

**Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 22.09.2016**

**zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf der
Bundesregierung**

**für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und
der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische
Leistungen (PsychVVG)
(Drucksache 18/9528)**

Vorbemerkungen

Die Unparteiischen Mitglieder beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) begrüßen die im Gesetzesentwurf enthaltenen Ziele, die Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu verbessern.

1. Die Präzisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anstelle von den bisher vorgesehenen Empfehlungen festzulegen, wird begrüßt. Die dem G-BA gesetzte Frist zur Erarbeitung der die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablösenden Bestimmungen wird im Grundsatz befürwortet, vor dem Hintergrund der ebenfalls gesetzten Anforderungen an die Evidenzbasiertheit der aufzustellenden Personalvorgaben sowie aufgrund der zu erwartenden Wechselwirkungen mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung wird jedoch eine Verlängerung der Einführungsfrist angeregt.
2. Die neu geschaffene Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld ist gerade für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen relevant, da diese in besonderem Maße von sozialer Isolation bedroht sind, und wird grundsätzlich begrüßt. Es bleiben jedoch Fragen zur sektorenübergreifenden Verzahnung dieses neuen Versorgungsangebots mit der ambulanten, gemeindenahen Betreuung dieser Patientinnen und Patienten offen. Außerdem bedarf es der Prüfung möglicher Interferenzen dieser neuen Versorgungsform auf die für den stationären Bereich zu ermittelnden Personalanforderungen.
3. Der Intention des Gesetzesentwurfs, themenübergreifende Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen zu schaffen, ist grundsätzlich zuzustimmen, weil dies von erheblicher Relevanz für die Ausgestaltung und Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA ist, insbesondere auch für die Umsetzung der neuen gesetzlichen Aufträge gemäß § 136c SGB V sowie § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V. Vor dem Hintergrund der bereits aufgenommenen Beratungen zur Standortfrage in den Gremien des G-BA bietet sich eine ausdrückliche Verankerung der Regelungskompetenz des G-BA im SGB V – etwa als neuer Absatz 1a unter § 136b SGB V – an. Sollte gleichwohl an dem Vorschlag einer Vereinbarung der Standort-Definition durch die Vertragspartner festgehalten werden, sollte zumindest ein Einvernehmen mit dem G-BA zwingend vorgesehen werden.
4. Die Klarstellung, dass der G-BA die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über Qualitätssicherungszuschläge regeln kann, wird ausdrücklich begrüßt. Es handelt sich um eine in der externen stationären Qualitätssicherung bewährte Vorgehensweise, die auch in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sinnvoll wäre.
5. Eine Übermittlung von einrichtungs- oder personenbezogenen Qualitätssicherungs-Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung an die Planungsbehörden der Länder scheidet allein schon aus datenschutzrechtlichen Gründen aus. Hiervon unberührt ist, dass grundsätzlich eine sektorenübergreifende Abstimmung der stationären und ambulanten Bedarfplanung einschließlich der Schaffung der hierfür erforderlichen sektorenübergreifenden Entscheidungsstrukturen sinnvoll wäre.

1. Zu Art. 1 Nr. 1 § 2a Abs. 1 KHG Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

A Beabsichtigte Änderung

Mit der Einführung von § 2a in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Absatz 1 verpflichtet, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) eine bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten zu schaffen. Diese sollen Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegen und eine eindeutige Abgrenzung von Versorgungseinheiten insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglichen. Zeitgleich soll die Definition insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

B Stellungnahme

Der G-BA begrüßt grundsätzlich die in Art. 1 des Gesetzentwurfs vorgesehene Bestimmung einer Definition des Krankenhausstandortes. Weiterhin erachtet er eine Legaldefinition des „Standort“-Begriffs u.a. zur Beseitigung bestehender Unklarheiten bei der Anwendung seiner Beschlüsse zum Zwecke der Qualitätssicherung und Transparenz für unerlässlich. Gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 und 13 SGB V ist es Aufgabe des G-BA – gebildet durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen – als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen, Richtlinien über die Bedarfsplanung und Qualitätssicherung zu beschließen. In diesen hat der Standortbegriff eine erhebliche Bedeutung, u.a. als Bezugsgröße bei der Zuordnung von Ergebnissen der Qualitätssicherung, erlangt. Eineindeutige Bezugsgrößen und eine klare Zuordnungsfähigkeit sind zwingende Voraussetzungen für eine valide Bewertung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse, insbesondere was die neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gem. § 136c Abs. 1 und 2 SGB V sowie die den Zu- und Abschlägen gem. § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren anbelangt.

Das Fehlen einer gesetzlichen Definition des Krankenhausstandorts hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass der Begriff im Rahmen der Qualitätssicherung themenspezifisch eine unterschiedliche Ausgestaltung und Anwendung erfahren hat. Dies führte schließlich u.a. zu der Frage, ob der Standortbegriff als eine maßgebliche Bezugsgröße in der Qualitätssicherung aufrechterhalten und wie die Einhaltung vorgegebener Qualitätsanforderungen transparent dargestellt werden kann.

Die Notwendigkeit, eine korrekte und zweckgerichtete Standortzuordnung der Ergebnisse einzelner Leistungsbereiche insbesondere bei Krankenhäusern mit verschiedenen, räumlich voneinander getrennten Versorgungseinheiten zu schaffen, hat Ende 2015 den G-BA schließlich dazu veranlasst, eine eigene Arbeitsgruppe mit der Weiterentwicklung der themenübergreifenden Standortproblematik im Rahmen der Qualitätssicherung zu beauftragen. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es dabei auch, eine einheitliche Standortdefinition in der Qualitätssicherung mit der für die Richtlinien und Regelungen – insbesondere für ihre Adressaten – maßgeblichen Verbindlichkeit zu erarbeiten. Die Beteiligung des BMG, der Ländervertreter nach § 92 Absatz 7f SGB V, der Vertreter der auf Landesebene beauftragten Stellen und des IQTIG an den Beratungen der betroffenen Träger des G-BA soll dabei eine themenübergreifende Beratung und zielgerichtete Umsetzung sicherstellen.

C Änderungsvorschlag

Streichung des vorliegenden Entwurfs von § 2a KHG und Regelung eines neuen § 136b Abs. 1a SGB V:

„Der G-BA beschließt bis zum 1. Januar 2018 eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Über die Regelung in § 91 Abs. 6 hinaus ist die Definition auch für die die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, verbindlich.“

In dem nunmehr vorliegenden Regelungsvorschlag von § 2a KHEntgG wird statt des Lösungsvorschlags durch den G-BA oder der weitaus wünschenswerteren Legaldefinition des Standorts durch den Bundesgesetzgeber die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition durch die Vertragspartner vorgeschlagen. Sollte an dieser „Vereinbarungslösung“ festgehalten werden, sollte diese Vereinbarung zwingend im Einvernehmen mit dem G-BA erfolgen.

Es wird daher alternativ zur oben ausgeführten Verortung in einem neuen § 136b Abs. 1a SGB V vorgeschlagen, § 2a Abs. 1 Satz 1 zumindest unter Berücksichtigung der vorgenannten Aspekte wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit dem G-BA sowie im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.“

2. Zu Art. 5 Nr. 1 § 37a SGB V Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Änderung

Zur Begründung der vorgesehenen Änderungen in §37a Abs. 2 SGB V wird im Gesetzentwurf folgendes ausgeführt:

„Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden durch die Änderung des § 73 die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen erweitert und der G-BA beauftragt, in den entsprechenden Richtlinien nähere Verordnungsvoraussetzungen zu konkretisieren, gegebenenfalls auch besondere Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeuten als Qualitätsanforderung zu regeln. Mit der Änderung wird diese Erweiterung der Befugnis auch in § 37a Absatz 2 Nummer 3 und 5 nachvollzogen.“

Die Verordnungsbefugnisse für psychologische Psychotherapeuten wurden durch die mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vorgenommenen Änderungen des § 73 Absatz 2 Satz 2 bis Satz 5 SGB V erweitert. Nunmehr ist für Psychotherapeuten erstmals die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, insbesondere psychosomatische und psychiatrische Rehabilitation (siehe § 73 Absatz 2 Satz 3 SGB V), die Verordnung von Krankentransporten und Krankenhausbehandlung (siehe § 73 Absatz 2 Satz 4 SGB V) und die hier gegenständliche Verordnung von Soziotherapie (siehe § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 12 SGB V) möglich.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen sind nicht erforderlich und stellen einen Bruch mit der Regelungssystematik des SGB V dar, der mit Blick auf die rechtlichen Folgen vermieden werden sollte.

Des ausweislich der Begründung des Kabinettsentwurfs mit der Ergänzung der Psychotherapeuten in § 37a SGB V intendierten Nachvollzugs der beschriebenen Erweiterung der Verordnungsbefugnisse bedarf es nicht. Durch die im Zuge des GKV-VSG vorgenommene Streichung der Einschränkungen der Verordnungsbefugnis für Psychotherapeuten bezüglich Soziotherapie wurde alles Erforderliche getan, um die bezweckte Erweiterung sowohl der Verordnungsbefugnis als auch der diesbezüglichen Konkretisierungsrechte des G-BA hinsichtlich § 37a SGB V sicherzustellen und die Rechtsstellung der Psychotherapeuten insoweit derjenigen der sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer anzugleichen.

Auch wenn die betroffenen Regelungen des § 37a Absatz 2 SGB V bislang allein Ärzte ausdrücklich im Wortlaut benennen, gelten sie nämlich entsprechend auch ohne Weiteres für die psychologischen Psychotherapeuten in dem konkreten Versorgungsbereich. Dies ergibt sich aus § 72 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. § 73 Absatz 2 SGB V. Aus der erstgenannten Regelung folgt, dass soweit sich die Vorschriften des Vierten Kapitels auf Ärzte beziehen, diese grundsätzlich – also sofern nichts Abweichendes bestimmt ist - entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren (MVZ) gelten. Soweit also die Geltung der einzelnen Nummern des ausdrücklich nur die „vertragsärztliche Versorgung“ regelnden § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V nicht durch die Sätze 2 bis 4 des § 73 Absatz 2 SGB V ausgeschlossen ist, bedarf es einer expliziten Geltungsanordnung für Psychotherapeuten demgemäß ebenso wenig wie deren Ergänzung in der jeweiligen leistungsrechtlichen Norm. Da mit dem GKV-VSG die frühere Ausnahme der Psychotherapeuten vom Ordnungsrecht hinsichtlich der Soziotherapie gestrichen wurde, ist die entsprechende Erweiterung des Ver-

ordnungsrechts auf Psychotherapeuten für Soziotherapie § 37a SGB V einschließlich der untergesetzlichen Konkretisierungsbefugnis also bereits zweifelsfrei klar.

Dass der Bundesgesetzgeber dies generell ebenso sieht, zeigt sich mit Blick auf alle anderen Bereiche, in denen vor der mit dem GKV-VSG vorgenommenen Änderung über § 73 Abs. 2 Satz 2 ff. SGB V infolge expliziter Ausnahmen i.S.v. § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V der Begriff „Ärzte“ die psychologischen Psychotherapeuten nicht erfasste. Dort sind ausdrückliche gesetzliche Erweiterungen der Befugnisse für Psychotherapeuten weder ersichtlich noch für notwendig befunden worden.

Die Ergänzung des bislang ausdrücklich auf „Ärzte“ beschränkten Wortlauts um die Psychotherapeuten ist nicht nur entbehrlich, sondern wegen nicht intendierter rechtlicher Friktionen zu vermeiden. Sie führt nämlich zu der Auslegung, dass § 37a SGB V (einschließlich der dem G-BA erteilten Richtlinienermächtigung) sich neben den psychologischen Psychotherapeuten nur noch auf Vertragsärzte im engeren Sinne bezieht; die Aufführung von nur zwei Leistungserbringergruppen der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet mit der darin liegenden Nichtnennung der weiteren nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V grundsätzlich vom Ärztebegriff Erfassten eine implizite Ausnahme der Letztgenannten. Dass diese Auslegung jedoch vom Gesetzgeber nicht intendiert sein kann, folgt daraus, dass sie im Widerspruch zu der nach Streichung der Ausnahme der Psychotherapeuten eindeutig alle Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung umfassenden Regelung des § 73 Abs. 2 SGB V stünde.

Aus der Tatsache, dass mit Blick auf die übrigen Erweiterungen der Verordnungsbefugnis der Psychotherapeuten auf einen weiteren „Nachvollzug“ verzichtet wurde, folgt im Übrigen ein weiteres Argument für die dargestellte fehlgeleitete Auslegung: Wird die Erweiterung der Verordnungsbefugnisse der Psychotherapeuten allein für die Soziotherapie „nachvollzogen“, könnte dies umso stärker dafür sprechen, dass von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden alle bis auf die aufgeführten Ärzte und Psychotherapeuten (etwa MVZ) vom Ordnungsrecht bewusst gerade und allein für Soziotherapie ausgeschlossen sind. Schließlich lässt sich auch allein aus der Tatsache, dass die Gesetzesbegründung keine der vorgenannten Auslegungen als intendiert ausweist, kein rechtlich tragfähiges Argument gegen selbige ableiten. Der Wortlaut und die Systematik des Vertragsarztrechts im Übrigen lassen sich durch fehlende Anhaltspunkte in der Gesetzesbegründung nicht überspielen.

Die vorgesehenen Änderungen in § 37a Absatz 2 SGB V sind nicht erforderlich und sollte mit Blick auf die rechtlichen Folgen vermieden werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung

3. Zu Art. 5 Nr. 2 b) § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Änderung

Die Krankenhausbehandlung gemäß § 39 soll um das neue Leistungsangebot einer stationsäquivalenten Behandlung erweitert werden. Diese soll eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multi-professionelle Behandlungsteams umfassen. Ein Anspruch soll dann bestehen, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Nähere der Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bleibt gemäß § 115d Abs. 2 den Vertragspartnern überlassen.

B Stellungnahme

Die Aufnahme des neuen Leistungsangebots ist grundsätzlich zu befürworten, da dadurch die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht und die soziale Teilhabe und Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung fokussiert werden. Hierzu liegen Erfahrungen aus dem Ausland vor, insbesondere England hat umfangreiche Erfahrungen mit derlei „Teams“ (z.B. „Notfall“-Teams, Teams für sog. „Drehtürpatienten“, spezielle Sucht-Teams usw.) und einer gemeindenahen, aufsuchenden Versorgung. Die Übertragbarkeit dieser Erfahrungen auf den deutschen Versorgungskontext kann aufgrund grundlegend unterschiedlicher Systeme jedoch nicht eingeschätzt werden.

Es wird deshalb genauer zu betrachten sein, wie Leistungspakete der stationärsersetzenden Maßnahmen und Strukturelemente, die settingspezifisch zu definieren sind, zwischen den in § 115d genannten Vertragsparteien formuliert werden. Inhärent ist dieser Behandlungsform, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen des Krankenhauses einzubeziehen sind und in Abhängigkeit von Behandlungskonzept und Indikation in einer abgestimmten Teamstruktur der Patient zu Hause aufzusuchen ist.

Bei der praktischen Umsetzung stationsäquivalenter Behandlung ist weiterhin zu berücksichtigen, dass zwar einige strukturelle Aufgaben des Krankenhauses obsolet werden, dafür jedoch andere Faktoren wie z.B. Reisezeiten des Personals zu berücksichtigen sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

4. Zu Art. 5 Nr. 5 § 115d Abs. 1 und 2 SGB V Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

A Beabsichtigte Änderung

Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sollen in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen können.

Das Nähere zur Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung ist durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren. Im Rahmen der Vereinbarung sollen unter anderem die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung sowie die Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung festgelegt werden. Die Vereinbarung soll bereits zum 30. Juni 2017 geschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 nicht zustande, soll eine Schiedsstelle entscheiden.

B Stellungnahme

Das neue Versorgungsangebot ist grundsätzlich zu befürworten (vgl. Ausführungen zu 3.). Es bleiben jedoch Fragen im Hinblick auf eine sinnvolle sektorenübergreifende Verzahnung mit den ambulanten und gemeindenahen Versorgungsangeboten offen. Idealerweise sollte im Rahmen einer sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen eine frühzeitige Krisen-Intervention im ambulanten Setting ermöglicht werden, die einen stationären Aufenthalt nach Möglichkeit vermeiden hilft. Die „Ambulantisierung“ sollte nicht erst dann erfolgen, wenn bereits stationärer Behandlungsbedarf festgestellt wird. Die Regelung in § 115d Abs. 1 Satz 3, dass das Krankenhaus in geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer u.a. mit der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung beauftragen kann, wird diesem Anspruch bzw. Qualitätsziel deshalb nur partiell gerecht.

Offen ist zudem die Auswirkung auf die vom G-BA vorzunehmende Regelung der Personalausstattung im stationären Bereich im Sinne von § 136a Abs. 2 SGB V. Durch die bereits absehbare Auswirkung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf die stationäre Versorgung ist die Grundlage für die Ermittlung des erforderlichen Personalbedarfs im stationären Bereich nicht mehr eindeutig definiert. Zudem wird in der Gesetzesbegründung zu § 39 (vgl. S. 44) neu wörtlich ausgeführt:

„Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Behandlungsform des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht an ein stationäres Bett gebunden ist. Stationäre Aufenthalte können hierdurch verkürzt oder ganz vermieden werden. Es ist daher zu erwarten, dass diese „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ im häuslichen Umfeld auch zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird.“

So geht offensichtlich auch die vorliegende Gesetzesbegründung selbst davon aus, dass die neue Behandlungsform entsprechende Auswirkungen auf den Betten- und damit auch auf den vorzuhaltenden Personalbedarf der Krankenhäuser hat. Um diese Wechselwirkungen bei der Personalbedarfsermittlung zu berücksichtigen, wäre eine enge Abstimmung der Personalvorgaben im Sinne von § 136a Abs. 2 SGB V auf der einen und den Vorgaben im Sinne

von §§ 39, 115d neu auf der anderen Seite erforderlich. Die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im Sinne von §§ 39, 115d neu verlangt die Beachtung des erforderlichen normativen Geltungsvorrangs der vom G-BA zu regelnden Personalvorgaben im Sinne § 136a Abs. 2 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Zur Sicherstellung dieses normativen Geltungsvorranges wird folgende Ergänzung des § 115d Absatz 2 Satz 1 vorgeschlagen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit dem G-BA sowie im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017 das Nähere zu [...].“

Vor dem Hintergrund der oben vorgeschlagenen Regelung eines Einvernehmens mit dem G-BA zur Sicherstellung des Geltungsvorranges sollte auch die Schiedsstelle an die entsprechenden Regelungen des G-BA gebunden sein. Dazu wird folgende Ergänzung von § 115d Abs. 2 Satz 2 vorgeschlagen:

„Kommt die Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen. Die Schiedsstelle ist an die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA gebunden.“

**5. Zu Art. 5 Nr. 5 § 115d Abs. 4 SGB V
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**

A Beabsichtigte Änderung

Die Vertragspartner sollen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung vorlegen.

B Stellungnahme

Wechselwirkungen zwischen der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung und den stationären Versorgungskapazitäten sind nicht nur zu erwarten, sondern werden erwünscht mit offensichtlichen Folgen für das stationäre Leistungsspektrum. Diese werden wiederum Auswirkungen auf die Personalbemessung haben, daher sollte auch der G-BA den gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erhalten. Darüber hinaus sollte der G-BA einen Zwischenbericht erhalten, um gegebenenfalls frühzeitige Auswirkungen bei der ihm obliegenden Aufgabe der Festlegung von Personalanforderungen in stationären Einrichtungen berücksichtigen zu können.

C Änderungsvorschlag

Nach dem vorliegenden Entwurf von § 115d Abs. 4 Satz 2 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält bis zum 31. Dezember 2021 den gemeinsamen Bericht nach Satz 1 und bis zum 31. Dezember 2019 einen entsprechenden Zwischenbericht.“

**6. Zu Art. 5 Nr. 7 b) § 136 SGB V
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung**

A Beabsichtigte Änderung

In § 136 Abs. 1 Satz 3 neu, wird klargestellt, dass der G-BA die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln kann.

B Stellungnahme

Die Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt. Es handelt sich um eine in der externen stationären Qualitätssicherung bewährte Vorgehensweise, die auch in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sinnvoll wäre.

C Änderungsvorschlag

Keiner

7. Zu Art. 5 Nr. 8 a) § 136a SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

A Beabsichtigte Änderung

In § 136a Abs. 2 neu ist nunmehr klagestellt, dass der G-BA verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal anstelle der bisher vorgesehenen Empfehlungen festlegen soll.

B Stellungnahme

Diese Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt, da ansonsten eine die Qualität und Sicherheit der Versorgung gefährdende Fortsetzung des Personalabbaus, speziell in der Pflege, zu befürchten wäre.

Gemäß Satz 3 sollen die Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Der Anspruch an die Evidenzbasierung bzw. Leitlinienorientierung bei der Festlegung von Qualitätsstandards ist eigentlich selbstverständlich, stößt jedoch im Hinblick auf die Festlegung verbindlicher Vorgaben an die Personalausstattung – nicht nur in der psychiatrischen Versorgung – aufgrund noch unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten. Die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften formulierten S3-Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen sind in der Regel diagnosespezifisch und fokussieren die jeweils erforderliche Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit für z.B. Zwangsstörungen, Schizophrenie, uni- und bipolarer Depression, differenziert nach Evidenz-Leveln und Empfehlungsgraden. Im Hinblick auf Personalaufwand und -ausstattung lassen sich aus den vom G-BA zwischenzeitlich schon gesichteten internationalen und nationalen Leitlinien jedoch allenfalls indirekte Hinweise, nicht jedoch quantitative Angaben zum Personalbedarf ableiten.

Vor diesem Hintergrund wird begrüßt, dass nach der Gesetzesbegründung der G-BA, soweit sich die Mindestvorgaben an die Personalausstattung nicht aus Leitlinien oder anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen ableiten lassen, bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch sonstige externe Expertise einbeziehen und die Psych-PV als Orientierung heranziehen kann.

Insbesondere wird sich der G-BA auch mit den S3-Leitlinien zu Diagnostik und Therapie psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen auseinandersetzen, denn die zukünftigen Personalvorgaben sollen die Umsetzung einer Leitlinien-gestützten Diagnostik und Therapie ermöglichen.

Der Formulierung in § 136a Abs. 2 Satz 3 neu, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung zu einer leitliniengerechten Behandlung „beitragen“ sollen, kann deshalb – unabhängig von den Problemen im Zusammenhang mit der Generierung von belastbarer Evidenz zu qualitätsrelevanten Personalzahlen – zugestimmt werden.

Die Festlegung möglichst evidenzbasierter Mindestvorgaben zur Personalausstattung wird durch die ab 30. Juni 2017 geplante Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erschwert werden, da Wechselwirkungen zwischen den Auswirkungen auf die stationäre Bettenanzahl und dem stationären Leistungsangebot, das wiederum in die Personalbemessung einfließen soll, anzunehmen sind. Nach dem vorliegenden Entwurf werden die Auswirkungen sinnvoll nicht vor dem 31. Dezember 2021 eingeschätzt werden können. Bis zu dieser Frist nämlich haben die Vertragspartner einen Bericht über die Auswirkungen

der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf die stationären Versorgungskapazitäten vorzulegen (§ 115d Abs. 4 neu).

C Änderungsvorschlag

Nach dem vorliegenden Entwurf von § 115d Abs. 4 Satz 2 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält bis zum 31. Dezember 2021 den gemeinsamen Bericht nach Satz 1 und bis zum 31. Dezember 2019 einen entsprechenden Zwischenbericht.“

**8. Zu Art. 5 Nr. 8 c) § 136a SGB V
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in
ausgewählten Bereichen**

A Beabsichtigte Änderung

Nach § 136a Absatz 1 Satz 5 SGB V hat der G-BA die verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen. Diese Fristsetzung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund des Außerkrafttretens der Vorgaben zur Personalausstattung der Psych-PV ab dem Jahr 2020.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist diese Fristverlängerung als positiv zu bewerten, jedoch ist deren Bemessung mit Blick auf die notwendige Einbeziehung weiterer Informationen und Erkenntnisse (u.a. aus einer geplanten Studie zur Ist-Erhebung der Personalausstattung verbunden mit Erfahrungen und Wissen von ausgewiesenen Experten) sowie aufgrund der offensichtlichen Interferenzen mit der stationsäquivalenten Behandlung, über deren Auswirkungen erst bis zum 31. Dezember 2021 ein Bericht vorgelegt werden wird, als zu knapp anzusehen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, die Frist mindestens auf den 30. September 2020 (mit Wirkung zum 1. Januar 2021) zu verlängern.

C Änderungsvorschlag

Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zu beschließen.“

**9. Zu Art. 5 Nr. 9 a) und b) § 136c Abs. 2 SGB V
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und
Krankenhausplanung**

A Beabsichtigte Änderung

In § 136c Absatz 2, der die Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung betrifft, soll in den Sätzen 1 und 2 jeweils nach dem Wort „einrichtungsübergreifend“ das Wort „stationären“ gestrichen werden. Demnach hätte der G-BA den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die Zwecke der Krankenhausplanung zukünftig auch Auswertungsergebnisse aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu übermitteln.

B Stellungnahme

Eine Übermittlung von einrichtungs- oder personenbezogenen Qualitätssicherungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung an die Planungsbehörden der Länder sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen scheidet allein schon aus datenschutzrechtlichen Gründen aus. Hiervon unberührt ist, dass grundsätzlich eine sektorenübergreifende Abstimmung der stationären und ambulanten Bedarfsplanung einschließlich der Schaffung der hierfür erforderlichen sektorenübergreifenden Entscheidungsstrukturen sinnvoll wäre.

C Änderungsvorschlag

Keine Streichung des Wortes „stationären“ in § 136c Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V.

**10. Zu Art. 5 Nr. 10 § 137 Abs. 2 S. 1 SGB V
Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen
Bundesausschusses**

A Beabsichtigte Änderung

Es wird eine Dokumentationsrate von 100 Prozent in allen Richtlinien des G-BA über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser festgelegt.

B Stellungnahme

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

11. Zu Art. 5 Nr. 14 § 293 Abs. 6 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A Beabsichtigte Änderung

Auf der Grundlage der Vereinbarung einer Krankenhaus-Standort-Definition nach § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG neu sollen die Vertragspartner ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen führen. Die Krankenhäuser sollen das Verzeichnis bzw. die Kennzeichnungen u.a. zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung verwenden. Der G-BA soll das Verzeichnis nutzen, soweit dies zur Erfüllung seiner Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung notwendig ist.

B Stellungnahme

Die Nutzbarkeit des Verzeichnisses durch die Krankenhäuser bzw. den G-BA für ihre jeweiligen Pflichten und Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung setzt eine Kompatibilität mit den in den Richtlinien und Beschlüssen des G-BA – zum Beispiel in den Qb-R – konkretisierten Anforderungen voraus.

Die durch die Vertragspartner zu vereinbarende Standort-Definition – sofern an diesem Regelungsvorschlag festgehalten wird – sowie das darauf aufbauende Verzeichnis sind deshalb zwingend mit dem G-BA abzustimmen.

C Änderungsvorschlag

Streichung des vorliegenden Entwurfs von § 2a KHG und Regelung eines neuen § 136b Abs. 1a SGB V (vgl. Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 1 § 2a Abs. 1 KHG):

„Der G-BA beschließt bis zum 1. Januar 2018 eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Über die Regelung in § 91 Abs. 6 hinaus ist die Definition auch für die die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, verbindlich.“

§ 293 Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Abs. 1a SGB V führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.“

Sollte an der „Vereinbarungslösung“ festgehalten werden, sollte diese Vereinbarung zwingend im Einvernehmen mit dem G-BA erfolgen, § 2a Abs. 1 Satz 1 wäre wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit dem G-BA sowie im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.“

§ 293 Absatz 6 Satz 1 wäre wie folgt zu fassen:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.“

Prof. Josef Hecken

Dr. Regina Klakow-Franck

Dr. Harald Deisler