen Impfstoffanbieters bereits über die Umsetzbarkeit des § 132e Abs. 2 SGB V insgesamt entscheidet.

Sofern bei Wegfall der Exklusivitätszusage und damit des Wettbewerbsvorteils für den Zuschlagsempfänger überhaupt noch Impfstoffrabattverträge abgeschlossen werden können, entfällt für den bezuschlagten Impfstoffanbieter zudem die sichere Kalkulationsgrundlage zu den für die Versorgung erforderlichen Impfstoffmengen. Nachdem in den letzten Jahren jeder Lieferausfall bei Impfstoffen internationale Wirkung entfaltete bzw. durch globale Lieferausfälle Versorgungsengpässe determiniert wurden, konnten Ausfälle auch bei Impfstoffen, für die keine Rabattverträge bestanden, nicht durch andere Anbieter kompensiert werden. Gerade – und nur – durch die Fokussierung auf einen Zuschlagsempfänger wird im Rahmen von Impfstoffrabattverträgen diesem bisher eine hinreichend bestimmte Kalkulationsgrundlage für erforderliche Mengen ermöglicht. Die aufgetretenen Lieferprobleme auch unter Rabattvertragsbedingungen wurden allein dadurch ausgelöst, dass der pharmazeutische Unternehmer seine vertraglichen Lieferverpflichtungen aufgrund mangelnder Bereitstellung von Impfdosen nicht erfüllte. Die Lieferausfälle entstanden somit nicht wegen, sondern trotz des Bestehens von Rabattverträgen.

Eine zielgerichtete Lösung im Sinne einer Sicherung ausreichender Impfstoffverfügbarkeit kann erreicht werden über die gesetzliche Verpflichtung der Impfstoffanbieter zu einer adäquaten Vorratshaltung. Die faktische Abschaffung des einzigen zur Lieferung von Impfstoffen vertraglich verpflichtenden Instruments der Rabattverträge ist der falsche Ansatz, das Problem der (globalen) Lieferengpässe lösen zu wollen, suggeriert lediglich ein „Mehr“ an Versorgungssicherheit, ohne das eigentliche Problem aber tatsächlich zu adressieren.

## **2. Änderungsantrag 5: Schlichtungsausschuss auf Landesebene/Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems**

### **2.1 Schlichtungsausschüsse nach § 17 c KHG**

Im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung wurde § 17c Abs. 4 KHG zur Bildung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene eingeführt. Aufgabe der Schlichtungsausschüsse ist die Schlichtung von Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten. Bis zu einem Streitwert von 2.000 EUR ist das Schlichtungsverfahren Voraussetzung für eine Klage vor dem Sozialgericht und stellt damit letztlich eine (zusätzliche) Hürde für Krankenhäuser zur Umsetzung von Forderungen dar. Das Gesetz trat zum 01.08.2013 in Kraft. Klare Übergangsregelungen fehlen. Welche Fälle seit dem 01.08.2013 zu berücksichtigen sind, ob Krankenhausabrechnungen mit Patientenaufnahme ab dem 01.08.2013 betroffen sind oder auch Streitigkeiten, die bereits zum 01.08.2013 bestanden, ist umstritten. Die AOK Baden-Württemberg rechnet mit einer Anzahl von mindestens 2.000 Schlichtungsfällen pro Jahr und geht dabei davon aus, dass sie hiermit unterproportional zum Marktanteil vertreten ist.

Die Zahlen verdeutlichen, dass Schlichtungsausschüsse einen außerordentlich hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand bewältigen und mit hoher sachlicher Kompetenz ausgestattet werden müssen. In Baden-Württemberg haben die Leistungsträger gemeinsam mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) Verhandlungen bereits Ende August 2013 aufgenommen. Im Laufe der Verhandlungen wurde deutlich, dass die Fragen zur Abstimmung der Verfahrensord-

nung höchst komplex sind. Aufgrund der angenommenen hohen Fallzahl ist ein Schlichtungsausschuss nur mit einer EDV-gestützten Anwendung erfolgreich umsetzbar. Auch hierfür ist der Aufwand zur Programmierung zu berücksichtigen, bis hin zur Frage von Ausschreibungen. Aufgrund der hohen Komplexität konnten bisher, trotz laufender konstruktiver Verhandlungen, Schlichtungsausschüsse in keinem Bundesland gebildet werden.

Der Änderungsantrag will darauf ab 01.09.2014 mit einer Verlagerung der Aufgaben der Schlichtungsausschüsse auf die Schiedsstellen nach § 18a KHG reagieren. Dies ist nicht sachgerecht. Bislang entscheiden die Schiedsstellen nach § 18a KHG bei Nichtzustandekommen von Vereinbarungen zum Landesbasisfallwert oder Budgetvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern. In die Schlichtungsausschüsse nach § 17c KHG werden jedoch in hoher Stückzahl krankenkassenindividuelle Abrechnungsstreitigkeiten eingebracht. In Baden-Württemberg würden für diese Fälle je Beschluss der Schiedsstelle nach § 18a KHG zudem Gebühren in Höhe von 1.500 EUR fällig. Die Schiedsstelle wird objektiv nicht in der Lage sein, ad hoc die Bearbeitung zu übernehmen und Entscheidungen herbeizuführen.

Des Weiteren sieht der Änderungsantrag vor, dass bei Nichteinigung der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a KHG auf Antrag über die Bildung der Schlichtungsausschüsse entscheiden soll. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG beschäftigt sich jedoch mit Fragestellungen, die von Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich zu entscheiden sind. In den Schlichtungsausschüssen werden konkrete Abrechnungsstreitigkeiten mit einzelnen Krankenkassen geschlichtet. Gemeinsam und einheitlich zu klärende Fragestellungen der Krankenhausabrechnung werden künftig im neu gebildeten Bundesschlichtungsausschuss geklärt. Die beteiligten Vertragsparteien auf Landesebene müssen aus diesem Grund bei der Bildung des Schlichtungsausschusses auf Landesebene frei in ihrer Entscheidung bleiben, wie die Ausschüsse besetzt werden.

Die Bildung und Umsetzung des Schlichtungsausschusses führt zu hohem Aufwand aller Beteiligten, der zu unnötigen Bürokratiekosten führt. Zielführend wäre es deshalb, alle Regelungen, die im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung in der Krankenversicherung zur Bildung von Schlichtungsausschüssen auf

Landesebene eingeführt wurden, wieder zu streichen. Bleibt es bei der Regelung zu Landesschlichtungsausschüssen, sollten zumindest Modifikationen erfolgen, um der Fülle der Aufgaben gerecht zu werden. Erforderlich ist eine Stichtagsregelung, mit der klargestellt wird, dass nur Fälle mit Patientenaufnahmen ab dem Stichtag 01.01.2015 von der Neuregelung erfasst werden. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG sollte nicht darüber entscheiden, wie der Schlichtungsausschuss oder Unterausschüsse zu bilden sind.

## **2.2 Änderung § 3 Abs. 2 BPfIV: Insbesondere Budgetanstieg bis zum 2-fachen der ansonsten geltenden Obergrenze**

Bisher ist als Absicherung und als Bonus für die „Optierer“ auf das PEPP-System in der frühen Phase des lernenden Systems eine Verbesserung der Erlösausgleiche gesetzlich vorgegeben. Die Verbesserungen bei der Rückzahlung von Mehrerlösen und die Absicherung mit einem 95-prozentigen Mindererlösausgleich haben einmalige finanzielle Konsequenzen.

Der Änderungsantrag bedeutet eine basiswirksame Budgeterhöhung, sofern die Obergrenze ausgeschöpft wird. Er wirkt sich nicht nur begrenzt auf die Jahre 2015 und 2016 aus, sondern verursacht eine dauerhafte, basiswirksame Erhöhung auf die zukünftigen krankenhausindividuellen Budgets, die sich über die Konvergenzphase in den Landesbasisentgeltwert fortsetzen, ohne hiermit zusätzliche Leistungen oder eine erhöhte Qualität zu verbinden. Zudem gilt: In der Psychiatrie werden seit Einführung der PsychPV, insbesondere über die Nachfinanzierung nach § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. alle Personalstellen gemäß PsychPV vereinbart und finanziert. Für eine basiswirksame Erweiterung des Verhandlungsspielraums für Budgetsteigerungen bis zur doppelten Obergrenze besteht deshalb sachlich kein Bedarf.

Auf die Regelung sollte deshalb verzichtet werden.