

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Entwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

eines

**Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei
einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

- Bundestag-Drucksache 19/18967 -

Stand: 7. Mai 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	5
Artikel 1 - Änderung des Infektionsschutzgesetzes	5
Zu Artikel 1 Nummer 5 b) (§ 7 IfSG) Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern	5
Zu Artikel 1 Nummer 6 a) Buchstabe bb) (§ 9 IfSG) Namentliche Meldung	5
Zu Artikel 1 Nummer 6 a) Buchstabe cc) (§ 9 IfSG) Namentliche Meldung	6
Zu Artikel 1 Nummer 7 a) (§ 10 IfSG) Nichtnamentliche Meldung.....	7
Zu Artikel 1 Nummer 15 b) (§ 23a IfSG) Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten.....	7
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	9
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 24 KHG) Unterjährige Datenübermittlungen an das InEK	9
Zu Artikel 3 Nummer 3 (§ 25 KHG) Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen.....	11
Artikel 4 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	15
Zu Artikel 4 Nummer 4 (§ 20i SGB V) Kostenübernahme für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität durch das BMG	15
Zu Artikel 4 Nummer 7 (§ 67 SGB V) Pilotprojekte der Krankenkassen und ihrer Verbände für die elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen	16
Zu Artikel 4 Nummer 11 a) und b) (§ 115b SGB V) Gutachtenvergabe Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	17
Zu Artikel 4 Nummer 16 (§ 219a SGB V) Kostenübernahme für die Behandlung von COVID-19-Patienten aus dem europäischen Ausland	18
Zu Artikel 4 Nummer 17 (§ 275c SGB V) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst - Prüfquote.....	19
Zu Artikel 4 Nummer 18 (§ 275 d SGB V) Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst	21
Artikel 10 - Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ..	23
Zu Artikel 10 Nummer 2 (§ 3 PfiAPrV) Möglichkeit zur Aufteilung des Pflichteinsatzes auf eine zweite Einrichtung.....	23
Artikel 17 - Änderungen aus Anlass der Verschiebung des Geltungsbeginns der Verordnung (EU) 2017/745	25
Artikel 18 - Änderung des Transplantationsgesetzes	26

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	27
I. Refinanzierung COVID-19 Tests für Krankenhauspersonal und Patienten	27
II. Ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) durch Krankenhäuser	29
III. Pflegepersonaluntergrenzen § 137i SGB V	34
IV. Streichung der gesetzlichen Formerfordernisse für die Information und datenschutzrechtliche Zustimmung des Patienten zum Entlassmanagement	36
V. Telekonsile zwischen Krankenhäusern sowie zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten	37
Anlage.....	40
Anlage zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 25 KHG) Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen	40

Allgemeiner Teil

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Wochen mit zahlreichen Gesetzen und Verordnungen auf die besonderen Herausforderungen, die sich aus der Corona-Pandemie ergeben, reagiert und umfassende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgenommen. Die Krankenhäuser begrüßen, dass die bislang getroffenen Regelungen und Maßnahmen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nun weiterentwickelt werden.

Für die Bewältigung der Pandemie ist die Ausweitung der Testmöglichkeiten von zentraler Bedeutung. Unbedingt erforderlich sind insbesondere regelmäßige Tests des an der Versorgung unmittelbar beteiligten Krankenhauspersonals und sämtlicher stationär aufgenommener Patientinnen und Patienten. An dieser Stelle greift der Gesetzentwurf jedoch zu kurz. Zwingend notwendig ist zumindest eine Klarstellung, dass die vorgesehene grundsätzliche Kostenübernahme für Testungen gesetzlich Versicherter durch die GKV insbesondere auch für die Beschäftigten des Gesundheitswesens gilt und die zusätzlichen Kosten gesondert zu übernehmen sind, da diese in den Vergütungen über die Fallpauschalen nicht enthalten sind. Dabei geht es um monatliche Mehrkosten von ca. 100 Mio. Euro.

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Übernahme der Kosten für COVID-19-Patienten aus dem europäischen Ausland durch den Bund. Gleichwohl haben die Krankenhäuser erhebliche Zweifel, ob die im Gesetzentwurf dazu angelegten Regelungen im Versorgungsalltag praktikabel sein werden. Der bürokratische Aufwand der Kostenübernahme durch den Bund könnte mit Berücksichtigung unseres Vorschlages auf ein Minimum begrenzt werden. Völliges Unverständnis und allergrößtes Befremden löst die Mindeststrafe von 20.000 Euro aus, die Krankenhäuser leisten müssten, wenn sie neue umfassende Datenlieferungspflichten, die dieser Gesetzentwurf vorsieht, nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Dies ist ein absolut unverhältnismäßiges Strafmaß.

Darüber hinaus sollten mit diesem Gesetzentwurf auch die schon heute absehbaren Anpassungsbedarfe des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes umgesetzt werden. Von den Ausgleichsregelungen des Schutzschirmes für die stationäre Versorgung nicht erfasst werden diverse ambulante Leistungsarten der Krankenhäuser. Auch in diesen Bereichen haben die Krankenhäuser coronabedingte Erlösausfälle, die in Analogie zu den Hilfen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgeglichen werden müssen. Konkrete Änderungserfordernisse sind im Kapitel „Weiterer Handlungsbedarf“ dargestellt.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 5 b) (§ 7 IfSG)

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

Beabsichtigte Neuregelung

In § 7 wird mit dem neuen Absatz 4 eine nichtnamentliche Meldepflicht für alle Testergebnisse von Laboruntersuchungen auf SARS-CoV und SARS-CoV-2 eingeführt.

Stellungnahme

In der Begründung wird ausgeführt, dass durch diese Meldepflicht der ÖGD künftig in die Lage versetzt werden kann, den Verlauf der COVID-19-Pandemie besser einzuschätzen.

Dies ist nicht der Fall. Da zunehmend auch asymptomatische Personen und Personen ohne vorherigen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall getestet werden (z. B. im Rahmen von „Personalscreening“ oder „Patientenscreening“), sagt ein negativer Test wenig aus. Er ist in der jeweiligen Situation vor Ort hilfreich, aber nicht für die Einschätzung der Pandemie.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nummer 6 a) Buchstabe bb) (§ 9 IfSG)

Namentliche Meldung

Beabsichtigte Neuregelung

Die namentliche Meldung durch einen Arzt soll künftig auch Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko enthalten.

Stellungnahme

Die Forderung wird leider nicht begründet. Die Regelung bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf die aktuelle COVID-19-Problematik, sondern wird im IfSG mit Bezug auf sämtliche meldepflichtigen Erkrankungen verankert. Aber gerade in Bezug auf COVID-

19 sind derzeit noch viele Aussagen vorläufig und unsicher. Dies gilt auch hinsichtlich der Übertragungswege. Insofern ist auch unklar, wie der behandelnde und zur Meldung verpflichtete Arzt das Infektionsrisiko abschätzen soll.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe k IfSG wird wie folgt geändert:

„k) wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle ~~und wahrscheinliches Infektionsrisiko,~~“

Zu Artikel 1 Nummer 6 a) Buchstabe cc) (§ 9 IfSG)

Namentliche Meldung

Beabsichtigte Neuregelung

Die namentliche Meldung durch einen Arzt soll künftig auch Angaben zum Behandlungsergebnis und zum diesbezüglichen Serostatus der betroffenen Person enthalten.

Stellungnahme

Begründet wird dies damit, dass der spezifische, auf die Krankheit bezogene Immunstatus von großer Bedeutung ist, um die Dauer des Immunschutzes eingrenzen zu können.

Die Regelung bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf die aktuelle COVID-19-Problematik, sondern wird im IfSG mit Bezug bei sämtlichen meldepflichtigen Erkrankungen verankert. Aber gerade in Bezug auf COVID-19 ist derzeit noch völlig unklar, ob der Nachweis von Antikörpern gleichzeitig auch Immunität gegen SARS-CoV-2 bedeutet. Und obwohl es noch keinen Impfstoff gegen COVID-19 gibt (und wohl auch in absehbarer Zeit nicht geben wird), wird hier mit Impfdurchbrüchen und der Dauer des Immunschutzes nach einer Impfung argumentiert.

Die Regelung wird nach unserer Einschätzung erst zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll sein.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe n IfSG wird wie folgt geändert:

„n) bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): Angaben zum Behandlungsergebnis ~~und zum Serostatus in Bezug auf diese Krankheit,~~“

Zu Artikel 1 Nummer 7 a) (§ 10 IfSG)

Nichtnamentliche Meldung

Beabsichtigte Neuregelung

Die nichtnamentliche Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 soll künftig auch Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko enthalten.

Stellungnahme

Die Änderung wird mit der der Angleichung an die neue Formulierung in § 9 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe k begründet. Dort findet sich jedoch keine Begründung für die Forderung nach der Angabe des Infektionsrisikos. Auch bezieht sich die Regelung nicht ausschließlich auf die aktuelle COVID-19-Problematik, sondern wird im IfSG mit Bezug bei sämtlichen meldepflichtigen Erkrankungen verankert. Aber gerade in Bezug auf COVID-19 sind derzeit noch viele Aussagen vorläufig und unsicher. Dies gilt auch hinsichtlich der Übertragungswege. Insofern ist auch unklar, wie der behandelnde und zur Meldung verpflichtete Arzt das Infektionsrisiko abschätzen soll.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe f IfSG wird wie folgt geändert:

„f) wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat, mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle ~~und wahrscheinliches Infektionsrisiko.~~“

Zu Artikel 1 Nummer 15 b) (§ 23a IfSG)

Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten

Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Gesetzesänderung in § 23a IfSG soll es Gesundheitseinrichtungen künftig ermöglicht werden, Daten ihres Personals zum Sero- und ggf. Impfstatus in Bezug auf übertragbare Erkrankungen zu verarbeiten.

Stellungnahme

Der neue Satz 2 schließt eine solche Datenverarbeitung allerdings in Bezug auf übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können, aus. Dies ist in unseren Augen nicht sinnvoll. Auch die Kenntnis, dass ein Arbeitnehmer gegen eine übertragbare Erkrankung immun ist, weil er diese Erkrankung bereits durchgemacht hat, ist für den Arbeitgeber eine wichtige Information und unerlässlich bei der Entscheidung über die Art und Weise einer Beschäftigung. Dazu ein Beispiel aus dem Krankenhausalltag: Kann ein Gesundheitspfleger in der Pädiatrie eingesetzt

werden, wenn es dort gerade Rötelfälle gibt? Insofern sollte der neue Satz 2 wieder gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

§ 23a Satz 2 (neu) IfSG ist ersatzlos zu streichen.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 24 KHG)

Unterjährige Datenübermittlungen an das InEK

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung zweier unterjähriger Datenübermittlungen gemäß § 21 KHEntgG durch § 24 Abs. 2 KHG ff.

Stellungnahme

Die bereits als nicht sachgerecht kritisierten Bearbeitungsfristen der Krankenhäuser werden durch die Fristsetzung für das InEK, bis 31.5.2020 Spezifikationen vorzugeben, u. U. noch weiter verkürzt, sofern das InEK nicht schneller agiert und Softwarehersteller – schon aus haftungsrechtlichen Gründen – entsprechende Software-Releases erst nach diesem Termin ausliefern. Da das InEK beispielsweise in der Fortschreibung der Anlage zur Vereinbarung nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG am 04.12.2019 überraschend rückwirkende Zuordnungen von Standortangaben einforderte, die 2019 noch gar keine Gültigkeit hatten, besteht hier keinerlei Planungssicherheit.

Um Missverständnissen vorzubeugen, sollte in § 24 Absatz 2 Satz 1 die fallbezogene Sanktionshöhe auf fehlerhafte oder „fehlende“ gelieferte Fälle abstellen, statt sich auf „jeden Krankenhausfall“ pro Standort zu beziehen. Um der Gesetzesbegründung zu entsprechen, in der die Sanktionshöhe im Gesetzeswortlaut auf „jeden entsprechenden Krankenhausfall“ bezogen wird, sollte eine gleichlautende Formulierung auch in den Gesetzestext eingehen. Damit würde eine Fehlinterpretation der Sanktionserhebung auf Basis der Gesamtanzahl der Fälle in der Datenlieferung vermieden.

Um Unverhältnismäßigkeiten einer Datenlieferung auszuschließen, die vorgabenbedingt nicht die Qualität der jährlichen Routinelieferungen haben können, ist eine angemessene Bagatellgrenze notwendig.

Die an sich begrüßenswerten Vorgaben zur Vermeidung unbilliger Härten und der Ausschluss von Vergleichen der redundant vorgesehenen Datenlieferungen untereinander geben den Häusern keine Rechtssicherheit in Bezug auf die Bewertung ihrer Datenlieferungen.

Änderungsvorschlag

§ 24 Absatz 2 KHG ist wie folgt anzupassen:

„(2) Für die Überprüfung übermitteln die zugelassenen Krankenhäuser die Daten gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes an die von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf maschinenlesbaren Datenträgern

1. bis zum 15. Juni 2020 für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 31. Mai 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, und
2. bis zum 15. Oktober 2020 für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 30. September 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus legt bis zum ~~31.~~ 25. Mai 2020 das Nähere zu der Datenübermittlung fest und veröffentlicht die Festlegung auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die übermittelten Daten auf Plausibilität. Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung unverzüglich Auswertungen für seine Belange und für die Überprüfung nach Absatz 1 zur Verfügung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nutzt die übermittelten und anonymisierten Daten ausschließlich für die angeforderten Auswertungen. Die Kosten für die Erstellung der Auswertungen nach Satz 5 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 zu finanzieren.“

§ 24 Absatz 3 KHEntgG ist ersatzlos zu streichen, hilfsweise ist in Satz 1 eine eindeutige Formulierung zur Ermittlung der Sanktionshöhe und die Festlegung einer angemessenen Bagatellgrenze einzufügen:

„(3) Übermittelt ein Krankenhaus die Daten nach Absatz 2 Satz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, entsteht **unter Berücksichtigung einer Bagatellgrenze von 5% der gelieferten Fälle** für jeden **entsprechenden** Krankenhausfall ein Abschlag in Höhe von zehn Euro, mindestens jedoch ein Abschlag in Höhe von ~~20 000~~ 5 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses, soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019 übermittelten Daten und unter Berücksichtigung der Auswirkungen die die SARS-CoV-2-Pandemie auf die Fallzahlen hat, für wie viele Fälle die Daten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt worden sind. Der Abschlag ist bei den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung minderdnd zu berücksichtigen.“

Zu Artikel 3 Nummer 3 (§ 25 KHG)

Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 25 KHG sieht Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung für Krankenhäuser vor, die COVID-19-(Verdachts-) Fälle behandeln.

Die Kostenträger sollen die von Krankenhäusern erbrachten Leistungen bei ordnungsgemäßer Abrechnung nicht hinsichtlich gelisteter Mindestmerkmale prüfen oder prüfen lassen. Dies gilt für Krankenhäuser, die zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich 30. Juni 2020 Patientinnen und Patienten behandeln, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind oder bei denen der Verdacht dieser Infektion besteht.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) soll die Mindestmerkmale der von ihm bestimmten Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 S. 2 SGB V auflisten, die von der Prüfung ausgenommen sind.

Stellungnahme

Die Politik hat zahlreiche Maßnahmen beschlossen, die dazu beitragen sollen, auch auf dem Höhepunkt der Pandemie eine adäquate medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten. Diese Maßnahmen stellen für jeden Einzelnen persönlich, aber auch für die Strukturen der Gesundheitsversorgung eine erhebliche Herausforderung dar. Die Umsetzung dieser Maßnahmen kann nur dank der bemerkenswerten Bereitschaft aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser, etablierte Strukturen in kürzester Zeit umfassend zu verändern und in einem durch den Fachkräftemangel ohnehin stark beeinträchtigten System bis an ihre persönlichen Grenzen zu gehen, um die Krise gemeinsam zu bewältigen und Menschenleben zu retten, realisiert werden.

Die Aussetzung der Prüfung von gelisteten Mindestmerkmalen für vom DIMDI bestimmten Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS-Kodes) nach § 301 Abs. 2 S. 2 SGB V wird von der DKG ausdrücklich begrüßt. Sie verdeutlicht die Anerkennung der besonderen Lage geschuldeter Maßnahmen der Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung, die in diesen besonderen Zeiten nicht immer unter vollständiger Berücksichtigung sämtlicher Detailvorgaben erfolgen können. Sie würdigen zudem die Befürchtungen der Krankenhäuser, dass sich gerade diese Maßnahmen negativ auf die Rechnungsprüfungen in 2020 auswirken werden. Hiervon wären insbesondere eine Vielzahl spezifischer Anforderungen der sogenannten OPS-Komplexcodes (u. a. Personal- und Strukturvoraussetzungen an die Leistungserbringung) betroffen.

In der Tat wird es trotz größter Anstrengungen der Krankenhäuser eventuell nicht in jedem Behandlungsfall zu gewährleisten sein, dass die im abgerechneten OPS-Kode festgelegten Mindestmerkmale vollständig eingehalten werden. Dies kann sich sowohl

auf personelle als auch auf sächliche Anforderungen beziehen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass bisher nicht genutzte Strukturen als Intensivstationen genutzt werden und auch Personal kurzfristig eingesetzt wird, dass bisher anderweitig tätig wurde.

Aus Sicht der DKG darf es jedoch nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Behandlung von COVID-19-Patienten nicht erst im April 2020 begonnen hat, sondern bereits seit Anfang März 2020 das alltägliche Geschehen in den Krankenhäusern beherrscht. Daher ist es angezeigt, dass die beabsichtigte Ausnahme von der Prüfung der Einhaltung von Mindestmerkmalen der abgerechneten OPS-Kodes auf Behandlungen von Patienten ab dem 1. März 2020 vorgezogen wird.

Die Folgen der kurzfristigen Umstrukturierungen im Krankenhaus beschränken sich nicht nur auf den Leistungsbereich der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Versorgung von COVID-19 Patienten), sondern erstrecken sich im Sinne eines Dominoeffektes auch auf zahlreiche weitere Krankenhausbereiche und die dort erbrachten komplexen Leistungen. Die Versorgung der mit Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten machen dem Grunde nach die Vorhaltung zahlreicher Doppelstrukturen und somit erhebliche Umstrukturierungen in den Krankenhäusern erforderlich. Dies bedeutet beispielsweise:

- eine strikte Trennung von Bereichen für die Notaufnahme, die intensivmedizinische Versorgung, die Behandlung auf sog. Intermediate Care Stationen und auf Normalstationen von mit Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten und anderen Notfallpatienten. Auch die Einrichtung von Spezialstationen kann erforderlich werden.
- Die parallel zu führenden Strukturen erfordern deutlich mehr Personal und münden im Abzug kompetenter Pflegekräfte und Ärzte aus unterschiedlichsten Bereichen für die Versorgung der mit Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten.
- Personal auch anderer Berufsgruppen im Krankenhaus wird für bestimmte Unterstützungsleistungen geschult und steht in dieser Zeit und danach nicht mehr für die Versorgung anderer Patienten zur Verfügung.
- Dokumentationsanforderungen können mangels verfügbaren Personals und gleichzeitig hoher Fallzahlen nicht mehr geleistet werden. Zudem fehlt in ausgelagerten Bereichen häufig die notwendige Infrastruktur zur bürokratiearmen Erfassung der Patientendaten (z. B. Rechner zur Eingabe von Daten in die elektronische Patientenakte).
- Beschränkter Einsatz von diagnostischen oder therapeutischen Verfahren nur für infizierte oder nicht infizierte Patienten, wenn Maßnahmen zur Hygiene angesichts stetig steigender Fallzahlen nicht mehr sachgerecht umgesetzt werden können.

Dem stehen beispielhaft folgende Anforderungen in unterschiedlichen OPS-Komplexkodes gegenüber, die im Hinblick auf die oben genannten Einschränkungen nicht mehr jederzeit vollumfänglich erfüllt werden können:

- Mindestanforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit und Anzahl entsprechend qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Personals
- Mindestanforderungen an vorzuhaltende andere Berufsgruppen und von ihnen zu erbringende Leistungsmengen in Form von Therapieeinheiten
- Forderung nach regelmäßigen Teambesprechungen unter Beteiligung zahlreicher Berufsgruppen (unter Berücksichtigung der Hygienevorschriften und potentieller Infektionsgefahr!)
- Forderung nach aufwendigen Dokumentationen (z.B. PKMS-Kodes)
- Vorhaltung zahlreicher medizinischer Verfahren

Diese nur beispielhaft aufgeführten Anforderungen stellen die Krankenhäuser in dieser besonderen Phase vor unlösbare Probleme. Umso mehr sind die Regelungen ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Auch psychiatrische und psychosomatische Einheiten in Krankenhäusern der akutstationären Versorgung sind von den Pandemie und den Umstrukturierungen betroffen.

Die geplanten gesetzlichen Vorgaben bergen jedoch die Gefahr einer sehr kleinteiligen Umsetzung, die erneut in einer bürokratischen Überregulierung zu münden droht (Auswahl nur einzelner Mindestanforderungen aus wenigen Codes durch das DIMDI). Wenn eine echte Entlastung der Krankenhäuser erreicht werden soll, ist auf angemessene Regelungen durch das DIMDI zu achten. Erste Entwürfe stimmen hier zumindest bedenklich. **Krankenhäuser haben im Vertrauen auf das System bereits frühzeitig zahlreiche Maßnahmen eingeleitet und unermüdlichen Einsatz gezeigt, noch ohne dass es eine Klärung im Hinblick auf die Finanzierung der Leistungen gab.** In gleicher Weise sollte nun den Krankenhäusern mit einfachen und unbürokratischen Regelungen begegnet werden, die auch in sie das notwendige Vertrauen setzen. Anderenfalls würde dies zu einem erhöhten Kontrollaufwand und somit zu einer erheblichen Mehrbelastung in den Krankenhäusern führen. Dies würde dem zu begrüßenden Anliegen der Politik, die Krankenhäuser in dieser außergewöhnlichen Krisensituation zu entlasten, nicht gerecht werden. In der Anlage befindet sich daher ein Vorschlag für von der Prüfung vollständig auszunehmende Codes.

Zusätzlich bitten wir, in diesem Kontext einen weiteren Aspekt in einem neuen Absatz 3 zu regeln, der den Krankenhäusern aufgrund neuer Hinweise seitens des MDK erhebliche Sorgen bereitet. So sieht die Zählweise von Beatmungstunden bei intensivpflichtigen Patienten für die Berechnung der Beatmungsdauer, als eine maßgebliche Grundlage für die Ermittlung der Vergütungshöhe im DRG-System, eine fixe Druckdifferenz der Beatmungsdrücke vor. Diese ist erst für 2020 in die Deutschen Kodierrichtlinien auf massives Drängen der GKV neu aufgenommen worden. Hätte die DKG diese Vorgabe nicht mitgetragen, wären die Verhandlungen zu der Beatmung vollständig gescheitert. Schon damals wurde die Regelung von Seiten der DKG abgelehnt, da die fixe Vorgabe von Beatmungsdrücken für Abrechnungszwecke nicht mit einer sachgerechten, patientenindividuellen Versorgung und dem zu erwartenden medizinisch-technischen Fortschritt in Einklang zu bringen ist. Unmittelbar mit Inkraft-

treten der Kodierrichtlinien werden die Befürchtungen der DKG bereits bestätigt. Eine völlig neue medizinische Situation mit an COVID-19 erkrankten Patienten ist eingetreten, für die die sture Einhaltung der geforderten Beatmungsdrücke eine erhebliche Gefahr darstellen würde, weil die Lungen durch das Virus erheblich geschädigt werden.

Dies bedeutet konkret Folgendes: Patienten, die wegen einer Erkrankung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 intensiv-medizinisch beatmet werden müssen, werden oftmals mit einem Beatmungsdruck von unter 6 mbar beatmet, um das Lungengewebe zu schonen. Beatmungsstunden unter 6 mbar dürfen jedoch nicht zur Gesamtbeatmungsdauer hinzugezählt werden und könnten durch eine nachträgliche Prüfung durch den MD gestrichen werden, was zu sehr großen Erlösverlusten der Krankenhäuser führen kann. Ein Ausschluss dieser MD-Prüfungen ist durch den § 23 Abs. 1 und 2 nicht abgedeckt und muss daher ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

Das DIMDI sollte möglichst eine Liste vollständiger Codes erstellen, deren Mindestmerkmale insgesamt nicht geprüft werden.

§ 25 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

(1) Behandelt ein Krankenhaus zwischen dem 1. ~~April~~ März 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 Patientinnen und Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind oder bei denen der Verdacht einer solchen Infektion besteht, darf der zuständige Kostenträger die ordnungsgemäße Abrechnung der von diesem Krankenhaus zwischen dem 1. ~~April~~ März 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 erbrachten Leistungen nicht daraufhin prüfen oder prüfen lassen, ob die in der Liste nach Absatz 2 genannten Mindestmerkmale erfüllt sind.

Es wird folgender neuer § 25 Absatz (3) angefügt:

(3) Die Zählung der Beatmungsstunden beatmungspflichtiger an dem Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankter Patienten erfolgt unabhängig vom Beatmungsdruck.

Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 4 Nummer 4 (§ 20i SGB V)

Kostenübernahme für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität durch das BMG

Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität im Hinblick auf bestimmte bevölkerungsmedizinisch bedeutsame übertragbare Krankheiten von den Trägern der Krankenversicherung getragen werden, sofern die Person bei dem jeweiligen Träger der Krankenversicherung versichert ist.

Stellungnahme

Die gesetzliche Krankenversicherung sollte grundsätzlich Kosten für Testungen gesetzlich Versicherter übernehmen. Es sollte klargestellt werden, dass dies insbesondere auch für die Beschäftigten des Gesundheitswesens und die Patienten/-innen in den Krankenhäusern gilt und die zusätzlichen Kosten gesondert zu übernehmen sind, da diese in den bisherigen Vergütungen (kalkulierten Kosten – DRGs / Pflegeentgelte) nicht enthalten sind. Erste Bundesländer sehen die Testung auf Covid19 bei allen Neuaufnahmen von Patienten zwischenzeitlich verpflichtend vor. Eine entsprechende Refinanzierung ist bislang nicht geregelt.

Um diese zwingend notwendige Anpassung sofort gesetzestechnisch umzusetzen und nicht erst durch eine noch zu bestimmende Rechtsverordnung, machen die Krankenhäuser unter dem Punkt „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ einen entsprechenden Vorschlag.

Änderungsvorschlag

Siehe Ausführungen unter „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“.

Zu Artikel 4 Nummer 7 (§ 67 SGB V)

Pilotprojekte der Krankenkassen und ihrer Verbände für die elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Durch Ergänzung von § 67 SGB V wird die Grundlage für die Durchführung von Pilotprojekten im Hinblick auf die elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen geschaffen. Ein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit sowie die Wahlfreiheit des Versicherten ist dabei ausgeschlossen. Die Übermittlung der elektronischen Verordnungen soll über die TI erfolgen, sobald diese zur Verfügung steht.

Stellungnahme

Digitale Gesundheitsanwendungen können die Behandlungsqualität verbessern. Pilotprojekte im Hinblick auf die Ermittlung von Möglichkeiten für deren elektronische Verordnung werden deshalb begrüßt.

Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können nach § 39 Abs. 1a SGB V auch die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V verordnen. Dies könnte gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Coronavirus-Pandemie im Hinblick auf die Behandlung von Covid-19-Patienten im Krankenhaus sinnvoll sein und erforderlich werden.

Deshalb müssen Verfahren zur elektronischen Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen auch von Krankenhäusern effektiv an das Krankenhausinformationssystem angebunden und im Rahmen des Entlassmanagements genutzt werden können. Aus Sicht der DKG muss neben der engen Abstimmung zwischen Krankenkassen und Herstellerverbänden, die in der Gesetzesbegründung genannt ist, auch eine enge Abstimmung mit den relevanten Leistungserbringerorganisationen, insbesondere der DKG, erfolgen.

Im Hinblick auf zukünftige gesetzliche Regelungen zur elektronischen Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen sollte diese entsprechend § 334 Abs. 1 SGB V (Regierungsentwurf des PDSG) wie die Verordnung von Arzneimitteln als Anwendung der Telematikinfrastruktur eingeführt werden, und entsprechend dem E-Rezept weiterführende Regelungen unter Einbeziehung der DKG getroffen werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 4 Nummer 11 a) und b) (§ 115b SGB V) **Gutachtenvergabe Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung sieht vor, die Frist zur Einleitung des Verfahrens zur Vergabe des gemeinsamen Gutachtens vom ursprünglich vorgesehenen 31. März 2020 auf den 30. Juni 2020 zu verlängern.

Stellungnahme

Der vorgesehenen Regelung ist grundsätzlich zuzustimmen.

Die Auftraggeber haben sich bereits jetzt im Hinblick auf die gegenwärtige Situation auf eine Verschiebung der Auftragsvergabe bis zum 30. Juni 2020 verständigt und das BMG hierüber sowie über den Stand des Verfahrens informiert. Um ein Eingreifen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene gemäß § 89a zu vermeiden, wurde dieser relativ kurze Zeitraum von drei Monaten gewählt.

Im Hinblick auf den derzeit zu beobachtenden Verlauf der Corona-Pandemie ist jedoch zu befürchten, dass die Situation auch in drei Monaten nicht überwunden sein wird. Es ist im Gegenteil davon auszugehen, dass die mit der Corona-Pandemie verbundene Belastung aller Akteure im Gesundheitswesen noch über Monate hinausreichen wird.

Dies betrifft nicht nur die Ressourcen der Auftragnehmer zur Bearbeitung des Gutachtenauftrags, sondern auch die Ressourcen sämtlicher ärztlich einzubindender Expertise für die praktische Bewertung der zahlreichen Leistungen. Auch die erforderliche Datenbeschaffung bei den Vertragspartnern und den Leistungserbringern dürfte mit einem erheblichen Aufwand einhergehen. Dies betrifft auch die Aus- und Bewertung der Daten sowie die Erstellung eines neuen Katalogs ambulanter Operationen, stationersetzender Eingriffe und Behandlungen. Auch die auf Seiten der Selbstverwaltung benötigte Einbindung spezialisierter Experten zur Beurteilung der zahlreichen Leistungen wird nur sehr schwer möglich sein, da die Patientenversorgung Vorrang haben wird. Unter diesen Bedingungen sind erhebliche Einschränkungen bei der Entwicklung des Kataloges zu befürchten. Nicht zuletzt ist es aber auch fair denjenigen gegenüber, die von dem Katalog maßgeblich betroffen sein werden, einen Zeitraum für die Gutachtenerstellung zu wählen, in der sie sich auch aktiv mit ihrem Wissen einbringen können.

Es wird daher angeregt, die Frist zur Einleitung des Verfahrens zur Vergabe des gemeinsamen Gutachtens bis zum 31. Dezember 2020 zu verlängern. Sollte sich die besondere Pandemiesituation unerwartet in absehbarer Zeit lösen, stünde einer früheren Vergabe nichts im Wege.

Dies würde auch eine Anpassung der Regelung in Art. 4 Nr. 10 a (§ 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V) und eine Verlängerung der hier vorgesehenen Frist für die Vereinbarung des Katalogs ambulanter Operationen, stationersetzender Eingriffe und Behandlungen bis zum 31. Juli 2022 erfordern.

Änderungsvorschlag

§ 115b SGB V wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „30. Juni 2021“ durch die Wörter „**31. Juli 2022**“ ersetzt.
- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag“ durch die Wörter „leiten bis zum ~~30. Juni 2020~~ **31. Dezember 2020** das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein“ ersetzt.

Zu Artikel 4 Nummer 16 (§ 219a SGB V)

Kostenübernahme für die Behandlung von COVID-19-Patienten aus dem europäischen Ausland

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Einfügung eines neuen Absatzes 6 in § 219a SGB V soll geregelt werden, dass die Kosten für europäische Intensivpatienten, die wegen COVID-19 in deutschen Krankenhäusern aufgrund mangelnder Kapazität im Heimatland behandelt werden, vom Bund übernommen werden. Hierzu wird das bislang geltende Verfahren nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vom 29.4.2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit i.V.m. Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vom 16.9.2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 mit der Maßgabe für anwendbar erklärt, dass anstelle der bislang zuständigen Versicherungsträger der Patienten nunmehr der Bund für die Kostentragung die Tragung der Behandlungskosten übernimmt. Auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 soll verzichtet werden können.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung zur Kostentragung des Bundes bei Patienten aus dem europäischen Ausland, die wegen COVID-19 in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, ist uneingeschränkt zu begrüßen. Insbesondere dürfte die Aufnahme einer solchen Regelung auf Seiten der betroffenen deutschen Krankenhäuser für ein hohes Maß an Rechtssicherheit sorgen, da die Frage der Kostentragung im Zusammenhang mit der Behandlung von COVID-19-Patienten aus dem europäischen Ausland bislang ungeklärt war.

Ebenfalls zu begrüßen ist der, nach der nunmehr vorliegenden Entwurfsfassung der Regelung mögliche Verzicht auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009, da entsprechende

Unterlagen bei den von deutschen Krankenhäusern bisher aufgenommenen Patienten nicht immer vorhanden war.

Allerdings geht aus der Regelung weiterhin nicht hervor, gegenüber welcher Institution die Krankenhäuser die erbrachten Leistungen in Rechnung stellen können. Nach dem üblichen gemeinschaftsrechtlichen Verfahren wäre dies eine deutsche aushelfende Krankenkasse, die zuvor vom Patienten gewählt wurde. Da diese Wahl in vielen Fällen aufgrund der bestehenden Akutsituation in der Patientenaufnahme nicht möglich sein dürfte, zugleich jedoch die Beteiligten der Absprache zwischen Bund bzw. Bundesland einerseits und EU-Mitgliedsstaat andererseits Abweichungen vom üblichen gemeinschaftsrechtlichen Verfahren vereinbaren dürfen, bedarf es hier einer weiteren gesetzlichen Klarstellung, wonach die Beteiligten auch die Frage des Rechnungsadressaten des Krankenhauses zu klären haben. Außerdem käme in Betracht, die Beteiligten zu ermächtigen, Vereinbarungen dahingehend zu treffen, wie mit nicht versicherten Patienten aus dem EU-Ausland umzugehen ist.

Änderungsvorschlag

§ 219a Absatz 6 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„(1) Die an der Absprache Beteiligten können auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 verzichten **und abweichend von dem voranstehenden Verfahren weitere Regelungen vereinbaren, z. B. gegenüber welcher Stelle die Rechnungslegung der Krankenhäuser erfolgt und wie mit im Heimatland nicht versicherten Patienten verfahren wird.**“

Zu Artikel 4 Nummer 17 (§ 275c SGB V)

Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst - Prüfquote

Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung sowohl der festen quartalsbezogenen Prüfquote in Höhe von 12,5% nach § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V als auch der variablen, vom Anteil der unbeantworteten Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses abhängenden quartalsbezogenen Prüfquote nach § 275c Absatz 2 Satz 3 SGB V wird jeweils um ein Jahr verschoben. Die feste quartalsbezogene Prüfquote gilt für das Jahr 2021, die variable quartalsbezogene Prüfquote gilt ab dem Jahr 2022 in den bekannten Stufen von 5%, 10% und 15%.

Stellungnahme

Die Verschiebung der Einführung des Systems der quartalsbezogenen Prüfquoten wird grundsätzlich begrüßt. Schon der durch das MDK-Reformgesetz ursprünglich vorgesehene Zeitrahmen war sehr ambitioniert gewählt, um eine neue Systematik von MD-

Prüfungen im Krankenhausbereich umzusetzen. Dieser Zeitrahmen ist aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie, die Krankenhäuser erheblichen Belastungen aussetzt und auch im Abrechnungsbereich vor vielfältige Herausforderungen stellt, ungleich schwieriger einzuhalten. Zudem sorgt der umfassende Verzicht der Krankenhäuser auf die Erbringung elektiver Leistungen sowie die Fokussierung auf die Behandlung von COVID-19-Patienten für eine Verzerrung der Daten, die spätestens der Bestimmung der quartalsbezogenen Prüfquoten zugrunde zu legen sind, so dass eine Verschiebung der Einführung des Systems der quartalsbezogenen Prüfquoten sinnvoll ist.

Die DKG möchte nochmals darauf hinweisen, dass die für die feste, quartalsbezogene Prüfquote nach § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V vorgesehene Quotenhöhe von 12,5%, die erst am Ende der Beratungen zum MDK-Reformgesetz durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages Eingang in das MDK-Reformgesetz gefunden und die ursprünglich vorgesehene Prüfquote von 10 % erhöht hat, nicht systemgerecht und daher auf die ursprünglich von der Bundesregierung intendierte Prüfquote von 10% zurückzuführen ist. Die Systematik der quartalsbezogenen Prüfquoten geht grundsätzlich davon aus, dass Prüfquoten in Höhe von 5%, 10% sowie 15% der pro Quartal bei der jeweiligen Krankenkasse eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung Anwendung finden. Das rechnerische Mittel dieser Prüfquotentrias sind 10%, die sich als Wert für die Einführung der Prüfquotensystematik daher ideal eignen. Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass aktuell wegen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes eine Prüfquote in Höhe von 5% Anwendung findet und ein Hochfahren der MD-Prüfungen ab dem Jahr 2021 auf 12,5% die Anzahl der Prüfungen unverhältnismäßig viel um 150% und damit um mehr als das Doppelte erhöhen würde.

Ergänzend möchte die DKG darauf hinweisen, dass sich wegen der Verschiebung der Einführung des Systems der quartalsbezogenen Prüfquoten auch die Notwendigkeit ergibt, weitere Fristen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die mit dem System der quartalsbezogenen Prüfquoten in untrennbarem Zusammenhang stehen, ebenfalls zu verschieben. Dabei handelt es sich um folgende Regelungen:

- § 17c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 KHG: ausschließlich elektronische Unterlagenübermittlung zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst verpflichtend ab dem 01.01.2021.

Der Beginn der verpflichtenden elektronischen Unterlagenübersendung ist um ein Jahr auf den 01.01.2022 zu verschieben.

- § 17c Absatz 2 Satz 4 KHG: Vereinbarung gemeinsamer Umsetzungshinweise zur PrüfvV durch DKG und GKV-Spitzenverband bis zum 31.12.2020.

Der Zeitpunkt, zu dem die gemeinsame Umsetzungshinweise zur PrüfvV vorzuliegen haben, ist um ein Jahr auf den 31.12.2021 zu verschieben.

- § 17c Absatz 2 Satz 5 KHG: Vereinbarung von Verfahrensregelungen zur Durchführung der einzelfallbezogenen Erörterung bis zum 30.06.2020

Der Zeitpunkt, zu dem die Regelungen zum einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren vereinbart werden müssen, ist um sechs Monate auf den 31.12.2020 zu verschieben.

- § 17c Absatz 7 Satz 1 KHG: Erstellung und Vorlage eines gemeinsamen Berichtes von DKG und GKV-Spitzenverband zu den Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung bis zum 30.06.2023

Der Zeitpunkt, bis zu dem der gemeinsame Bericht vorzuliegen hat, wird um ein Jahr auf den 30.06.2024 verschoben.

Änderungsvorschlag

I. Zu Artikel 4 Nr. 17 a):

§ 275c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu **12,5 10** Prozent“ eingefügt.

II. Artikel 3 wird um folgende Nr. 3 ergänzt:

3. § 17c wird wie folgt geändert:

- a) In § 17c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2021“ durch die Wörter „**ab dem 1. Januar 2022**“ ersetzt.
- b) In § 17c Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2020“ durch die Wörter „**bis zum 31. Dezember 2021**“ ersetzt.
- c) In § 17c Absatz 2 Satz 5 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2020“ durch die Wörter „**bis zum 31. Dezember 2020**“ ersetzt.
- d) In § 17c Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2023“ durch die Wörter „**bis zum 30. Juni 2024**“ ersetzt.

Zu Artikel 4 Nummer 18 (§ 275 d SGB V)

Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass die für die Strukturprüfung zuständigen Medizinischen Dienste von den Krankenhäusern informiert werden, wenn diese eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als

einem Monat nicht mehr einhalten. Dies soll dem Medizinischen Dienst die Planung der zu erwartenden Wiederholungsprüfung erleichtern.

Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen.

Die gesetzlich vorgesehene Regelung zur Mitteilungsverpflichtung der Krankenhäuser an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen ist ausreichend. Die Mitteilung ist für die genannten Adressaten relevant, da Leistungen bei Nichtvorliegen der Strukturmerkmale nicht mehr abgerechnet werden dürfen.

Ob und wann das Krankenhaus eine Wiederholungsprüfung plant, liegt in der Entscheidungshoheit des Krankenhauses. Die Wiederherstellung des nicht mehr eingehaltenen Strukturmerkmals kann z. B. von der Verfügbarkeit fachlich qualifizierter personeller Ressourcen am Arbeitsmarkt oder von der Verfügbarkeit und Anschaffung spezieller technischer Geräte abhängig sein. Eine verlässliche Planbarkeit für den Medizinischen Dienst wäre hier auch bei entsprechender Mitteilung durch das Krankenhaus nicht gegeben.

Der Medizinische Dienst hat in seinem Entwurf der Richtlinie zur Durchführung von Strukturprüfungen ein differenziertes Antrags- und Prüfungsverfahren mit entsprechenden Fristen vorgesehen. Sollten diese zu eng gesetzt sein, um sich den tatsächlichen gestellten Prüfanträgen gerecht zu werden, ist es dem Medizinische Dienst möglich, hier die Fristenregelungen der Richtlinie entsprechend auszugestalten bzw. später anzupassen.

Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung wird diesseitig nicht gesehen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Artikel 10

Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Zu Artikel 10 Nummer 2 (§ 3 PflAPrV)

Möglichkeit zur Aufteilung des Pflichteinsatzes auf eine zweite Einrichtung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 3 Abs. 2a PflAPrV soll es zukünftig möglich sein, den beim Träger der praktischen Ausbildung zu absolvierenden Pflichteinsatz teilweise in einer zweiten Einrichtung durchzuführen, falls die zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kompetenzen nicht vollständig beim Träger der praktischen Ausbildung selbst erworben werden können.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Damit wird sichergestellt, dass psychiatrische Krankenhäuser auch weiterhin Träger der praktischen Ausbildung sein können. Teile des Pflichteinsatzes können dann – wie auch bisher bei der Ausbildung nach Krankenpflegegesetz gelebte Praxis – bei einem Kooperationspartner absolviert werden. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass mehrere tausend Ausbildungsplätze bei psychiatrischen Krankenhäusern wegfielen.

Die DKG weist jedoch darauf hin, dass die Formulierung des letzten Satzes in Abs. 2a dazu führt, dass die weiteren Einsätze während der praktischen Ausbildung (z. B. in der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der Pädiatrie) ungeteilt absolviert werden müssten. Neben den Pädiatrieeinsätzen zeigt sich in der Organisation der praktischen Ausbildung derzeit vielerorts, dass die Sicherstellung des ambulanten Pflichteinsatzes ein Haupthemmnis für die Umsetzung der generalistischen Ausbildung ist. Unter anderem besteht das Problem, dass in vielen ambulanten Diensten kein qualifizierter Praxisanleiter vorhanden ist. Eine externe Praxisanleitergestellung ist gerade bei ambulanten Diensten sehr schwierig, so dass es wiederum Kooperationen zwischen ambulanten Diensten mit und ohne Praxisanleiter bedarf, um dies sicherzustellen. Die vorgeschlagene Formulierung im § 3 Abs. 2a PflAPrV würde aber eine gemeinsame Sicherstellung des ambulanten Einsatzes durch kooperierende ambulante Dienste, von denen nur einer über einen qualifizierten Praxisanleiter verfügt, unmöglich machen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Abs. 2a (neu) PflAPrV wird wie folgt geändert:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist die Aufteilung des beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführenden Pflichteinsatzes nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes auf eine zweite Einrichtung zulässig, soweit die Vermittlung der Kompetenzen nach Anlage 1 ansonsten nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann. Auch die zweite Einrichtung muss die Anforderungen an die Geeignetheit zur Durchfüh-

zung des Pflichteinsatzes nach den für den Träger der praktischen Ausbildung geltenden Vorschriften erfüllen. ~~Die übrigen Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung sind jeweils ungeteilt in einer Einrichtung durchzuführen.~~

Artikel 17

Änderungen aus Anlass der Verschiebung des Geltungsbeginns der Verordnung (EU) 2017/745

Beabsichtigte Neuregelung

Das Inkrafttreten des MPEUAnpG wird an den verschobenen Geltungsbeginn der Verordnung (EU) 2017/745 zum 26. Mai 2021 angepasst.

Stellungnahme

Die Verschiebung des Geltungsbeginns des MPEUAnpG und das damit einhergehende Weitergelten des Medizinproduktegesetzes werden ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Artikel 18

Änderung des Transplantationsgesetzes

Beabsichtigte Neuregelung

Mit einer Änderung in § 9c Absatz 4 des Transplantationsgesetzes wird die Frist zur Beauftragung einer Einrichtung zur Organisation eines neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes aufgrund des Ausbruchs der SARS-CoV-2-Pandemie um sechs Monate auf den 30. Juni 2021 verlängert.

Stellungnahme

Die vorgenommene Verschiebung der Frist zur Einrichtung des neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Refinanzierung COVID-19 Tests für Krankenhauspersonal und Patienten

Stellungnahme

Es ist sowohl aus Gründen des Patientenschutzes als auch zum Schutz der Krankenhausmitarbeiter notwendig, eine prophylaktische COVID-19-Testung/Screening des Personals und der Patienten in Krankenhäusern durchzuführen, wenn keine Symptome für COVID-19 vorhanden sind.

Gerade in Krankenhäusern können ansonsten sehr schnell Infektionsketten mit drastischen Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und der Gesundheit der Mitarbeiter entstehen. Um diese Infektionsketten möglichst frühzeitig zu erkennen und zu durchbrechen und damit die Mitarbeiter und Patienten zu schützen, ist es zwingend erforderlich, kontinuierlich und präventiv notwendige Testungen des Personals und der Patienten durchzuführen. Dies ermöglicht eine gezielte Intervention und dient damit der Aufrechterhaltung der notwendigen Versorgung.

Im Bewusstsein dieser gesellschaftlichen Aufgabe leisten die Krankenhäuser derzeit einen entsprechenden Beitrag. Bei Patienten werden bspw. derzeit teilweise im Rahmen der Aufnahme und vor notwendigen Operationen Tests - auch ohne, dass Symptome bestehen - durchgeführt. Erste Bundesländer sehen diese Testung bei Neuaufnahmen von Patienten zwischenzeitlich verpflichtend vor. Auch werden Kliniken behördlich per Verfügung verpflichtet, Non-COVID-Patienten zu testen, wenn bei Dritten (z. B. Mitarbeitern) eine COVID-Infektion festgestellt wurde.

Ebenso werden zunehmend vor einer Verlegung in eine nachbehandelnde Institution (Rehabilitationseinrichtung, Pflegeeinrichtung) die Durchführung einer PCR-Diagnostik zum Erregernachweis durch die weiterbehandelnde Institution oder Landesverordnungen gefordert, auch wenn keine Symptome vorliegen. Auch gehen Krankenhäuser zunehmend dazu über, präventiv diese Tests sowohl bei Patienten als auch bei Mitarbeitern durchzuführen, um frühzeitig auf beginnende Erkrankungsfälle im Rahmen der pandemischen Verbreitung reagieren zu können. Im Falle von Mitarbeitern, die zur Kontaktgruppe I gemäß RKI gehören, ordnen die Gesundheitsämter die regelmäßige Testung dieser Mitarbeiter sogar an, um deren Einsatz bei relevantem Personalmangel zu erlauben.

Die Kosten für diese behördlich angeordneten bzw. freiwillig-präventiven Tests summieren sich auf erhebliche Größenordnungen. Die Refinanzierungsfrage ist bislang jedoch nicht geregelt. Die Versorgung in den Krankenhäusern bedarf daher schnellstmöglich klarstellender Regelungen zur Leistungserbringung und -abrechnung. Von Krankenhäusern durchgeführte COVID-19-Tests werden an spezielle externe Labore versandt, die in der Lage sind, PCR-Diagnostik zum Erregernachweis durchzuführen. Derzeit werden die Kosten der Leistungserbringung direkt mit den Krankenhäusern abgerechnet, ohne dass eine Refinanzierung erfolgt.

Da negative SARS-CoV-2 PCR-Testungen nur eine Momentaufnahme zeigen und bereits infizierte Personen ein negatives Testergebnis haben können, müssen die Untersuchungen regelmäßig durchgeführt werden. Untersuchungen von mindestens 1x pro Woche sind anzustreben und entsprechend zu refinanzieren.

Für den Bereich der Rehakliniken sind aufgrund der gleichen Handlungsbedürftigkeit analoge Regelungen vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

Um diesen Problemen einer adäquaten Lösung zuzuführen, schlagen die Krankenhäuser folgende Lösungsansätze vor:

1. Refinanzierung einer PCR-Diagnostik zum Erregernachweis bei Patientinnen und Patienten

In § 21 KHG in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes wird folgender Absatz 10 eingefügt:

(10) Zur pauschalen Abgeltung notwendiger PCR-Diagnostik zum Erregernachweis des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 rechnen zugelassene Krankenhäuser für jede Patientin und jeden Patienten, die oder der zwischen dem 01.05.2020 und einschließlich dem 31.12.2020 zur vor-, voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 60 Euro pro PCR-Diagnostik zum Erregernachweis ab. Sobald eine Antikörpertestung zur Verfügung steht, wird auch diese mit einem Zuschlag in Höhe von 60 Euro abgerechnet. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber der Patientin oder dem Patienten oder ihren Kostenträgern. Bei mehrfacher PCR- oder Antikörpertestung einer Patientin oder eines Patienten beträgt der Zuschlag ein entsprechendes Vielfaches von 60 Euro.

2. Refinanzierung einer PCR-Diagnostik zum Erregernachweis bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

In § 21 KHG in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes wird folgender Absatz 11 eingefügt:

(11) Zur pauschalen Abgeltung notwendiger PCR-Diagnostik zum Erregernachweis des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellen zugelassene Krankenhäuser für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter zwischen dem 01.05.2020 und einschließlich dem 31.12.2020 dem Gesundheitsamt die Kosten pro PCR-Diagnostik zum Erregernachweis in Rechnung. Sobald eine Antikörpertestung zur Verfügung steht, wird auch diese in Rechnung gestellt.

Alternativvorschlag:

Die Pauschale gemäß § 21 Abs. 6 KHG wird zur pauschalen Abgeltung notwendiger PCR-Diagnostik zum Erregernachweis des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern um 60 Euro erhöht.

II. Ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) durch Krankenhäuser

1. Ambulante Notfallbehandlung

Stellungnahme

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden durch die Coronakrise mit Problemen konfrontiert, die sich aus dem vertragsärztlichen Rechtsrahmen ergeben.

Unbenommen der allgemeinen Aufforderung, bei Verdacht einer COVID-19-Erkrankung das Krankenhaus nicht ohne Vorankündigung aufzusuchen, kann auch im Rahmen einer ambulanten (Notfall-) Behandlung im Krankenhaus der erstmalige Verdacht entstehen. Es ist in diesem Falle zweckmäßig eine Verweisung der Patienten in den vertragsärztlichen Bereich weitestgehend zu vermeiden, um die Zahl möglicher Arzt-Patienten-Kontakte zu reduzieren. Darüber hinaus richten viele Krankenhäuser gemäß den Empfehlungen des RKI Fieberambulanzen ein, um einen potentiellen Ausfall der Notaufnahmen bei einem positiv getesteten Fall zu vermeiden.

Die Leistungen werden in den Notaufnahmen der Krankenhäuser als Bestandteil der ambulanten Notfallversorgung und damit als Unterstützung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Regional gibt es zur Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung möglicher und bestätigter Patientinnen und Patienten mit COVID-19 zwar Konzepte, eine bundesweite einheitliche und rechtssichere Regelung existiert jedoch nicht.

Die Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser bedarf aus unserer Sicht daher aktuell schnellstmöglich klarstellende Regelungen zur Leistungserbringung und -abrechnung. Bei durch die Notaufnahmen ambulant durchgeführten COVID-19-Tests müssen diese durch die Krankenhäuser mittels Überweisung an ein Labor versandt werden. Damit können die Labore direkt eine Abrechnung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vornehmen.

Parallel ist dringend klarzustellen, dass von Krankenhäusern selbst erbrachte Laborleistungen zur Testung auf COVID-19 ebenfalls auf der Grundlage des EBM abgerechnet werden können. Die Abrechnung dieser Tests darf nicht daran scheitern, dass die Ergebnisse nicht taggleich vorliegen und damit deren Erbringung im Rahmen der Abrechnungsprüfung durch die KV verweigert werden.

Auch sollten die Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung die Möglichkeit haben, Verordnungen auszustellen, um zu vermeiden, dass Patientinnen und Patienten von den Notaufnahmen in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden müssen, allein um dort etwa Arzneimittelrezepte zu erhalten.

Zugleich ist klarzustellen, dass diejenigen Krankenhäuser, welche die notwendigen Laboranforderungen an die Erbringung der COVID-19-Tests erfüllen, die Abrechnungsmöglichkeit des im EBM vorgesehenen Tests auch bei einer Inanspruchnahme nach § 75 Abs. 1b SGB V bzw. 76 Abs. 1 S. 2 SGB V grundsätzlich ermöglicht werden.

Parallel ist der personalintensive Aufwand, den die Krankenhäuser mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit möglichen COVID-19-Symptomen sowie mit vermeintlich Betroffenen haben, über die bestehenden Gebührenordnungspositionen im EBM sachgerechter abzubilden. Aufgrund des Versorgungsaufwandes ist durch den ergänzten Bewertungsausschuss klarzustellen, dass die im EBM vorhandenen Gebührenordnungspositionen zur Abbildung des Schweregrades in diesen Fallkonstellationen grundsätzlich berechnungsfähig sind. Dies würde auch kurzfristig die finanzielle Belastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser durch den notwendigen Personalaufwand sowie die z. T. notwendige räumliche Auslagerung zur Testung abfedern. Zugleich muss der ergänzte Bewertungsausschuss ebenso klarstellen, dass die im EBM ausgewiesenen Gebührenordnungspositionen, die der alleinigen Abklärung dienen, bei vermeintlichen oder tatsächlichen COVID-19-Fällen nicht zur Anwendung kommen.

Diese Regelungen sollten zeitlich befristet, jedoch mindestens für das erste und zweite Quartal 2020 Anwendung finden.

Änderungsvorschlag

1. Es wird ein neuer § 115e SGB V eingefügt:

- (1) **Krankenhäuser können Patientinnen und Patienten mit einer Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) – Infektion oder mit Verdacht auf eine Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) – Infektion auf Grundlage des § 75 Absatz 1b oder § 76 Absatz 1 Satz 2 ambulant behandeln.**
- (2) **Die Behandlung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nrn. 5 bis 8 mit ein. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Bei ambulanter Notfallbehandlung ist die Vornahme von Überweisungen entsprechend der Regelungen des § 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte durch Krankenhäuser zulässig; die notwendigen Formulare stellt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung. Zur Befüllung der Formulare nutzen die Krankenhäuser die Betriebsstättennummern, die für die Notfallabrechnung nach § 295 Verwendung finden.**

- (3) **Die Leistungen nach Absatz 1 werden nach Maßgabe des § 87 Absatz 2a Satz 25 (neu) vergütet. § 87b Absatz 1 Satz 3 findet keine Anwendung.**
- (4) **Die Errichtung von Anlaufstellen an Krankenhäusern für die Patientengruppen gemäß Absatz 1 sowie die hierfür notwendigen Investitionen sind auf der Landesebene zu regeln.**

2. In § 87 Absatz 2a wird nach Satz 24 folgender Satz 25 eingefügt:

Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat rückwirkend zum 01. Januar 2020 den Beschluss zu treffen, dass in den Fällen gemäß § 115e Absatz 1

1. **die im einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst, die ausschließlich der Abklärung bzw. Koordination dienen, nicht berechnungsfähig sind,**
2. **die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung bedürfen, zusätzlich zu den Notfallpauschalen berechnungsfähig sind,**
3. **die Gebührenordnungspositionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Laborleistungen zur Testung von Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) auch durch Krankenhäuser berechnungsfähig sind.**

3. In § 87a Absatz 3 Satz 5 wird nach Nr. 6 die neue Nummer „**7. Leistungen nach § 115e Absatz 1**“ eingefügt.

2. **Sicherung der ambulanten Erlöse von Krankenhäusern**

Stellungnahme

Die Erkrankung SARS-CoV-2 (COVID-19) wird im ambulanten Versorgungsbereich der Krankenhäuser zu umfangreichen Erlösausfällen führen. Hiervon betroffen ist vor allem der Leistungsbereich nach § 115b SGB V, da es sich hierbei vor allem um elektive Leistungen handelt, die derzeit nicht erbracht werden können.

Parallel ist eine reduzierte Inanspruchnahme weiterer ambulanter Krankenhausleistungen zu erwarten. Einerseits aufgrund einer Reduktion direkter Arzt-Patienten-Interaktionen, andererseits aufgrund der personellen Ressourcenumschichtung der Krankenhäuser zur stationären Behandlung von COVID-19-Fällen. Hiervon sind insbesondere die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sowie die Versorgung durch Hochschulambulanzen, sozialpädiatrische Zentren und psychiatrische Institutsambulanzen betroffen.

Zum Schutz vor einer zu hohen Umsatzminderung für diese ambulanten Leistungen der Krankenhäuser, die in einem Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patientensanspruchnahme in Folge der Pandemie begründet sind, werden Ausgleichszahlungen vorgesehen. Es soll damit sichergestellt werden, dass auch die Krankenhäuser im Rahmen ihrer ambulanten Leistungserbringung trotz der gefährdend rückläufigen Fallzahl Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe der zu erwartenden Einnahmen erhalten.

Änderungsvorschlag

1. In § 115b SGB V wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

- (5) Mindert sich für ein Krankenhaus der Erlös aus der Leistungserbringung nach Absatz 1 um mehr als 5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Minderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, haben die Krankenkassen eine befristete Ausgleichszahlung an das Krankenhaus zu leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf die Leistungen nach Absatz 1. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhalten. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Krankenhäuser haben den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

2. In § 116b SGB V wird ein neuer Absatz 10 eingefügt:

- (10) Mindert sich für ein Krankenhaus der Erlös aus der Leistungserbringung nach Absatz 1 und Absatz 8 um mehr als 5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Minderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, haben die Krankenkassen eine befristete Ausgleichszahlung an das Krankenhaus zu leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf die Leistungen nach Absatz 1. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhalten. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Krankenhäuser haben den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

3. In § 120 SGB V wird ein neuer Absatz 3b eingefügt:

- (3b) Mindert sich für ein Krankenhaus der Erlös aus der Leistungserbringung nach Absatz 2 Satz 1 um mehr als 5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Minderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pan-

demie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, haben die Krankenkassen eine befristete Ausgleichszahlung an das Krankenhaus zu leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf die Leistungen nach Absatz 2 Satz 1. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhalten. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Krankenhäuser haben den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

3. Durchführung von Video-/Telefonsprechstunden

Stellungnahme

Aktuell sagen Patientinnen und Patienten aus Angst vor Ansteckungen Behandlungstermine in den Ambulanzen der Krankenhäuser ab. Die Tendenz ist steigend. Die Krankenhäuser versuchen demgegenüber, die ambulante Versorgung über telefonische und videogestützte Systeme aufrecht zu erhalten.

Grundsätzlich soll die telemedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten die Behandlung nicht ersetzen sondern nur ergänzen. Für diese Leistungen sind explizit Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie bestimmte Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab etabliert worden. Für die Zeit der Corona-Pandemie haben der GKV-SV und die KBV bereits die bestehenden Beschränkungen im EBM zur Videosprechstunde aufgehoben. Diese Regelungen gelten bisher jedoch nicht für die ambulanten Leistungen der Kliniken. Die Krankenhäuser haben die Sorge, dass mittels Video-/Telefonsprechstunde erbrachte Leistungen damit durch die Kassen nicht vergütet werden, da der direkte Kontakt nicht gegeben ist. Wenngleich auf regionaler Ebene vereinzelt Lösungsmöglichkeiten und die Bereitschaft von Kassen-seite bestehen, Videosprechstunden für die KH-Ambulanzen zu ermöglichen, fehlt eine bundeseinheitliche und rechtssichere Regelung für das gesamte ambulante Leistungsspektrum der Kliniken.

Änderungsvorschlag

Es wird folgender neuer § 115f eingeführt:

- (1) **Leistungen nach § 116b, nach § 117, nach § 118, nach § 119 oder § 119c können zur Aufrechterhaltung der Versorgung mittels Video- und/oder Telefonsprechstunden erbracht werden.**
- (2) **Sofern die Leistungen nach Absatz 1 mittels Video- und/oder Telefonsprechstunden erbracht werden, erfolgt die Vergütung auf Grundlage der geltenden Vergütungsregeln. Leistungen, die mittels Video- und/oder Telefonsprechstunden erbracht werden, dürfen nicht mit einem Abschlag versehen werden.**

III. Pflegepersonaluntergrenzen § 137i SGB V

1. Verlängerung der Nachweisfrist für das Jahr 2019 (§ 137i Abs. 4 SGB V)

Stellungnahme

Gemäß § 137i Abs. 4 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Jahresnachweis zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 bis zum 30. Juni 2020 zu übermitteln. Diese Angaben sind durch einen Wirtschaftsprüfer zu bestätigen. Weitere Vorgaben zum Inhalt des Jahresnachweises haben die Selbstverwaltungspartner in § 5 PpUG-Nachweisvereinbarung getroffen.

Aus Sicht der DKG ist die gesetzlich vorgegebene Frist zur Übermittlung des Jahresnachweises 2019 aufgrund der Corona-Epidemie von etlichen Krankenhäusern nicht leistbar. Neben den erheblichen personellen Engpässen in den Kliniken wird zudem häufig berichtet, dass vielerorts die für den Jahresnachweis benötigten Wirtschaftsprüfer bis auf weiteres nicht mehr in die Krankenhäuser kommen können. Der Selbstverwaltung steht für abweichende Regelungen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zum Jahresnachweis kein Spielraum zur Verfügung. Die PpUG-Sanktionsvereinbarung sieht lediglich die Möglichkeit für die Krankenhäuser vor, eine sanktionsfreie, vierwöchige Nachmeldefrist in Anspruch zu nehmen. Dies wird nach jetzigem Stand aber nicht ausreichend sein. Die DKG schlägt daher vor, in § 137i Abs. 4 SGB V eine Anpassung dahingehend vorzunehmen, den Jahresnachweis für 2019 abweichend bis zum 31. Dezember 2020 zuzulassen.

Änderungsvorschlag

§ 137i Abs. 4 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Krankenhäuser übermitteln den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum ~~30. Juni~~ **31. Dezember** 2020.

2. Aussetzen der InEK-Datenerhebung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2020 (§ 137i Abs. 3a SGB V)

Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat das InEK mit § 137i Abs. 3a SGB V damit beauftragt, eine jährliche Datenerhebung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durchzuführen. Aus Sicht der Krankenhäuser ist die laufende InEK-Datenabfrage für das Jahr 2020 zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 3a SGB V unter den derzeitigen Umständen nicht erfüllbar. Das Bundesgesundheitsministerium hatte das InEK mit der Weiterentwicklung für das Jahr 2020 beauftragt. Neben den bestehenden pflegesensitiven Bereichen sollen zudem Daten zu weiteren potentiellen neuen pflegesensitiven Bereichen – Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Pädiatrie – erhoben werden. Dies hat zur Folge, dass gemäß InEK-Konzept knapp 1.000

Krankenhäuser verpflichtet sind, bis Ende Mai 2020 umfangreiche Patienten- und Pflegepersonalangaben zu liefern, was mit erheblichem personellem und bürokratischem Aufwand verbunden ist. Diese Dokumentationsverpflichtung wurde auch durch die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 1. März bis 31. Dezember 2020 nicht behoben. Gemäß § 137i Abs. 4b SGB V sind die Krankenhäuser zudem finanziell zu sanktionieren, wenn sie ihren Datenlieferungspflichten gegenüber dem InEK nicht vollständig nachkommen können. Dies ist aus Sicht der DKG vor dem Hintergrund der momentanen Herausforderungen ein nicht akzeptables Signal an die Krankenhäuser. Die DKG fordert daher, die InEK-Datenerhebung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch eine Anpassung des § 137i Abs. 3a SGB V für dieses Jahr auszusetzen.

Änderungsvorschlag

In § 137i Abs. 3a wird folgender neuer Satz 5 eingefügt:

Abweichend von Satz 3 besteht für das Jahr 2020 keine Pflicht der Krankenhäuser zur Übermittlung der Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

3. Verschiebung der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche (§ 137i Abs. 1 SGB V)

Stellungnahme

Als Konsequenz der unter Nr. 2 vorgeschlagenen Aussetzung der InEK-Datenerhebung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen sowie der Tatsache, dass die derzeitige Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung richtigerweise für den Rest des Jahres ausgesetzt wurde, ist aus Sicht der Krankenhäuser eine Verschiebung der Einführung neuer pflegesensitiver Bereiche um mindestens ein Jahr unumgänglich. Gemäß § 137i Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V sind bis zum 31. August 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche festzulegen. Dies erscheint vor dem Hintergrund der derzeitigen Herausforderungen weder sachgerecht noch angemessen.

Aus Sicht der DKG sind die bürokratischen Pflegepersonaluntergrenzen im Übrigen kein geeignetes Instrument zur Normierung einer adäquaten Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern. Die DKG schlägt stattdessen bekanntlich zusammen mit dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di die verbindliche Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes (PPR 2.0) vor. Dies war auch ein Ergebnis der Konzierten Aktion Pflege, wonach sich das Bundesgesundheitsministerium verpflichtet hatte, eine entsprechende ergebnisoffene Prüfung des Vorschlages für ein Pflegepersonalbemessungsinstrument vorzunehmen. Aufgrund der derzeitigen Herausforderungen für Politik und Selbstverwaltung ist jedoch nicht kurzfristig mit einer weiterführenden Diskussion zu rechnen. Stattdessen bestünde die Gefahr, dass nunmehr mit der vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf die Bereiche Innere Medizin, Allgemeinchirurgie und Pädiatrie vollendete

Tatsachen geschaffen würden. Eine Verschiebung der Ausweitung auf neue pflegesensitive Bereiche um ein Jahr würde insofern ausreichend Zeit für eine konstruktive Debatte mit Politik und Selbstverwaltung über die Einführung eines sachgerechten Instrumentes zur Pflegepersonalbedarfsbemessung lassen. Dies sollte dann aus Sicht der DKG in einer Regierungskommission unter Beteiligung von Selbstverwaltung, Wissenschaft, Pflegeverbänden und Tarifpartnern erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 137i Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

2. legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar ~~2020~~2021, weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 31. August ~~2020~~2021 mit Wirkung zum 1. Januar ~~2021~~2022, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.

IV. Streichung der gesetzlichen Formerfordernisse für die Information und datenschutzrechtliche Zustimmung des Patienten zum Entlassmanagement

Stellungnahme

§ 39 Abs. 1a S. 13 und 14 SGB V sehen derzeit vor, dass das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen kann, wobei Information und Einwilligung schriftlich oder elektronisch erfolgen müssen.

Bereits seit Einführung des Entlassmanagements in § 39 Abs. 1a SGB V galten gesetzliche Formerfordernisse für die Information des Patienten über das Entlassmanagement und die Erteilung seiner Einwilligung in die - in diesem Kontext - erforderliche Datenverarbeitung bzw. -weiterleitung. Gegen eine Information der Krankenhauspatienten über Sinn und Zweck und auch über die Inhalte eines Entlassmanagements ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Überdies ist ebenfalls nachvollziehbar, dass eine mit dem Entlassmanagement verbundene etwaige Datenverarbeitung und -weiterleitung der Einwilligung der Patienten bedarf.

Die hierzu normierten gesetzlichen Formerfordernisse - nach Einführung der Regelung war es zunächst lediglich die Schriftform und erst seit kurzem wurde auch die elektronische Form aufgenommen - haben in den Krankenhäusern bei der tatsächlichen Umsetzung für einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand gesorgt und die bereits im Kontext mit der inhaltlichen Vornahme eines ordnungsgemäßen Entlassmanagements verbundene Bürokratie (z. B. umfassende Antragstellung zur Nachsorge etc.) auf ein nur noch schwer umsetzbares Maß ansteigen lassen. Verschärft wird dies nun noch im Rahmen der derzeitigen SARS-COV-2-Pandemie und den im Rahmen

dessen zu beachtenden Schutzvorschriften zur Infektionsvermeidung. Die mit der Umsetzung dieser Formvorgaben krankenhausintern betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügen oftmals nur in unzureichendem Maße über die erforderliche persönliche Schutzausrüstung. Diese wird vorrangig im ärztlichen und pflegerischen Dienst benötigt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes sind auf die Schutzausrüstung aufgrund des persönlichen Kontaktes mit den Patienten im Rahmen der Information und Unterzeichnung sowie des Austausches von Unterlagen jedoch dringend angewiesen, um das Infektionsrisiko zu verringern.

Aus diesen Gründen ist eine ersatzlose Streichung der in § 39 Abs. 1a S. 14 SGB V enthaltenen gesetzlichen Formvorgaben für die Information des Patienten über das Entlassmanagement und seine datenschutzrechtliche Einwilligung erforderlich und sachgerecht, für die datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten auf dessen ausdrückliche (z. B. mündliche) Einwilligung abzustellen.

Dieser Vorgehensweise entsprechend ist der Gesetzgeber bereits durch die Änderung des § 73 Abs. 1b SGB V im Rahmen des Terminservice- und –versorgungsgesetzes (TSVG) mit Wirkung zum 11.05.2019 vorgegangen, in dem er die bisher in dieser Regelung enthaltene Schriftformerfordernis für die Einwilligungserklärung des Patienten in die Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Hausärzten gestrichen hat.

Gleiches gilt für die Einwilligung des Patienten in die Direktabrechnung sowie in die Übermittlung eines Pflegegrades nach § 17c Abs. 5 KHG. Auch das in dieser Regelung bislang in den Sätzen 2 - 5 enthaltene Schriftformgebot wurde mit dem Zweiten Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU vom 20.11.2019 sowie dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 ebenfalls ersatzlos gestrichen, sodass auch in diesen Bereichen nunmehr die ausdrückliche Einwilligung des Patienten ausreicht.

Im Ergebnis sollte dieses Vorgehen nunmehr auch im Entlassmanagement Niederschlag finden.

Änderungsvorschlag:

§ 39 Abs. 1a S. 14 SGB V ist ersatzlos zu streichen.

V. Telekonsile zwischen Krankenhäusern sowie zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten

Telekonsile, wie sie das Virtuelle Krankenhaus NRW ab Sommer 2020 anbieten wird – und im Rahmen der Bewältigung der Corona-Pandemie seit dem 30.03.2020 als Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses bereits anbietet – verbessern die Versorgung und entlasten durch eine effizientere Nutzung der Ressourcen das Gesundheitssystem. So haben die weit über 500 infektiologischen und intensivmedizinischen Telekonsile der Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses dazu beigetragen, dass viele Patienten, die sonst in Zentren verlegt worden wären, in den aktuell behandelnden Krankenhäusern verbleiben konnten.

Der Erfolg des Vorhabens des Virtuellen Krankenhauses steht und fällt mit der Finanzierung der beteiligten Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte. Telemedizinische Leistungen, Telekonsile und Televisiten müssen angemessen vergütet werden.

In § 87 Abs. 2a SGB V in der Fassung des „Digitale-Versorgung-Gesetzes“ (DVG) wurde eine neue Regelung geschaffen. In der amtlichen Begründung zum DVG wird ausgeführt, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Telekonsilien umfangreich auch sektorenübergreifend mit allen anderen Ärztinnen und Ärzten, die zur medizinischen Behandlung gesetzlich Versicherter berechtigt sind, abrechnen können. Wie auch im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nach § 27b Absatz 3 Nummer 3 und 4 vorgesehen, sollen deshalb z. B. auch Ärztinnen und Ärzte in Hochschulambulanzen, in Psychiatrischen Institutsambulanzen und in zugelassenen Krankenhäusern Telekonsilien auf Veranlassung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchführen und abrechnen können. Für telemedizinische Leistungen zwischen Krankenhäusern sowie zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten gibt es bisher keine entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten.

Bereits das Land Nordrhein-Westfalen hat in seiner Stellungnahme zum „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ eine Regelung angemahnt, die einen zuschlagsfähigen Tatbestand im KHG schaffen soll, um telemedizinische Leistungsangebote von Krankenhäusern für andere Krankenhäuser und sektorenübergreifend zu finanzieren.

Aktuell existieren lediglich zwei OPS-Kodes für telekonsiliarische Leistungen bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, die eine telemedizinische Mitbehandlung durch eine Teleneurologie ermöglichen. Allein die Definition weiterer OPS-Codes wird jedoch als nicht zielführend und zu langwierig angesehen. Telemedizinische Leistungen, Telekonsile und Televisiten zwischen Krankenhäusern und von Krankenhäusern für Vertragsärzte müssen adäquat separat vergütet werden, das bedeutet außerhalb der Fallpauschalen über Zuschläge. Sie verbessern die Versorgung und entlasten durch eine effizientere Nutzung der Ressourcen letztlich das Gesundheitssystem.

Um diesen Problemen einer adäquaten Lösung zuzuführen, schlagen die Krankenhäuser folgende Lösungsansätze vor:

Änderungsvorschlag

In § 17b Absatz 1a KHG wird die folgende Nummer 10 eingefügt:

„10. den Aufwand für die Durchführung von telemedizinischen Leistungen und Beratungen zwischen Krankenhäusern und sektorenübergreifend, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden.“

Ergänzend müssen in der BPfIV und in § 9 KHEntgG eine bundeseinheitliche Regelung für Zuschläge vereinbart und in § 5 BPfIV und KHEntgG Regelungen geschaffen werden, nach denen die Vertragsparteien auf der Ortsebene die Einzelheiten für die dem Zuschlag nach § 17b Absatz 1a Nr. 10 (neu) zugrundeliegenden Leistungen (Telekonsile) miteinander vereinbaren können.

Anlage

Anlage zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 25 KHG)

Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen

Empfohlene OPS-Kodes, für die die Prüfung der erbrachten Leistungen bei ordnungsgemäßer Abrechnung nicht erfolgen darf

OPS-Kode	OPS-Titel
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-972	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung
8-976	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-97a	Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller MDS Isoliereinheit
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand 8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
8-98b.0	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes
8-98b.1	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung: Durch einen internen Palliativdienst
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung: Durch einen externen Palliativdienst

9-402	Psychosomatische Therapie
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-641	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
9-645	Indizierter Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen
9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen
8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung
9-200.-	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
9-201.-	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen
9-202.-	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern
9-203.-	Hochaufwendige Pflege von Neugeborenen und Säuglingen