

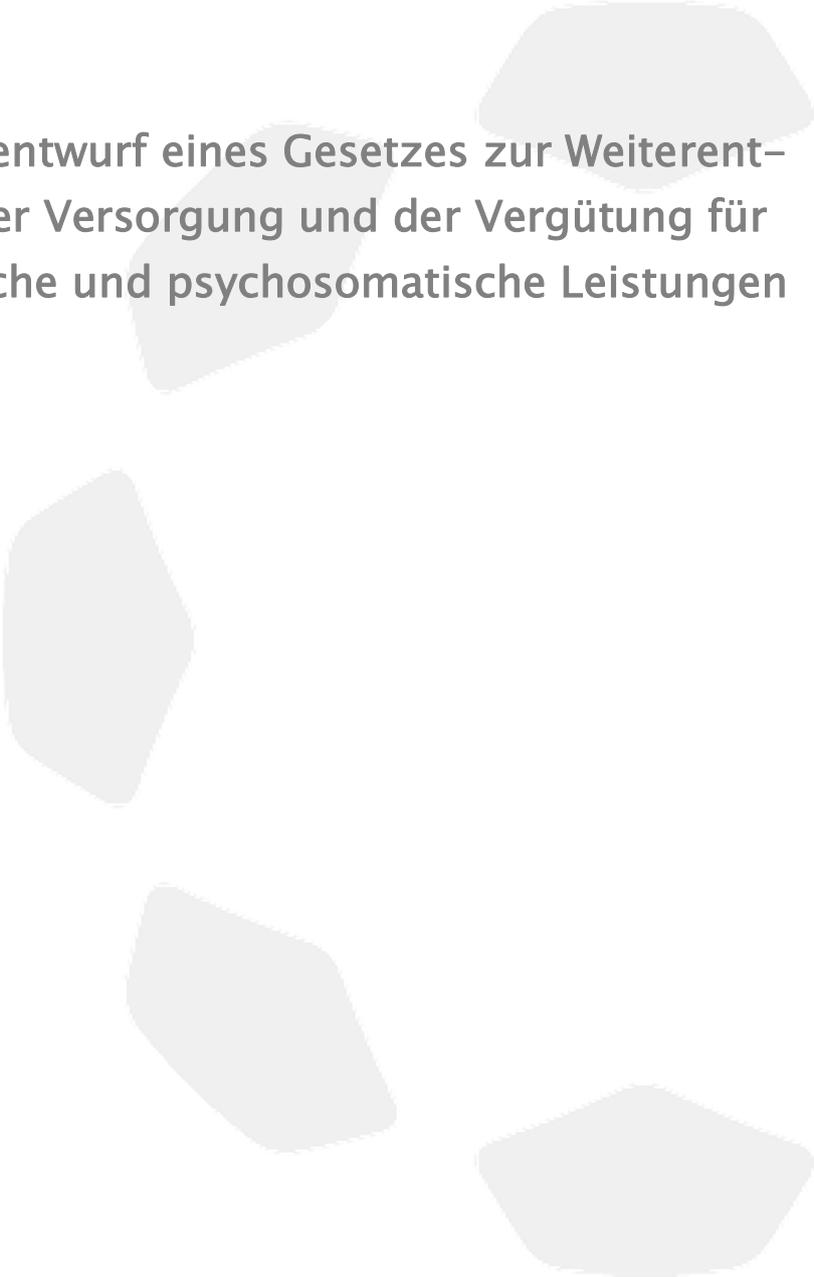


Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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



Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	4
2. Stellungnahme zum Referentenentwurf	6
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 1 § 2a neu (Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten).....	6
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 4 § 17c (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss)	6
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 5.a) § 17d (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen).....	8
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 5.d) § 17d (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen).....	9
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 4.d) § 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags).....	10
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 4.g) § 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags).....	13
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 5 § 4 (Leistungsbezogener Vergleich).....	14
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 6.c) bis e) § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)	15
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 9.a) § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)	16
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 10 § 10 (Vereinbarung auf Landesebene)	17
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 11 § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)	18
• Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 14 § 18 (Übergangsvorschriften).....	18
• Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 3.b) § 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten).....	21

- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 1 § 39 (Krankenhausbehandlung).....21
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 3 § 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit
Krankenhäusern).....22
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 4 § 115d neu (Stationsäquivalente psychiatrische
Behandlung).....23
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 5 § 118 Absatz 3 (Psychiatrische Institutsambulanzen).....25
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 6.b) § 136 Absatz 1 (Richtlinien des Gemeinsamen
Bundesausschusses zur Qualitätssicherung)28
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 11 § 293 Absatz 6 neu (Kennzeichen für Leistungsträger
und Leistungserbringer)28
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 12 § 295 Absatz 1b Satz 4 (Abrechnung ärztlicher
Leistungen).....29
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 13.a) § 301 Absatz 1 Satz 1 (Krankenhaus).....30
- Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 13.b) § 301 Absatz 1 Satz 1 (Krankenhaus).....30

1. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) setzt einen Schlusspunkt unter eine seit Jahren – mitunter konfrontativ bis emotional – geführte Diskussion, das pauschalierende Entgeltsystem für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System) in ein landeseinheitliches Festpreissystem zu überführen. Das neue Entgeltsystem wird nunmehr als **krankenhausindividuelles Budgetsystem** ausgestaltet. Aus Sicht der Ersatzkassen verbindet sich damit der Anspruch, dass die Vertragsparteien vor Ort über ein Erlösbudget verhandeln. Der Forderung der Leistungserbringer nach Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip und zur Verhandlung über Kostenbudgets ist eine klare Absage zu erteilen. Ansonsten entfällt ein zentraler Gedanke der Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das Leistungsgeschehen auch an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit auszurichten.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll an den Grundsätzen der Leistungsorientierung und Transparenz festhalten werden. PEPP wird als **Entgelt- und Budgetbemessungsinstrument** fortgeschrieben. In Verbindung mit dem leistungsbezogenen **Krankenhausvergleich** wird es so möglich sein, Unterschiede bei den Leistungserbringern zu identifizieren. Dass diesen Anpassungen des Budgets folgen sollen, ist im Hinblick auf den Abschied von landeseinheitlichen Preisen sehr sinnvoll.

Dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 1. Januar 2020 verbindliche **Mindestvorgaben für die Personalausstattung** definieren soll, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wichtig ist aus Sicht der Ersatzkassen, dass die Krankenhäuser die ihnen in der Übergangszeit zur Verfügung gestellten Mittel für eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) einsetzen. Sie begrüßen daher die im Referentenentwurf vorgesehene Verpflichtung zum Nachweis. Diese sollte aber noch umfassender ausgestaltet und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in die Überprüfung einbezogen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die zur Verfügung gestellten Finanzmittel auch für eine Verbesserung der Personalsituation verwendet werden.

Die Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung durch den Einstieg in eine **stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld** der Patienten („Krankenhausbehandlung ohne Bett“) wird von den Ersatzkassen befürwortet. Behandlungs- und Therapeutenkontinuität können erheblich zur Effizienzsteigerung beitragen. Anzumerken ist aber, dass auch die Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) stationsäquivalente Leistungen sind. Deshalb darf nicht vernachlässigt werden, hier auch die PIA zu integrieren: Eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation und eine Überführung in das InEK-

Kalkulationsverfahren und in die PEPP-Vergütungssystematik sowie in den Leistungsvergleich sind daher zügig voranzutreiben. Ansonsten werden Erlösoptimierungen zu Verschiebungen zwischen stationärer, stationsäquivalenter Behandlung einerseits und Leistungen der Institutsambulanz andererseits führen, die Mehrausgaben für die Krankenkassen bedeuten – ohne dabei die Versorgung zu verbessern. Die entsprechenden Rechtsgrundlagen fehlen noch, um dies verhindern zu können.

Die **psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA)** sollen in einem vertraglich festzulegenden Umfang zur Leistung ermächtigt werden. Dies wäre nach Ansicht der Ersatzkassen aber weder bedarfsgerecht noch fachlich notwendig.

Ausgesprochen gut ist, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Vorschläge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur **Einführung einer Standort-Identifikationsnummer** und zum Aufbau eines Standortverzeichnisses aufgreift. Damit werden Regelungen der Krankenhausreform wie beispielsweise zur Qualitätssicherung, zur Abrechnung von Zu- und Abschlägen (Sicherstellungs-, Notfall- oder Qualität) oder zu den Mindestmengen erst umsetzbar. Fraglich ist allerdings, ob tatsächlich vier Jahre nötig sind, um das Standort-Kennzeichen in den Datenaustausch zu integrieren.

Grundsätzlich ist es auch im Interesse der Ersatzkassen, den **Prüfaufwand** zu begrenzen. Die Prüfung von Strukturqualität bzw. -voraussetzungen, die sich beispielsweise aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel bzw. Prozedurenkode ergeben, unterstützt dieses Anliegen. Dies insbesondere, wenn diese Voraussetzungen vom MDK nicht im Rahmen diverser Einzelfallprüfungen, sondern einmalig im Rahmen einer Prüfung im Zusammenhang mit den Budgetverhandlungen erfolgt. Derzeit verweigern die Krankenhausträger häufig diese Prüfungen. Es fehlt eine Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen im Rahmen der Budgetverhandlungen. Stichprobenprüfungen können hingegen die kassenspezifischen Einzelfallprüfungen durch den MDK nicht ersetzen, insbesondere wenn nicht gesetzlich geklärt ist, dass das Ergebnis der Stichprobe auf die Grundgesamtheit aller Abrechnungsfälle angerechnet werden darf.

In der folgenden Einzelkommentierung bewerten die Ersatzkassen ausschließlich Regelungen, bei denen aus ihrer Sicht Änderungsbedarf besteht.

2. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nummer 1

§ 2a neu (Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten)

Beabsichtigte Neuregelung

Um Regelungen zur Qualitätssicherung, Krankenhausplanung, Budgetverhandlung und Abrechnung umsetzen zu können, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene die Aufgabe, eine einheitliche Definition von Krankenhausstandorten sowie –ambulanzen vorzunehmen. Die genaue Ausgestaltung soll innerhalb von sechs Monaten erfolgen.

Stellungnahme vdek

Die Definition von Krankenhausstandorten durch die Selbstverwaltung wird ausdrücklich befürwortet. Die Entscheidung, ob und in welcher Form eine gemeinsame Budgetvereinbarung für mehrere Standorte oder eine differenzierte Budgetvereinbarung je Standort möglich sein sollte, darf hierbei aber nicht dem einzelnen Krankenhausträger überlassen bleiben. Stattdessen sollte dies bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltung geregelt werden.

Änderungsvorschlag

§ 2a Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien regeln in der Vereinbarung nach Satz 1, welche Bestandteile einer Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung für jeden einzelnen Standort zu schließen sind.“

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nummer 4

§ 17c (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (sogenannte Einzelfallprüfung) weiterentwickeln, um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und die Zielgenauigkeit der Prüfungen zu erhöhen. Für diese Weiterentwicklung sind vor allem Prüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten und Prüfungen von Strukturqualitätsmerkmalen mit einzubeziehen. Für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen ist eine erweiterte Prüfverfahrensvereinbarung bis zum 30. Juni 2017 zu schließen. Für den somatischen Bereich

ist keine Frist vorgegeben. Als Schlichtungsmechanismus sind Schiedsstellen vorgesehen.

Stellungnahme vdek

Auffälligkeits- und Strukturprüfungen können die Einzelfallprüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V nicht ersetzen. Sie können sie allenfalls unterstützen. Die Auffälligkeitsprüfung hat bereits in der Vergangenheit nicht funktioniert, wie die Praxiserfahrungen mit der Stichprobenprüfung nach § 17c KHG (a. F.) gezeigt haben. Deswegen wurde sowohl die alte Stichprobenprüfung aus dem Gesetz gestrichen als auch die mit dem Beitragsschuldengesetz eingeführte Auffälligkeitsprüfung nach § 17c Absatz 4a KHG wieder abgeschafft. Vor welchem Hintergrund eine solche oder ähnliche Regelung erneut vorgeschlagen wird, erschließt sich nicht.

Positiv ist zu bewerten, dass das BMG eine Prüfung von Strukturqualitätsmerkmalen vorsieht. Der Fokus sollte allerdings auf der leistungsbezogenen Strukturprüfung von Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Komplexcodes) liegen, nicht auf der Prüfung von einrichtungsbezogenen Strukturen, welche an anderer Stelle zu verorten sind. Insbesondere sollten Überschneidungen mit den Qualitätsprüfungen nach § 275a SGB V vermieden werden. Vorgaben zur Prüfung von OPS-Komplexcodes können die Einzelfallprüfung flankierend unterstützen.

Unabhängig davon ist für den Psych-Bereich eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner für eine Überprüfung der Behandlungs- und Personalkonzepte unter Einbeziehung von stationsäquivalenten Leistungen nach dem neuen § 115d SGB V erforderlich, wie sie im Rahmen des § 4 Absatz 4 Nummer 2 Psych-PV vorgesehen sind. Da diese allerdings nicht die Abrechnungsebene betrifft, sollte sie an anderer Stelle angesiedelt werden. Sie könnte zum Beispiel im Rahmen einer Erweiterung der Qualitätsprüfungen im § 137a SGB V zur Anwendung kommen (siehe Bewertung zu § 18 BpflV).

Änderungsvorschlag

In § 17c Absatz 2a werden die Wörter „Prüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten“ gestrichen und die Wörter „*Prüfungen von Merkmalen der Strukturqualität*“ durch die Wörter „*Prüfungen von Operations- und Prozedurenschlüssel mit Strukturanforderungen*“ ersetzt.

**Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Nummer 5.a)**

**§ 17d (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische
und psychosomatische Einrichtungen)**

Beabsichtigte Neuregelung

Die Teilnahme an der Kalkulation wird an die Voraussetzung geknüpft, dass die Qualitätsvorgaben des G-BA, insbesondere zur Personalausstattung, erfüllt werden. Soweit diese Vorgaben noch nicht erfüllt werden können, legen die Vertragsparteien auf Bundesebene eine geeignete Übergangsfrist fest. Da die Vorgaben des G-BA vollumfänglich frühestens ab 1. Januar 2020 gelten, soll für die Übergangszeit eine möglichst umfassende Umsetzung der Psych-PV erfolgen.

Bewertung vdek

Die Verknüpfung der Kalkulation der Entgelte an das Erfüllen der Qualitätsvorgaben ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass eine belastbare Kalkulation aufgrund einer nicht mehr hinreichenden Datengrundlage entfällt. Dies ist zwar in der Gesetzesbegründung formuliert, sollte sich jedoch auch im Gesetzestext wiederfinden. Um eine kostenhomogene Kalkulationsstichprobe zu erzielen, ist es notwendig, dass sich diese aus Krankenhäusern mit einem einheitlichen Umsetzungsgrad der Qualitätsvorgaben zusammensetzt. Dieser kann auch über einen Korridor definiert werden. Die in der allgemeinen Gesetzesbegründung weiterhin vorgesehene 100-prozentige Umsetzung der Psych-PV ist zwar anzustreben, sollte allerdings nicht zu einem Ausschluss des Krankenhauses aus dem Kalkulationsverfahren führen.

Änderungsvorschlag

Dem § 17d Absatz 1 Satz 10 KHG (n. F.) werden folgende Sätze angefügt:

„Um eine homogene Verteilung der Kosten zu erreichen, sollten Krankenhäuser mit einem hohen vergleichbaren Umsetzungsgrad in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen werden.“

**Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Nummer 5.d)**

**§ 17d (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische
und psychosomatische Einrichtungen)**

Beabsichtigte Neuregelung

Die Anwendung des neuen Entgeltsystems erfolgt ab 1. Januar 2017 verbindlich unter budgetneutralen Bedingungen. Ab dem Jahr 2019 erfolgt die Budgetvereinbarung nach neuem Recht. Dies betrifft insbesondere die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes, der unter Anwendung des Leistungsvergleichs anzuwenden ist.

Bewertung vdek

Die verbindliche Anwendung des neuen Entgeltsystems ab 1. Januar 2017 wird begrüßt. Für den Fall, dass zum 1. Januar 2017 noch keine Vereinbarung zustande gekommen ist, sollte die bereits heute etablierte Vorgehensweise der Vereinbarung eines vorläufigen Basisentgeltwertes ins Gesetz aufgenommen werden. Diese sollte dann bis zum Abschluss einer Vereinbarung zur Anwendung kommen und in Höhe der Bezugsgröße aus dem InEK-Kalkulationsverfahren zur Anwendung kommen, da diese den Durchschnittswert am besten abbildet. Mit einem solchen Vorgehen würden unnötige Aufwände vermieden, die mit einer unterjährigen Vereinbarung einhergehen. Ebenso kann sichergestellt werden, dass das neue Entgeltsystem tatsächlich ohne weiteren Aufschub verbindlich zur Anwendung kommt. Dadurch wird ebenfalls der administrative Aufwand deutlich verringert, weil die Anwendung von zwei unterschiedlichen Vergütungssystemen (BPfIV und PEPP) in einem Budgetjahr vermieden wird.

Der Beginn der Anwendung der neuen Vorgaben zur Vereinbarung des Basisentgeltwertes unter Anwendung des Leistungsvergleiches ab dem Jahr 2019 entspricht dem geplanten Beginn der Konvergenzphase. Der Referentenentwurf übernimmt demnach nur die Fristen, was konsequent ist.

Änderungsvorschlag

In § 17d Absatz 4 Satz 5 KHG (n. F.) wird ein zweiter Halbsatz aufgenommen:

„; für den Fall, dass eine Vereinbarung zum 1. Januar 2017 nicht zustande kommt, kommt die Bezugsgröße 2017 als vorläufiger Basisentgeltwert zur Anwendung.“

**Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)
Nummer 4.d)
§ 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)**

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die neuen technischen Vorgaben zur Vereinbarung des Budgets, insbesondere des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes ab 2019. Ausgangsgrundlage ist der im Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag, der um bestimmte Tatbestände zu verändern ist (Ausgliederung von Leistungen, Ausgleich, Ergebnisse des Leistungsvergleichs, Personalvorgaben etc.). Hierbei stellt der Referentenentwurf klar, dass ein Überschreiten der Obergrenze aufgrund von Leistungssteigerungen nur möglich ist, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung von Leistungen in die ambulante Versorgung nicht möglich ist. Sofern die Vertragsparteien aufgrund dieser Besonderheiten vereinbaren, dass der Gesamtbetrag anzupassen ist, schließen sie eine Anpassungsvereinbarung. Liegen die Entgelte eines Krankenhauses deutlich über den Vergleichswerten, hat das Krankenhaus dies zu begründen. Liegen keine schlüssigen Gründe für die deutliche Überschreitung vor, dürfen die Entgelte nicht vereinbart werden.

Bewertung vdek

Es wird begrüßt, dass es weiterhin eine Begrenzung von Budgeterhöhungen geben wird. Nur so kann auf Dauer eine wirtschaftliche Erbringung der Leistungen gewährleistet werden. Ebenfalls begrüßt wird die explizite Klarstellung, dass bestimmte Tatbestände, wie die Anwendung des Leistungsvergleichs, Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich und das Nichteinhalten der Mindestpersonalvorgaben auch zu einer Absenkung des Budgets führen können. Allerdings sollte sich die Berechnung der Obergrenze auf die um die genannten Tatbestände bereinigten Ausgangswert beziehen, da sonst die Gefahr besteht, dass zum Beispiel durch die Substitution bedingte Leistungsveränderungen keine Berücksichtigung finden, das Haus also unabhängig von seiner Leistungsstruktur die volle Obergrenze ausschöpfen kann.

Bei den in Satz 3 Nummer 1–7 aufgeführten Tatbeständen, die im Rahmen der Budgetermittlung zu berücksichtigen sind, handelt es sich im Wesentlichen um die bereits heute bestehenden Ausnahmetatbestände, die unter bestimmten Umständen eine Überschreitung der Obergrenze der Budgeterhöhung begründen können. Neu sind

- die Einbeziehung der Vorgaben des G-BA zur Personalausstattung ab 2020,
- die Einbeziehung der Ergebnisse des Leistungsvergleichs, der anstelle der Konvergenz von den Vertragsparteien vor Ort umgesetzt wird, sowie

- die Möglichkeit einer Anpassungsvereinbarung bei Substitution mit stationsäquivalenten und ambulanten Leistungen.

Die Vertragsparteien auf Ortsebene verhandeln über mögliche Konsequenzen aus dem Leistungsvergleich. Dies ist der Intention des BMG geschuldet, die Verhandlungskompetenz auf Ortsebene zu stärken.

Aus Sicht der Ersatzkassen müssen Unterschreitungen von den Personalvorgaben nach § 3 Absatz 3 Satz 3 Nummer 5 und 6 BpflV (n. F.) zu Rückzahlungen führen. Dies muss eindeutig aus dem Gesetz hervorgehen.

Die Tatsache, dass vollstationäre Leistungssteigerungen nur dann budgeterhöhend wirken können, wenn eine Substitution mit teilstationären, stationsäquivalenten oder ambulanten Leistungen erfolgt, wird grundsätzlich sehr begrüßt. Nur über eine gemeinsame Betrachtung von stationären und stationsäquivalenten Leistungen können die vom BMG intendierten Anreize der Leistungsverlagerungen, weg von den Stationen hin zum Lebensumfeld des Patienten, umgesetzt werden. Allerdings ist nicht klar, was der Gesetzgeber mit der Formulierung in Absatz 3 Satz 4 „eine Substitution...nicht möglich“ meint. Streitigkeiten bei der Auslegung dieser Begrifflichkeit sind dadurch unausweichlich. Hier müssen die Rahmenbedingungen auf Bundesebene so klar definiert werden, dass Streitigkeiten vor Ort möglichst vermieden werden. Erforderlich ist hinsichtlich der Substitution ein substantiiertes Nachweis durch das Krankenhaus.

Die Finanzierung der stationsäquivalenten Leistungen muss aus Sicht der Ersatzkassen aus Kapazitäten erfolgen, die durch die Substitution vollstationärer Kapazitäten frei geworden sind. Anderenfalls drohen angebotsinduzierte Leistungssteigerungen und Mehrausgaben. Nach § 3 Absatz 3 Satz 4 ist eine Überschreitung der Obergrenze aufgrund von Leistungssteigerungen nur möglich, wenn eine Substitution stationärer durch stationsäquivalenter Leistungen nicht möglich ist. Da ein Anreiz zur Substitution dieser Leistungen gewollt ist, muss die Nachweispflicht der Unmöglichkeit der Substitution dieser Leistungen dem Krankenhausträger obliegen. Auch für den Fall, dass das Leistungsvolumen insgesamt rückläufig ist. Die Erforderlichkeit der Durchführung und Nachvollziehbarkeit von Maßnahmen zur Substitution der Leistungen muss daher deutlicher aus dem Gesetzestext hervorgehen.

Abzulehnen ist aus Sicht der Ersatzkassen, dass über eine Anpassung der Entgelte erst dann verhandelt werden soll, wenn diese die Vergleichswerte „deutlich“ überschreiten. Die Einschränkung auf deutliche Überschreitungen (mehr als ein Drittel) ist nicht nachvollziehbar. Aus Sicht der Ersatzkassen muss der Anpassungsspielraum immer dann eröffnet werden, sobald Vergleichspreise überschritten werden. Warum dies erst bei einer „deutlichen“ Überschreitung der Fall sein soll, entbehrt jeder sachlichen Grundlage. Darüber hinaus ist völlig unklar, was schlüssige, vom Krankenhaus darzulegende Gründe sein können,

die die Überschreitung rechtfertigen sollen. Auch hier ist eine konkrete Nachweispflicht zu fordern, die sich im Übrigen nur auf vom Krankenhaus nicht beeinflussbare Faktoren beziehen muss.

Die Berücksichtigung der anteiligen Tarifierhöhungsrates wurde bereits mit der letzten Gesetzesnovellierung (wieder) eingeführt und stellt demnach keine Neuerung durch das PsychVVG dar.

Darüber hinaus müssen die Wechselwirkungen des neuen Leistungsbereichs der stationsäquivalenten Leistungen (siehe § 39 SGB V (n. F.)) mit der Psych-PV und später der Personalvorgaben des G-BA hinsichtlich der Berechnung der Personalvorgaben nach § 3 Absatz 3 Satz 3 Nummer 5 und 6 BPfIV (n. F.) berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

In § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV (n. F.) sollte ein weiterer Halbsatz eingefügt werden:

„die vom Krankenhaus ergriffenen Maßnahmen zur Substitution [...] sind nachzuweisen.“

§ 3 Absatz 3 Satz 5 BPfIV (n. F.) sollte wie folgt gefasst werden:

„Ist aufgrund der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten oder aufgrund von Veränderungen durch Leistungsverlagerungen oder leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten sowie aufgrund der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen, haben die Vertragsparteien für die Jahre ab 2019 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen.“

§ 3 Absatz 3 Satz 6 BPfIV (n. F.) sollte wie folgt gefasst werden:

„Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger nachweist, dass die Überschreitung aufgrund von nicht durch ihn beeinflussbare Faktoren unabweisbar ist.“

§ 3 Absatz 3 Satz 7 BPfIV (n. F.) sollte wie folgt gefasst werden:

„Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind im Folgejahr zurückzuzahlen.“

Nach § 3 Absatz 3 Satz 8 BPfIV (n. F.) sind folgende Sätze hinzuzufügen:

„Bei der Berücksichtigung der Vorgaben der Psych-PV nach Absatz 3 Satz 3 Nummer 5 und ab 2020 der Vorgaben des G-BA nach Absatz 3 Satz 3 Nummer 6 ist der neue Leistungsbereich der stationsäquivalenten Leistungen einzubeziehen. Dabei ist zu beachten, dass die Personalvorgaben für stationäre Leistungen durch stationsäquivalente Leistungen zu substituieren sind.“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nummer 4.g)

§ 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Mindererlösausgleichssatz wird von 20 Prozent auf 50 Prozent erhöht.

Stellungnahme vdek

Die pauschale Erhöhung der Mindererlösausgleichssätze auf 50 Prozent ist nicht nachvollziehbar. Die vorgesehene Änderung des Mindererlösausgleichssatzes führt zu wesentlichen Mehrausgaben der GKV, wie auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist. Die Substitution stationärer durch stationsäquivalenter Leistungen führt zu einem Fehlschätzungsrisiko, das diametral bei den Krankenkassen besteht. Letztere kommen nicht in den Genuss eines entsprechenden Schutzes. Darüber hinaus konnten die Krankenhäuser den Umgang mit PEPP in den letzten vier Jahren erproben, es besteht schon allein deshalb keine Notwendigkeit, PEPP-bedingte Fehlschätzungen aufzufangen.

Statt einem generellen 50-Prozent Mindererlösausgleichssatz sollten daher differenzierte Ausgleichssätze etabliert werden. Für den Fall, dass der geplante Schweregrad nicht erreicht wird, da beispielsweise eine Leistungsverlagerung in ambulante oder stationsäquivalente Bereiche erfolgt, sollte ein Mindererlösausgleichssatz i. H. v. 40 Prozent gelten. In anderen, nicht über den Schweregrad zu begründenden Fehlschätzungen (zum Beispiel bei weniger erbrachten Behandlungstagen) sollte sich dieser wie gehabt auf 20 Prozent belaufen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 BPfIV (n. F.) wird wie folgt gefasst:

„Mindererlöse werden für die Jahre 2013, 2014, 2015 und 2016 zu 95 Prozent und ab dem Jahr 2017 zu 40 Prozent ausgeglichen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es sich um Mindererlöse aufgrund eines geringeren Schweregrades handelt. In allen anderen Fällen gilt ein Mindererlösausgleichssatz von 20 Prozent.“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)
Nummer 5
§ 4 (Leistungsbezogener Vergleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz an den Landesbasisentgeltwert entfällt. Der bisherige § 4 entfällt und wird durch die Regelungen des nun vorgesehenen Leistungsvergleichs neu gefasst. Er dient als Grundlage für die Verhandlungen vor Ort, die das Ziel der Vereinbarung eines leistungsgerechten Budgets verfolgen. Durch den Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede und strukturelle Besonderheiten, insbesondere im Hinblick auf die Personalausstattung, bestehen.

Stellungnahme vdek

Aus dem Gesetzestext geht nicht eindeutig hervor, welche der budgetrelevanten Faktoren bei einer Anpassung des Budgets gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV (n. F.) nach oben oder nach unten herangezogen werden. Nur aus der amtlichen Begründung lässt sich entnehmen, dass ausschließlich für die nicht durch das Leistungsspektrum des Krankenhauses erklärbaren Budgetunterschiede eine Anpassung an leistungsorientierte Budgetniveaus erfolgen soll. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte im Gesetzestext zu § 3 Absatz 3 BPfIV selbst klargestellt werden, dass Abweichungen/Unterschiede bei den in § 4 Absatz 1 benannten Budgetbestandteilen über eine Anpassungsvereinbarung zu einer Budgetanpassung nach § 3 Absatz 3 Satz 5 und bei nicht zweckentsprechendem Mitteleinsatz durch Nichtbesetzung von finanzierten Stellen zu einer Rückzahlung führen müssen. Gleiches gilt für die zu berücksichtigenden Verlagerungseffekte in ambulante Versorgungsstrukturen.

Nach Auffassung der Ersatzkassen sollten darüber hinaus die Leistungen, die in „anderen“ Versorgungsbereichen (unter anderem Leistungen der PIA und im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung) erbracht werden, nicht nur in der amtlichen Begründung konkretisiert werden, sondern im Gesetzestext selbst.

Es fehlt aus Sicht der Ersatzkassen ein Kontrollmechanismus, der sicherstellt, dass die Anwendung des Leistungsvergleiches auf Landesebene ausgabenneutral erfolgen muss, gegebenenfalls mit der Maßgabe, dass ein Ausgleich über die Referenzpreise des Folgejahres erfolgt.

Die für die nach Absatz 2 vorgesehene Lieferung der Vergleichsdaten an die Vertragsparteien vor Ort und auf Landesebene sollte durch eine verbindliche Frist geregelt werden. Anderenfalls ist die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz (Budgetverhandlungen, jährliche Zusammenstellung der Vergleichsdaten nach § 10) aus Sicht der Ersatzkassen nicht sichergestellt.

Es ist darüber hinaus klarzustellen, dass die nicht rechtzeitige Übermittlung der zur Durchführung des Leistungsvergleiches erforderlichen Daten zu Konsequenzen führt. Diese sollten die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 oder 9 BPfIV (n. F.) regeln.

Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 1 Satz 2 BPfIV (n. F.) sollte nach den Wörtern „*in anderen Versorgungsbereichen*“ der Zusatz „*insbesondere in den Psychiatrischen Institutsambulanzen und in der vertragsärztlichen Versorgung*“ eingefügt werden.

Es sollte in § 4 Absatz 1 BPfIV (n. F.) ein neuer Satz 3 eingefügt werden:

„Hierbei sollen insbesondere Abweichungen von den Personalvorgaben nach § 3 Absatz 3 Satz 3 Nummer 5 und 6 sowie Verlagerungspotenziale in ambulante Versorgungsstrukturen eine Anpassung nach § 3 Absatz 3 Satz 5 auslösen.“

§ 4 Absatz 2 BPfIV (n. F.) sollte wie folgt gefasst werden:

„Den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Vergleichsdaten aus dem Vorjahr von den Krankenhäusern rechtzeitig zur Verfügung zu stellen. Die Vorjahresdaten sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 genutzt werden können, spätestens aber zum 30.06. des Vereinbarungsjahres. Für den Fall, dass die Datenlieferung nicht oder nicht rechtzeitig erfolgt, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPfIV wirksame Konsequenzen.“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nummer 6.c) bis e)

§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren zur Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Verfahren) bleibt bestehen. Hinzu kommt ein analoges Verfahren für strukturelle Besonderheiten.

Stellungnahme vdek

Es ist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen unter den neuen Rahmenbedingungen an dem alten NUB-Verfahren festgehalten wird. Das neue Verfahren für strukturelle Besonderheiten in § 6 Absatz 2 BPfIV (n. F.) wird hingegen begrüßt und als ausreichend angesehen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neufassung des § 6 Absatz 4 BPfIV (n. F.).

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nummer 9.a)

§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem PsychEntgG in die Anlagen der BPfIV eingefügten Formulare zur Aufstellung der Entgelte und zur Budgetermittlung (AEB) werden aufgehoben. Stattdessen wird auf die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Formulare verwiesen.

Darüber hinaus werden folgende neue Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene benannt:

- Es sollen die ICD/OPS identifiziert und entfernt werden, die nicht für Zwecke des Vergütungssystems relevant sind.
- Es sollen die Nachweise für die Personalausstattung ausgestaltet werden.
- Es sollen die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Leistungsvergleichs sowie eine Regelung zum Verfahren der Datenübermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 2 vereinbart werden.
- Es sollen die näheren Einzelheiten des neuen Verfahrens zur Bewertung struktureller Besonderheiten vereinbart werden.

Bei Scheitern der Verhandlungen entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Stellungnahme vdek

Die Änderung ist nachvollziehbar, da die amtlichen Formulare von Beginn der PEPP-Entgelte an nicht verwendet wurden. Es kommen in der Regel die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Formulare zur Anwendung, was der im Referentenentwurf vorgenommenen Änderung entspricht.

Die genannten Aufgaben der Bundesebene sind Konsequenzen der neuen Regelungstatbestände. Insbesondere die Regelung in Nummer 7 wird ausdrücklich begrüßt. Gerade der Psych-Prozedurencode dient derzeit dem Nachweis der Erbringung von Einzelleistungen. Er ist ungeeignet, ein Entgeltsystem mit aufwandshomogenen Gruppen zu definieren. Die Überfrachtung mit dem Nachweis von detaillierten Einzelleistungen macht den Prozedurencode in seiner Anwendung unbrauchbar. Allerdings muss es auch möglich sein, Leistungen zu benennen, die das Handlungsgeschehen im Psych-Bereich tatsächlich abbilden und ermöglichen, aufwandshomogene Leitungsgruppen zu definieren.

Hinsichtlich der Regelungen zum Leistungsvergleich sollte klargestellt werden, dass die Vergleichswerte patientenbezogen nach bestimmten Differenzierungsmerkmalen und nicht als Fall dargestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 BPfIV (n. F.) sollte folgender Halbsatz hinzugefügt werden:

„, geändert oder neu aufgenommen werden sollten,“

In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 (n. F.) sollte nach dem ersten Halbsatz folgender Halbsatz eingefügt werden:

„, Bezugsgröße ist dabei der Patient, differenziert nach Diagnose, Alter und Geschlecht;“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nummer 10

§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift zur Vereinbarung auf Landesebene wird angesichts des Wegfalls der Konvergenz neu gefasst. Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren den Landesentgeltwert weiterhin, er wird allerdings nun zum Zwecke des Leistungsvergleichs nach § 4 BPIfV (n. F.) herangezogen.

Stellungnahme vdek

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Rahmenbedingungen. Die Vertragsparteien im Land verlieren allerdings nicht ihre Funktion, sondern vereinbaren den Landesbasisentgeltwert als Orientierungsmaßstab für den Leistungsvergleich. Dies wird von den Ersatzkassen sehr begrüßt. Die für die Erfüllung dieser Aufgabe erforderlichen Daten (Vereinbarungsdaten) müssen aus Sicht der Ersatzkassen von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Wichtig ist, dass auf Landesebene eine Ausgabenneutralität sichergestellt ist.

Für krankenhausesindividuelle Entgelte ist ein Vergleich auf Landesebene allein nicht zielführend, da die Anzahl dieser im Land eher überschaubar ist. Hier sollte ergänzend ein Vergleich auf Bundesebene angestrebt werden.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 5 (bzw. 2b) ist neu aufzunehmen:

„Nach dem Prinzip der Ausgabenneutralität auf Landesebene dürfen Mittel nur in dem Umfang, in dem sie durch eine Absenkung des Gesamtbetrages frei geworden sind, für eine Steigerung der Gesamtbeträge verwendet werden. Eine Verrechnung mit den die Obergrenze erhöhenden Tatbeständen ist dabei zulässig. Die Umsetzung erfolgt im Folgejahr über einen krankenhausindividuellen Zu- oder Abschlag.“

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nummer 11

§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch den Wegfall der Konvergenz.

Stellungnahme vdek

Das Jahr 2018 sollte in 2019 geändert werden, da erst ab 2020 die Psych-PV als maßgebliches Budgetbemessungsinstrument wegfällt. Bis dahin muss die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der alten BpflV weiterhin übermittelt werden, da die Daten aus der LKA benötigt werden, um die Psych-PV zu berechnen. Hier kann aufgrund einer anderen Zählweise bei Behandlungstagen und Fallzahlen nicht auf die AEB-Angaben zurückgegriffen werden.

Änderungsvorschlag

In § 11 Absatz 4 Nummer 1 BpflV (n. F.) sollte statt dem Jahr 2018 das Jahr 2019 aufgeführt werden.

Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nummer 14

§ 18 (Übergangsvorschriften)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhäuser müssen den Krankenkassen künftig im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort ihre Personalbesetzung nachweisen. Dies gilt zunächst für die Umsetzung der Psych-PV sowie ab 2020 für die durch den G-BA noch abschließend zu entwickelnden Anforderungen. Es müssen in dem Nachweis insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach

Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt diese Angaben zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an das InEK, erstmals für das Jahr 2016.

Stellungnahme vdek

Es handelt sich bei § 18 Absatz 2 Satz 2 um eine seit jeher von den Ersatzkassen geforderte, umfassende Nachweisverpflichtung, die aufgrund der bisherigen gesetzlichen Vorgaben häufig nicht durchsetzbar war. Es wurde zwar eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorgegeben, allerdings gab es keine explizite gesetzliche Grundlage für die Krankenkassen, um die Umsetzung der finanzierten Personalstellen zu überprüfen. Das hat in der Vergangenheit zu vielen Streitigkeiten geführt, die in aller Regel – mit und ohne Schiedsstelle – zulasten der Krankenkassen ausgingen.

Die Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 zu verfassen ist aus Sicht der Ersatzkassen allerdings nicht zielführend, da § 18 Absatz 2 Satz 1 sich lediglich auf die Stellennachbesetzung gemäß § 6 Absatz 4 BpflV a. F. bezieht. Um zukünftig alle Missverständnisse zum Umfang der Nachweisverpflichtung (nur § 6 Absatz 4 a. F. oder alle Psych-PV-Stellen) zu vermeiden, sollten die Regelung der neuen Sätze 2 ff als separater neuer Absatz eingefügt werden. Außerdem muss eine verbindliche Regelung zur Rückzahlung bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung getroffen werden.

Insbesondere die Ausführungen zum Umfang der Nachweise (hier jahresdurchschnittliche Besetzung, Gliederung nach Berufsgruppen) werden sehr begrüßt. Das Instrument (Testate der Jahresabschlussprüfer) sehen die Ersatzkassen allerdings kritisch. Die Jahresabschlussprüfer kooperieren in der Regel sehr eng mit den Krankenhäusern und sind daher keine neutralen Institutionen. Es sollte daher stattdessen eine von den Krankenhäusern unabhängige Institution wie der MDK mit der Prüfung der Personalausstattung beauftragt werden. Als Vorbild sollte dazu das Prüfverfahren des MDK in Hessen herangezogen werden. Der Referentenentwurf sieht ein entsprechendes Prüfverfahren nicht vor bzw. nur über eine Anpassung der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2a KHG (n. F.). Hier ist die Prüfung jedoch falsch angesiedelt; sie müsste über die Qualitätsprüfungen nach § 136a SGB V zur Anwendung kommen.

Die differenzierten Angaben zu den Personalstellen müssen laut der amtlichen Begründung auch Angaben zu den nicht vom Regeldienst der Psych-PV betroffenen Tätigkeiten (z. B. Nachtdienst, Konsiliardienst, Rufbereitschaft etc.) enthalten. Um jegliche Diskussion zur Detailtiefe der Nachweise zu vermeiden, sollten sich diese Vorgaben direkt im Gesetzestext wiederfinden.

Da die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanten mit demselben Personalbestand erbracht werden, wie im stationären und stationsäquivalenten Bereich, müssen die Nachweise auch dieses Personal beinhalten.

Änderungsvorschlag

Die für § 18 Absatz 2 Sätze 2ff BPfIV (n. F.) geplanten Änderungen sollten in einen separaten Absatz 3 eingefügt werden.

Im Satz 3 sollte nach dem Wort „Berufsgruppen“ der Zusatz „sowie Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes, wie Nachtdienst, Konsiliardienst und Rufbereitschaft“ eingefügt werden.

Im Satz 4 sollte nach den Wörtern „Das Krankenhaus übermittelt die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3“ der Zusatz „für den stationären und stationsäquivalenten sowie dem Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanten“ eingefügt werden.

Nach Satz 5 wird ein neuer Satz 6 angefügt:

„Die nachgewiesene zweckentsprechende Mittelverwendung für die Personalausstattung nach Psych-PV beziehungsweise ab 2020 nach den Vorgaben des G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V kann durch die Krankenkassen anhand der vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen (Dienstpläne, Personalstatistiken etc.) durch den MDK geprüft werden.“

§ 136a Absatz 2 SGB V wird durch den folgenden Absatz ergänzt:

„Der G-BA legt zur Qualitätssicherung im Rahmen der Richtlinie für die Personalausstattung in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik gemäß § 136 a Absatz 2 SGB V und unter Berücksichtigung des vom Krankenhaus nach § 18 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung vorzulegenden Nachweises zur Personalausstattung eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung fest, die die Einrichtungen verpflichtet, den Nachweis der Erfüllung der in der Richtlinie festgelegten Anforderungen elektronisch zu führen – insbesondere in Bezug auf die vereinbarte und tatsächlich vorhandene Personalausstattung und die Umsetzung der Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot unter Berücksichtigung der Substitution stationsäquivalenter Leistungen. Der MDK wird von den Sozialleistungsträgern und den Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger gemäß § 18 Absatz 2 Nr.1 und 2 KHG des jeweiligen Bundeslandes einmal jährlich mit der Überprüfung der Richtigkeit der Angaben beauftragt. Die Prüfergebnisse werden vom MDK den jeweiligen Einrichtungen, den Sozialleistungsträgern gemäß § 18 Absatz 2 Nr. 1 und 2 KHG des jeweiligen Bundeslandes und den Vertragsparteien auf Bundesebene zur Verfügung gestellt, unter anderem zur Erstellung eines

Krankenhausvergleiches. Die Einrichtungen sind verpflichtet, über die Ergebnisse im Qualitätsbericht nach § 137 Absatz 3 Nummer 4 SGB V zu berichten.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nummer 3.b)

§ 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten)

Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aus den §§ 2a KHG (neu) und 293 Absatz 6 SGB V (neu). Das neue „Standortkennzeichen“ nach § 293 Absatz 6 SGB V (neu) soll in den Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG verwendet werden.

Stellungnahme vdek

Die Integration des neu zu definierenden Kennzeichens in die Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG wird ausdrücklich befürwortet. Eine gesetzliche Vorgabe zur Umsetzung nach genau vier Jahren ist nicht notwendig, sondern sollte durch eine Maximalfrist ersetzt werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

„Institutionskennzeichen des Krankenhauses, nach Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2a Satz 1 KHG oder spätestens ab dem [Einsetzen (erster Tag des dritten Jahres nach der Verkündung)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags bis zur Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2a Satz 1 KHG oder spätestens zum [Einsetzen: 30. Juni, des dritten Jahres nach der Verkündung] zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 1

§ 39 (Krankenhausbehandlung)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Begriff der Krankenhausbehandlung wird um stationsäquivalente Leistungen ergänzt. Diese werden definiert als psychiatrische Behandlungen während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entsprechen hinsichtlich Dauer, Intensität und Dichte sowie Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

Stellungnahme vdek

Die Ergänzung um den Begriff der stationsäquivalenten Leistungen ist eine notwendige Folge der in den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik vorgesehenen Einführung der sogenannten stationsäquivalenten Behandlung. Neben stationären und ambulanten Leistungen umfasst sie nun auch Behandlungen im häuslichen Bereich. Welche Auswirkungen eine solche Öffnung der Krankenhausbehandlung hat, kann schwer eingeschätzt werden. Auch die Definition von stationsäquivalenter Behandlung ist eher unkonkret und könnte hinsichtlich seiner Auslegung zu Streitigkeiten der Vertragsparteien vor Ort führen. Deshalb sind strenge Vorgaben und Kriterien für stationsäquivalente Leistungen zu definieren und die Erbringung dieser Leistungen zwingend an die Einhaltung der notwendigen Qualitätsvorgaben zu knüpfen. Bei der Vereinbarung von Leistungssteigerungen gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV (n. F.) sind die stationsäquivalenten Maßnahmen zu berücksichtigen. Das heißt, eine Überschreitung der über den Veränderungswert gebildeten Budgetobergrenze ist nur zulässig, wenn eine Substitution durch stationsäquivalenten Leistungen nicht möglich ist. Hier wird auf die Bewertung zu § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV (n. F.) verwiesen.

Wichtig ist, dass die von den psychiatrischen Institutsambulanten erbrachten Leistungen als Behandlungsvariante unter dem Begriff der „stationsäquivalenten Behandlung“ subsummiert werden (siehe Bewertung zu § 115d SGB V).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3

§ 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

Beabsichtigte Neuregelung

Wenn ein Krankenhaus stationsäquivalente Leistungen erbringt, vereinbaren die Vertragsparteien im Land im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, inwieweit die Planbettenzahl zu verringern ist.

Stellungnahme vdek

Die Möglichkeit der Vereinbarung von Bettenreduktionen ist heute bereits gegeben, allerdings stellt sie eine Kann-Regelung dar, die kaum gelebt wird. Deswegen ist es gut, dass sie als Muss-Regelung ausgestaltet wird. In der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 Nummer 4 SGB V sollte Näheres für den Fall der Überschreitung der Kapazitätsauslastung geregelt werden.

Der Schlichtungsmechanismus über die Landesschiedsstelle wird begrüßt. Eine Bettenreduktion darf allerdings nicht zu einer Reduzierung der Fördermittel führen, da die stationsäquivalente Behandlung spezifischer Anschaffungen bedarf wie beispielsweise neue Fahrzeuge. Würden die Fördermittel weiter reduziert, müssten die Krankenhäuser die entfallenden Mittel mit ihren Erlösen generieren.

Änderungsvorschlag

§ 109 Absatz 1 Satz 2 (n. F.) ist ein neuer Satz 3 anzufügen:

„Die Reduzierung der Bettenkapazitäten am Standort darf nicht zu einer Absenkung der Fördermittel für das jeweilige Krankenhaus führen, wenn sich die Verteilung der pauschalen Fördermittel an den Bettenkapazitäten orientiert.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 4

§ 115d neu (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine konkretisierende Normvorschrift zur Leistungsbeschreibung des neuen Krankenhausleistungsbereichs der stationsäquivalenten Leistungen. Ausschließlich psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung dürfen diese erbringen. Die Leistung ersetzt vollstationäre Krankenhausbehandlungen und ist daher ausschließlich in akuten Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld zu erbringen. Grundsätzlich wird die Leistung durch das Krankenhauspersonal erbracht, in Ausnahmefällen können Vertreter der ambulanten psychiatrischen Versorgung von dem Krankenhaus beauftragt werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren das Nähere zur Ausgestaltung der stationsäquivalenten Leistungen im Hinblick auf die Dokumentation, die Qualität, die Anforderungen an Beauftragungen ambulanter Dienste sowie dem mit dem neuen Leistungsbereich beabsichtigtem Abbau von Planbetten innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Dazu kommt eine weitere Aufgabe der Vertragsparteien auf Bundesebene, nämlich im Benehmen mit den maßgeblichen Fachgesellschaften bis zum 28.2.2017 die Leistungsbeschreibungen zu definieren, welche die stationsäquivalenten Leistungen abbilden sollen. Bei Scheitern der Verhandlungen entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Die Auswirkungen der Einführung dieses neuen Leistungsbereiches auf die Versorgung der Patienten sowie auf die finanziellen Auswirkungen werden in einem Zeitraum von fünf Jahren durch die Vertragsparteien auf Bundesebene evaluiert. Dem BMG ist im Anschluss ein entsprechender Bericht vorzulegen.

Stellungnahme vdek

Es handelt sich um die notwendigen Konkretisierungen des neuen Leistungsbereiches der in § 39 SGB V aufgenommenen stationsäquivalenten Leistung. Die neuen Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene sind ebenfalls eine Konsequenz aus der Öffnung des Begriffes der Krankenhausbehandlung.

Begrüßt wird die eindeutige Klarstellung, dass diese Leistung die vollstationäre Krankenhausbehandlung ersetzt und nur für akute Krankenhausphasen zur Anwendung kommt. Die Substitution mit vollstationärer Behandlung ist maßgeblich für das Gelingen des vom BMG intendierten Vorhabens. Die Kriterien für die Erbringung der stationsäquivalenten Leistungen sind ebenso wie die Qualitätsvorgaben sehr eng zu definieren, damit diese Leistung ihrem Zweck – die vollstationäre Behandlung zu ersetzen – auch gerecht werden kann. Die Vorgaben zur Qualität müssen sich insbesondere auch auf die Indikationsstellung beziehen. Die Leistungen der PIA sollten als eine Behandlungsvariante der „stationsäquivalenten Leistungen“ subsummiert werden. Es werden nämlich bereits heute Leistungen im häuslichen Bereich über beide Varianten erbracht.

Die mögliche Beauftragung Dritter wird ebenfalls kritisch gesehen. Die Verantwortung für die Durchführung muss allein beim Krankenhaus verbleiben. Eine Einbindung der PIA ist wie oben beschrieben vorzunehmen.

In der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 Satz 4 SGB V (n. F.) sollten die Vertragsparteien die Konsequenzen aus der Überschreitung der Kapazitäts- bzw. Auslastungsgrade festlegen.

Die Schiedsstellenfähigkeit sollte für alle in § 115d Absatz 2 SGB V (n. F.) genannten Aufträge gelten, also auch für den Satz 2, der die Entwicklung eines OPS-Kodes zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung regelt.

Der in § 115d Absatz 4 SGB V (n. F.) beabsichtigte Auftrag der Evaluation der Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung auf die Versorgung stellt einen großen Aufwand für alle Beteiligten dar. Üblicherweise erfolgen entsprechende Vorhaben über die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Auch hier sollte geprüft werden, ob diese für diesen Zweck besser geeignet ist.

Der Gesetzestext geht nicht auf die Prüfmöglichkeiten des MDK ein; dies sollte noch aufgenommen werden. Darüber hinaus müssen die Wechselwirkungen mit

der Psych-PV und später den Personalvorgaben des G-BA hinsichtlich der Berechnung der Personalvorgaben berücksichtigt werden. Dies sollte sich in den Änderungen zu § 3 Absatz 3 Satz 3, 5 und 6 BpflV (n. F.) wiederfinden und wird dort bewertet.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Nummer 3 sind zu streichen.

In § 115d Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (n. F.) sollte folgende Ergänzung aufgenommen werden: nach dem Wort „*Leistungserbringung*“ sollten die Worte „*insbesondere zur Qualität der Indikationsstellung*“ ergänzt werden.

In § 115d Absatz 1 Satz 3 sind statt den Wörtern „an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus“ die Wörter „*seine psychiatrische Institutsambulanz*“ einzufügen.

In § 115d Absatz 3 SGB V (n. F.) sollte die Beschränkung auf „*Satz 1*“ gestrichen werden.

Es sollte ein neuer Absatz 5 eingefügt werden:

„*Die Prüfmöglichkeiten des § 275 SGB V bleiben unberührt.*“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 5

§ 118 Absatz 3 (Psychiatrische Institutsambulanzen)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 118 Absatz 3 wird dahingehend ergänzt, dass auch die psychiatrischen Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt sind. Darüber hinaus wird das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung für die Psychosomatik durch die Vorgabe ersetzt, dass die Vertragspartner auf Bundesebene in dem Vertrag zur Konkretisierung des Ermächtigungsumfangs auch besondere Anforderungen an die Bedarfsgerechtigkeit und die Leistungserbringung von psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) regeln sollen.

Stellungnahme vdek

Die Ersatzkassen lehnen die Etablierung von psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) ab. Für die psychosomatische Versorgung von Patienten be-

steht – anders als bei der psychiatrischen Versorgung – keine regionale Versorgungsverpflichtung, z. B. mittels Sicherstellungsauftrag oder Unterbringungs-gesetzen. PIA sind Teil einer wohnortnahen psychiatrischen Versorgung, die sich an Patienten richten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die psychiatrische Kompetenz der Ambulanz, insbesondere als Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt, angewiesen sind. In der Psychosomatik werden vorrangig elektive Fälle (keine Notfälle) behandelt. Psychosomatische Einrichtungen verfügen darüber hinaus über ein überregionales Einzugsgebiet. Eine Zwangszulassung für diese „Sprechstundenmedizin“ ist daher nicht notwendig.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Ergänzender Änderungsvorschlag

a) Absatz 1 und Absatz 2 werden gestrichen. Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

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

Begründung

Die Neuregelung soll klarstellen, dass die bisherige Vereinbarung nach § 118 Absatz 2 SGB V für alle PIA gilt. Je nachdem, zu welcher Art Krankenhaus die Institutsambulanz gehört oder ob es sich um eine Außenstelle handelt, sollen die gleichen Ermächtigungsregelungen und Leistungskataloge gelten. Hier müssen einheitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

b) Folgender Absatz 2 wird neu aufgenommen:

„Sofern ermächtigte Einrichtungen nach Absatz 1 stationsäquivalente psychiatrische Behandlungsleistungen erbringen, gelten die Regelungen des § 115d SGB V.“

Begründung

Die PIA erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Ziel ist es, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren. PIA übernehmen daher bereits heute in hohem Maße stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. Entsprechende Leistungen der PIA sind daher als stationsäquivalente Leistungen den Regelungen des § 115d SGB V zu überführen und entsprechend über die stationäre Vergütung des Krankenhauses abzubilden.

c) Absatz 3 wird gestrichen.

Begründung

Die Psychosomatik versteht sich als ein Teilgebiet der Psychiatrie. Es können weder bestimmte Patientengruppen noch spezielle Behandlungsmethoden ausschließlich der Psychosomatik zugeordnet werden. Darüber hinaus kann sich der Bedarf zur ambulanten psychosomatischen Versorgung ausschließlich aus der in der Region festgestellten notwendigen zentralen Versorgungsfunktion ableiten. Diese gibt es für das Fachgebiet der Psychosomatik nachweislich nicht. Eine Konkretisierung der Anforderungen, die eine Bedarfsgerechtigkeit begründen, kann demnach auch nicht im Rahmen vertraglicher Regelungen erfolgen.

d) Absatz 4 wird gestrichen.

Begründung

Die Etablierung von PIA-Außenstellen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz unterwandert die bestehenden Regelungen zur Ermächtigung nach Absatz 1. Indem die Voraussetzungen zur Ermächtigung gelockert werden, wird auch die Versorgungsqualität einer PIA gesenkt, die letztlich durch die räumliche und organisatorische Anbindung an das Krankenhaus sichergestellt wird. Zudem wird durch die Regelung die Bedarfsplanung umgangen, da Außenstellen auch ohne Vorliegen eines Feststellungsbeschlusses über eine bestehende oder drohende Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können. Vor dem Hintergrund, dass die PIA künftig verstärkt in die

stationsäquivalente psychiatrische Behandlung eingebunden werden soll, besteht die zwingende Notwendigkeit, kurzfristig auf die Infrastruktur des Krankenhauses zurückgreifen zu können. Dies können PIA-Außenstellen nicht gewährleisten.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 6.b)

§ 136 Absatz 1 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung)

Beabsichtigte Neuregelung

Klargestellt wird, dass der G-BA dazu berechtigt ist, die Finanzierung von notwendigen Strukturen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu regeln.

Stellungnahme vdek

Die Klarstellung wird abgelehnt, da sie den Druck auf den G-BA erhöht, Regelungen zur Finanzierung von Strukturen zu treffen. Stattdessen sollte auf die Fähigkeit der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene vertraut werden, sinnvolle Strukturen aufzubauen und zu finanzieren.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 11

§ 293 Absatz 6 neu (Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer)

Beabsichtigte Neuregelung

Die einheitliche Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG (neu) wird durch ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte und Ambulanzen und eine Kennzeichnung in den Datenaustauschverfahren ergänzt.

Stellungnahme vdek

Die Definition von Krankenhausstandorten und deren einheitliche Kennzeichnung werden ausdrücklich befürwortet. Anstelle einer eigenen Vereinbarung und Umsetzungsfrist könnten die Kennzeichnung und das bundesweite Verzeichnis jedoch als unmittelbarer Bestandteil der Vereinbarung nach § 2a KHG (neu) festgeschrieben werden.

Es ist zu begrüßen, dass das Standort- und Ambulanzverzeichnis im Internet veröffentlicht wird. Darüber hinaus sollte es auch den Kostenträgern und weiteren Nutzern maschinell verwertbar in Form eines automatisierten Verfahrens zur Verfügung gestellt werden.

Der Punkt 4 „die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen (...)“ ist nicht nachvollziehbar und wird in der Begründung auch nicht erläutert. Die Anforderungen an die Verwendung sind bereits in den Sätzen 6 bis 8 genannt.

Änderungsvorschlag

In § 293 Absatz 6 wird Satz 5 um folgenden Halbsatz ergänzt: *„sowie Kostenträgern und weiteren Stellen in maschineller Form zu übermitteln.“*

§ 293 Absatz 6 Satz 9 Nummer 4 wird gestrichen, Nummer 5 wird zu Nummer 4.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 12

§ 295 Absatz 1 b Satz 4 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Konkretisierung der Dokumentationsverpflichtung der PIA. Diese soll von den Vertragsparteien auf Bundesebene über einen Bundeskatalog vereinbart werden, welcher neben den Angaben zu den Leistungen auch Angaben zu den eingesetzten personellen Kapazitäten, nach Berufsgruppen und Fachgebieten getrennt vorsieht. Auch die Datenübermittlung – insbesondere zum Zwecke der gemeinsamen Bedarfsplanung – sowie Konkretisierungen des Prüfauftrages zur Einbeziehung der PIA in das PEPP-Entgeltsystem sollen vereinbart werden.

Stellungnahme vdek

Die Neuregelung zur Konkretisierung der PIA, insbesondere zum Prüfauftrag, wird begrüßt. Insbesondere die Vereinbarung der Dokumentation über einen bundeseinheitlichen Katalog sehen die Ersatzkassen sehr positiv. Es sollten allerdings auch die Vergütungsstrukturen auf Bundesebene vereinbart werden.

Änderungsvorschlag

Neben den genannten Vereinbarungstatbeständen auf Bundesebene sollten auch bundeseinheitliche Vergütungsstrukturen Eingang finden.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 13.a)
§ 301 Absatz 1 Satz 1 (Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ergänzung handelt es sich aus Sicht des BMGs um eine Folgeänderung aus den §§ 2a KHG (neu) und 293 Absatz 6 SGB V (neu).

Stellungnahme vdek

Die Ergänzung wird abgelehnt, da bereits jetzt die Möglichkeit für Krankenhäuser besteht, die Abrechnung durch den Krankenhausträger oder andere Rechenzentren vornehmen zu lassen. Dies ist in der Vereinbarung zum Datenaustausch nach § 301 Absatz 1 SGB V geregelt. Tatsächlich würde die Ergänzung zu einer rechtlichen Unsicherheit führen, ob Krankenhäuser nach § 108 SGB V zur maschinellen Abrechnung nach § 301 SGB V noch verpflichtet sind. Dies kann vom BMG nicht intendiert sein.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nummer 13.b)
§ 301 Absatz 1 Satz 1 (Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aus den §§ 2a KHG (neu) und 293 Absatz 6 SGB V (neu). Die neuen Standort- und Ambulanzkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V sollen im Datenaustauschverfahren nach § 301 Absatz 1 SGB V verwendet werden.

Stellungnahme vdek

Die Integration der neu zu definierenden Kennzeichen in das Datenaustauschverfahren nach § 301 Absatz 1 wird ausdrücklich befürwortet. Eine gesetzliche Vorgabe zur Umsetzung nach genau vier Jahren ist nicht notwendig und sollte durch eine Maximalfrist ersetzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

„das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie nach Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 SGB V oder spätestens ab dem [Einsetzen (erster Tag des dritten Jahres nach der Verkündung)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

info@vdek.com