

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(13)
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
21.09.2016



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zum Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und
psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

vom 21. September 2016

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	11
Artikel 1 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	11
Zu Artikel 1 Nr. 1: § 2a KHG	
Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten.....	11
Zu Artikel 1 Nr. 5a) aa): § 17d KHG	
Anpassung des Auftrages der Selbstverwaltung zur Systementwicklung	14
Zu Artikel 1 Nr. 5a) cc): § 17d KHG	
Kalkulationsgrundlage	15
Zu Artikel 1 Nr. 5d): § 17d Abs. 4 KHG	
Einführungsphasen.....	16
Artikel 2 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung	18
Zu Artikel 2 Nr. 4b: § 3 Abs. 1 BPfIV	
Einführungsphasen.....	18
Zu Artikel 2 Nr. 4c: § 3 Abs. 2 BPfIV	
Vereinbarung des Gesamtbetrages - Fristen.....	18
Zu Artikel 2 Nr. 4d: § 3 Abs. 3 und 4 BPfIV	
Vereinbarung des Gesamtbetrages.....	19
Zu Artikel 2 Nr. 4h: § 3 Abs. 7 BPfIV	
Mindererlösausgleich.....	23
Zu Artikel 2 Nr. 5: § 4 BPfIV	
Leistungsbezogener Vergleich	25
Zu Artikel 2 Nr. 6b: § 6 Abs. 2 und 3 BPfIV	
Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung.....	26
Zu Artikel 2 Nr. 9a) dd): § 9 Abs. 1 Nr. 7 bis 9 BPfIV	
Vereinbarung auf Bundesebene	27
Zu Artikel 2 Nr. 11: § 11 BPfIV	
Unterlagen der Budgetvereinbarung.....	28
Zu Artikel 2 Nr. 14b: § 18 Abs. 2 BPfIV	
Nachweispflichten zur Stellenbesetzung und Verwendung der Mittel	29
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	31
Zu Artikel 3 Nr. 1: § 4 Abs. 2b KHEntgG	
Klarstellung zur Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag.....	31
Artikel 4 - Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	35
Zu Artikel 4 Nr. 3: § 21 Abs. 2 Nr. 2b) KHEntgG	
Übermittlung und Nutzung von Daten.....	35
Artikel 5 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	36
Zu Artikel 5 Nr. 2a - b: § 39 Abs. 1 SGB V	
Krankenhausbehandlung.....	36
Zu Artikel 5 Nr. 3: § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V	
Bedarfsplanung.....	37

Zu Artikel 5 Nr. 4: § 109 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.....	39
Zu Artikel 5 Nr. 5: § 115d SGB V Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	40
Zu Artikel 5 Nr. 6: § 118 Abs. 3 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen.....	44
Zu Artikel 5 Nr. 7b): § 136 Abs. 1 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	45
Zu Artikel 5 Nr. 8a - d: § 136a Abs. 2 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	46
Zu Artikel 5 Nr. 9: § 136c Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung.....	47
Zu Artikel 5 Nr. 10: § 137 Abs. 2 Satz 1 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	50
Zu Artikel 5 Nr. 13: § 271 Abs. 2 Satz 4 SGB V Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds in Liquiditätsreserve.....	51
Zu Artikel 5 Nr. 14: § 293 Abs. 6 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	52
Zu Artikel 5 Nr. 15: § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen	55
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	57
1. Tarifausgleichsrate bezogen auf Landesbasisfallwerte	57
2. Einführung einer Krankenhausarzt Nummer für ambulante Krankenhausleistungen	58
3. Notfallvergütung.....	62
4. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf besondere Einrichtungen.....	65
5. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf Anforderungen aus den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	66
6. Ausweitung des Hygieneförderprogramms auf Psych-Einrichtungen.....	67
7. Klarstellung zu § 301 SGB V - Übermittlung der Einweisungsdiagnose.....	68
8. Klarstellung zu § 301 SGB V - Angaben zu durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	69
9. Feststellung von Arbeitsunfähigkeit durch Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung.....	71
10. Extrabudgetäre Vergütung „Behandlungen von Bluterpatientinnen und -patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik“	72
11. Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bei stationsäquivalenter Behandlung.....	73
12. Hilfsmittelversorgung von Patienten	73

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Weichen für die weitere Umsetzung der Finanzierungsreform für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung neu gestellt. Der ursprünglich vorgesehene Weg in eine preisorientierte Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen wird nicht weiter verfolgt. Die Ziele, die die Koalition mit dieser ordnungspolitischen Neuausrichtung anstrebt, werden von den Krankenhäusern unterstützt, nämlich:

- Begründete individuelle Kosten der Kliniken sollen auch weiterhin über krankenhausespezifische Budgets finanziert werden.
- Regionale und strukturelle Besonderheiten sollen im Rahmen der individuellen Budgets berücksichtigt werden.
- Der Krankenhausvergleich soll als Orientierungshilfe zur Gewährleistung eines ausreichenden, den Personal- und Qualitätserfordernissen angemessenen Budgets und nicht als Budgetabsenkungsinstrument eingesetzt werden.
- Der Entgeltkatalog soll den medizinischen Erfordernissen Rechnung tragen und darf nicht zu Fehlanreizen und Fehlsteuerungen führen.
- Die Kalkulation der Bewertungsrelationen soll auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Personalausstattung und leitliniengerechten Qualitätsnormen erfolgen.
- Die Personalausstattung soll verbessert werden.

Diese mit den Eckpunkten und im strukturierten Dialog am 18. Februar 2016 formulierten Leitziele werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf durch zahlreiche Regelungen, die in ihrer komplexen Zusammenwirkung gesehen werden müssen, aufgegriffen. Dabei werden zentrale Kritikpunkte der Krankenhäuser am Konzept des Referententwurfs nunmehr berücksichtigt. Grundsätzlich wird sich die Reform der Finanzierung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen aber daran messen lassen müssen, wie die konkrete Ausgestaltung von verbindlichen Personalanforderungen erfolgt. Dabei ist die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes zur Umsetzung unterschiedlicher medizinischer Konzepte zu berücksichtigen, die Problematik des Fachkräftemangels und von dadurch bedingten Nicht- und Minderbesetzungen zu lösen und die vollständige Personalfinanzierung zu sichern. Insbesondere diese Fragen werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aber in keinsten Weise zufriedenstellend beantwortet. Durch die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Überführung der G-BA-Empfehlungen zur therapeutischen Personalausstattung (§ 136 a SGB V) in eine verbindliche Mindestvorgabe, wird die Unzulänglichkeit des Gesetzentwurfs im Gesamtbereich Personal noch einmal deutlich verstärkt.

Die Verpflichtung zur Umsetzung von externen, durch G-BA-Richtlinien vorgegebenen Personalvorhaltungen kann zwingend nur dann zur Anwendung kommen, wenn die vollständige Refinanzierung der daraus resultierenden Personalkosten gesetzlich und unabdingbar so sichergestellt wird, dass sämtliche Personalkosten einschließlich aller Komponenten der Tarifanpassungen eins zu eins und ungedeckt in die Budgets ein-

gebracht werden. Dies muss auch für die politisch gewollte volle Personalausstattung nach PsychPV ab sofort gelten.

Mit den vorgegebenen detaillierten Nachweispflichten über die Personalausstattung und der Zweckbindung von Budgetanteilen wird ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung eingeleitet, der den Krankenhäusern die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Versorgungsgestaltung nimmt. Die Krankenhäuser brauchen ausreichende Flexibilität für einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz des Personals. In jedem Falle müssen die Auswirkungen von Personalfluktuationen und Personalengpässen aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt sanktionsfrei bleiben und dürfen keine nachträglichen Budgetkürzungen auslösen. Ohne diese flankierenden Regelungen entsteht eine starre Zweckbindung für den überwiegenden Teil der Budgets der Krankenhäuser.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind die weiteren mit dem Gesetzentwurf angesprochenen Themenkomplexe im Einzelnen wie folgt zu bewerten.

Zeitplan und Einführungsphasen

Mit der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr greift der Gesetzentwurf eine elementare Forderung der Krankenhäuser auf. Aufgrund der tiefgreifenden Neuausrichtung des Systems und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben ist die Verschiebung um ein Jahr zwingend erforderlich. Nunmehr kann die erforderliche Anpassung des Entgeltkataloges bis zur verbindlichen Anwendung des Systems im Jahr 2018 umgesetzt werden. Auch für die Entwicklung eines sachgerechten Krankenhausvergleiches einschließlich der Umsetzung der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen steht ein Jahr mehr zur Verfügung. Zudem erfolgt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2020 zeitgleich mit der Einführung der Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung, so dass keine Inkonsistenzen des Systems entstehen.

Vorschriften für die Budgetverhandlungen ab 2020

Die neuen Vorschriften zur Budgetfindung greifen die bisherigen Verhandlungstatbestände auf. Auf die noch im Referentenentwurf vorgesehene Einführung von theoretischen „Wirtschaftlichkeitsreserven“ und „Substitutionspotenzialen“ bei der Geltendmachung von Leistungszuwächsen wird verzichtet.

Eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zum derzeitigen Budgetrecht stellen allerdings die Regelungen zur Leistungsentwicklung dar, da diese nicht mehr als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht werden können. Dies wird mit der nun vorgesehenen Zulassung von Überschreitungen der Veränderungsrate bei Leistungszuwächsen aufgrund der Krankenhausplanung in keinsten Weise geheilt.

Behandlungsfälle von Patienten mit psychischen Erkrankungen verzeichnen in den letzten Jahren einen der größten Zuwächse bei den Fallzahlen von Krankenhäusern. Auch in Zukunft ist von einem steigenden Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen auszugehen. Das damit verbundene Morbiditätsrisiko darf nicht den Kranken-

häusern aufgebürdet werden. Deshalb muss wie im bisherigen Budgetrecht auch in Zukunft gewährleistet sein, dass Fallzahl- und Fallschwereresteigerungen als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht und damit ohne fiskalische Deckelung in die Budgets der Krankenhäuser eingebracht werden können. Ohne diese Korrektur würde eine deutliche Verschlechterung bei der Finanzierung des zusätzlichen Leistungsbedarfs gegenüber dem geltenden Recht eintreten.

Die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ab dem Jahr 2017 auf 50 % ist mit Blick auf bestehende Prognoseunsicherheiten bei der Vorausschätzung des Leistungsmengengerüstes sachgerecht. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum in Folge der Verlängerung der freiwilligen Anwendungsphase bis einschließlich 2017 der Mindererlösausgleich für die Optionshäuser im Jahr 2017 nicht wie in den Vorjahren mit 95 % beibehalten wird. Auch die sehr restriktiven Ausgleichssätze in Höhe von 85 % bzw. 90 % für die sonstigen Mehrerlöse sind nicht nachvollziehbar. Der Mehrerlösausgleich sollte zumindest wie im somatischen Bereich dauerhaft auf 65 % festgelegt werden.

Beim Krankenhausvergleich ist noch deutlicher hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Vergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen dürfen und dass dieser nur als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner vorgesehen ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Vergleich von den Krankenkassen primär zur Absenkung der Budgets genutzt werden wird. So sieht der Gesetzentwurf vor, dass eine deutliche Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte nur bei unabweisbaren Gründen zulässig ist. Eine analoge Regelung zur Anhebung von Budgets bei deutlicher Unterschreitung der Vergleichswerte ist nicht vorgesehen. Diese Asymmetrie zu Lasten der Krankenhäuser muss gestrichen werden.

Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die regionalen und strukturellen Besonderheiten mit dem Gesetzentwurf sowohl in den Budgetvorschriften als auch bei der Ausgestaltung des Krankenhausvergleiches explizit aufgegriffen werden. Zudem werden in der Begründung vielfältige Aufgaben und Besonderheiten beispielhaft erläutert, die einen höheren Finanzierungsbedarf begründen können. Somit wird der Wille des Gesetzgebers deutlich, dass regionale und strukturelle Besonderheiten in der neuen Budgetsystematik krankenhausesindividuell berücksichtigt werden sollen.

Allerdings muss in den Budgetvorschriften noch klarstellend ergänzt werden, dass diese Besonderheiten nicht nur bei der Leistungsentwicklung zu berücksichtigen sind, sondern auch die damit verbundenen Kosten in den Budgetverhandlungen geltend gemacht werden können.

Bezüglich der technischen Umsetzung sieht der Gesetzentwurf vor, dass für die „regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung“ krankenhausesindividuelle tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbart werden sollen. Dies könnte so verstanden werden, dass bei Vorliegen von strukturellen Besonderheiten anstatt der pauschalierenden Tagesentgelte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte

vereinbart werden sollen. Um dies zu vermeiden, fehlt noch das ausdrückliche Bekenntnis, dass strukturell bedingte Kostenunterschiede auch durch unterschiedlich hohe krankenhausespezifische Basisentgeltwerte dauerhaft berücksichtigt oder durch Zuschläge finanziert werden sollen.

Krankenhausvergleich

Zur Unterstützung der Vertragsparteien auf Ortsebene soll ein „leistungsbezogener Vergleich“ entwickelt und ab dem Jahr 2020 budgetwirksam eingesetzt werden. In den Vergleich sind insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einzubeziehen. Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und können nach Fachgebieten untergliedert werden.

Personalkostenunterschiede, die sich aufgrund regionaler Arbeitsmarkt- und Tarifbedingungen ergeben, müssen bei der Anwendung des Vergleichs ebenso berücksichtigt werden, wie tarifrelevante Altersstrukturunterschiede in der Personalausstattung der einzelnen Krankenhäuser

Der Krankenhausvergleich kann nur das Instrument einer Orientierungshilfe sein. Grundsätzlich positiv ist, dass die regionalen oder strukturellen Besonderheiten bei der Ausgestaltung des Vergleiches explizit einzubeziehen sind. Hiermit wird durch den Gesetzgeber anerkannt, dass strukturbedingte Kostenunterschiede auch bei ähnlichen Leistungen (im Sinne der Definition der pauschalen Entgelte) begründet sein können. Allerdings ist zu beachten, dass der Mehraufwand wie z. B. bei der Pflichtversorgung nicht von dem Merkmal als solchem, sondern von dessen Intensität bestimmt wird und somit stark variieren kann. Für eine sachgerechte Abbildung dieser Strukturmerkmale wäre dann eine kaum praktikable Anzahl von Vergleichsgruppen erforderlich. Zudem stellt der Vergleich auf die nach § 6 Absatz 2 BPfIV zu vereinbarenden krankenhausespezifischen Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten ab. Um auf dieser Grundlage auch strukturelle Besonderheiten zu erfassen, die sich nicht über den Patientenbezug oder die Behandlungsleistungen beschreiben lassen, müssten die in § 6 BPfIV angelegten Entgeltformen um Zuschläge ergänzt werden.

Begrenzung des Aufwands für Dokumentation und Abrechnungsprüfung

Der Gesetzentwurf greift als weiteren Kritikpunkt am Preissystem den „Bürokratie-“ und „Misstrauensaufwand“ auf. Es ist nicht mit dem Ziel einer Verbesserung der Personalausstattung vereinbar, wenn medizinisch-pflegerisches Personal mehr als zwingend erforderlich der Patientenversorgung entzogen wird. Mit dem Gesetzentwurf wird die Selbstverwaltung beauftragt, den Dokumentationsaufwand durch Streichung der nicht erlösrelevanten OPS zu reduzieren und das Entgeltsystem an die Erfordernisse des neuen Budgetsystems anzupassen. Somit können nicht nur die Kodierung, sondern auch die Abrechnungsbestimmungen und die Struktur der Entgelte im Sinne einer „Konsolidierung“ weiterentwickelt werden. Unter den neuen Rahmenbedingungen kann das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, während das Ziel der „Kostentrennung“

an Bedeutung verliert, ohne dass die Transparenzanforderungen des Systems reduziert werden müssen.

Kalkulation der Bewertungsrelationen

Die DKG unterstützt die Zielsetzung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen „*perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität*“ durchzuführen. Aufgrund der seit Jahren fehlenden Ausfinanzierung der Psych-PV ist allerdings davon auszugehen, dass kaum ein Krankenhaus die Anforderungen der Psych-PV vollständig erfüllen kann. Daher ist die nunmehr in der Gesetzesbegründung vorgegebene Möglichkeit, dass die umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV für die Kalkulation der Bewertungsrelationen auch durch Hochrechnung der Kalkulationsdaten gewährleistet werden kann, von großer Bedeutung, um die Zielsetzung erreichen zu können.

Die vorgesehene Vereinbarung von Übergangsfristen zur Umsetzung von G-BA-Anforderungen für die Kalkulationseinrichtungen wirft die Frage auf, inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG von den vom G-BA vorgegebenen Fristen abweichen können. Auch zur Weitergeltung der Psych-PV für die Kalkulationskrankenhäuser über das Jahr 2019 hinaus sollte nochmals geprüft werden, inwieweit dies mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung ab dem Jahr 2020 im Einklang steht.

Standortdefinition und -verzeichnis

Die Krankenhäuser anerkennen den Bedarf für eine bundeseinheitliche Definition der Standorte eines Krankenhauses. Dem Wortlaut des vorliegenden Gesetzesentwurfs und der Gesetzesbegründung nach, jeden Standort eindeutig geokodieren zu können, ist eine kleinräumige Standortdefinition vorgesehen. Ist dies tatsächlich beabsichtigt, werden weitergehende gesetzliche Anpassungen, z. B. der Mindestmengenregelungen, zwingend notwendig, um diese kleinräumigen Standorteinheiten zusammenfassen zu können - ähnlich wie es für die Budgetverhandlungen schon vorgesehen ist - und für die Qualitätssicherung sachgerecht nutzbar machen zu können. Daher ist es erforderlich, gesetzlich zu regeln, dass der G-BA auch mehrere oder alle Standortkennzeichen eines Krankenhauses insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung zusammenfassen kann. Auch muss die Definition eines Hauptstandortes mit Nebenstandorten möglich sein. Schließlich erscheint es unsachgemäß, jede kleinzellige Tagesklinik als eigenen Standort auszuweisen.

Da von der Standortdefinition nur die Krankenhäuser und ihre Ambulanzen direkt betroffen sind, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die DKG und der GKV-SV im Rahmen ihrer Vereinbarung das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herstellen sollen. Diese Vorgabe ist daher ersatzlos zu streichen.

Grundsätzlich akzeptieren die Krankenhäuser auch das geplante bundesweite Verzeichnis der Krankenhausstandorte.

Stationsäquivalente Behandlung

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Stärkung einer patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Mit dem Gesetzentwurf wird klargestellt, dass eine stationsäquivalente Behandlung gleichberechtigt zur vollstationären Behandlung eingeführt wird. Klar hervorzuheben ist die optionale Möglichkeit des Angebots dieser Versorgungsform. Die Verknüpfung mit dem Abbau stationärer Betten verkennt den steigenden Versorgungsbedarf für psychisch Kranke und wird den Einstieg in die stationsäquivalente Behandlung für die Krankenhäuser erschweren. Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Umsetzung stationsäquivalenter Behandlung (flexible, individuelle, multiprofessionelle 24-stündige Ressourcenbereitstellung) ist nicht von Ersparnissen gegenüber der vollstationären Behandlung auszugehen. Die entsprechende Finanzierung muss sichergestellt sein. Deshalb müssen Mehraufwendungen auch oberhalb der Veränderungsrate berücksichtigt werden.

Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ihr Leistungsspektrum geht weit über das der vertragsärztlichen Versorgung hinaus, insbesondere in Hinblick auf Patientenspektrum und Komplexität. Deshalb ist nicht nachvollziehbar, ob und inwieweit die Daten der PIAs zu einer Verbesserung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung beitragen können. Der Effekt auf die Niederlassung von Vertragsärzten dürfte jedenfalls sehr gering sein. Aus diesen Gründen ist die vorgesehene massive Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung für die Krankenhäuser inakzeptabel.

Die Streichung der regionalen Versorgungsverpflichtung für die Ermächtigung Psychosomatischer Institutsambulanzen wird ausdrücklich begrüßt. Das Erfordernis einer Facharztüberweisung wird von den Krankenhäusern als zu hohe Barriere für den Zugang zur Behandlung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz abgelehnt.

Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Klarstellung, dass der G-BA im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch dazu ermächtigt ist, Regelungen zur Finanzierung von notwendigen Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu treffen. Dies muss auch die Kosten der Datenannahme beinhalten.

Die Aufnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in den Kreis der Empfänger der Daten zu den Auswertungen zu Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach §136c Abs. 1 SGB V, ist abzulehnen. Dies ist eine unverhältnismäßige und nicht erforderliche Ausweitung der Übermittlungsbefugnisse des G-BA.

Fazit

Aus Sicht der Krankenhäuser werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf tragfähige Grundlagen für die Neuausrichtung der Finanzierung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen als Budgetsystem und für die Weiterentwicklung der Versorgung gelegt. Auf dieser Grundlage kann das leistungsorientierte Entgeltsystem an die neuen Rahmenbedingungen angepasst und ein sachgerechter Krankenhausvergleich entwickelt werden. Um Missverständnisse und Verzögerungen zu vermeiden, sollten jedoch die Fragen zur technischen Umsetzung der Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten zeitnah geklärt werden.

Höchst problematisch bleibt nach wie vor die Ausgestaltung von verbindlichen Personalanforderungen. Verbindliche Personalvorgaben müssen die vollständige Refinanzierung, die Forderung nach Flexibilität des Personaleinsatzes zur Umsetzung unterschiedlicher medizinischer Konzepte und die Problematik des Fachkräftemangels und dadurch ausgelöste Nicht-/Minderbesetzungen berücksichtigen.

Die massive Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung für die PIAs der Krankenhäuser ist angesichts der geringen Effekte auf die Niederlassung von Vertragsärzten nicht zu rechtfertigen und für die Krankenhäuser inakzeptabel.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 1: § 2a KHG

Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

Beabsichtigte Neuregelung

In § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG ist vorgesehen, dass der GKV-SV und die DKG eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses, festlegt. Auf der Grundlage der festzulegenden Definition ist nach dem neu angefügten § 293 Absatz 6 SGB V vom GKV-SV und der DKG ein Verzeichnis der Krankenhausstandorte aufzubauen und zu führen.

In § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG ist darüber hinaus vorgesehen, dass die bundeseinheitliche Definition zur Festlegung von Kriterien zur Definition von Krankenhausstandorten im Benehmen mit der KBV zu vereinbaren ist.

Kommt die Vereinbarung zur Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von 6 Wochen.

Die Länder sind an die zu vereinbarende Standortdefinition nicht gebunden. Diese hat keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder. Das Recht der Länder, im Rahmen ihrer Krankenhausplanung die Standorte von Krankenhäusern nach selbst gewählten planerischen Abgrenzungskriterien festzulegen, bleibt unberührt.

Stellungnahme

Der Wortlaut des vorliegenden Gesetzesentwurfs und dessen Begründung (Teil B, zu Art. 1, zu Nr. 1, zu Abs. 1, 2. Absatz, letzter Satz) sieht zwingend eine exakte Geokodierung des Standortes vor. Dadurch ist eine Standortdefinition angelegt, die sich nur an einer räumlichen und, durch die Vorgabe zur Geokodierbarkeit, kleinräumigen Abgrenzung von Standorten orientiert. Dies bedeutet, dass der Standort von den Selbstverwaltungspartnern - entgegen dem Wortlaut des Gesetzes, eine eindeutige Abgrenzung auch in organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht zu ermöglichen - nun allein anhand eines räumlichen Kriteriums festgelegt werden muss. Eine Zusammenfassung von mehreren, örtlich eindeutig bestimmbar (geokodierbaren) (Stand-)Orten aufgrund medizinischer, rechtlicher oder organisatorischer Kriterien zu einem in organisatorischer, rechtlicher und medizinischer Hinsicht einheitlichen Standort wäre nicht möglich. Durch diese Interpretation engt der Gesetzgeber die

von den Selbstverwaltungspartnern zu findenden Kriterien unsachgemäß ein und gibt faktisch die Standortdefinition als eindeutig bestimmbar Ort vor.

Sowohl für Zwecke der Qualitätssicherung, als auch für andere Zwecke der medizinischen und wirtschaftlichen Organisation muss jedoch die Standortdefinition über die genau örtliche Bestimmbarkeit hinaus geöffnet werden. Krankenhäuser organisieren sich aus Gründen einer ökonomisch sinnvollen Sicherstellung regionaler Versorgung regelmäßig in arbeitsteilige, geografisch getrennte, organisatorisch, medizinisch und rechtlich jedoch verbundene Einheiten. Anderenfalls würden sich beispielsweise die gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V standortbezogenen festzulegenden Mindestmengen, die vom selben Team an geografisch unterschiedlichen Orten erbracht werden, für dieses Team verdoppeln, oder bei drei Orten verdreifachen, wenn die Mindestmenge in diesem Sinne standortbezogen festgelegt werden würde. In der externen stationären Qualitätssicherung führt die Unmöglichkeit, Leistungen, die sich über mehrere geografisch getrennte Orte eines Krankenhauses erstrecken, einem dieser "Standorte" zuzuordnen zu können, regelmäßig zu unsachgemäßen Auswertungen und Fehlinformationen.

Für unterschiedliche Maßnahmen der Qualitätssicherung sind offensichtlich unterschiedliche Zusammenfassungen von Orten der Leistungserbringung notwendig. All dies bedeutet nicht, dass diese Orte der Leistungserbringung nicht eindeutig identifizierbar sein sollen. Der Forderung, für erbrachte Leistungen eine eindeutige Ortskennzeichnung einzuführen zu wollen, kann die DKG sich anschließen. Allerdings können die Orte der Leistungen nicht grundsätzlich als "Krankenhausstandorte" bezeichnet werden, da diese Definition, wie oben erläutert, keine Abgrenzung von Versorgungsleistungen in organisatorischer, rechtlicher und medizinischer Hinsicht mehr erlauben würde.

Daher schlägt die DKG vor, dass Versorgungseinheiten je nach Zweckzusammenhang zu sinnvollen Standorten zusammengefasst werden können. Wenn z. B. ein eindeutig bestimmbarer Ort medizinischer Leistungserbringung sich auch in räumlicher, organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Hinsicht entsprechend der zu vereinbarenden Kriterien hinreichend abgrenzen lässt, dann kann dem Standort ein eindeutiger geolokalisierbarer Ort zugewiesen werden. Erstreckt sich hingegen die medizinische Leistungserbringung regelmäßig über mehrere solcher Orte, dann ist der Standort die Summe dieser eindeutig bestimmbar Orte. Einen eindeutigen geolokalisierbaren Ort als Standort anzugeben, wäre in diesem Fall nicht sachgerecht. Auch im Vorschlag der DKG ließen sich Orte von Leistungen, z. B. Notfallleistungen, exakt einem eindeutig bestimmbar Ort zu weisen, um daraus Distanzen oder Erreichbarkeitszeiten berechnen zu können. Ähnlich könnten für Mindestmengen gleiche Leistungen, die an verschiedenen Orten von einem Team erbracht werden, sachgerecht zusammengefasst werden.

Je nach Zweckzusammenhang sollte eine unterschiedliche Standort-Definition möglich sein, da die verschiedenen Bedarfe an eine Standort-Definition zur Qualitätssicherung, Abrechnung, Krankenhausplanung und Krankenhausstatistik kaum miteinander vereinbar sind. Je nach Zweckzusammenhang sollten sich die Standorte aus den jeweils relevanten Versorgungseinheiten zusammensetzen können. Nur so ist es möglich, z. B.

organisatorisch selbständige von organisatorisch unselbstständigen, medizinisch eigenständigen von medizinisch nicht eigenständigen und rechtlich unabhängigen von rechtlich abhängigen Orten der Erbringung von Krankenhausleistungen zu unterscheiden.

Ist jedoch eine rein auf die Geokodierung beschränkte Standortdefinition tatsächlich vom Gesetzgeber beabsichtigt, werden weitergehende gesetzliche Anpassungen, z. B. der Mindestmengenregelungen, zwingend notwendig, um diese ausschließlich räumlich bestimmten Standorte sachgerecht für die verschiedenen Zwecke zusammenfassen zu können, ähnlich wie es für die Budgetverhandlungen schon vorgesehen ist. Zwar ist in der Gesetzesbegründung angelegt, dass, „[W]enn es die konkrete Zwecksetzung erfordert, ... etwa der G-BA daher auch mehrere oder alle Standortkennzeichen eines Krankenhauses zusammenfassen [kann]“ (zu Nummer 14 (§293); S. 54), allerdings ist die daraus folgende notwendige Öffnung des Gesetzestextes zu den Mindestmengenregelungen in § 136b SGB V nicht erfolgt. Wie oben erläutert erschließt es sich nicht, warum Mindestmengen grundsätzlich nur auf Basis dieser kleinräumlichen geokodierten Standorte festgelegt werden müssen.

Abzulehnen ist darüber hinaus die Vorgabe, dass die bundeseinheitliche Definition zur Festlegung von Kriterien zur Definition von Krankenhausstandorten im Benehmen mit der KBV zu vereinbaren ist. Die Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten betrifft ausschließlich den stationären Bereich und hat keinerlei Auswirkungen auf den vertragsärztlichen Sektor. Gemäß § 2a Abs. 1 Satz 3 KHG soll die Definition insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Allein an dieser Zweckbestimmung wird bereits deutlich, dass es sich um eine rein stationäre Thematik handelt. Es ist daher kein sachlicher Grund ersichtlich, warum für diesen Bereich ein Benehmen mit der KBV hergestellt werden sollte. Auch mit Blick auf die äußerst knapp bemessene Frist von sechs Monaten zur Festlegung entsprechender Kriterien sollte ein möglichst schlankes Verfahren gewählt werden, das nicht zu den im Rahmen der Beratungen im G-BA festzustellenden Verzögerungen führt. Das Benehmen mit der KBV ist daher an dieser Stelle zu streichen.

Abzulehnen ist weiterhin das in § 2a Abs. 2 KHG vorgesehene Tätigwerden der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG von Amts wegen. Die Verortung der Konfliktlösung bei der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ist sachgerecht, jedoch ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum die Schiedsstelle hier ohne Antrag einer Vertragspartei entscheiden sollte. Die Selbstverwaltungspartner sind mit der Frage der Antragstellung in der Vergangenheit immer verantwortlich umgegangen. Im Falle des Scheiterns von Verhandlungen wurde die Schiedsstelle durch eine der Vertragsparteien angerufen. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen verzögert oder zum Erliegen gebracht wurde. Durch ein Tätigwerden der Schiedsstelle von Amts wegen würde ein immens hoher Druck aufgebaut werden, der den Verhandlungen nicht zuträglich wäre. Es sollte dabei bleiben, dass die Verhandlungspartner je nach Verhandlungssituation entscheiden können, ob eine Vereinbarung durch weitere Verhandlungen doch noch einvernehmlich geschlossen werden kann. Das Zustandekommen einer Vereinbarung wird im Übrigen dadurch sichergestellt, dass sowohl für die Vereinbarung, als auch für die Entscheidung der Schiedsstelle entspre-

chende Fristen in das Gesetz aufgenommen wurden. Es ist daher vorzusehen, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet, wenn eine Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

Änderungsvorschlag

§ 2a Abs. 1 KHG wird wie folgt geändert:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit ~~den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen~~ **und** dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition des Standorts eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen **eine eindeutige Abgrenzung der Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen sowie** von Versorgungseinheiten insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher **und oder** rechtlicher Hinsicht ermöglicht. **Je nach Zweckzusammenhang ist eine unterschiedliche Standort-Definition möglich, hierbei können sich die Standorte aus den jeweils relevanten Versorgungseinheiten zusammensetzen.** Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt unberührt. Die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, ~~die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen~~ und deren Mitglieder und Mitgliedschaften sowie für die Leistungserbringer verbindlich.“*

§ 2a Abs. 2 KHG wird wie folgt geändert:

*„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ~~ohne auf~~ **auf** Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen fest.“*

Zu Artikel 1 Nr. 5a) aa): § 17d KHG

Anpassung des Auftrages der Selbstverwaltung zur Systementwicklung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 17d Abs. 1 Satz 4 KHG wird der gesetzliche Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems an den geänderten Einsatzzweck in einem Budgetsystems angepasst. Es wird klargestellt, dass der Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentations-

aufwand des pauschalierenden Entgeltsystems unter den neuen Rahmenbedingungen auf das notwendige Maß begrenzt sein muss.

Stellungnahme

Die DKG unterstützt die Anpassung des Auftrags an die Selbstverwaltungspartner ausdrücklich. Unter den geänderten Rahmenbedingungen eines Budgetsystems kann das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, ohne das Ziel der Leistungstransparenz zu vernachlässigen. Durch eine Stärkung der Pauschalierung kann nicht nur der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt werden, sondern auch ungewollte Anreizwirkungen besser berücksichtigt und vermeidbare Abrechnungsstreitigkeiten reduziert werden.

Änderungsvorschlag

Keine Änderung erforderlich.

Zu Artikel 1 Nr. 5a) cc): § 17d KHG

Kalkulationsgrundlage

Beabsichtigte Neuregelung

Umfassende Umsetzung der Personalanforderungen nach Psych-PV und der G-BA-Anforderungen als Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation der Bewertungsrelationen und gleichzeitiger Erhalt einer belastbaren Datengrundlage.

Stellungnahme

Die DKG unterstützt die Zielsetzung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen „*perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität*“ durchzuführen. Aufgrund der seit Jahren fehlenden Ausfinanzierung der Psych-PV ist allerdings davon auszugehen, dass kaum ein Krankenhaus die Anforderungen der Psych-PV vollständig erfüllen kann. Auch die Erwartung, dass vor dem 1. Januar 2020 „*eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV*“ in den Kalkulationskrankenhäusern erfolgt und die Kalkulation gleichzeitig auf einer „*belastbaren*“ bzw. „*hinreichenden*“ Grundlage durchgeführt werden kann, bleibt abzuwarten. Daher ist die nunmehr in der Gesetzesbegründung vorgegebene Möglichkeit, dass die umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV für die Kalkulation der Bewertungsrelationen auch durch Hochrechnung der Kalkulationsdaten gewährleistet werden kann, von großer Bedeutung, um beide Ziele erreichen zu können.

Die vorgesehene Vereinbarung von Übergangsfristen zur Umsetzung von G-BA-Anforderungen für die Kalkulationseinrichtungen wirft die Frage auf, inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG von den vom G-BA vorgegebenen Fristen abweichen können. Erforderliche Übergangsfristen zur Umsetzung der Personalanforderungen in allen Krankenhäusern müssten vom G-BA beschlossen werden. Auch zur

Weitergeltung der Psych-PV für die Kalkulationskrankenhäuser über das Jahr 2019 hinaus, sollte nochmals geprüft werden, inwieweit dies mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung ab dem Jahr 2020 im Einklang steht.

Änderungsvorschlag

§ 17d Absatz 1 Satz 8 und 9 KHG werden wie folgt gefasst:

~~„Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weiter.“~~

Zu Artikel 1 Nr. 5d): § 17d Abs. 4 KHG

Einführungsphasen

Beabsichtigte Neuregelung

Die freiwillige Einführungsphase wird um ein Jahr bis einschließlich 2017 verlängert. Die für alle Krankenhäuser verbindliche Einführung des Vergütungssystems erfolgt zum 01.01.2018. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Budgetvereinbarung nach den Bestimmungen für das neue Budgetsystem. Die Frist für die bereits vorhandene Berichtspflicht wird entsprechend angepasst.

Stellungnahme

Mit der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr greift der Gesetzentwurf eine elementare Forderung der Krankenhäuser auf. Aufgrund der tiefgreifenden Neuausrichtung des Systems und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben ist die Verschiebung um ein Jahr zwingend erforderlich. Nunmehr kann die erforderliche Anpassung bzw. Vereinfachung des Entgeltkataloges bis zur verbindlichen Anwendung des Systems im Jahr 2018 umgesetzt werden. Auch für die Entwicklung eines sachgerechten Krankenhausvergleiches einschließlich der Umsetzung der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen steht ein Jahr mehr zur Verfügung. Zudem erfolgt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2020 zeitgleich mit der Einführung der Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung, so dass keine Inkonsistenzen des Systems entstehen. Die Anpassung der Frist für die bereits vorhandene Berichtspflicht auf den 30.06.2019 ist als Folgeänderung sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keine Änderung erforderlich.

Artikel 2

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 2 Nr. 4b: § 3 Abs. 1 BPfIV Einführungsphasen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführungsphasen werden wie in Artikel 1 Nr. 5d) zu § 17d Abs. 4 KHG geregelt.

Stellungnahme

Die Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr ist wie zu Artikel 1 Nr. 5d) begründet zwingend erforderlich.

Änderungsvorschlag

Keine Änderung erforderlich.

Zu Artikel 2 Nr. 4c: § 3 Abs. 2 BPfIV Vereinbarung des Gesamtbetrages - Fristen

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Vorschriften für die Vereinbarung des Gesamtbetrages in der budgetneutralen Einführungsphase bis zum Jahr 2019. Befristung des doppelten Veränderungswertes auf die Jahre 2015 und 2016.

Stellungnahme

Folgeänderung zur Verlängerung der budgetneutralen Phase.

Änderungsvorschlag

Keine Änderung erforderlich.

Zu Artikel 2 Nr. 4d: § 3 Abs. 3 und 4 BPfIV Vereinbarung des Gesamtbetrages

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Vorschriften für die Verhandlung und Vereinbarung des Gesamtbetrages in der Anpassungsphase ab dem Jahr 2020.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die Verhandlungspartner auf der Ortsebene mit den neuen Regelungen für die Budgetvereinbarung gestärkt werden sollen. Auch ist positiv hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Krankenhausvergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen, sondern es den Verhandlungspartnern vor Ort obliegt, die Ergebnisse zu bewerten und ggf. die Konsequenzen auf dem Verhandlungswege zu regeln. Somit wirkt der Krankenhausvergleich als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner. Umso bedeutsamer ist die Ausgewogenheit der gesetzlichen Vorschriften für die Budgetverhandlungen, da diese auch die Grundlage für die Bewertung und die Konsequenzen aus dem Krankenhausvergleich bilden.

Die neuen Vorschriften zur Budgetfindung greifen überwiegend die bisherigen Verhandlungstatbestände auf. So sind (wie in § 6 BPfIV Stand 31.12.2012) Verkürzungen der Verweildauern, die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, zu berücksichtigen. Insofern wird auf die Einführung von theoretischen „Wirtschaftlichkeitsreserven“ und „Substitutionspotenzialen“ verzichtet und auch die Ausnahme von der Obergrenze für zusätzlichen Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung beibehalten.

Einstieg in die Anpassungsphase

Der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2020 erfolgt zeitgleich mit der Einführung der Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung, so dass keine Inkonsistenzen des Systems entstehen.

Strukturelle Besonderheiten

Während im Referentenentwurf noch auf „*leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten*“ abgestellt war, werden mit der Formulierung „*regionale oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung*“ im Gesetzentwurf auch regionale Besonderheiten als budgetwirksam anerkannt. Zudem ist das gesundheitspolitische Ziel erkennbar, wonach regionale und strukturelle Besonderheiten nicht nur leistungsbezogen im Sinne des pauschlierenden Entgeltsystems zu verstehen sind. In der Begründung werden vielfältige Aufgaben und Besonderheiten beispielhaft erläutert, die einen höheren Finanzierungsbedarf begründen können. Dabei wird auch ausgeführt, dass „*baulich-strukturelle Besonderheiten, deren Beseitigung durch investive Maßnahmen zu erfolgen hat, die aus Fördermitteln der Länder zu decken sind*“, von der Regelung nicht umfasst sind. Um unnötige Streitigkeiten auf der Ortsebene zu vermeiden sollte hierzu zwingend ergänzt werden, dass auch die aus solchen baulichen Besonderheiten resultierenden Be-

triebskosten pflegesatzfähig sind und diese wie bisher in den Budgetverhandlungen geltend gemacht werden können.

Irritierend ist, dass die „regionale oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung“ in § 3 BPfIV keinen eigenständigen Verhandlungstatbestand darstellen, sondern lediglich in Verbindung mit der Veränderung von Art und Menge der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen aufgegriffen werden. Zudem wird in § 6 BPfIV vorgegeben, dass für die regionalen und strukturellen Besonderheiten krankenhausesindividuelle tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbart werden sollen. Im Zusammenwirken könnten diese beiden Vorschriften so verstanden werden, dass bei Vorliegen von strukturellen Besonderheiten anstatt der pauschalierenden Tagesentgelte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte vereinbart werden sollen. Eigenständige Tagesentgelte wären auch nicht sinnvoll, da sich strukturellen Besonderheiten in der Regel nicht über die Merkmale und Behandlungsleistungen für einzelne Patienten abbilden lassen.

Es ist jedoch eine zwingende Voraussetzung für eine sachgerechte Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass strukturelle Kostenunterschiede auch bei „gleichen Leistungen“ bzw. bei gleichen pauschalen Entgelten begründet sein können. Entweder muss dies dauerhaft über die Höhe der Basisentgeltwerte oder über Zuschläge, die zusätzlich zu den pauschalierenden Tagesentgelten abgerechnet werden können, berücksichtigt werden. Für eine Zuschlagsfinanzierung wären die möglichen Entgeltformen in § 6 BPfIV lediglich um Zuschläge zu ergänzen. In jedem Fall aber müssen die „regionale oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung“ in § 3 BPfIV auch als Finanzierungstatbestand für die Budgetverhandlungen gesetzlich verankert und nicht nur im Hinblick von Veränderungen der vereinbarten Entgelte geregelt werden.

In Abs. 3 Satz 4 Nr. 2 ist zu ergänzen, dass auch die Kosten der „regionalen und strukturellen Besonderheiten“ ein budgetrelevanter Tatbestand sind.

Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung

Gemäß Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 ist ab dem Jahr 2020 die „Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ ein wesentlicher Tatbestand der Budgetverhandlung. Da dabei die Mindestanforderungen des G-BA nicht unterschritten werden dürfen und somit kaum Verhandlungsspielraum zur Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter besteht, ist die Möglichkeit zur Geltendmachung der hiermit verbundenen Personalkosten für das Krankenhaus von großer Bedeutung. Aufgrund der in § 18 BPfIV vorgesehenen Nachweispflichten und deren Konsequenzen für die Budgetanpassungen ist eine explizite Benennung der entsprechenden Personalkosten als Verhandlungstatbestand zwingend erforderlich.

Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 ist um die Wörter „und die damit verbundenen Kosten“ zu ergänzen.

Berücksichtigung von Leistungsveränderungen

Eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zum „alten“ Budgetrecht stellt die Regelung zur Leistungsentwicklung dar, da diese nicht mehr als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht werden können. Nur dann, wenn die Leistungsveränderungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet sind, ist eine Überschreitung noch zulässig. Der nach § 4 vorgegebene Anspruch auf die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags wird damit de facto abgeschafft und der zunehmende Versorgungsbedarf für psychisch Kranke und somit das Morbiditätsrisiko auf die Krankenhäuser abgewälzt. Um dies zu vermeiden, muss neben den krankenhauserplanerischen Maßnahmen auch die Zunahme des Versorgungsbedarfes als Ausnahmetatbestand vorgegeben werden.

Deutliche Überschreitung im Krankenhausvergleich

Es ist noch ungewiss, inwieweit es gelingt, mit dem Krankenhausvergleich ausreichend belastbare Orientierungswerte vorzugeben. Vor allem aber ist noch nicht absehbar, wie deutlich sich die Vergleichswerte zwischen den Krankenhäusern unterscheiden werden. Es ist daher verfrüht, bereits jetzt Grenzen zu ziehen, zumal mit den vorgesehenen Begriffen „maßgebliche Vergleichswerte“ und „deutlich überschreiten“ keine Rechtssicherheit geschaffen werden kann. Grundsätzlich sollte erstmal beobachtet werden, was der Krankenhausvergleich leisten kann. Keine Berücksichtigung im Gesetzentwurf findet eine Überschreitung der Vergleichswerte aufgrund von Personalkostenunterschieden, die sich durch regionale Arbeitsmarkt- und unterschiedlicher Tarifbedingungen, wie tarifrelevante Altersstrukturunterschiede in der Personalausstattung der einzelnen Krankenhäuser, ergeben. Die Kostenunterschiede können auf Krankenhaus- oder regionaler Ebene ausgebildet sein, und werden sich über den Krankenhausvergleich nicht widerspiegeln. Der Absatz 3 Satz 6 ist daher neu zu fassen um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser solche Unterschiede geltend machen können.

Anteilige Finanzierung von Personalkostenentwicklungen (Tarifrate)

Gemäß Absatz 4 sollen tarifbedingte Personalkostenentwicklungen hälftig finanziert werden, so dass eine Erhöhung des Gesamtbetrages um 40 % der auf der Bundesebene zu vereinbarenden Erhöhungsraten vorgesehen ist.

Mit dieser lediglich hälftigen Refinanzierung von Tarifentwicklungen besteht die Gefahr, dass die Krankenhäuser dauerhaft in die gleiche Personalkostenfalle wie zu Zeiten der „alten“ BPfIV (mit Psych-PV) getrieben werden. Zudem wird selbst eine hälftige Refinanzierung nicht erreicht, weil die strukturellen Komponenten der Tarifvereinbarungen nicht berücksichtigt werden. Insbesondere auch aufgrund der neu eingeführten Nachweispflichten zur Stellenbesetzung ist eine vollständige Berücksichtigung von Tarifierhöhungen erforderlich.

Die Berücksichtigung der Erhöhungsraten auf der Ortsebene ist auf 80 % festzulegen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 und 4 BPfIV werden wie folgt gefasst:

„(3) Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den auf Bundesebene vereinbarten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,
2. Veränderungen von Art und Menge der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich **der Kosten** regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung,
3. Kostenentwicklungen sowie Verkürzungen von Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,
4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4,
5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal **und die damit verbundenen Kosten**,
6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz **6**.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit der Tatbestand nach Satz 4 Nummer 5 dies erfordert oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet ist, **oder dies aufgrund eines steigenden Versorgungsbedarfes erforderlich ist**. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. ~~Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Eine Überschreitung der Entgelte über die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 ist ge-~~

rechtfertigt, wenn sich Personalkostenunterschiede aufgrund regionaler Arbeitsmarkt- und Tarifbedingungen ergeben oder tarifrelevante Altersstrukturunterschiede in der Personalausstattung der einzelnen Krankenhäuser vorliegen.

Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. das Erlösbudget und
2. die Erlössumme.

Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 9 Nummer 1 sind um Ausgleich und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.

*(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um **40 80** Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 10 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“*

Anmerkung:

Der hier dargestellte Vorschlag zur Anpassung des § 3 Abs. 4 BPfIV orientiert sich an der aktuellen Gesetzesfassung. Die DKG sieht darüber hinaus Anpassungsbedarf bei der Ausgestaltung der Tarifausgleichsrates, die im Falle der Umsetzung auch weitere Anpassungen in der BPfIV nach sich zögen (siehe unter „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ am Ende der Stellungnahme).

Zu Artikel 2 Nr. 4h: § 3 Abs. 7 BPfIV
Mindererlösausgleich

Beabsichtigte Neuregelung

Der Mindererlösausgleichssatz ab dem Jahr 2017 wird von 20 % auf 50 % erhöht. Bei Verlängerung der freiwilligen Anwendung bis einschließlich 2017 beträgt der Mindererlösausgleichssatz somit im letzten Jahr der freiwilligen Anwendung 50 % statt 95 % wie in den Vorjahren.

Stellungnahme

Die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ab dem Jahr 2017 ist mit Blick auf bestehende Prognoseunsicherheiten bei der Vorausschätzung des Leistungsmengenge-

rüsten oder unvorhergesehene Leistungseinbrüche zu begrüßen. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum in Folge der Verlängerung der freiwilligen Anwendungsphase bis einschließlich 2017 der Mindererlösausgleich für das Jahr 2017 nicht wie in den Vorjahren auf 95 % festgelegt wird. Auch wenn nachvollziehbar ist, dass die finanziellen Anreize durch den doppelte Veränderungswert für einen freiwilligen Einstieg in das System auf die Jahre 2015 und 2016 begrenzt bleiben soll, ist des Mindererlösausgleichssatzes ein wesentliches Instrument für die Begrenzung des Erlörisikos. Ohne Verlängerung des Mindererlösausgleichssatzes für das Jahr 2017 auf 95 % trotz eines weitgehend unveränderten, komplexen Entgeltkataloges überwiegt für die Krankenhäuser das Erlörisiko, so dass ein freiwilliger Umstieg auf das System im Jahr 2017 deutlich erschwert wird.

Keine Erwähnung findet die mit der Neufassung der Vorschrift gleichzeitig verbundene unbefristete Verlängerung des Mehrerlösausgleichs infolge veränderter Kodierung. Dieser wäre nach aktueller Rechtslage mit Beginn der Konvergenzphase entfallen. Die Ausgestaltung der Vorgaben zur Ermittlung von Mehrerlösen infolge einer veränderten Kodierung ist weiterhin als sehr kritisch zu bewerten. In diesem Zusammenhang wird auf ein pauschaliertes Berechnungsverfahren zur Ermittlung der leistungsbedingten sonstigen Mehrerlöse bei mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten zurückgegriffen, das entsprechend bereits im somatischen Bereich zum Einsatz kam und dort ebenfalls äußerst konfliktbehaftet war.

Dieses pauschale Berechnungsverfahren mit der vereinfachten formelhaften Ermittlung führt nur im Falle eines steigenden DMI (Day-Mix-Index, durchschnittlicher Schweregrad) und steigender Fallzahl zu nachvollziehbaren Ergebnissen. Aber auch dann wird jegliche DMI-Erhöhung als Kodiereffekt ausgewiesen. Daher führt das vereinfachte Verfahren in der Realität meistens zu stark verzerrenden und nur selten zu sachgerechten Erlösausgleichsbeträgen. Letztlich obliegt es immer dem betroffenen Krankenhaus nachzuweisen, dass nicht sämtliche Mehrerlöse auf eine veränderte Kodierung zurückzuführen sind, da die Formel einseitig zu Lasten der Krankenhäuser ausgestaltet ist. Die Lösung kann auch nicht darin bestehen, dass bei Versagen der Formel das Krankenhaus nachzuweisen hat, dass die sonstigen Mehrerlöse nach der vereinfachten formelhaften Ermittlung falsch bemessen sind. Letztlich ist eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Kodiereffekten und anderen Effekten selbst mit enormem administrativem Aufwand kaum möglich. Der Nachweis wird daher im Einzelfall nicht einfach zu führen sein und bietet zudem reichlich Konfliktpotenzial.

Die sehr restriktiven Ausgleichssätze in Höhe von 85 % bzw. 90 % für die sonstigen Mehrerlöse sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Kostenunterdeckungen bei Überschreitungen der vereinbarten Menge sind bei solch hohen Ausgleichssätzen vorprogrammiert. Der Mehrerlösausgleichssatz sollte zumindest wie im somatischen Bereich dauerhaft auf 65 % festgelegt werden.

Die vorgesehene Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Erlöse des Krankenhauses trägt zu einer weiteren Zunahme der Bürokratielasten für die Krankenhäuser bei und ist nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

1. § 3 Abs. 7 BPfIV wird wie folgt neu gefasst:

„(7) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 von dem veränderten Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 Satz 10 ab, so werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

- 1. Mindererlöse werden für die Jahre 2013, 2014, 2015, 2016 und ~~2016~~2017 zu 95 Prozent und ab dem Jahr ~~2017~~2018 zu 50 Prozent ausgeglichen,*
- ~~2. Mehrerlöse, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen,~~*
- 23. sonstige Mehrerlöse werden für die Jahre 2013, 2014, 2015 und 2016 zu 65 Prozent ausgeglichen, ~~ab dem Jahr 2017 werden sonstige Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 Satz 10 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen.~~*

Die Vertragsparteien können im Voraus abweichende Ausgleichssätze vereinbaren, wenn dies der angenommenen Entwicklung von Leistungen und deren Kosten besser entspricht.“

Zu Artikel 2 Nr. 5: § 4 BPfIV Leistungsbezogener Vergleich

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung der Vertragsparteien auf der Ortsebene soll ein „leistungsbezogener Vergleich“ entwickelt und ab dem Jahr 2020 budgetwirksam eingesetzt werden. In den Vergleich sind insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einzubeziehen. Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und können nach Fachgebieten untergliedert werden.

Stellungnahme

Bei diesem Ansatz des Vergleiches werden die maßgeblichen Orientierungsgrößen aus den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den Budgetvereinbarungen des Vorjahres abgeleitet. Somit sind die Budgetvereinbarungen der Maßstab für den Vergleich. Der tatsächliche Versorgungs- und Finanzierungsbedarf wird auf dieser Grundlage nicht erkennbar.

Positiv ist, dass die regionalen oder strukturellen Besonderheiten bei der Ausgestaltung des Vergleiches explizit einzubeziehen sind. Hiermit wird durch den Gesetzgeber anerkannt, dass strukturbedingte Kostenunterschiede auch bei ähnlichen Leistungen (im Sinne der Definition der pauschalen Entgelte) begründet sein können. In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass Krankenhausgruppen mit und ohne strukturellen Besonderheiten gebildet werden können. Allerdings ist zu beachten, dass der Mehraufwand wie z. B. bei der Pflichtversorgung nicht von dem Merkmal als solchem, sondern von dessen Intensität bestimmt wird und somit stark variieren kann. Für eine sachgerechte Abbildung mancher Strukturmerkmale wäre dann eine kaum praktikable Anzahl von Vergleichsgruppen erforderlich. Zudem stellt der Vergleich auf die nach § 6 Absatz 2 BPflV zu vereinbarenden krankenhausespezifischen Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten ab. Um auf dieser Grundlage auch strukturelle Besonderheiten zu erfassen, die sich nicht über den Patientenbezug oder die Behandlungsleistungen beschreiben lassen, müssten die in § 6 BPflV angelegten Entgeltformen um Zuschläge ergänzt werden.

Ebenfalls positiv ist, dass die Ergebnisse des Vergleichs differenziert nach Leistungen oder Leistungsgruppen erfolgen kann und auch die Bandbreiten der vereinbarten Entgelte und statistische Lage- und Streumaße zu diesen Entgelten auszuweisen sind. Zudem bietet der Vergleich Informationen zur personellen Ausstattung, so dass begründete Abweichungen von den Vergleichswerten erkennbar werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 6b: § 6 Abs. 2 und 3 BPflV

Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung

Beabsichtigte Neuregelung

Vereinbarung von krankenhausespezifischen tages-, fall- oder zeitraumbezogenen Entgelten für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die Vertragspartner auf der Ortsebene ohne aufwendige Anfragen beim InEK krankenhausespezifische Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten vereinbaren können. Die Vorschrift, dass das Krankenhaus die Besonderheiten und die damit verbundenen Zusatzkosten darzulegen hat ist nachvollziehbar. Dadurch wird auch erkennbar, dass nur die Zusatzkosten, die auf diese Besonderheiten zurückzuführen sind, über die krankenhausespezifischen Entgelte finanziert werden sollen. Allerdings ist gemäß § 6 nur die Vereinbarung von tages-, fall- oder zeitraumbezogenen Entgelten vorgesehen. Zudem ist die Einschränkung von Zusatzentgelten auf eng begrenzte Ausnahmefälle nicht nachzuvollziehen. Die Einschränkung auf die benannten Entgeltformen würde dazu führen, dass bei Vorliegen von strukturellen Besonderheiten (die so gut wie alle Patienten bzw. Berechnungstage betreffen), anstatt

der pauschalierenden Tagesentgelte, krankenhausindividuelle Tagesentgelte vereinbart werden müssen. Eigenständige Tagesentgelte wären jedoch auch nicht sinnvoll, da sich strukturelle Besonderheiten in der Regel nicht über die Merkmale und Behandlungsleistungen für einzelne Patienten abbilden lassen. Sofern strukturbedingte Kostenunterschiede nicht dauerhaft über die Höhe der Basisentgeltwerte, sondern über spezifische Entgelte finanziert werden sollen, sind Zuschläge die geeignete Entgeltform.

Änderungsvorschlag

§ 6 Absatz 2 und 3 BPfIV werden wie folgt gefasst:

*„(2) Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte, **Zusatzentgelte oder Zuschläge**; hierzu hat das Krankenhaus die Besonderheiten und die damit verbundenen Zusatzkosten darzulegen. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine regionale oder strukturelle Besonderheit in der Leistungserbringung haben die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu melden; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Darlegung der Besonderheit zu übermitteln.“*

(3) Die Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 sind sachgerecht zu kalkulieren. Das Krankenhaus hat die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 zu beachten und den anderen Vertragsparteien nach § 11 entsprechende Kalkulationsunterlagen vorzulegen. ~~In eng begrenzten Ausnahmefällen vereinbaren die Vertragsparteien Zusatzentgelte.~~“

Zu Artikel 2 Nr. 9a) dd): § 9 Abs. 1 Nr. 7 bis 9 BPfIV Vereinbarung auf Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Neue Aufgaben und Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf der Bundesebene.

Stellungnahme

Zu Nr. 7: Vereinbarung zu nicht erforderlichen Diagnosen- und Prozedurenschlüssel

Gemäß Nummer 7 sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene künftig bis jeweils zum 28. Februar jeden Jahres und für 2017 erstmals bis zum 31. März solche Diagnosen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V benennen, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben.

Wenngleich die DKG die Bemühungen des Gesetzgebers zur Verminderung des Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern anerkennt, so bestehen dennoch Befürchtungen hinsichtlich der erfolgreichen Umsetzung innerhalb der Selbstverwaltung. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass zu der Erforderlichkeit einzelner OPS-Kodes sehr abweichende Vorstellungen in der Selbstverwaltung bestehen. So hat die DKG wiederholt im Konsens mit zahlreichen Fachverbänden die Abschaffung der äußerst erfassungsaufwendigen Therapieeinheiten und auch anderer Kodes gefordert. Dieser Wunsch wurde seitens der GKV jedoch nie gestützt, da die Therapieeinheiten ihnen vielfältige Möglichkeiten bieten, Abrechnungen aus formalen Gründen mit den bekannten Konsequenzen zu beanstanden. In gleicher Weise ist ihr Wunsch nach immer mehr Transparenz nahezu unbegrenzt. Dabei spielt es schon lange keine Rolle mehr, ob zu dokumentierende Parameter für Vergütungszwecke oder das Entgeltsystem benötigt werden, oder ob der bürokratische Aufwand zur Erfüllung der Dokumentationsanforderungen in einem vernünftigen Verhältnis zum Zwecke der differenzierten Vergütung steht.

Aus diesem Grund wird angeregt, die Regelungen dahingehend zu ergänzen, dass das DIMDI auch dissente Vorschläge der Selbstverwaltungspartner in die Prüfung und die Umsetzung einzubeziehen hat. Hierdurch könnten die Chancen einer Einigung innerhalb der Selbstverwaltung zumindest verbessert werden.

Zu Nr. 8: Nachweise zur Personalausstattung und deren Datenübermittlung

Gemäß Nr. 8 sollen die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene bis zum 31. März 2017 die Ausgestaltung der Nachweise zur Personalausstattung sowie die Datensätze und die Übermittlung der Daten regeln.

Zu Nr. 9: Krankenhausvergleich und Datenübermittlung

Mit Nr. 9 wird die Selbstverwaltung beauftragt, bis zum 1. Januar 2019 auf der Grundlage eines Konzeptes des InEK die näheren Einzelheiten insbesondere zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Krankausvergleichs und das Verfahren der Übermittlung der Daten zu vereinbaren.

Änderungsvorschlag

Keine Änderungen erforderlich.

Zu Artikel 2 Nr. 11: § 11 BPfIV Unterlagen der Budgetvereinbarung

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt die Festlegung der zu übermittelnden Unterlagen, welche der Krankenhausträger als Grundlage für die Budgetverhandlungen auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen hat.

Stellungnahme

Die parallele Vorlage von LKA und AEB-Psych bis einschließlich zum Jahr 2019 ist sachlich nicht nachvollziehbar. Dies würde bedeuten, dass Krankenhäuser, die bereits das neue Vergütungssystem seit Jahren anwenden, weiterhin noch Teile der LKA nach Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung vorzulegen hätten. Dies bedeutet einen unnötigen zusätzlichen Bürokratieaufwand, zumal die zusätzlich übermittelten Informationen wie die tagesgleichen Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz) zu diesem Zeitpunkt keine Relevanz mehr besitzen. Dennoch müssten diese jährlich nach den Abschnitten K6 und K7 ermittelt werden, da diese Abschnitte von der Vorlagepflicht nicht befreit sind.

Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 4 Satz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

*„Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde **ab dem krankhausindividuellen Einführungsjahr des Vergütungssystems die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung.**“*

Zu Artikel 2 Nr. 14b: § 18 Abs. 2 BPfIV

Nachweispflichten zur Stellenbesetzung und Verwendung der Mittel

Beabsichtigte Neuregelung

Übergangsregelungen für die budgetneutrale Phase und Nachweispflichten zur Stellenbesetzung mit Zweckbindung der Budgetanteile zur Besetzung der Personalstellen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenhäuser für die Jahre 2016 bis 2019 gegenüber dem InEK nachzuweisen haben, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Ab dem Jahr 2020 ist der Nachweis für die Anforderungen des G-BA zu führen. Zudem hat das Krankenhaus ab dem Jahr 2016 durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers die zweckentsprechende Mittelverwendung gegenüber dem InEK und ab dem Jahr 2020 auch gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass mit dem Gesetzentwurf in Einklang mit dem bisherigen Budgetrecht von umfassenden Nachweispflichten zur Umsetzung der Psych-PV gegenüber den Krankenkassen Abstand genommen wird. Es ist allgemein bekannt, dass die mit den Krankenkassen gemeinsam vereinbarte Anzahl der Vollkräfte von den Krankenhäusern mit den ebenfalls gemeinsam vereinbarten Budgets faktisch nicht realisiert werden kann. Ursächlich hierfür sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für

die Budgetverhandlungen. Zudem war und ist der wesentliche Grundsatz der Budgetverhandlungen, dass für die einzelnen Positionen keine Zweckbindung besteht und somit sowohl für die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen allein das Gesamtergebnis zählt.

Der Nachweis der Personalstellen gegenüber dem InEK, durch den Transparenz über den Umsetzungsstand der Psych-PV geschaffen werden soll, wird von den Krankenhäusern unterstützt. Auch ist nachvollziehbar, dass diese Informationen als Grundlage zur Verbesserung der InEK-Kalkulation sinnvoll sind. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, wieso dem InEK für den Nachweis der Psych-PV-Umsetzung auch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen ist. Auf die vorgesehene Bestätigung des Jahresabschlussprüfers zur Mittelverwendung sollte gestrichen werden.

Die vorgesehene Verpflichtung zur Umsetzung von externen, durch G-BA-Richtlinien vorgegebenen Personalvorhaltungen kann nur dann zur Anwendung kommen, wenn die Refinanzierung der daraus resultierenden Personalkosten gesetzlich und unabdingbar so geregelt wird, dass sämtliche Personalkosten einschließlich aller Komponenten der Tarifanpassungen eins zu eins und ungedeckt in die Budgets eingebracht werden können.

Die Einbindung der Nachweise in die Budgetverhandlungen und die daraus resultierenden Wirkungen sollten allerdings bis dahin nochmals grundsätzlich überdacht werden. Die externen Personalanforderungen müssen mit den internen Realitäten des Personalmanagements in Einklang gebracht werden. Die Auswirkungen von Personalfluktuationen oder Personalengpässen aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt müssen berücksichtigt werden und eine ausreichende Flexibilität für einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz des Personals muss erhalten bleiben, da ansonsten die Gefahr einer zukünftigen hohen Starrheit bezüglich der Versorgungskonzepte besteht

Änderungsvorschlag

§ 18 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für den Nachweis nach ~~den Sätzen 2 und~~ Satz 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1: § 4 Abs. 2b KHEntgG

Klarstellung zur Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag (FDA) entweder die auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe ist, oder soweit ein höherer Abschlag auf Ortsebene vereinbart wurde, dieser die Grundlage für den halbierten FDA darstellt.

Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Anpassung wird eine Klarstellung zu einer bestehenden Umsetzungsfrage herbeigeführt. Das mit dem FDA einhergehende Konfliktpotential wird damit jedoch bei Weitem nicht beseitigt. Aus Sicht der DKG ist die Umsetzung des FDA weiterhin an vielen Stellen problembehaftet. Dringender Anpassungsbedarf wird insbesondere noch bei den nachfolgenden drei Punkten gesehen:

1. Berücksichtigung des Ausnahmetatbestands Krankenhausplanung beim FDA

Bisher wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern zu gewährleisten (§ 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG).

Beim Fixkostendegressionsabschlag wird dieser Ausnahmetatbestand nicht fortgeführt. Stattdessen soll der Abschlag nur noch bei zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand, keine Anwendung finden. Diese neue Formulierung des Ausnahmetatbestands lässt große Interpretationsspielräume zu, die aus Sicht der DKG dazu führen werden, dass weite Teile der von der jeweiligen Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung nicht mehr umsetzbar sind, weil sie einem dreijährigen Fixkostendegressionsabschlag unterfallen würden.

Durch die Wiederaufnahme des bisherigen Ausnahmetatbestands in § 4 Abs. 2b KHEntgG können diese negativen Auswirkungen verhindert werden.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2b Satz 3 Nummer 1 Buchstabe c KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„c) zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes.“

2. Keine Anwendung des halben FDA bei Leistungsverlagerungen

Die Vorgaben zum FDA sehen in § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG vor, dass für Mehrleistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der FDA in halber Höhe anzuwenden ist. Die intensiven Bemühungen zahlreicher Krankenhausträger, Leistungsabstimmungen zwischen Krankenhausstandorten zu erreichen, werden durch die neu eingeführte Regelung konterkariert.

Die Konzentration stationärer Leistungen an dem Standort, der hierfür die besten Voraussetzungen erfüllt, ist versorgungspolitisch zu unterstützen, insbesondere bei benachbarten Krankenhäusern, um zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beizutragen. Unwirtschaftliche Mehrfachvorhaltungen können hierdurch vermieden werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um Versorgungsangebote mit hoher Komplexität handelt. Außerdem wird im Zusammenhang mit einer Konzentrationsmaßnahme in der Regel auch ein Kapazitätsabbau verbunden sein.

Zudem ist die Erhebung eines hälftigen FDA nicht mit den damaligen Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform vereinbar. Dort heißt es, "Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht bessergestellt werden." Die Anwendung von § 4 Abs. 2b S. 4 KHEntgG ist als eine Bestrafung für die betroffenen Krankenhäuser zu werten und entspricht damit nicht den „ursprünglichen“ Absichten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

Soweit durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern insgesamt keine Leistungssteigerungen eintreten, ist nach Auffassung der DKG die Anwendung des FDA alleine aus versorgungspolitischen Gründen völlig inakzeptabel.

Die derzeitige Ausgestaltung der Regelung lässt aus Sicht der DKG zudem erwarten, dass bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern in der Regel nicht einmal der vorgesehene halbierte, sondern der volle FDA Anwendung finden wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Krankenhaus die Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern auf Grundlage von Informationen, die den am Pflegesatzverfahren Beteiligten im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen hat (§ 4 Abs. 2b Satz 4 Halbsatz 2 KHEntgG).

Im Rahmen dieser Darlegungspflicht wird das Krankenhaus mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert. Dies ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass es schlicht nicht möglich ist, die genauen Ursachen einzelner Leistungssteigerungen zu ergründen. Zum anderen hat die Darlegung für die vereinbarten und nicht für die tatsächlich erbrachten Leistungen zu erfolgen, weil auch der FDA auf Grundlage der vereinbarten Leistungsmenge umzusetzen ist. Es ist nicht davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Bud-

getverhandlungen bereits die Abschnitte E1 bis E3 sämtlicher anderen Krankenhäuser im Einzugsgebiet vorliegen, wie in der KHSG-Gesetzesbegründung vereinfacht unterstellt wird. Dazu müsste sichergestellt sein, dass die Krankenkassen zunächst die Verhandlungen mit den Krankenhäusern führen, bei denen verstärkt Leistungen in andere Krankenhäuser verlagert werden. Die Daten müssen zudem einerseits so aggregiert sein, dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Krankenhäuser möglich sind. Andererseits müssen die Leistungsbereiche identifizierbar sein, um Rückschlüsse auf Leistungsverlagerungen ziehen zu können, was aber nach der Gesetzesbegründung ausgeschlossen ist. Insofern wird die Problematik der Darlegung von Leistungsverlagerungen hiermit nicht gelöst.

Als weitere Bedingung für den halbierten FDA kommt hinzu, dass Leistungsverlagerungen nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen dürfen. In der Regel ist jedoch schon aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts in den meisten Einzugsgebieten von einem regelhaften Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen auszugehen. Ob ein Anstieg erfolgt, müsste allerdings von den Vertragsparteien vor Ort vorhergesehen werden. Der FDA ist grundsätzlich prospektiv zu vereinbaren. Selbst bei einer unterjährigen Budgetverhandlung ist nicht absehbar, ob im Einzugsgebiet des Krankenhauses mit einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen zu rechnen ist. Daher ist der zweite Halbsatz von § 4 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, ~~die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt~~, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 ~~in halber Höhe nicht~~ anzuwenden.“

3. Bundeseinheitliche Festlegung der Höhe des FDA

Nach § 10 Abs. 13 KHEntgG ist vorgesehen, dass die Höhe des FDA durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren ist. Dabei lassen die Vorgaben in § 10 Abs. 13 KHEntgG einen erheblichen Interpretationsspielraum, der absehbar zu äußerst konfliktbehafteten Verhandlungen führen wird. Daher ist davon auszugehen, dass eine Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien über die Höhe aufgrund der hohen finanziellen Relevanz nicht möglich sein wird. Schiedsstellenverfahren und sich anschließende Gerichtsverfahren sind vorprogrammiert. Hierdurch entstünde eine jahrelange Rechtsunsicherheit über die anzuwendende Höhe des FDA. Dies gilt es zu vermeiden.

Die Festlegung der Höhe des FDA in § 4 Abs. 2b KHEntgG in Höhe von 25 %, wie bei der bisherigen Regelung zum Mehrleistungsabschlag, trägt zur dauerhaften Befriedung

in diesem Punkt bei und entlastet die Vertragsparteien auf Landesebene erheblich von zusätzlichem administrativem Aufwand.

Änderungsvorschlag

1. § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

*„Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, **ein Fixkostendegressionsabschlag in Höhe von 25 Prozent anzuwenden, wobei der Abschlag grundsätzlich jeweils für drei Jahre erhoben wird.**“*

2. § 10 Absatz 13 KHEntgG wird aufgehoben.

Artikel 4

Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 4 Nr. 3: § 21 Abs. 2 Nr. 2b) KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten

Beabsichtigte Neuregelung

Um den unterschiedlichen Aufgaben gerecht zu werden, die sich aus der einheitlichen Standortdefinition nach § 2a KHG ergeben, wird der Datensatz nach § 21 KHEntgG um das Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V ergänzt sowie zusätzlich für einen Übergangszeitraum der entlassende Standort erforderlich.

Stellungnahme

Nach den genannten Fristen kommt die Übermittlung des Standortkennzeichens erst ab dem 01.01.2020 zum Einsatz. Aus Sicht der Krankenhäuser ist das zu begrüßen, um ausreichend Vorlaufzeit für die Krankenhäuser und die Softwarehersteller einzuräumen.

Das Auslaufen der (aus statistischen Gründen) noch bis zum 30.06.2020 geltenden Übermittlung des bisherigen entlassenden Standorts wird im Sinne der Datensparsamkeit ebenfalls begrüßt, es sollte jedoch sichergestellt sein, dass Angaben zum entlassenden Standort weiterhin verfügbar sind, sofern sie benötigt werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 5

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 5 Nr. 2a - b: § 39 Abs. 1 SGB V Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Die stationsäquivalente Behandlung wird als neue mögliche Form der Behandlung durch Krankenhäuser ermöglicht. Es erfolgt eine grobe Definition der stationsäquivalenten Behandlung.

Stellungnahme

Die Aufnahme der stationsäquivalenten Behandlung als neue Behandlungsform, gleichwertig zur vollstationären Behandlung, begrüßen die Krankenhäuser. Dies ermöglicht erstmals systematisch die Behandlung psychisch schwer kranker Patienten durch ein Krankenhaus im häuslichen Umfeld. Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass bei stationärer Aufnahmeindikation die Entscheidung der jeweiligen Behandlungsform im Ermessen des Krankenhauses liegt. Das Angebot der Kliniken, diese neue Behandlungsform durchzuführen, kann jedoch ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgen. Angesichts der im Gesetzentwurf formulierten Anforderungen an Inhalt und Umfang der Behandlung (der einer vollstationären Behandlung entsprechen soll), des weiteren Anstiegs psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen und der unzureichenden ambulanten komplementären Versorgung bei gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel auch in den Krankenhäusern, muss die stationsäquivalente Behandlung zukünftig eine optionale Angebotsmöglichkeit für Krankenhäuser darstellen. Die festgelegten Anforderungen analog zur vollstationären Behandlung (u. a. Personalressourcen, Personalvorhaltung, Fahrtkosten, Haftung) könnten sich eher als Hinderungsgrund für das Angebot dieser Leistung durch die Krankenhäuser erweisen. Deshalb ist die Freiwilligkeit dieser neuen Behandlungsform klar hervorzuheben.

Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1 Satz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

*„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams **und stellt ein freiwilliges Angebot des Krankenhauses dar.**“*

Zu Artikel 5 Nr. 3: § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V **Bedarfsplanung**

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Berücksichtigung bei der Berechnung des vertragsärztlichen Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sollen die psychiatrischen Institutsambulanzen standortbezogen die zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten fachgebietspezifisch in Vollzeitäquivalenten ausweisen und dem Landesausschuss übermitteln.

Stellungnahme

Die pauschal beabsichtigte Regelung zur Übermittlung standortbezogener fachgebietspezifischer Vollzeitäquivalenten der Psychiatrischen Institutsambulanzen an den Landesausschuss wird durch die Krankenhäuser abgelehnt.

Der Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine Nichtberücksichtigung bei der Berechnung des Versorgungsgrades entgegengestellt.

Nach § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind bei Feststellung einer Überversorgung die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht zu berücksichtigen. Begründet wird dies damit (vgl. BT-Drs. 18/4095, S. 109), dass die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte zur Folge haben kann, dass der Versorgungsgrad ansteigt und der Planungsbereich damit für Neuzulassungen gesperrt ist, so dass niederlassungswillige Ärzte und Ärztinnen sich nicht mehr niederlassen können. Damit die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte sich nicht negativ auf potentielle Niederlassungen auswirkt, sind diese bei der Überversorgung dementsprechend nicht zu berücksichtigen.

Parallel wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine Nichtberücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte auch bei der Unterversorgungsfeststellung in § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eingeführt. Auch hier wird begründet (vgl. BT-Drs. 18/4095, S. 106), dass durch die Berücksichtigung der Versorgungsgrad über die Unterversorgungsgrenze ansteigt und in der Folge Sicherstellungsmaßnahmen nicht mehr greifen. Infolgedessen sind die in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen.

Die fachgebietsbezogene sowie standortspezifische Ausweisung der in ermächtigten Psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte in Vollzeitäquivalenten erzeugt damit für die Krankenhäuser einen unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand ohne Auswirkung auf den Versorgungsgrad und die vertragsärztliche Versorgung.

Darüber hinaus ist die Ausweisung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte zur Berücksichtigung bei der Berechnung des Versorgungsgrades inhaltlich nicht zu rechtfertigen. Denn die Ermächtigung Psychiatrischer Institutsambulanzen zielt darauf ab, für ein spezifisches Patientenklientel Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten zu schaf-

fen, da diese Gruppe von Erkrankten Vertragsärzte von sich aus nicht aufsuchen bzw. durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden kann, etwa aufgrund eines ungenügenden multiprofessionellen Angebots oder einer begrenzten Flexibilität des Personaleinsatzes. Infolgedessen benötigen diejenigen Personen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht behandelbar sind, ein besonderes – und vom vertragsärztlichen Bereich abweichendes – Versorgungsangebot (vgl. BT-Drs. 14/1997, S. 167f). Zur Sicherstellung der Behandlung dieser Patienten und Patientinnen bedurfte es damit dieses speziellen Leistungsbereichs, der die vertragsärztliche Versorgung um spezifische Versorgungsangebote ergänzt.

Es handelt sich damit um besondere Leistungen, die mit dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot in keinsten Weise vergleichbar sind. Somit ist eine Berücksichtigung auch nicht sinnvoll und zu rechtfertigen, da die Leistungen beider Bereiche – der vertragsärztlichen Versorgung und der Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen – sich nicht entsprechen.

Eine Berücksichtigung kann sich allein auf diejenigen Fälle beziehen, die gemäß § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Psychiatrischen Institutsambulanzen wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Diese Fälle können der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Da es sich bei diesen nur um einen Anteil aller Fälle handelt, ist die standortbezogene fachgebietsspezifische Ausweisung von Vollzeitäquivalenten mit einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand verbunden, wohingegen eine standortbezogene Übermittlung der Fallzahl an den Landesausschuss ausschließlich in diesen besonderen Konstellationen eine Alternative darstellt.

Änderungsvorschlag

§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b sowie Satz 10 sind ersatzlos zu streichen.

Hilfsweise ist § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V anzupassen.

„[...] für die Berücksichtigung der Versicherten, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch Krankenhäuser nach § 118 Abs. 1 angewiesen sind, in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4 die entsprechenden Fallzahlen an den Landesausschuss.“

Zu Artikel 5 Nr. 4: § 109 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V **Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d SGB V) wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien vor Ort im Benehmen mit dem Land vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist, sofern ein Krankenhaus diese Behandlungsform erbringt. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 SGB V.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung ist kritisch zu sehen, da sie im Widerspruch zu den in § 115d SGB V gestellten Anforderungen an die Krankenhäuser steht. Die Gesetzesbegründung zu § 115d SGB V hebt hervor, dass die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei den Krankenhausträgern liegt. Im Rahmen seiner Therapieverantwortung muss das Krankenhaus dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann, d. h. dass das Krankenhaus die entsprechenden stationären Kapazitäten vorhalten muss. Der Begriff „stationsäquivalent“ verdeutlicht, dass es sich gerade nicht um eine rein stationersetzende Maßnahme handelt, sondern hinsichtlich der Komplexität sowie aufgrund der permanenten Möglichkeit zum Rückgriff auf die Infrastruktur des Krankenhauses einer stationären Behandlung entspricht und dem damit verbundenen Ressourcenaufwand folgerichtig mindestens gleichzusetzen wäre (§ 39 Abs. 1 S. 4 SGB V). Die Bettenkapazität, in diesem Sinne als Ausdruck des weiterhin hohen Versorgungs- und Ressourcenbedarfs verstanden, sollte daher keinem unsachgemäßen Reduzierungszwang unterliegen.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V um eine neue Versorgungsform handelt, deren Auswirkungen auf der Landesebene zunächst abgewartet und genau analysiert werden sollten. Krankenhäuser, die diese innovative Behandlungsform erbringen möchten, sollten bei dieser komplexen Aufgabe durch Planungssicherheit unterstützt, statt durch unsachgemäße Reduzierungen bestraft werden.

Die DKG steht weiterhin zur Planungshoheit der Bundesländer und erachtet eine krankenhauserplanerische Berücksichtigung und Bewertung im Rahmen der regelhaften Planungsprozesse auf Landesebene für angemessen und ausreichend.

Sollte der Weg einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter beschritten werden, so ist aus vorgenannten Gründen zwingend Einvernehmen mit den Ländern herzustellen und der Grundsatz der Freiwilligkeit zu einer solchen Vereinbarung zu wahren. Falls an dem vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus festgehalten wird, sehen die Krankenhäuser die Gefahr, dass die Versorgungssicherheit psychisch kranker Menschen zu Gunsten vermeintlicher Kostenersparnisse ins Hintertreffen gerät.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung von § 109 Absatz 1 Satz 6 und 7 SGB V und Streichung von § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V,

oder hilfsweise

zu § 109 Abs. 1 Satz 6 SGB V:

„Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d), ~~können die Vertragsparteien nach Satz 1 im Einvernehmen vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 abweichend von Satz 4 im Benehmen~~ mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist.“

Zu § 109 Abs. 1 Satz 7 SGB V:

Ersatzlose Streichung von § 109 Abs. 1 Satz 7 SGB V.

Zu Artikel 5 Nr. 5: § 115d SGB V

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung durch die Krankenhäuser neu geschaffen.

In § 115d Abs. 2 SGB V ist vorgesehen, dass die dort genannte Vereinbarung zu § 115d SGB V im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu treffen ist.

Als Frist für den Abschluss der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V sind sechs Monate nach Inkrafttreten des PsychVVG vorgesehen. Darüber hinaus ist die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften bis zum 28. Februar 2017 zu vereinbaren.

Gemäß § 115d Abs. 3 SGB V entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von 6 Wochen, wenn die Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Schaffung der Möglichkeit des Angebotes einer stationsäquivalenten Behandlung. Damit können zukünftig komplexe Behandlungen als stationäre Leistungen nicht nur im und am Krankenhausbett, sondern im Interesse der Patienten und Patientinnen auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Kranken-

häuser leisten so mit ihrer hohen Behandlungskompetenz einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung einer patientenorientierten und bedarfsgerechten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

Die Voraussetzungen (Begründung zu § 115d SGB V), um das Angebot der stationsäquivalenten Behandlung anzubieten, sind äußerst hoch angesetzt und bedürfen einer weiteren rechtlichen Prüfung (z. B. permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter, eine 24-stündige klinische Therapieverantwortung und individuelle Hilfeleistungen an sieben Tagen der Woche). Sie könnten sich jedoch bei der Umsetzung durch die Krankenhäuser hinderlich auswirken.

Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Umsetzung stationsäquivalenter Behandlung (flexible, individuelle, multiprofessionelle 24-stündige Ressourcenbereitstellung zusätzlich zum Stationsdienst) ist nicht von Ersparnissen gegenüber der vollstationären Behandlung auszugehen. Die entsprechende Finanzierung muss sichergestellt sein. Deshalb müssen Mehraufwendungen auch oberhalb der Veränderungsrate berücksichtigt werden. Hierbei sei noch einmal auf die Abgrenzung zu den Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen hingewiesen. Auch wenn die Möglichkeit besteht, PIAs mit „Teilen der (stationsäquivalenten) Behandlung“ zu beauftragen, wird diese neue Behandlungsform im häuslichen Umfeld strukturell deutlich über die aufsuchende Behandlung hinausgehen.

Abzulehnen ist die Vorgabe, dass die Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren ist. Gemäß § 39 Abs. 1 SGB V handelt es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung um eine Krankenhausbehandlung, so dass hiervon allein die Krankenhäuser betroffen sind. Laut Gesetzesbegründung ist die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung explizit auf Krankenhäuser beschränkt. Es ist daher kein sachlicher Grund ersichtlich, warum für diesen Bereich ein Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hergestellt werden sollte. Das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist an dieser Stelle zu streichen.

Gemäß § 115d Abs. 2 Satz 2 SGB V haben die Vertragsparteien die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften zu vereinbaren. Diese Frist ist viel zu kurz bemessen. Das PsychVVG selbst wird erst zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Eine Vereinbarung der erforderlichen Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften kann erst ab diesem Zeitpunkt erfolgen, da erst dann feststeht, wie der Leistungsinhalt des § 115d SGB V in seinen Einzelheiten in das SGB V aufgenommen wurde. Das Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften ist sehr zu begrüßen, kann jedoch nicht innerhalb von zwei Monaten hergestellt werden. Insbesondere da es sich um eine völlig neue Form der Leistungserbringung von Kliniken handelt. Auch sei hierbei auf die ausstehende Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen (z. B. Gewährleistung einer 24-stündigen klinischen Therapieverantwortung) hingewiesen. Die Frist ist bis zum 28. Februar 2018 zu verlängern, um den gesetzlichen Arbeitsauftrag ordnungsgemäß erfüllen zu können. Ein entsprechender Antrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikation beim DIMDI würde sich dementspre-

chend zeitlich verschieben. Darüber hinaus muss die in § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgesehene Frist zum Abschluss der Vereinbarung auf achtzehn Monate nach Inkrafttreten des PsychVVG angepasst werden.

Abzulehnen ist darüber hinaus, dass in § 115d Abs. 3 SGB V vorgesehene Tätigwerden der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG von Amts wegen. Die Verortung der Konfliktlösung bei der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ist sachgerecht, jedoch ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum die Schiedsstelle hier ohne Antrag einer Vertragspartei entscheiden sollte. Die Selbstverwaltungspartner sind mit der Frage der Antragstellung in der Vergangenheit immer verantwortlich umgegangen. Im Falle des Scheiterns von Verhandlungen wurde die Schiedsstelle durch eine der Vertragsparteien angerufen. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen verzögert oder zum Erliegen gebracht wurde. Durch ein Tätigwerden der Schiedsstelle von Amts wegen würde ein immens hoher Druck aufgebaut werden, der den Verhandlungen nicht zuträglich wäre. Es sollte dabei bleiben, dass die Verhandlungspartner je nach Verhandlungssituation entscheiden können, ob eine Vereinbarung durch weitere Verhandlungen doch noch einvernehmlich geschlossen werden kann. Das Zustandekommen einer Vereinbarung wird im Übrigen dadurch sichergestellt, dass sowohl für die Vereinbarung, als auch für die Entscheidung der Schiedsstelle entsprechende Fristen in das Gesetz aufgenommen wurden. Es ist daher vorzusehen, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet, wenn eine Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 Satz 1 SGB V ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

Weiterhin abzulehnen ist die Vereinbarung zum Abbau nicht mehr erforderlicher Betten. Die Bettenkapazität, in diesem Sinne als Ausdruck des weiterhin hohen Versorgungs- und Ressourcenbedarfs verstanden, sollte keinem unsachgemäßen Reduzierungszwang unterliegen.

Bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V handelt es sich um eine neue Versorgungsform. Deren Auswirkungen auf der Landesebene sollten zunächst abgewartet und genau analysiert werden. Krankenhäuser, die diese innovative Behandlungsform erbringen möchten, sollten bei dieser komplexen Aufgabe durch Planungssicherheit unterstützt, statt durch unsachgemäße Reduzierungen bestraft werden.

Die Auswirkungen der neuen Behandlungsform auf die Versorgung sowie ihre finanziellen Auswirkungen sollen in einem Zeitraum von fünf Jahren evaluiert werden. Aufgrund dieses Berichts kann dann etwa die Entscheidung getroffen werden, ob und in welcher Form z. B. Netzwerke ambulanter Leistungserbringer, die stationsäquivalente Behandlung selbständig, das heißt nicht nur im Wege der Beauftragung, durchführen können. Hier ist kritisch zu sehen, dass die stationsäquivalente Leistung zukünftig ggf. dann auch durch andere Leistungserbringer erbracht werden könnten. Planungssicherheit durch das Angebot dieser Leistung ist hierdurch für die Krankenhäuser nicht gegeben. Einerseits soll ein Bettenabbau erfolgen, andererseits haben die Kliniken keine langfristige Sicherheit die „Hoheit“ über das Angebot dieser Form der Leistungserbringung zu haben.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass bislang versäumt worden ist zu regeln, dass sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auch auf die stationsäquivalente Behandlung von Versicherten erstrecken kann. Dazu ist eine Folgeänderung in § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG erforderlich. Ein entsprechender Regelungsvorschlag dazu findet sich in der Stellungnahme der DKG unter dem Punkt „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“.

Änderungsvorschlag

§ 115d Abs. 1, 2 und 3 SGB V wird wie folgt geändert

„(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung, **Psychosomatische Krankenhäuser** sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen können in medizinisch geeigneten Fällen bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren ~~im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung~~ bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten achtzehnten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zu

1. den Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung,
3. den Anforderungen an die Beauftragung von an der psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern; ~~2~~
- ~~4. Grundsätzen für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung (§ 109 Absatz 1 Satz 6).~~

Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 28. Februar ~~2017~~ **2018** im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung zu vereinbaren.“

(3) 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~~ auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“

Zu Artikel 5 Nr. 6: § 118 Abs. 3 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen

Beabsichtigte Neuregelung

Psychosomatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen wird die Möglichkeit gegeben, die Ermächtigung für psychosomatische Institutsambulanzen zu erhalten.

Mit dem Gesetzentwurf wird die Erfordernis einer Überweisung eines Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die Behandlung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz aufgenommen.

Stellungnahme

Die Streichung der hier zuvor vorgesehenen regionalen Versorgungsverpflichtung der psychosomatischen Einrichtungen begrüßen die Krankenhäuser.

Abgelehnt wird allerdings, dass die Inanspruchnahme nur auf Überweisung eines Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie beschränkt wird. Die Einrichtungen sollen eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen. Da die Leistungserbringung nur auf die Fälle beschränkt ist, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung durch niedergelassene Fachärzte nicht erfolgreich behandelt werden, ist fraglich, wie hier eine bedarfsgerechte ambulante psychosomatische Versorgung erreicht werden soll. Den Patienten vor einer notwendigen Behandlung zu einem niedergelassenen Facharzt zu schicken, um der Überweisungs-Erfordernis gerecht zu werden, widerspricht diesem Ziel. Darüber hinaus wird in der Gesetzesbegründung die Anzahl der niedergelassenen Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufgeführt. Dabei wird nicht berücksichtigt, wie die Verteilung dieser Fachärzte in der Fläche ist. So ist beispielsweise in einigen strukturschwachen Regionen diese Facharztgruppe kaum bis gar nicht vorhanden. Den Patienten in diesen Regionen wird somit der Zugang zu einer Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz verwehrt.

Änderungsvorschlag

§ 118 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psycho-

somatischen Abteilungen entsprechend. In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,

- 1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,*
- 2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie*
- 3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.*

Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen.

Zu Artikel 5 Nr. 7b): § 136 Abs. 1 SGB V

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber stellt mit dieser Änderung klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch dazu ermächtigt ist, Regelungen zur Finanzierung von notwendigen Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu treffen.

Stellungnahme

Die Klarstellung wird seitens der Krankenhäuser begrüßt. Damit wird verdeutlicht, dass Regelungen zur Finanzierung bestimmter Strukturen, die für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung notwendig sind, bereits zum jetzigen Zeitpunkt durch den G-BA getroffen werden können.

In der Begründung werden dazu beispielhaft die Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) angeführt. Aus Sicht der Krankenhäuser sind für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung darüber hinaus auch die Datenannahmestellen nach § 9 Qesü-RL und die Auswertungsstellen nach § 10 Qesü-RL notwendig.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 5 Nr. 8a - d: § 136a Abs. 2 SGB V

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA legt in seinen Richtlinien geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung fest. Dazu soll er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal bestimmen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Stellungnahme

Die Änderung des bisherigen Auftrages zur Erarbeitung von „verbindlichen Mindestanforderungen“ statt „Empfehlungen“ bedeutet eine Klarstellung zu vorher bestehenden Unsicherheiten der Auslegung des Wortlautes.

Offen bleibt der Umfang der Informationen über die Umsetzung der personellen Mindestanforderungen, welche bisher nach § 136 Abs. 2 Satz 4 SGB V über die Qualitätsberichte erfolgen soll. Da bereits u. a. in § 18 BPfIV „Vorläufige Pflegesatzvereinbarungen“ Vorgaben zum Personal nachgewiesen und in § 4 BPfIV „Leistungsbezogener Vergleich“ bundes- und landesweit vergleichend ausgewiesen werden sollen, sind hier dringend Doppelstrukturen bei der Erfassung, Dokumentation und Darstellung der Angaben zur Personalausstattung zu vermeiden.

Höchst problematisch bleibt nach wie vor die Finanzierung der verbindlichen Personalanforderungen. Die diesbezüglichen ab 2020 geplanten Nachweispflichten und die Zweckbindung von Budgetanteilen setzen zwingend voraus, dass das erforderliche Personal auch vollständig finanziert wird.

Zu begrüßen ist die Anpassung der Frist zur Einführung der Maßnahmen nach § 136a Abs. 2 SGB V für die Personalausstattung. Ebenso zu begrüßen ist der Einbezug externer Expertise bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben, da eine evidenzbasierte Ableitung gegenwärtig nicht möglich ist. Darüber hinaus können Leitlinien Anhalte für eine bedarfsgerechte Behandlung liefern. Sie sind jedoch nicht ausreichend, um quantitativ Aussagen zur notwendigen Personalausstattung zu treffen.

Äußerst knapp bemessen ist jedoch die Frist für die Erarbeitung von Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Voraussichtlich werden erst Ende 2018 die letzten Ergebnisse der erneuten Beauftragung an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorliegen. Danach ist eine Umsetzungsdauer in den Einrichtungen ohne vorherige Machbarkeitsprüfung von einem Jahr zu kurz angesetzt. Insbesondere da die psychiatrische und psychosomatische Versorgung noch nicht mit Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung konfrontiert war und das neue Verfahren sektorenübergreifend angelegt ist.

Änderungsvorschlag

§ 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben ~~und Indikatoren~~ nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 und die Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zu beschließen.“

Zu Artikel 5 Nr. 9: § 136c Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorliegende Ergänzung wird diese Verpflichtung und Befugnis des G-BA zur Übermittlung der genannten einrichtungsbezogenen Daten aus Verfahren der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz Nummer 1 dahingehend erweitert, dass die Übermittlung auch an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu erfolgen hat. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dürfen Versorgungsverträge mit den Krankenhausträgern gemäß § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht schließen, wenn das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Ebenso sind sie gemäß § 110 Absatz 1 Satz 2 zur Kündigung des Versorgungsvertrags mit einem Krankenhaus verpflichtet, wenn das Krankenhaus bei maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Hierfür benötigen sie die regelmäßige Übermittlung von Auswertungsergebnissen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in gleicher Weise wie die zuständigen Landesbehörden.

Durch die jeweiligen Streichungen des Wortes „stationären“ wird klargestellt, dass die Auswertungsergebnisse nach Satz 1 neben den Ergebnissen aus der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung auch Ergebnisse der Krankenhäuser aus Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beinhalten können. Entsprechend des gesetzlichen Auftrags des G-BA in § 136 Absatz 2 Satz 1, die Qualitätssicherung in der Regel sektorenübergreifend zu gestalten, werden zunehmend Verfahren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung in sektorenübergreifende Verfahren überführt. Auch die Ergebnisse aus den datengestützten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren sollen für die Umsetzung planungsrelevanter Indikatoren genutzt werden.

Stellungnahme

Die pauschale Aufnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in den Kreis der Empfänger der Daten zu den Auswertungen zu Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach §136c Abs. 1 aufzunehmen, ist nicht sachgerecht. Die Aufnahme in den Krankenhausplan oder der Widerruf der Aufnahme auf Grundlage des § 8 Abs. 1 a und b KHG ist eine hoheitliche Aufgabe der Länder. Auch der Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V oder deren Kündigung nach § 110 SGB V stehen unter dem Genehmigungsvorbehalt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, was mit der verfassungsrechtlichen Zuordnung der Krankenhausplanung als originäre Aufgabe der Länder einhergeht. Zwar sind die Landesverbände der Krankenkassen nach § 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V gehalten, keinen Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus zu schließen, welches *bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist* bzw. nach § 110 Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtet, entsprechende Versorgungsverträge zu kündigen. Zur Wahrnehmung dessen wäre jedoch schon aus Gründen der Datensparsamkeit ein ausschließlich im Zusammenhang mit dem konkreten Abschluss eines Versorgungsvertrags oder der konkreten Kündigung eines solchen stehender Informationsanspruch der Landesverbänden der Krankenkassen gegenüber den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sachgerecht. Tatsächlich existieren in einer Vielzahl der Bundesländer (u.a. Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt) keine Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 SGB V. In den Bundesländern, in denen tatsächlich Versorgungsverträge abgeschlossen wurden (u.a. Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen), beschränken sich diese in aller Regel auf Häuser mit kleiner Bettenzahl und Spezialbereiche der Versorgung, wie z.B. Psychosomatik, Schlafmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein entsprechendes Informationsinteresse seitens der Krankenkassen dürfte jedoch wohl nur in Fällen der Kündigung eines Versorgungsvertrages nach § 110 Abs. 1 S. 2 SGB V vorliegen, da im Vorfeld des Abschlusses eines Versorgungsvertrages entsprechende Daten des Krankenhauses noch gar nicht vorliegen. Bei der Datenübermittlung wäre auch sicherzustellen, dass sich diese lediglich auf diejenigen Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschränkt, die nicht von den Landesbehörden nach § 6 Abs. 1a S. 2 KHG vom Krankenhausplan ausgeschlossen wurden. Andererseits bestünde die Gefahr, dass auf der Ebene der Versorgungsverträge und der Krankenhausplanung z.T. unterschiedliche Planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Anwendung kommen. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die den Landesverbänden der Krankenkassen übermittelten Daten ausschließlich im Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Kündigung von Versorgungsverträgen verwendet werden.

Änderungsvorschlag

§ 136c Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ~~sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen~~ regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach § 137a zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Daten zu stationären Leistungen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung liefern. Zum Zwecke der Umsetzung von § 109 Abs. 3 Nr. 2 und § 110 Abs. 1 S. 2 sind den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden auf Anforderung die Angaben nach Satz 1, welche Bestandteil des Krankenhausplanes geworden sind, für die jeweils betroffenen Krankenhäuser zu übermitteln. Eine Verwendung dieser Angaben durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen außerhalb der Umsetzung von § 109 Abs. 3 Nr. 2 und § 110 Abs. 1 S. 2 ist untersagt.“
Er-Der Gemeinsame Bundesausschuss soll das Auswertungsverfahren einschließlich des Strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um sechs Monate verkürzen.“

Zu Artikel 5 Nr. 10: § 137 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundes- ausschusses

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird klargestellt, dass sich die Festlegung einer Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser auf alle datengestützten Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bezieht. Der Begriff der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung umfasst sowohl die einrichtungsübergreifende stationäre als auch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Entsprechend des gesetzlichen Auftrags des G-BA in § 136 Absatz 2 Satz 1, die Qualitätssicherung in der Regel sektorenübergreifend zu gestalten, werden zunehmend Verfahren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung in sektorenübergreifende Verfahren überführt. Auch für die Dokumentationspflichten aus sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren muss für die Krankenhäuser grundsätzlich eine Dokumentationsrate von 100 Prozent gelten.

Stellungnahme

Die Forderung, dass grundsätzlich alle dokumentationspflichtigen Datensätze für Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu übermitteln sind, wurde durch das KHSG in das SGB V eingeführt. Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen werden zukünftig sowohl für stationäre Leistungen, als auch für ambulante Leistungen der Krankenhäuser durchgeführt. Neben Krankenhäusern erbringen aber auch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte qualitätsgesicherte ambulante Leistungen in beträchtlichem Umfang in ihren Praxen. In den Regelungen des G-BA wird keine Unterscheidung der formalen Qualitäts- oder Dokumentationsanforderungen an ambulante Leistungen hinsichtlich des Versorgungssektors getroffen. Es ist nicht ersichtlich, warum von gesetzlicher Seite an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte andere Maßstäbe an die Sicherung der Qualität der erbrachten Leistungen oder an die Dokumentationsqualität anzulegen sind, als an die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser.

Änderungsvorschlag

§ 137 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze ~~der Krankenhäuser~~ fest.“

Zu Artikel 5 Nr. 13: § 271 Abs. 2 Satz 4 SGB V **Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds in Liquiditätsreserve**

Beabsichtigte Neuregelung

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt, um vorübergehende Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten auszugleichen und Investitionen in den Aufbau der Telematikinfrastruktur nach § 291a Abs. 7 Nr. 1 SGB V zu finanzieren.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt grundsätzlich die geplante Zuweisung von zusätzlichen 1,5 Milliarden Euro für den Gesundheitsfonds, mit denen unter anderem Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern aufgefangen werden sollen.

Bei der Umsetzung muss allerdings sichergestellt werden, dass davon auch die Leistungserbringer, die ebenfalls erhöhte Lasten bei der Durchführung der medizinischen Versorgung haben, berücksichtigt werden. Denn bei den Krankenhäusern türmen sich immer mehr Außenstände aus nicht oder unzureichend refinanzierten Rechnungen für die Behandlung von ausländischen Patienten auf. Es reicht nicht, den Kassen die Kostenunterdeckungen zu refinanzieren, auch bei den Krankenhäusern muss die Unterdeckung ausgeglichen werden.

Die in Aussicht gestellten Mittel an den Gesundheitsfonds im Jahr 2017 bedeuten einen einmaligen Effekt während sich die Probleme bei der Versorgung ausländischer Patienten strukturell und permanent zeigen. Die DKG regt daher die Auflage eines Fonds aus Bundesmitteln an, mit denen nicht betreibbare Forderungen der Leistungserbringer für die notwendige Gesundheitsversorgung ausländischer Patienten abgedeckt werden. Alternativ regen wir an, Forderungen der Krankenhäuser für die Behandlung ausländischer Patienten gegen mögliche Mehrerlösabschläge aufrechnen zu können.

Die beabsichtigte Steigerung der Investitionen in den dringend notwendigen Aufbau der Telematikinfrastruktur wird begrüßt. Allerdings macht es der vorgeschaltete „doppelte Filter der Eigeninteressen der Krankenkassen“ mehr als ungewiss, dass Mittel in erforderlicher Höhe überhaupt bei den Krankenhäusern ankommen, die ihrerseits diese Investitionen zunächst aus eigenen Budgets vorzufinanzieren haben.

Lediglich der verbleibende Rest an Mitteln nach Abzug der Kosten für die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten fließt in die Telematikinfrastruktur. Damit liegt es in der Strategie der Krankenkassen, die Höhe dieses Restes zu beeinflussen. Zudem sehen die Finanzierungsmechanismen der Telematikinfrastruktur vor, dass zunächst die Krankenhäuser die erforderlichen Investitionen für ihre telematikkonforme Ausstattung und für die Anpassung ihrer IT-Systeme vorfinanzieren, bevor sie diese ggf. über einen fallbezogenen Telematikzuschlag auf ihren Rechnungen refinanzieren können.

Damit bleibt der systemimmanente Ansatz bestehen, dass der GKV-Spitzenverband die auf der Bundesebene zu schließende Finanzierungsvereinbarung zu den telematikbedingten Investitionskosten möglichst restriktiv gestaltet, um seinen Mitgliedskassen in der konkreten Umsetzung entsprechende Ausgaben zu ersparen.

Änderungsvorschlag

Vorgabe eines Fixbetrages, der von den vorgesehenen 1,5 Milliarden Euro zwingend in den Aufbau der Telematikinfrastruktur fließt sowie korrespondierende Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, diese Mittel auch tatsächlich an die vorfinanzierenden Leistungserbringer als Investitionskostenerstattung weiterzureichen.

Zu Artikel 5 Nr. 14: § 293 Abs. 6 SGB V

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß den Neuregelungen nach § 2a KHG und im SGB V sind die DKG und der Spitzenverband der Krankenkassen verpflichtet, auf Grundlage der einheitlichen Standortdefinition nach § 2a KHG ein Verzeichnis über alle Krankenhausstandorte und deren Ambulanzen zu führen. Das Verzeichnis enthält das neue Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V und ist zu veröffentlichen. Das Statistische Bundesamt kann das Verzeichnis im Rahmen der Erstellung der Krankenhausstatistik nutzen. Die Regelung sieht zudem vor, dass das Bundeskartellamt die Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) erhält.

Nach der Gesetzesbegründung soll bei Nichtzustandekommen der Vereinbarung zu Art und Aufbau des Verzeichnisses die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von 6 Wochen entscheiden.

Stellungnahme

Die Beauftragung des InEK mit dem Krankenhausregister ist gesetzlich als Option ausgestaltet. Die DKG sieht dies als originär eigene Aufgabe an, vergleichbar der Führung des Vertragsarztverzeichnisses durch die KVen. Daher wird vorgeschlagen, dass die DKG die führende Stelle benennt bzw. aufbaut. Eine Finanzierung der Aufwendungen hierfür ist ebenfalls aus dem Zuschlag (DRG-Systemzuschlag) nach § 17b Abs. 5 S. 1 Nr. 1 SGB V sicherzustellen.

Um das genannte Verzeichnis optimal nutzbar zu machen, sollte dieses auch die den Standorten zugeordneten Institutionskennzeichen (IK) pflegen, so dass praktisch handhabbar alle Standorte zu einem IK abgefragt werden können, bzw. alle IK, die zu einem Standort gehören.

Das Statistische Bundesamt erhält die Möglichkeit, das Verzeichnis zur Erstellung der Krankenhausstatistik zu nutzen. Im Zuge der Novellierung ist der § 7 der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser entsprechend anzupassen. Mit der Veröffentlichung der vom Statistischen Bundesamt verarbeiteten Daten zu den Krankenhausstandorten werden diese einem sehr großen Nutzerkreis frei zugänglich gemacht. Die DKG spricht sich dafür aus, dass Krankenhäusern ermöglicht wird, der Veröffentlichung ihrer standortbezogenen Daten zuzustimmen.

Es ist unbestritten, dass das Bundeskartellamt für die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem GWB, insbesondere im Rahmen der Fusionskontrolle, Erkenntnisse über die Versorgungssituation innerhalb der von einer Fusion betroffenen Versorgungsregion haben muss. Dabei kann auch das Verzeichnis von Krankenhausstandorten nach § 293 Abs. 6 SGB V – neu – eine hilfreiche Erkenntnisquelle sein.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Verzeichnis der Krankenhausstandorte letztlich denselben Entwicklungen unterworfen ist, wie sie sich am Krankenhausmarkt unterjährig ergeben. Beispielsweise wären Krankenhausschließungen als Folge selbstverständlich auch in dem Verzeichnis über Krankenhausstandorte zu berücksichtigen – gleiches gilt für Zusammenschlüsse von Krankenhausstandorten oder auch die Teilnahme der Krankenhäuser an neuen ambulanten Versorgungsformen. Das Verzeichnis von Krankenhausstandorten dürfte somit Veränderungen unterworfen sein.

Die in § 293 Abs. 6 SGB V – neu – aufgenommene Regelung, wonach das Bundeskartellamt die Daten aus dem Verzeichnis der Krankenhausstandorte – ggf. auch auf elektronischem Wege – erhält, könnte bei verändertem Datenbestand folglich zu mehrfachen unterjährigen Mitteilungen an das Bundeskartellamt führen, was schon aus Gründen der Arbeitsökonomie nicht sachgerecht wäre. Vielmehr würde für das Bundeskartellamt eine anlassbezogene Übermittlung von Daten aus dem Verzeichnis der Krankenhausstandorte im konkreten Falle einer Zusammenschlusskontrolle hilfreicher sein, da die auf diese Anfrage hin übersandten Daten für den vom Bundeskartellamt zu prüfenden Sachverhalt auch aktuell sein dürften.

Die DKG sieht insofern zwar die grundsätzliche Notwendigkeit der Übermittlung von Daten des Krankenhausstandortverzeichnisses an das Bundeskartellamt, schlägt jedoch vor, dies – analog zu der in § 21 Abs. 2 KHEntgG enthaltenen Regelung - auf anlassbezogene Datenübermittlungsanfragen zu beschränken.

Abzulehnen ist außerdem, dass in der Gesetzesbegründung vorgesehene Tätigwerden der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG von Amts wegen. Die Verortung der Konfliktlösung bei der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ist sachgerecht, jedoch ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum die Schiedsstelle hier ohne Antrag einer Vertragspartei entscheiden sollte. Die Selbstverwaltungspartner sind mit der Frage der Antragstellung in der Vergangenheit immer verantwortlich umgegangen. Im Falle des Scheiterns von Verhandlungen wurde die Schiedsstelle durch eine der Vertragsparteien angerufen. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen verzögert oder zum Erliegen gebracht wurde. Durch ein Tätigwerden der Schiedsstelle von Amts wegen würde ein immens hoher Druck aufgebaut werden, der den Verhandlungen nicht zuträglich wäre. Es sollte dabei bleiben, dass die Verhand-

lungspartner je nach Verhandlungssituation entscheiden können, ob eine Vereinbarung durch weitere Verhandlungen doch noch einvernehmlich geschlossen werden kann. Das Zustandekommen einer Vereinbarung wird im Übrigen dadurch sichergestellt, dass sowohl für die Vereinbarung, als auch für die Entscheidung der Schiedsstelle entsprechende Fristen in das Gesetz aufgenommen wurden. Es ist daher ebenso in der Gesetzesbegründung vorzusehen, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet, wenn eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt.

Änderungsvorschlag

§ 293 Abs. 6 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen 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. **Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kann eine das Verzeichnis nach Satz 1 führende Stelle aufbauen oder beauftragen. Macht die Deutsche Krankenhausgesellschaft hiervon keinen Gebrauch,** können die nach Satz 1 Beteiligten das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit dieser Aufgabe ~~nach Satz 1~~ beauftragen. In ~~diesem Fall~~ **beiden Fällen** sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Das Verzeichnis ist in nach Satz 10 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kostenträger nutzen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, sofern dies zur Erfüllung der ihm nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. ~~Das Bundeskartellamt erhält die Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Dem Bundeskartellamt sind auf Anforderung Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben im Rahmen eines konkreten Verfahrens der Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen zur Verfügung zu stellen, soweit das Bundeskartellamt gegenüber der das Verzeichnis führenden Stelle das konkrete Fusionsverfahren benennt.~~ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis

zum 30. Juni 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Kennzeichen,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch die Führung und die Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.“

Zu Artikel 5 Nr. 15: § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

Abrechnung ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungspartner vereinbaren einen bundeseinheitlichen Katalog für die Dokumentation der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten). Darüber hinaus vereinbaren sie Details zur Erfüllung des PIA-Prüfauftrages.

Stellungnahme

Die psychiatrischen Institutsambulanzen behandeln, entsprechend dem gesetzlichen Auftrag, Patienten mit schweren Störungen. Sie tragen mit ihren komplexen multiprofessionellen ambulanten Versorgungsangeboten zu einer Ergänzung des Leistungsspektrums der Vertragsärzte bei und sind eine feste unverzichtbare Säule in der psychiatrischen Versorgung.

Diese besonderen Leistungen sind mit dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot nicht vergleichbar. Es werden Patienten behandelt, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung dieser besonderen Behandlungsform bedürfen oder wegen zu großer Entfernung zu niedergelassenen Ärzten (§ 118 Absatz 1 SGB V) auf dieses Angebot angewiesen sind. Demnach wird hier keine Vergleichbarkeit in Abgrenzung zur psychiatrischen Grundversorgung, wie in der Gesetzesbegründung aufgeführt, zu erreichen sein.

Auch von den Leistungen der neu geregelten stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, welche nur mit der Voraussetzung einer festgestellten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und einem entsprechenden Angebot des Krankenhauses erbracht werden können, sind die Aufgaben der psychiatrischen Institutsambulanzen abzugrenzen.

Daher bleiben die Intention und das Ziel des hier zu entwickelnden umfassenden bundeseinheitlichen Leistungskataloges, welcher insbesondere nicht an eine entsprechen-

de Vergütung der Leistungen gekoppelt ist, auch in der Gesetzesbegründung unklar und werden von den Krankenhäusern abgelehnt. Aufgeführt wird weiterhin in der Begründung die steigende Bedeutung der PIAs durch die zukünftige mögliche Einbeziehung der PIAs in die stationsäquivalente Leistungserbringung. Bisher bieten psychiatrische Institutsambulanzen nicht vergleichbare Angebote in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung an. Wie sich das Angebot der stationsäquivalenten Behandlungsform in den Krankenhäusern entwickeln wird und in wie weit PIAs dann tatsächlich in die Leistungserbringung dieses Angebotes einbezogen werden, ist derzeit noch nicht absehbar. Daraus kann keine pauschale Leistungsdokumentationsausweitung für die PIAs abgeleitet werden. Somit werden die konkreten Ziele der pauschalen Transparenzerhöhung des Leistungsgeschehens nicht klar definiert. Dies ist jedoch zwingend notwendig, um die Komplexität und Aufwände durch die vorgesehene Erweiterung der Dokumentation der PIA-Leistungen nicht zu erhöhen und dadurch Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung zu verlieren. Die undifferenzierte Ausweitung ohne konkrete Zielvorgabe kann mit einer daraus resultierenden übermäßigen Bürokratierhöhung zu Lasten der Patientenversorgung nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Darüber hinaus ist die Erhebung der eingesetzten personellen Kapazitäten nach allen Berufsgruppen in den psychiatrischen Institutsambulanzen keinesfalls dazu geeignet, Erkenntnisse in Bezug auf die Bedarfsplanung zu generieren. Diesbezüglich kann eine Berücksichtigung ähnlicher Fälle wie in der vertragsärztlichen Versorgung sich allein auf diejenigen Fälle beziehen, die gemäß § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V in psychiatrischen Institutsambulanzen wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Ausschließlich diese Fälle könnten der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden (Vgl. hierzu: Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 2: § 101 Abs.1 Satz 10 SGB V „Übersorgung“). Da es sich nur um einen kleinen Anteil aller Fälle handelt, ist der Aufwand für die Dokumentation in Zeiten des gewollten Bürokratieabbaus und der Herstellung entsprechender EDV-technischer Voraussetzungen nicht zu rechtfertigen und steht in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Änderungsvorschlag

§ 295 Absatz 1b Satz 4 wird wie folgt gefasst:

~~„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der Bestimmungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b bis spätestens zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)] einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; f Für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Selbstverwaltungspartner sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“~~

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

1. Tarifausgleichsrate bezogen auf Landesbasisfallwerte

Die Tarifausgleichsrate in der derzeitigen Fassung wirkt aufgrund der bundeseinheitlichen Regelung zu unspezifisch. Die unterschiedlichen Voraussetzungen und Gegebenheiten in den Bundesländern können dadurch nicht berücksichtigt werden. Damit die Tarifraten zielgerichtet zur Anwendung kommen können, ist deren Umsetzung mit der Vereinbarung der (anteiligen) Erhöhungsraten in der Verhandlung zum Landesbasisfallwert zu verorten. Die derzeitige Tarifausgleichsrate berücksichtigt zudem nur Kostenzuwächse oberhalb des Veränderungswertes und gleicht davon auch nur ein Drittel der Differenz im KHEntgG-Bereich aus. Alles, was unterhalb des Veränderungswertes nicht in die Landesbasisfallwerte eingeflossen ist, verbleibt als nicht refinanzierte Tarifikostenlast bei den Krankenhäusern. Eine relativ hohe Grundlohnrate, die sich in den Landesbasisfallwerten nicht wiederfindet, hebt die Tarifausgleichsrate als Instrument weitgehend aus. Angesichts der unterschiedlichen Preisanpassungen auf der Landesebene sollte der Tarifausgleich daher an den vereinbarten Erhöhungen der Landesbasisfallwerte ansetzen und die Tarifikostensteigerungen vollständig ausgleichen.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„7. die ~~Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen~~ **Tarifraten** nach § 10 Absatz 5 ~~Satz 4~~ Sätze 2 und 3 ~~sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsraten.~~“

§ 10 Absatz 5 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind ~~erstmalig für das Jahr 2016~~ nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden ~~50~~100 Prozent des Unterschieds zwischen ~~dem Veränderungswert der prozentualen Erhöhung des vereinbarten Landesbasisfallwerts nach Absatz 8 Satz 6~~ und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge **einschließlich struktureller Veränderungen** und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, nach Maßgabe des Satzes 5 berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf ~~Bundesebene nach § 9 Landesebene~~ vereinbaren **nach Vereinbarung der Tarifraten durch die Vertragsparteien auf Bundesebene** in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsraten. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen

Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um ~~ein-zwei~~ Drittel dieser Erhöhungsrates (anteilige Erhöhungsrates) zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert für das Vereinbarungsjahr bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, ist der Differenzbetrag, der durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrates auf den Landesbasisfallwert entsteht, durch eine ~~ab dem Zeitpunkt nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 erfolgende~~ unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen, **die im Rahmen der Vereinbarung nach Satz 4 vorzugeben ist**; dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Differenzbetrag infolge der unterjährigen Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen. Im Falle von Satz 6 ist die anteilige Erhöhungsrates nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen.“

Darüber hinaus sind Folgeänderungen in der Bundespflegesatzverordnung erforderlich. Bei den folgenden Anpassungsvorschlägen werden die in der Fassung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgesehenen Anpassungen bereits berücksichtigt.

§ 3 Absatz 4 BPfIV wird wie folgt gefasst:

„(4) Bei der Vereinbarung einer ~~Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen~~ **Tarifrates** nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes **oberhalb des Veränderungswerts** ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um ~~40 80 Prozent~~ **der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen** **Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tarifrates** erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 10 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

2. Einführung einer Krankenhausarzt Nummer für ambulante Krankenhausleistungen

§ 295 SGB V regelt für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich die verpflichtende Angabe der Arzt Nummer nach § 293 Absatz 4 SGB V (sog. „lebenslange Arzt Nummer“ – LANR) im Abrechnungsverfahren und bei der Verordnung und Veranlassung von Leistungen. Die LANR wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte und Einrichtungen vergeben und im bundesweiten Ärzteverzeichnis geführt.

Die Geltung der LANR bei der ambulanten Krankenhausbehandlung ist umstritten.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes ist die LANR in den unterschiedlichen Ambulanzbereichen auch vom Krankenhaus anzuwenden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hingegen vertritt die Auffassung, dass

die LANR von Krankenhäusern in Fällen der ambulanten Behandlung in Institutsambulanzen des Krankenhauses und in Fallkonstellationen, in denen Krankenhäuser Verordnungen vornehmen dürfen, wie z. B. im Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V oder bei der ambulanten Behandlung Patienten, die dem Krankenhaus von den Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a SGB V zugewiesen wurden, nicht anzuwenden ist. Immerhin fungieren die Krankenhäuser in diesen Fällen nicht als vertragsärztliche Leistungserbringer, und auch die Leistungserbringung selbst ist – im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung – nicht an ein bestimmtes ärztliches Personal im Sinne des Facharztstatus gebunden. Insofern scheidet auch eine analoge Anwendung der Regelungen des § 295 Absatz 1 i. V. m. § 293 Absatz 4 SGB V auf den Krankenhausbereich als systemfremd aus. Diese Auffassung wird auch vom Bundesministerium für Gesundheit in einem Schreiben vom 26.01.2015 am Beispiel des § 75 Absatz 1a SGB V geteilt.

Aufgrund der unter Artikel 4 Nr. 11 bereits vorgesehenen Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses der Krankenhausstandorte nebst entsprechender Standortkennzeichen, ggf. mit Fachabteilungsbezug, spricht sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft dafür aus, gesetzlich klarzustellen, dass eine Verwendung der lebenslangen Arztnummer in den Ambulanzbereichen des Krankenhauses ausgeschlossen ist.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher vor, dass sie zusammen mit dem GKV-SV eine Krankenhausarztnummer (KHANR) entwickelt und die Voraussetzungen für deren Vergabe schafft. Diese Nummer soll sodann bei der Abrechnung derjenigen ambulanten Krankenhausleistungen Anwendung finden, welche gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden sowie bei der Abrechnung von Leistungen der Terminservicestellen und der Vornahme von Verordnungen durch das Krankenhaus außerhalb des Vertragsarztrechts, insbesondere im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V.

Die Krankenhausarztnummer muss geeignet sein, auch die Verantwortung von Krankenhausfachabteilungen oder nur den Nachweis eines Facharztstandards zu übermitteln.

Änderungsvorschlag

1. Artikel 4 Nr. 11 (§ 293 Abs. 6 SGB V) wird wie folgt geändert:

*„(6) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen **mit entsprechenden Kennzeichen. Das Verzeichnis erfasst auch die in den Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte mit entsprechenden Kennzeichen.** Sie können gemeinsam das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten **auf An-***

forderung an die das Verzeichnis führende Stelle zu übermitteln. Das Verzeichnis nach Satz 1 ist in nach Satz ~~811~~ Nummer ~~43~~ zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren. Die Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen und sind im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die Kennzeichnung nach Satz 1 zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kennzeichnung nach Satz 2 ist von den Krankenhäusern, anstelle des Kennzeichens nach § 293 Abs. 4 Nr. 1, bei der Abrechnung ambulanter Leistungen gegenüber den Krankenkassen, der Abrechnung ambulanter Leistungen nach § 76 Abs. 1a sowie bei der Vornahme von Verordnungen außerhalb des Vertragsarztrechts, insbesondere nach § 39 Abs. 1a S. 6, zu verwenden, sofern dies zur Rückverfolgung der ärztlichen Leistung gesetzlich erforderlich ist. Den Kostenträgern dient das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, soweit dies zur Erfüllung der nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum **[Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)]** das Nähere zum Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,

2. die Art und den Aufbau der Kennzeichen nach Satz 1 sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe,

3. die Art und den Aufbau der Kennzeichen nach Satz 2 sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe,

~~34.~~ die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,

~~45.~~ die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und

~~56.~~ die Finanzierung der Aufwände, die durch das Führen und die fortlaufenden Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

§ 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz ~~2~~ ~~3~~ und die Vereinbarung nach Satz ~~811~~.

2. § 295 SGB V wird wie folgt geändert:

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

(1b) *Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben ~~sowie psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen~~, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung ~~der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie der der~~ psychiatrischen Institutsambulanzen. Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.*

(2a) *Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben, ~~sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen~~, sind verpflichtet, die Angaben gemäß § 292 aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.*

3. Notfallvergütung

Die DKG hat in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) im Juni 2014 ein Gutachten in Auftrag gegeben, um den Stellenwert der Krankenhäuser für die Versorgung und die Behandlungskosten in den Krankenhäusern zu untersuchen. Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ schafft umfassende Transparenz über die Situation der Krankenhäuser und bietet somit einen konstruktiven Beitrag für eine nachhaltige Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung.

Für das Gutachten haben 55 Krankenhäuser mit fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten von insgesamt 612.070 ambulanten Notfällen eine außergewöhnlich breite und valide Datengrundlage bereitgestellt. Die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung eines ambulanten Notfalls betragen 126 EUR. Um die Gründe für die Höhe der Kosten transparent zu machen, werden die Kostenstrukturen im Gutachten ausführlich dargestellt. Von den 55 Krankenhäusern konnten 37 Krankenhäuser auch fallbezogene Angaben zu den Erlösen für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen. In dieser Gruppe stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 EUR Fallkosten von 120 EUR gegenüber. Daraus resultiert ein Fehlbetrag von 88 EUR pro Fall. Bei über 10 Millionen ambulanten Notfällen und unter Berücksichtigung der mit dieser Studie nicht erfassten Investitionskosten, ist von einem jährlichen Gesamtdefizit der Krankenhäuser in Höhe von schätzungsweise 1 Milliarde EUR auszugehen.

Mit dem Gutachten wird nachvollziehbar dargelegt, dass die hohe Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht alleine auf Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zurückzuführen, sondern vielmehr durch die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erklären ist. Anders als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst verfügen nur Krankenhäuser über die personellen und technischen Möglichkeiten, um dringliche diagnostische Maßnahmen wie z. B. Labor- oder Röntgenuntersuchungen sofort durchzuführen. Auch die ambulante Erstversorgung von Notfällen wie z. B. der Ausschluss eines Herzinfarktes oder die Versorgung von Wunden und Frakturen, kann in vielen Fällen nur mit den Mitteln der Krankenhäuser erfolgen. Aufgrund dieser Möglichkeiten ist nachvollziehbar, dass die Patienten bei (aus Sicht der Betroffenen) dringlichem Behandlungsbedarf ohne den Umweg über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst direkt ein Krankenhaus aufsuchen. Selbst bei einem lückenlosen Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte, ist das Leistungsspektrum der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung unverzichtbar. Dies betrifft im Übrigen nicht nur die Zeiten außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte.

Es ist auch nicht das Ziel der Krankenhäuser, den Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte und ggf. auch noch die Hausbesuche zu übernehmen. Nach Einschätzung der Gutachter sind die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses für gut 50 % der Patienten, die sich in den Notaufnahmen vorstellen, unverzichtbar. Weitere 20 % der Patienten benötigen eine fachspezifische Versorgung, so dass auch diese sinnvollerweise durch die Krankenhäuser erfolgen sollte. Für rund ein Drittel der Fälle wäre jedoch sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht eine Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sinnvoll, da die Strukturen der Krankenhäuser für diese Fälle nicht zwingend benötigt werden.

Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser, die mit dem KHSG eingeführten Regelungen zur Umsetzung einer angemessenen Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, zur Honorarverteilung sowie den Wegfall des Investitionskostenabschlags. So sieht § 87 Abs. 2a Satz 23f SGB V vor, dass der um die Deutsche Krankenhausgesellschaft ergänzte Bewertungsausschuss Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM vorzusehen habe, welche nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren sind. Den Krankenhäusern wird damit ein gleichberechtigtes Mitspracherecht im Zuge der Vergütungsfindung eingeräumt.

Allerdings basiert der EBM auf Annahmen, die der Kostenstruktur der Krankenhäuser nicht entsprechen. Im Unterschied zu einer fallbezogenen Vollkostendarstellung, die dem Gutachten zugrunde liegt und die Aufwände der Krankenhäuser sachgerecht darstellt, wird im EBM zur Kalkulation von Gebührenordnungspositionen bspw. auf standardisierte Praxisbetriebsmodelle abgestellt, die folglich keinen Krankenhausbetrieb abbilden können. Darüber hinaus wird für die Kalkulation von Gebührenordnungspositionen im EBM für spezifische Module das Opportunitätskostenprinzip herangezogen, was dem tatsächlichen Kostenaufwand der Krankenhäuser nicht abbildet. Daraus resultieren grundlegende methodische Differenzen, die der zeitnahen Kalkulation und Beschlussfindung einer angemessenen Vergütung entgegenstehen.

Flankierend wurde im KHSG die Honorarverteilung nach § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V angepasst, so dass ein eigenes Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst gebildet wird, ohne dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung angewandt werden dürfen.

Zur Gewährleistung einer sach- und kostenaufwandgerechten Vergütung der Krankenhäuser ist jedoch noch weiterer Anpassungsbedarf notwendig. Die Vergütung der Leistungen erfolgt derzeit aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV). Eine Umsetzung der gesetzlichen Schweregraddifferenzierung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die den finanziellen Aufwand der Krankenhäuser angemessen abbilden soll, benötigt jedoch zwingend Regelungen, die eine Anpassung des Finanzvolumens nach sich ziehen. Andernfalls würde es bei gegebenem Finanzvolumen – aufgrund der Zuordnung zur MGV – ausschließlich zu einer Umverteilung kommen. Für einen wesentlichen Teil der ambulanten Notfälle führt dies in der Folge zu einer Absenkung der Leistungsvergütung unter das bisherige Niveau.

Darüber hinaus wird die MGV prospektiv festgelegt, so dass die im KHSG festgelegte Frist zur Anpassung des EBM keinen Niederschlag in der MGV für das Jahr 2017 findet. Die Vergütung der ambulanten Notfallversorgung wird vor diesem Hintergrund damit weder zeitnah noch langfristig verbessert.

Daher ist zwingend klarzustellen, dass die Einführung einer Schweregraddifferenzierung im EBM einerseits ohne finanziellen Aufwand nicht realisierbar ist. Andererseits sind die entsprechenden finanziellen Mittel auch kurzfristig zur Verfügung zu stellen. Insgesamt ist damit die Zuordnung der Leistungsvergütung zur MGV nicht sachgerecht und die ambulanten Notfalleleistungen sind aus der MGV auszugliedern.

Um eine sachgerechte Vergütung zu gewährleisten und den grundlegenden methodischen Problemen, die sich aufgrund der Integration in den EBM ergeben, zu begegnen, fordern die Krankenhäuser die Vergütung der Notfallleistungen nicht dreiseitig im ergänzten Bewertungsausschuss festzulegen, sondern zweiseitig zwischen der DKG und dem GKV-SV zu vereinbaren. Hierfür ist eine eigenständige rechtliche Grundlage notwendig. Die gesetzliche Verankerung einer solchen Regelungen kann gesetzestech-nisch durch Einführung eines „§ 115e SGB V - Notfallbehandlung im Krankenhaus“ und eine Ergänzung des „§ 39 SGB V - Krankenhausbehandlung“ umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

1. Nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V wird Satz 6 neu eingefügt:

„Leistungen für die Versorgung im Notfall und organisiertem Notdienst werden außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnungen nach Absatz 2 vergütet.“

2. Einfügung einer neuen eigenständigen Rechtsgrundlage zur Vergütung der ambulanten Notfallleistungen:

- a) Einfügung des § 115e SGB V Notfallbehandlung im Krankenhaus

„(1) Das Krankenhaus kann in Notfällen auch ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären und die ambulante Erstversorgung durchzuführen (ambulante Notfallbehandlung).“

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren einen Katalog von pauschalierenden Entgelten für die ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können ihr DRG-Institut mit der Entwicklung und Kalkulation der Entgelte beauftragen. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.

(3) Die Leistungen der Krankenhäuser werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.“

- b) Ergänzung des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b **und § 115e) erbracht.“**

4. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf besondere Einrichtungen

Nach dem mit dem KHSG eingeführten § 5 Abs. 3c KHEntgG können die Vertragsparteien vor Ort befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, vereinbaren. Zu denken ist hier insbesondere an Mehrkosten aufgrund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL).

Entsprechende Mehrkosten können auch in besonderen Einrichtungen entstehen, die gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG vom DRG-Vergütungssystem ausgenommen sind. Dies betrifft beispielsweise Kliniken, die in anderen Krankenhäusern ausgelagerte Neonatologische Intensivstationen unterhalten, um dann in Kooperation mit dem anderen Krankenhausträger oder dem weiteren Standort eines Krankenhauses ein Perinatalzentrum Level 1 oder 2 zu bilden. Diese Einrichtungen können nach der Vereinbarung für besondere Einrichtungen (VBE) von der Vergütung aus dem DRG-System ausgenommen werden. Solche Konstruktionen bestehen in NRW z. B. in Siegen und Datteln. Auch in Osnabrück wird durch die Kinderklinik eine Satellitenstation betrieben.

Eine dauerhafte Finanzierung der Mehrkosten über Zuschläge ist bei diesen Einrichtungen nicht möglich, weil diese nach Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte in den Landesbasisfallwert eingerechnet werden. Eine Berücksichtigung in der zu vereinbarenden Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG scheitert in der Regel daran, dass der Anstieg der Erlössumme auf die Höhe des Veränderungswerts begrenzt ist (vgl. § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG).

Aus Sicht der DKG dürfen diese Einrichtungen nicht schlechter gestellt werden als die dem DRG-Vergütungssystem unterliegenden Einrichtungen. Daher ist eine Ergänzung des § 5 Abs. 3c KHEntgG erforderlich.

Änderungsvorschlag

In § 5 Abs. 3c KHEntgG werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei besonderen Einrichtungen nach § 17 b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfolgt die Finanzierung abweichend von Satz 1 über eine Berücksichtigung der Mehrkosten in voller Höhe in den vereinbarten krankhausindividuellen Entgelten; die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme in Höhe des Veränderungswerts gemäß § 6 Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht. Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.“

5. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf Anforderungen aus den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat per Gesetz die Aufgabe, bundesweit verpflichtende Qualitätsvorgaben zu machen. Durch das Krankenhausstrukturgesetz vom November 2015 wurden diese Möglichkeiten deutlich erweitert. Der G-BA wird daher noch im Laufe des Jahres 2016 Qualitätsvorgaben in Form sogenannter Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung beschließen (§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V). Krankenhäuser, die anhand dieser Qualitätsindikatoren in erheblichem Maße eine unzureichende Qualität aufweisen, dürfen nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden oder müssen aus diesem entfernt werden. Zu diesem Zweck werden die Indikatoren automatisch Teil der Krankenhausplanung der Bundesländer. Über diesen Mechanismus wirken die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren daher als bundesweite Mindestqualitätsanforderungen für Krankenhäuser.

Solche Festlegungen führen unweigerlich zu Mehrkosten bei betroffenen Krankenhäusern, um die wirtschaftlich fatale Konsequenz der Herausnahme aus dem Krankenhausplan zu vermeiden. Für diese Mehrkosten ist jedoch gesetzlich keine Refinanzierungsmöglichkeit vorgesehen. Zuschläge können bisher nur eingeschränkt für Mehrkosten aufgrund von G-BA Richtlinien zu Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität vereinbart werden, nicht jedoch für Mehrkosten auf Basis von Beschlüssen des G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Dies gilt sogar für den Fall, dass die Qualitätsanforderungen inhaltsgleich sind. Der G-BA könnte daher die bisher gegebene Möglichkeit zur Refinanzierung konterkarieren, indem er Strukturqualitätsanforderungen nun in einen Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren überführt. Um hier zu einer sachgerechten und parallelen Möglichkeit zu gelangen, Mehrkosten durch G-BA Beschlüsse zu refinanzieren, ist eine Änderung der bestehenden gesetzlichen Regelung notwendig.

Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 3c KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

*„Bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch **Qualitätsindikatoren zur oder** Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien **oder Beschlüssen** des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 **oder § 136c Absatz 1** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen. Die Vereinbarung von Zuschlägen ist für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, insoweit zulässig, als der Gemeinsame Bundesausschuss keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Zuschläge sind auch für Mehrkosten zu vereinbaren, wenn diese dem Krankenhaus ab dem 5. November 2015 auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene*

des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.“

6. Ausweitung des Hygieneförderprogramms auf Psych-Einrichtungen

Aufgrund der Verortung im Krankenhausentgeltgesetz finden die Regelungen zum Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG grundsätzlich keine Anwendung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung. Aber auch für diese Einrichtungen sind die Vorgaben der KRINKO-Empfehlung zur Vorhaltung von Hygienefachkräften, hygienebeauftragten Ärzten und Hygienebeauftragten in der Pflege gleichermaßen zu beachten.

Die Krankenkassen sind in der Regel nicht bereit, über die bereits bestehenden Ausnahmetatbestände gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung eine Finanzierung zu ermöglichen.

Die Krankenhäuser sehen daher die Notwendigkeit, durch eine entsprechende gesetzliche Regelung oder Klarstellung sicherzustellen, dass auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zusätzlich anfallende Kosten im Bereich der Hygiene über die Budget-Obergrenze hinaus geltend gemacht werden können. Die Notwendigkeit besteht sowohl für die auf das PEPP-Vergütungssystem umgestiegenen Krankenhäuser als auch für die Krankenhäuser, die bisher noch nicht umgestiegen sind.

Änderungsvorschlag

§ 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

„(2) Ab dem krankenhausesindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2019 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu vereinbaren, mit der Maßgabe, dass anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017, 2018 und 2019 in einfacher Höhe als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt und als weiterer Tatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung auch Aufwendungen für Neueinstellungen, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildungen sowie externe Beratungsleistungen zu berücksichtigen sind, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen oder Hygienevorschriften der Länder bedingt sind.“

§ 18 Absatz 1 Satz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

„(1) Krankenhäuser, die in den Jahren 2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einführen, haben in diesen Jahren die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 ab dem Jahr 2013 der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 jeweils geltenden Fassung als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt,
2. § 6 Absatz 2 zum 31. Dezember 2012 aufgehoben wird,
3. § 15 Absatz 1 Satz 1 letztmalig für das Jahr 2012 gilt und
4. § 3 Absatz 6 Satz 1 auf Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz entsprechend anzuwenden ist, wobei das Verlangen für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden kann.
5. als weiterer Tatbestand nach § 6 Absatz 1 Satz 4 auch Aufwendungen für Neueinstellungen, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildungen sowie externe Beratungsleistungen zu berücksichtigen sind, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen oder Hygienevorschriften der Länder bedingt sind.“

7. Klarstellung zu § 301 SGB V - Übermittlung der Einweisungsdiagnose

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sieht vor, dass das Krankenhaus der Krankenkasse unter anderem die Einweisungs- sowie die Aufnahmediagnose zu übermitteln hat. Die Bedeutung der Einweisungs- sowie der Aufnahmediagnose ist durch die sozialgerichtliche Rechtsprechung bestätigt worden.

Festzustellen ist jedoch mittlerweile, dass Krankenkassen undifferenziert Rechnungen als nicht vollständig abweisen und eine Verletzung der Informationsobliegenheiten der Krankenhäuser behaupten, wenn keine Einweisungsdiagnose durch das Krankenhaus übermittelt wurde. Dabei wird jedoch übersehen, dass es Fallkonstellationen gibt, in denen ersichtlich keine Einweisungsdiagnose vorliegen kann, z.B. wegen einer Notfallaufnahme. In diesen Fällen ist lediglich eine Aufnahmediagnose durch das Krankenhaus zu übermitteln, was zur umfänglichen Information der Krankenkasse auch als ausreichend anzusehen ist. In diesen Fallkonstellationen kann die Krankenhausrechnung nicht als unvollständig abgelehnt werden, da dem Krankenhaus kein Vorwurf einer Obliegenheitsverletzung gemacht werden kann, denn es war ihm mangels vorliegender Einweisungsdiagnose objektiv unmöglich, der Krankenkasse eine Einweisungsdiagnose

zu übermitteln. Daher kann die Übermittlungspflicht in § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V nur so gemeint sein, dass die Einweisungsdiagnose zu übermitteln ist, soweit sie auch vorliegt, bei fehlender Einweisungsdiagnose daher eine Übermittlung der Aufnahme-
mediagnose ausreichend ist.

Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V wird wie folgt formuliert:

3. „den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme, **soweit vorhanden** die Einweisungsdiagnose, **sowie** die Aufnahme-
mediagnose, bei einer Änderung der Aufnahme-
mediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhaus-
behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmege-
wicht,“

8. Klarstellung zu § 301 SGB V - Angaben zu durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In den Entscheidungen vom 14.10.2014 hat sich das Bundessozialgericht (BSG) zur Zulässigkeit von Prüfungen einer Abrechnung bezüglich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (B 1 KR 25/13 R) bzw. geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung (B 1 KR 26/13 R) geäußert. Es hat dabei seine Auffassung bestätigt, dass das Krankenhaus § 301 Absatz 1 SGB V entsprechende, zutreffende und vollständige Angaben zu machen habe, fehlen zu übermittelnde Angaben, liege darin ein Anhaltspunkt, der die Krankenkasse zur Durchführung einer Rechnungsprüfung berechtige. Zur Definition der zu übermittelnden Angaben greift das BSG auf den Katalog des § 301 SGB V zurück und hat herausgestellt, dass auch die Daten zu durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V zu übermitteln seien. Fehle eine entsprechende Übermittlung, komme es zu Rechtsverlusten des Krankenhauses.

In Folge dieses Urteils ist es in der Krankenhauspraxis zu erheblichen Problemen insbesondere bei der Abrechnung geriatrischer und anderer frührehabilitativer Komplexbehandlungen gekommen, da es die gelebte Abrechnungspraxis komplett in Frage stellt. Krankenhäuser sind zwar gemäß § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V verpflichtet, Angaben über die im Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu machen und Anhang A zu Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V führt zu § 301 Absatz 1 Nr. 8 SGB V eine Reihe von Rehabilitationsleistungen auf. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass auf Grund der zum damaligen Zeitpunkt vorgesehenen Nutzung der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V zur Datenübermittlung auch für den Bereich der Reha-Kliniken für die Abbildung der Reha-Leistungen im Jahr 1996 eben dieser Katalog hinterlegt wurde, der sich an die KTL-Klassifikation der Deutschen Rentenversicherung anlehnt. In dieser Klassifikation werden u. a. Einzelleistungen aufgeführt, die entweder nicht Teil einer Krankenhausbehandlung sind oder die gemäß Kodierrichtlinien eher nicht zu kodieren wären (z. B.

Atemgymnastik, Beckenbodengymnastik, Rotlichttherapie, Fango etc.). Der Katalog blieb in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V zwar bestehen, wurde jedoch durch die Vereinbarung nach § 301 Absatz 4 SGB V faktisch obsolet und im dort verwendeten MEDRUC-Verfahren weitergeführt. Eine Streichung dieses Katalogs fand im Rahmen der Fortschreibung der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V zwar nie statt, aber über 20 Jahre lang wurde die Übermittlung von den Kassen niemals eingefordert oder eine fehlende Übermittlung moniert, eine Aktualisierung des Katalogs fand daher mangels Bedarf nie statt. Einige KIS-Hersteller hatten die dafür notwendige Funktion bis Anfang 2015 zudem gar nicht implementiert, so dass die Angabe der in § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V aufgeführten Daten in der Praxis nicht möglich ist, da eine elektronische Übermittlung dieser Angaben in den bestehenden Krankenhausinformationssystemen nicht vorgesehen ist. Aus Sicht der Krankenhäuser sind die Krankenhausleistungen ohnehin bereits umfassend durch den OPS abgebildet.

Dies hat zur Folge, dass seit Ende 2014 eine Reihe von Krankenkassen mit Verweis auf den § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V undifferenziert für eine Vielzahl von Leistungen die Angabe aller frührehabilitativen Einzelleistungen fordern und dies offensiv nutzen, um Krankenhausrechnungen aus formalen Gründen zu beanstanden und bei Nichtlieferung der Daten nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V die Zahlung der Krankenhausrechnung verweigern. Dies führt in der Praxis teilweise zu Fehlentwicklungen. So werden beispielsweise nicht nur bei geriatrischen und/oder neurologischen Frührehabilitationen Angaben nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V gefordert, sondern in jedem Einzelfall, in dem ein Physiotherapeut oder ein sonstiger Therapeut beim Patienten anwesend war, es wird die Übermittlung von Reha-Daten auch bei rein psychiatrischen Fällen angemahnt oder als Reha-Leistung auch die Zurverfügungstellung eines Eisbeutels nach einer Zahn-OP angesehen. § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V wird somit von Krankenkassen verstärkt dazu genutzt, alle erdenklichen Arten von medizinisch-therapeutischen Informationen abzufordern, obwohl diese Regelung, da es sich bei den in Frage stehenden Leistungen um Krankenhausleistungen handelt, lediglich die Übermittlung von Angaben zu durchgeführten Leistungen der medizinischen Frührehabilitation im Sinne des § 39 SGB V vorsieht. Dies führt im Ergebnis dazu, dass § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V immer häufiger zu Lasten der Krankenhäuser unter Missachtung seines Wortlautes einzig zu Zwecken der Datensammlung bzw. vorgeblichen Verletzung von Informationsobliegenheiten seitens der Krankenhäuser mit dem Ziel verwendet wird, die Fälligkeit der ansonsten ordnungsgemäß gestellten Rechnung zu verneinen. Diese Folge der von der Rechtsprechung des BSG geschaffenen Rechtsunsicherheit unterstreicht die Notwendigkeit der Streichung des § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V, um die Krankenhäuser von unnötigem bürokratischem Aufwand sowie ungerechtfertigten Rechnungskürzungen zu schützen.

Im Zusammenhang mit dieser Problematik wurde auch identifiziert, dass die Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen bisher kaum genutzt wurden. Da im Rahmen des Entlassmanagements dafür Regelungen, die unabhängig von der Abrechnung sind, geschaffen werden, kann auch diese Übermittlungspflicht im Rahmen der Abrechnung entfallen.

Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V wird gestrichen.

9. Feststellung von Arbeitsunfähigkeit durch Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung

Die deutschen Krankenhäuser stellen eine tragende Säule in der ambulanten Notfallversorgung der Menschen dar. 365 Tage im Jahr und 24 Stunden pro Tag stehen sie für eine hochwertige ambulante medizinische Notfallversorgung von Patienten mit Verletzungen und jeder Art von Erkrankungen zur Verfügung. In manchen dieser ambulanten Behandlungsfälle stellt sich heraus, dass der Patient für eine gewisse Zeit arbeitsunfähig sein wird. Bislang bleibt für die Patienten keine andere Möglichkeit, als sich die Arbeitsunfähigkeit in der Folge bei einem niedergelassenen Vertragsarzt rückwirkend feststellen und bescheinigen zu lassen. Dies ist für die Patienten nachvollziehbar mit Aufwand und Mühen verbunden. Dieser Umstand hatte bereits das Bundesministerium für Gesundheit dazu veranlasst, sich mit der Anregung an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu wenden, die Ausweitung der Anwendbarkeit der Arbeitsunfähigkeits-RL (AU-RL) auf die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus zu prüfen. Diese Prüfung hatte zum Ergebnis, dass rechtliche Hinderungsgründe gesehen wurden, eine solche Regelung in die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie aufzunehmen. Inhaltlich wurde der Sachverhalt dagegen unterschiedlich beurteilt. Aus Sicht der Krankenhäuser würde die Möglichkeit zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus, zumindest für die ersten Tage nach einer solchen Behandlung, eine sinnvolle und vereinfachende Maßnahme darstellen. Auch ein Krankenhausarzt ist unzweifelhaft in der Lage, eine solche Feststellung zu treffen. Die Patienten könnten so zeitnah die von ihnen benötigte Bescheinigung erhalten und wären von der Last befreit, sich beim weiterbehandelnden Arzt um eine nachträgliche Bescheinigung kümmern zu müssen. Wir fordern den Gesetzgeber daher auf, eine gesetzliche Regelung vorzusehen, die es Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung ermöglicht, Arbeitsunfähigkeit für den Behandlungstag selbst und mehrere Folgetage festzustellen und zu bescheinigen.

Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1 b wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Zugelassene Krankenhäuser, die nicht aufgrund einer Kooperationsvereinbarung nach Satz 2 in den Notdienst einbezogen sind, dürfen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen feststellen.“

10. Extrabudgetäre Vergütung „Behandlungen von Bluterpatientinnen und -patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik“

Viele psychiatrische Krankenhäuser beklagen, dass sie bei Behandlungen von Bluterpatienten die damit verbundenen besonderen Kosten nicht über ein Zusatzentgelt abrechnen können und in diesen Fällen auf das Entgegenkommen der Krankenkassen angewiesen sind. Wegen der teilweise regional festgelegten Aufnahmeverpflichtung (oder bei gerichtlicher Unterbringung) und dem besonderen Betreuungsaufwand können diese Patienten auch nicht in andere Einrichtungen verlegt werden.

Bis zur Einführung des DRG-Vergütungssystems bestand gemäß § 16 Abs. 2 BPfIV a. F. für die Vertragsparteien auf Landesebene die Möglichkeit, über die in den Entgeltkatalogen bestimmten Leistungen hinaus für weitere Behandlungsfälle und Leistungskomplexe landesweit geltende Fallpauschalen und Sonderentgelte zu vereinbaren. In Ausfüllung dieser gesetzlichen Regelung wurden in zahlreichen Ländern Vereinbarungen über Sonderentgelte für Arzneimittel zur Bluterbehandlung getroffen.

Bei Neugestaltung der Bundespflegesatzverordnung im Zusammenhang mit der DRG-Einführung ist die Möglichkeit der Abrechnung von Sonderentgelten leider ersatzlos entfallen. Die Möglichkeit, diese Kosten evtl. in die tagesgleichen Entgelte einzurechnen, läuft wegen der Besonderheit dieser hochaufwendigen und nicht planbaren Behandlungen ins Leere. Es ist daher analog zur Somatik eine gesetzliche Änderung erforderlich, mit der eine extrabudgetäre Abrechnungsmöglichkeit für die Bluterpräparate bei der Behandlung von Bluterpatienten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geschaffen wird. Aufgrund der nicht Planbarkeit dieser Leistung muss eine gesetzliche Regelung für eine Abrechnungsmöglichkeit gegeben sein, ohne dass eine Vereinbarungsvoraussetzung in den Budgetverhandlungen besteht.

Änderungsvorschlag

1. § 3 BPfIV wird wie folgt geändert:
 - a. In Absatz 3 wird nach Satz 9 folgender neuer Satz 10 eingefügt:
„Der Gesamtbetrag umfasst keine Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren.“
 - b. Der bisherige Satz 10 wird Satz 11.
2. § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV wird wie folgt gefasst:
*„2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9) **sowie Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren,**“*
3. In § 8 wird folgender neuer Absatz 6 angefügt:
„(6) Die Abrechnung der Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt entsprechend den von den

Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das DRG-Vergütungssystem getroffenen Vereinbarungen.

11. Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bei stationsäquivalenter Behandlung

Bei der stationsäquivalenten Behandlung von Versicherten handelt es sich um eine weitere Form der stationären Behandlung. Es wurde aber bislang versäumt zu regeln, dass sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auch auf die stationsäquivalente Behandlung von Versicherten erstrecken kann. Dazu ist eine Folgeänderung in § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

*„(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären, **stationsäquivalenten** und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen.“*

12. Hilfsmittelversorgung von Patienten

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG zählen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln für den Zeitraum nach der voll- oder teilstationären Behandlung gehört hingegen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und ist dementsprechend nicht von den Krankenhäusern zu tragen (vgl. BR-Drs. 381/94 vom 28.04.1994, Seite 27). Die Deckung des Hilfsmittelbedarfs nach dem Krankenhausaufenthalt ist vielmehr dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Diese Systematik wird jedoch von Krankenkassen inzwischen vielfach pauschal in Abrede gestellt, wenn aus Gründen der nahtlosen Versorgung von Patienten bereits während des Krankenhausaufenthalts Hilfsmittel an Patienten abgegeben und gegebenenfalls patientenindividuell angepasst werden, die jedoch vorrangig für die Versorgung nach dem Abschluss der Krankenhausbehandlung benötigt werden. Dies betrifft unter anderem Fälle, in denen ein Hilfsmittel bei der Entlassung des Patienten zur Verfügung stehen muss und es sinnvoll erscheint, dieses bereits vor der Entlassung entsprechend anzupassen bzw. den Patienten im Gebrauch auszubilden. Oft liegt es im Interesse einer ausreichenden Patientenversorgung, dass Hilfsmittel, die auch nach dem Krankenhausaufenthalt benötigt werden, schon während des Krankenhausaufenthalts beschafft werden. Obwohl derartige Hilfsmittel bereits beschafft werden, während sich der Patient noch im Kran-

kenhaus befindet, fällt die Finanzierung der nach dem Krankenhausaufenthalt zu nutzenden Hilfsmittel nicht in die Zuständigkeit des Krankenhauses (vgl. hierzu auch Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, 57. Nachlieferung, April 2016, Erläuterung zu § 2 BPfIV, Seite 37). Derartige Kosten wurden dementsprechend bei der Kalkulation der Fallpauschalen beim Übergang in das DRG-System nicht berücksichtigt. Um dies klarzustellen, bedarf es jedoch entsprechender gesetzlicher Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz und SGB V. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Klarstellung ist es darüber hinaus erforderlich, Krankenhäusern die Möglichkeit zur Verordnung derartiger Hilfsmittel im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu eröffnen.

Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

*„(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. **Zu den Krankenhausleistungen gehört nicht die Versorgung mit Hilfsmitteln, die während des Krankenhausaufenthalts an Patienten abgegeben werden, aber vorrangig für die Versorgung nach Abschluss der Krankenhausbehandlung notwendig sind.** Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und –entbindungspfleger.“*

§ 39 Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme 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. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. **Die Krankenhausbehandlung umfasst nicht die Versorgung mit Hilfsmitteln, die während des Krankenhausaufenthalts an Patienten abgegeben werden, aber vorrangig für die Versorgung nach Abschluss der Krankenhausbehandlung notwendig sind. Derartige Hilfsmittel können im Rahmen der Krankenhausbehandlung verordnet werden. Die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 gilt entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 4 betreffen.**“*