

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**  
**zum**  
**Entwurf der Bundesregierung**  
**eines**  
**Gesetzes zur Verbesserung der**  
**Gesundheitsversorgung und Pflege**  
**(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)**

**Bundesrat-Drucksache 561/20**

**Stand: 12. Oktober 2020**

---

## Inhaltsverzeichnis

---

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>4</b>
<b>Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>4</b>
Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 85a – neu SGB V)	
Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie.....	4
<b>Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>5</b>
Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 4 Absatz 10 – neu KHEntgG)	
Hebammenstellen-Förderprogramm .....	5
Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 5 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG)	
Gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen für Krankenhäuser der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG.....	6
Zu Artikel 2 Nr. 3 (§ 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG)	
Erweiterung der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG um die Kinder- und Jugendmedizin.....	7
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</b> .....	<b>9</b>
I. Vergütung der Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen .....	9
II. Verlängerung des zeitlichen Anwendungsbereiches von § 219a Abs. 6 SGB V...	11

---

## Allgemeiner Teil

---

In den Versorgungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung sind Anpassungsbedarfe entstanden, die bislang im Jahr 2020 von der Covid-19-Pandemie überdeckt wurden. Die Krankenhäuser begrüßen deshalb, dass der Gesetzgeber diese Reformbedarfe erkennt und mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege teilweise angeht.

In der Geburtshilfe gestaltet sich die Betreuung von Schwangeren durch Hebammen und Entbindungspfleger höchst heterogen. Dies ist vor allem auf einen Fachkräftemangel in diesem Bereich zurückzuführen. Die vorgesehene Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms begrüßen die Krankenhäuser deshalb grundsätzlich. Die vorgesehene Regelung, wonach 0,5 Vollzeitkräfte pro 500 Geburten gefördert werden sollen, greift jedoch zu kurz und ist als Verteilungsmechanismus ungeeignet. Vor dem Hintergrund der auch vom Gesetzgeber angestrebten flächendeckenden Versorgung müssen auch kleine Geburtskliniken von dem Förderprogramm profitieren können, indem die für die Förderung notwendige Mindestfallzahl gestrichen oder angemessen reduziert wird. Für einen dauerhaften Effekt der Förderung ist darüber hinaus eine Verstetigung der Mittel vorzusehen, um einen langfristigen Anreiz zur Schaffung neuer Stellen in den Geburtskliniken zu schaffen.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die zum 30.06.2020 erstellte Liste gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG nach der am 01.10.2020 beschlossenen Erweiterung der G-BA-Regelung um die Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin noch in diesem Jahr ergänzt werden kann. Somit ist sichergestellt, dass die dringend notwendige Unterstützung der ländlichen und strukturschwachen Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Budgetjahr 2021 möglich ist. Weiterhin wird die geplante Staffelung begrüßt, da hierdurch eine weitergehende Finanzierungsgerechtigkeit für Krankenhäuser in ländlichen Räumen geschaffen wird, die mehrere basisversorgungsrelevante Fachabteilungen vorhalten.

Die Entwicklungen bei den Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Vergütung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) betrachten die Krankenhäuser allerdings mit Sorge. Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der G-BA beauftragt, Richtlinien für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Kranker mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen. Entgegen der dokumentierten, ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, bei einem Einbezug der PIA in diese neu zu regelnde Versorgung schwer psychisch Kranker nur die sich daraus ergebenden neuen Leistungen bei allen Leistungserbringern gleich zu vergüten, interpretieren die weiteren Beteiligten den Verhandlungsauftrag dahingehend, dass alle Leistungen der PIA nur noch nach EBM zu vergüten sind. Die hierfür dringend notwendige Klarstellung ist im Kapitel „Weiterer Handlungsbedarf“ dargestellt.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 85a – neu SGB V)

### Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

#### Beabsichtigte Neuregelung

Zur Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie werden die in § 1 der COVID-19-VSt-SchutzV enthaltenen Regelungen zur Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte in das SGB V überführt.

#### Stellungnahme

Aus Sicht der Krankenhäuser greift diese Regelung zu kurz und ist um die zahnmedizinische Hochschulambulanzversorgung zu erweitern. Diese trägt wesentlich zur vertragszahnärztlichen Versorgung bei, insbesondere weil hier Patientinnen und Patienten mit hohem Behandlungsaufwand und Fallschwere versorgt werden können. Die Eingrenzung nur auf niedergelassene Zahnärzte löst aus Sicht der Krankenhäuser daher eine Ungleichbehandlung aus, die vermieden werden sollte.

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 4 Absatz 10 – neu KHEntgG)

#### Hebammenstellen-Förderprogramm

#### Beabsichtigte Neuregelung

Es wird mit dem neuen § 4 Abs. 10 KHEntgG ein Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 eingeführt. Demnach sollen jeweils 0,5 Hebammenstellen je 500 Geburten zusätzlich finanziert werden. Zudem können zur Entlastung der Hebammen zusätzliche Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal im Umfang von bis zu 10 Prozent der Hebammen-Vollzeitstellen finanziert werden.

#### Stellungnahme

Die Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms ist im Grundsatz zu begrüßen. Angesichts des Fachkräftemangels bei den Hebammen ist auch die Möglichkeit zur Finanzierung von Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte) positiv zu bewerten.

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Eingrenzung der Fördermittel auf Kliniken, die mindestens 500 Geburten im Jahr zu verzeichnen haben, ist hingegen bei genauerer Betrachtung nicht zielführend. Gemäß den Geburtszahlen der Krankenhäuser würden etwa 20 Prozent der Geburtskliniken von der Inanspruchnahme des Hebammenstellen-Förderprogramms ausgeschlossen. Weitere 5 Prozent der Geburtskliniken sind von einem Förderausschluss gefährdet, da sie derzeit nur knapp oberhalb der 500-Geburten-Grenze liegen. Bei regionaler Betrachtung stellt sich die Lage sogar noch problematischer dar. In Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise würden 6 von 16 Geburtskliniken vom Förderprogramm nicht profitieren, zwei weitere wären aufgrund der Geburtenanzahl von nur knapp über 500 von einem Förderausschluss akut gefährdet.

Die Eingrenzung passt darüber hinaus auch nicht zum Sicherstellungsgedanken des Gesetzgebers und des G-BA bezüglich der Versorgung in der Fläche. Eine Eingrenzung der Förderung auf Mindestfallzahlen ist schwer nachzuvollziehen, wenn andererseits Sicherstellungszuschläge gemäß G-BA-Richtlinie gezahlt werden, um in diesen Krankenhäusern die Geburtshilfe zu erhalten.

Die sinnvollste Regelung wäre die Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms ohne Kopplung an eine hohe Mindestfallzahl und mit der Möglichkeit zur Finanzierung von Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte). Der im Regierungsentwurf vorgesehene Verteilungsmechanismus von 0,5 VK pro 500 Geburten würde jedoch dazu führen, dass eine Geburtsklinik mit 500 Geburten genauso viele geförderte Stellen

erhielte wie eine Geburtsklinik mit 950 Geburten. Zudem sollte das vorgesehene Fördervolumen deutlich erhöht werden. Bei einer wirtschaftlichen Geburtsabteilung mit 500 Geburten pro Jahr sollte mindestens eine zusätzliche Vollkraft refinanziert werden. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, das Fördervolumen zu verdoppeln und den Verteilungsmechanismus zumindest dahingehend zu gestalten, dass 0,2 VK pro 100 Geburten gefördert werden.

Wünschenswert wäre darüber hinaus, dass diese Fördermittel dem Krankenhausbereich dauerhaft zur Verfügung stehen. Es ist derzeit nicht erkennbar, dass die im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms zusätzlich bereitgestellten Mittel auch nach Ablauf des Förderprogramms zum 1. Januar 2024 im Krankenhausbereich erhalten bleiben. Dies ist zwingend sicherzustellen, um einen dauerhaften Anreiz für die Einstellung von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe zu geben. Insofern ist entweder eine Regelung zu treffen, mit der die zusätzlichen Mittel auch nach dem Jahr 2023 beim Krankenhaus verbleiben oder eine Einrechnung in den Landesbasisfallwert vorzusehen, wie es beispielsweise auch bei dem Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG gesetzlich vorgegeben ist.

## **Änderungsvorschlag**

§ 4 Abs. 10 Satz 1 – neu KHEntgG wird wie folgt geändert:

Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Hebammen mit einer Berufserlaubnis nach § 5 Absatz 2 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Krankenhäusern zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2021, 2022 und 2023 bis zu einem Umfang von ~~0,5~~ 0,2 Vollzeitstellen pro ~~500~~ 100 Geburten in einem Krankenhaus finanziert.“

### **Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 5 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG)**

**Gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen für Krankenhäuser der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die zusätzliche Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG erfolgt nach geltender Rechtslage unabhängig davon, wie viele Fachabteilungen, die Leistungen im Sinne des § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 SGB V erbringen (sogenannte basisversorgungsrelevante Fachabteilungen), ein Krankenhausstandort vorhält. Damit ein Krankenhaus, das mehr als zwei solcher Fachabteilungen vorhält, stärker gefördert wird, wird die zusätzliche Finanzierung nunmehr um gestaffelte Zuschläge in Abhängigkeit von der Anzahl vorgehaltener basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen erhöht.

## Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Staffelung ausdrücklich, da hierdurch eine weitergehende Finanzierungsgerechtigkeit für Krankenhäuser in ländlichen Räumen geschaffen wird, die mehrere basisversorgungsrelevante Fachabteilungen vorhalten. Damit durch diese Änderung eine zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum, wie laut der Gesetzesbegründung vom Gesetzgeber auch beabsichtigt, ab dem Jahr 2021 zweifelsfrei sichergestellt ist, schlägt die DKG eine entsprechende Klarstellung in der gesetzlichen Regelung vor.

## Änderungsvorschlag

In § 5 Absatz 2a Satz 1 wird der neue zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„hält ein Krankenhaus mehr als zwei Fachabteilungen vor, die Leistungen erbringen, für die nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, hat das Krankenhaus darüber hinaus **ab dem Vereinbarungszeitraum 2021** Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 200.000 Euro jährlich je weiterer vorgehaltener Fachabteilung, die solche Leistungen erbringt.“

## Zu Artikel 2 Nr. 3 (§ 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG)

Erweiterung der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG um die Kinder- und Jugendmedizin

## Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene müssen gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, welche die Vorgaben des G-BA zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Krankenhäuser, die in dieser Liste aufgenommen werden, erhalten gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG im folgenden Jahr eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro p.a.

Die aktuellen Sicherstellungszuschläge-Regelungen (gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V) bestehen in der Erstfassung seit dem 24. November 2016 für die notwendige Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie. In der letzten Änderung vom 19. April 2018 wurde als weitere notwendige Vorhaltung die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen aufgenommen. Durch den neuen Halbsatz in § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, die um den Bereich der Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin erweiterte Liste einmalig bis 31. Dezember 2020 zu vereinbaren. Ab dem nächsten Jahr ist die Frist zur Vereinbarung einer Liste unter Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin der 30. Juni.

---

## Stellungnahme

In der G-BA Sitzung des Unterausschuss-Bedarfsplanung am 20. Januar 2020 wurde sowohl vom GKV-SV als auch von der DKG der Antrag eingebracht, die bestehenden Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu ergänzen. Durch die Verzögerung der G-BA-Tätigkeiten aufgrund der Corona-Pandemie war eine Ergänzung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin als Voraussetzung für eine Aufnahme auf die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG bis zum 30. Juni 2020 nicht mehr möglich. Der neue Halbsatz ermöglicht die Erweiterung der Liste bis 31. Dezember 2020. Somit wird sichergestellt, dass die Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits dieses Jahr die Möglichkeit erhalten, auf die Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG, mit Wirkung für das Budgetjahr 2021, aufgenommen zu werden.

Die Krankenhäuser begrüßen dieses Vorhaben aus den genannten Gründen ausdrücklich, damit die Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in ländlichen und strukturschwachen Gebieten durch einen Sicherstellungszuschlag bereits 2021 unterstützt werden.

## Änderungsvorschlag

Entfällt.



---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### I. Vergütung der Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen

#### Stellungnahme

Mit dem durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) eingefügten § 92 Absatz 6b SGB V wurde der G-BA beauftragt, in einer neuen Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, zu beschließen. Gemäß § 87 Absatz 2a Satz 26 SGB V sollen die Leistungen nach dieser Richtlinie daraufhin durch den nach § 87 Absatz 5a SGB V ergänzten Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden.

Mit dem ebenfalls neuen Satz 6 des § 120 Absatz 2 SGB V tritt zum 1. September 2020 zusätzlich eine Regelung mit möglichen Auswirkungen auf die Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen in Kraft: „Die Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen soll der Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 26 ergibt.“

Bereits kurz vor Ende des Gesetzgebungsverfahrens wurden Bedenken zur konkreten Formulierung und den potentiellen Auswirkungen dieser Regelung an den Gesetzgeber herangetragen. Aus der Begründung des zugrundeliegenden Änderungsantrages (Bundestag-Drucksache 19/13585) ergibt sich, dass mit der Ergänzung des neuen Satzes 6 des § 120 Absatz 2 SGB V beabsichtigt war, bei einem Einbezug der PIA in die neu zu regelnde berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Kranker mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nur die sich daraus ergebenden neuen Leistungen bei allen Leistungserbringern auch gleich zu vergüten. Aus der Gesetzesformulierung, die ohne weitere Einschränkungen auf den EBM verweist, könnte sich jedoch ergeben, dass alle Leistungen der PIA unabhängig von der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V nur noch nach EBM zu vergüten sind. Im Plenarprotokoll der 115. Sitzung des Bundestages (S. 14141 vom 26.09.2019) wird jedoch die Feststellung getroffen, dass die Änderung des § 120 Absatz 2 SGB V ausschließlich für die neue Versorgungsform gelten soll.

Die Beratungen im G-BA zu dieser neuen Richtlinie geben jedoch Anlass zur Sorge, dass dies nicht von allen Beteiligten so gesehen wird und Satz 6 des § 120 Absatz 2 SGB V anders interpretiert wird.

Gemäß § 120 Absatz 2 SGB V erfolgen die Vergütungen der PIA unmittelbar von den Krankenkassen. Entsprechend § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V soll die Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der PIA bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. In Deutschland wurden bundeslandesweit oder PIA-individuell bewährte

Vergütungssysteme geschaffen, welche den Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Leistungen im Sinne des § 118 SGB V zu erbringen und weitestgehend flächendeckend Patienten zu versorgen, die wegen Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Versorgung angewiesen sind. Die vereinbarten Vergütungen berücksichtigen das besondere multiprofessionelle und multimodale Behandlungsangebot der PIA und insbesondere auch die Vorhaltekosten des zur Verfügung stehenden breiten diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebotes eines Krankenhauses. Es ist zu bezweifeln, dass sich eine dem EBM folgende Vergütungssystematik für eine sachgerechte Leistungsvergütung für die PIA eignet. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine funktionierende Vergütungsfindung auf Landes- oder Ortsebene durch eine bundeseinheitliche Vergütung ohne Berücksichtigung der uneinheitlichen Kostenstrukturen abgelöst und eine weitestgehend flächendeckende Versorgungsstruktur zerschlagen werden würde, für die bisher keine Alternativen existieren.

Dies wurde auch vom Bundesrat so gesehen, der in seiner 982. Sitzung am 8. November 2019 die Bundesregierung aufforderte, „(...) die Auswirkungen der Anknüpfung der Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab kritisch zu prüfen. (...) [Und] diese Rechtsänderung zurückzunehmen, um den Fortbestand des unverzichtbaren Versorgungsbeitrags, den PIAs in der ambulanten Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten leisten, zu gewährleisten.“

### Änderungsvorschlag

§120 Absatz 2 Satz 6 SGB V wird wie folgt geändert und folgender Satz 7 angefügt:

**Sofern und soweit im Einzelfall Leistungen gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V durch die Psychiatrische Institutsambulanz erbracht werden, soll** die Vergütung dieser Leistungen in ihrer Höhe derjenigen Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 26 ergibt. **Hiervon unberührt bleiben die Regelungen nach Satz 1 bis 3 sowie Absatz 3 Satz 1.**

## **II. Verlängerung des zeitlichen Anwendungsbereiches von § 219a Abs. 6 SGB V**

### **Stellungnahme**

Im Rahmen der sogenannten „ersten Welle“ der SARS-CoV2-Pandemie im Frühjahr 2020 wurden die Gesundheitssysteme einiger EU-Mitgliedsstaaten an die Grenze ihrer Belastbarkeit und zum Teil auch darüber hinaus gebracht, sodass die adäquate Versorgung von an COVID-19 erkrankten Patienten gefährdet war. Dies führte dazu, dass Patienten aus diesen Ländern in deutsche Krankenhäuser verbracht und dort vor allem intensivmedizinisch versorgt wurden. Zur Sicherstellung der Abrechenbarkeit und Vergütung der in diesem Kontext erbrachten Behandlungsleistungen wurde im Rahmen des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020 die Regelung des § 219a Abs. 6 SGB V eingeführt. Diese setzte die Rahmenbedingungen für die Abrechnung dieser Behandlungsfälle durch ein modifiziertes und unbürokratisches Verfahren fest, basierend auf den bereits existierenden gemeinschaftsrechtlichen Regularien zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Die deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVAK) entwickelte daraufhin in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die erforderlichen Umsetzungshinweise, einschließlich der bei der Abrechnung zu verwendenden Formulare. Da seinerzeit noch nicht feststand, wie lange dieses spezielle Abrechnungsverfahren erforderlich sei, wurde der zeitliche Anwendungsbereich von § 219a Abs. 6 SGB V bis zum 30.09.2020 begrenzt.

Die aktuell vor allem in den EU-Nachbarländern derzeit ansteigenden Infektionszahlen lassen befürchten, dass auch in den anstehenden Herbst- und Wintermonaten 2020/2021 intensivbehandlungsbedürftige Patienten aus diesen Ländern nach Deutschland verbracht und behandelt werden. Die Aufrechterhaltung des in § 219a Abs. 6 SGB V geregelte und in der Krankenhauspraxis durchweg begrüßte Abrechnungsverfahren sollte daher auch über den 30.09.2020 hinaus beibehalten werden, was die Verlängerung des zeitlichen Anwendungsbereiches dieser Regelung erforderlich macht. Aufgrund der derzeit bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Infektionszahlen erscheint es jedoch sachgerecht, keinen neuen zeitlichen Anwendungsbereich zu definieren, sondern § 219a Abs. 6 SGB V gänzlich zu entfristen.

### **Änderungsvorschlag**

Der in § 219a Abs. 6 SGB V enthaltene Satz

*„Dies gilt für alle Behandlungen, die bis zum 30.09.2020 begonnen werden.“*

wird ersatzlos gestrichen.