
Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zu der

Formulierungshilfe

für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD

eines

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

Stand: 24. April 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	5
Artikel 1 - Änderung des Infektionsschutzgesetzes	5
Zu Artikel 1 Nummer 5 b) (§ 6 IfSG) Meldepflichtige Krankheiten	5
Zu Artikel 1 Nummer 6 b) (§ 7 IfSG) Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern	5
Zu Artikel 1 Nummer 7 a) Buchstabe ee) (§ 9 IfSG) Namentliche Meldung	6
Zu Artikel 1 Nummer 16 b) (§ 22 IfSG) Impf- und Immunstatusdokumentation	6
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	8
Zu Artikel 3 Nummer 1 (§ 24 KHG) Unterjährige Datenübermittlungen an das InEK	8
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 25 KHG) Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen.....	10
Artikel 4 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	14
Zu Artikel 4 Nummer 4 (§ 20i SGB V) Kostenübernahme für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität durch das BMG	14
Zu Artikel 4 Nummer 6 (§ 67 SGB V) Pilotprojekte der Krankenkassen und ihrer Verbände für die elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen	14
Zu Artikel 4 Nummer 10 a) und b) (§ 115 SGB V) Gutachtenvergabe Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	15
Zu Artikel 4 Nummer 15 (§ 219a SGB V) Kostenübernahme für die Behandlung von COVID-19-Patienten aus den europäischen Ausland	17
Zu Artikel 4 Nummer 16 (§ 275c SGB V) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst - Prüfquote.....	19
Zu Artikel 4 Nummer 17 (§ 275 d SGB V) Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst	21
Artikel 10 - Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ..	23
Zu Artikel 10 Nummer 1 (§ 3 Abs. 2a PflAPrV) Möglichkeit zur Aufteilung des Pflichteinsatzes auf eine zweite Einrichtung	23
Artikel 11 - Änderung des Apothekengesetzes	24
Zu Artikel 11 (§ 21 Absatz 2 Apothekengesetz) Ermöglichung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung durch Automatisierung in Krankenhäusern mit eigener Krankenhausapotheke.....	24

Artikel 12 - Änderung der Apothekenbetriebsordnung	25
Zu Artikel 12 (§31a neu ApoBetrO)	
Ergänzung des neuen Paragraphen § 31a zu „Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung im Krankenhaus“	25
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	26
I. Refinanzierung COVID-19 Tests für Krankenhauspersonal und Patienten	26
II. Ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) durch Krankenhäuser	28
Anlage.....	33
Anlage zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 25 KHG) Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen	33

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 des Testgeschehens 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 bisherigen Vergütungen nicht enthalten sind.

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. Angesichts der erheblichen Belastungen, denen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser in der aktuellen Lage ausgesetzt sehen, muss der bürokratische Aufwand der Kostenübernahme durch den Bund auf ein Minimum begrenzt werden.

Darüber hinaus hatten die Krankenhäuser die berechtigte Erwartung, dass der Gesetzentwurf auch die schon heute absehbaren Anpassungsbedarfe des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes aufgreift und umsetzt. Ungeachtet der anstehenden Beratungen des dazu vom BMG benannten Beirates müssen die im Kapitel „Weiterer Handlungsbedarf“ dieser Stellungnahme genannten Maßnahmen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zeitnah umgesetzt werden.

Nähere Erläuterungen zu diesen und weiteren Themenfeldern sind den folgenden Kapiteln der vorliegenden Stellungnahme zu entnehmen.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 5 b) (§ 6 IfSG)

Meldepflichtige Krankheiten

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 wird neu geregelt, dass nun auch die Genesung nach einer Erkrankung an COVID-19 dem Gesundheitsamt gemeldet werden soll.

Stellungnahme

Da derzeit unklar ist, wann eine Person als genesen gilt (negativer PCR-Test, Antikörpernachweis) und vor allem, wie lange eine erworbene Immunität anhält, sagt eine Erfassung der Genesung wenig aus. Es kann eher zu einer falschen Sicherheit der betroffenen Personen führen, wenn sie davon ausgehen, dass das Virus ihnen nun nicht mehr gefährlich werden kann.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nummer 6 b) (§ 7 IfSG)

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

Beabsichtigte Neuregelung

In § 7 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt, wonach die Meldepflicht der Labore auch auf Fälle ausgedehnt wird, in denen die Labortestung auf SARS-CoV-2 negativ war.

Stellungnahme

In der Begründung wird ausgeführt, dass der ÖGD durch diese Meldung 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 7 a) Buchstabe ee) (§ 9 IfSG) **Namentliche Meldung**

Beabsichtigte Neuregelung

Die namentliche Meldung durch einen Arzt soll künftig auch Angaben zum Immunstatus der betroffenen Person enthalten.

Stellungnahme

Begründet wird dies damit, dass Immundefizienzen ein wichtiger Risikofaktor für Infektionskrankheiten sind und maßgeblich die Schwere vieler Krankheitsverläufe beeinflussen.

Die Regelung bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf die aktuelle COVID-19-Problematik, sondern wird im IfSG mit Bezug auf sämtliche meldepflichtigen Erkrankungen verankert. Es ist nicht geklärt, was in diesem Fall als Immundefizienz gilt und was genau gemeldet werden soll. 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

Entfällt

Zu Artikel 1 Nummer 16 b) (§ 22 IfSG) **Impf- und Immunstatusdokumentation**

Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Erfassung des Immunstatus soll dieser nun in einer Immunstatusdokumentation analog zur Impfdokumentation erfasst werden.

Stellungnahme

Laut Begründung soll damit eine Immunität der Person nachgewiesen werden und bei gleichzeitiger Feststellung einer fehlenden Ansteckungsfähigkeit Schlüsse für den weiteren Umgang mit Schutzmaßnahmen und vulnerablen Gruppe gezogen werden.

Diese an sich sinnvolle Regelung scheitert zurzeit noch daran, dass die Immunitätseigenschaften von COVID-19 noch nicht geklärt sind. Die Regelung ist daher in Bezug auf COVID-19 in die Zukunft gerichtet. Sie wird im Gesetz auch nicht auf COVID-19 beschränkt, sondern gilt für alle meldepflichtigen Krankheiten.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nummer 1 (§ 24 KHG)

Unterjährige Datenübermittlungen an das InEK

Beabsichtigte Neuregelung

Zwei unterjährige Datenübermittlungen aufgrund der Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen.

Stellungnahme

Die aktuelle Datensatzbeschreibung des Verfahrens vom 4.12.2019 betrifft das Datenjahr 2019. Vorgaben für das Datenjahr 2020 und das für diese Datenlieferungen angewendete Fehlerverfahren wurden noch nicht bekannt. Es wird davon ausgegangen, dass die Vorgaben des Datenjahres 2019 zur Anwendung kommen sollen.

Die von der DKG als nicht sachgerecht kritisierte, kurzfristig erhobene Forderung des InEK, für das Datenjahr 2019 auch rückwirkend Standortangaben zu liefern, erforderte zum Teil provisorische Lösungen und umfangreiche Nachbearbeiten für die Datenlieferungen. Erstmals wurde mit dieser Anforderung von einer Ableitbarkeit aus den § 301-Daten abgewichen.

Diese rückwirkende Ermittlung von Standortangaben konnte von den Softwareherstellern mangels Vorgaben für das aktuelle Datenjahr 2020 bisher noch nicht in ein reguläres Verfahren umgesetzt werden. Die in der Begründung angeführte Einschätzung des Übermittlungsaufwandes als „vertretbar“, da hier „jedes Jahr“ Daten übermittelt würden, trifft für die Krankenhäuser schon deshalb nicht zu, da im Vergleich zum Vorjahr noch keine reguläre Datenübermittlung implementiert ist.

Eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen ist bereits aus diesen Gründen nicht sachgerecht.

Effektiv steht den Häusern auch diese kurze Bearbeitungszeit gar nicht zur Verfügung, weil Fälle gegen Ende des Datenzeitraumes zunächst noch kodiert und abgerechnet werden. Ohne Verschulden der Häuser wird also die Datenqualität der Vorjahre bei einseitig durch das InEK festgelegten, sanktionsbewehrten Fehlerverfahren nicht zu erreichen sein.

Ebenfalls nicht sachgerecht ist die für den Entlassungszeitraum 1.1.-30.5.2020 vorgesehene dreimalige Datenlieferung bis zum 15.6., dann bis zum 15.10. und abschließend mit der regulären Gesamtlieferung für das Datenjahr 2020.

Laut § 24 Absatz 3 wird ab dem ersten, seitens des InEK in der Datenlieferung als fehlerhaft oder fehlend bewerteten Fall eine Sanktion von mindestens 20.000€ pro Standort erhoben. Die Sanktionierung aufgrund von Fällen, die das InEK als in der Datenübermittlung als fehlend bewertet werden, bedarf einer schlüssigen Beweisführung auf Basis eines Datenbestandes, der sich jedoch infolge von Rechnungsprüfungen oder Fallzusammenführungen ständig ändert. Eine Sanktionsregelung auf Basis eines Vorjahresvergleichs, der Fallzahlschwankungen infolge der Coronavirus-Pandemie berücksichtigen soll, ist in dieser Form nicht operationalisierbar. Eine korrekte und vollständige Datenlieferung 14 Tage nach Monatsende, die in einigen Bundesländern auch noch in die Ferienzeit fällt, ist angesichts der hohen Prüfhürden des InEK kaum machbar und für das Ziel, eine laufende Kontrolle des Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern zu erhalten, auch nicht notwendig. Nicht ohne Grund beträgt die übliche Abgabezeit 3 Monate und ist in der Regel immer mit mehreren (zeitaufwändigen) Korrekturläufen verbunden.

Entweder müssen die Prüfmaßstäbe („Fehlerverfahren“) angepasst oder der Zeitraum für die finale Abgabe fehlerfreier Daten um mindestens weitere 14 Tage auf das Monatsende des darauffolgenden Monats verschoben werden. Es besteht bei wiederholter Datenlieferung auch keine zwingende Notwendigkeit, eine komplexe Sanktionsregelung mit derart kurzen Vorlaufzeiten zu implementieren. Im Extremfall könnte bei dreimaliger Datenlieferung schon die Abweichung um einen einzigen Fall eine Sanktion von 60.000 EUR auslösen. Der Gesetzgeber sollte in dieser Situation Krankenhäuser nicht mit weiteren Sanktionsorgien belasten, sondern das Vertrauen der Krankenhäuser in die Politik stärken, in dem gemeinsam nach bestem Wissen und Gewissen - aber ohne drakonische Sanktionsdrohung - dem InEK eine Datenbasis für die notwendigen Auswertungen an die Hand gegeben wird. Schließlich sollten die erhobenen Daten analog der Regelungen in § 21 Abs. 3 Satz KHG auch den Vereinbarungspartnern nach § 17b Abs. 2 Satz 1 zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 24 Absatz 2 KHG ist wie folgt anzupassen:

(2) Für eine Überprüfung nach Absatz 1 auf empirischer Datengrundlage übermitteln die zugelassenen Krankenhäuser an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf maschinenlesbaren Datenträgern bis zum **1530.** Juni 2020 die Daten gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes 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; bis zum **15 31.** Oktober 2020 erfolgt eine entsprechende Datenübermittlung für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. **Januar Juni** 2020 und dem 30. September 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nutzt die Daten nach Satz 1 für Auswertungen, die vom Bundesministerium für Gesundheit angefordert werden **und stellt diese Daten auch den Vereinbarungspartnern nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung.** Die Kosten für die Erstellung der Auswertungen nach Satz 2

sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere der Datenübermittlung nach Satz 1.

§ 24 Absatz 3 KHG ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 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.

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-Komplexcodes 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 unermüden 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 Beatmungsstunden 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 Inkrafttreten 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 intensivmedizinisch 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 dieser 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 nach Absatz 2 gelisteten 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 gilt und die zusätzlichen Kosten gesondert zu übernehmen sind, da diese in den bisherigen Vergütungen (kalkulierten Kosten – DRGs / Pflegeentgelte) nicht enthalten sind.

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 6 (§ 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 10 a) und b) (§ 115 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 31. Dezember 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein**“ ersetzt.

Zu Artikel 4 Nummer 15 (§ 219a SGB V)

Kostenübernahme für die Behandlung von COVID-19-Patienten aus den 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.

Stellungnahme

Die beabsichtigte 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.

Gleichwohl ist der in § 219a Absatz 6 SGB V angedachte Lösungsansatz über die Anwendung des bereits existierenden Verfahrens nach den gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben unvollständig, da offen gelassen wird, wie mit Patienten aus dem europäischen Ausland umzugehen ist, die über keine Krankenversicherung verfügen. Aber selbst bei versicherten Patienten wäre der Ansatz nicht umsetzbar, da die jeweiligen Voraussetzungen der Regelungen für Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen nach Art. 20. Verordnung (EG) 883/2004 und die Anforderungen an das Genehmigungsverfahren solcher Reisen nach Art. 26 Verordnung (EG) 987/2009 in der Praxis nicht erfüllt werden können.

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass die voranstehenden gemeinschaftsrechtlichen Regelungen grundsätzlich eine Initiative des Versicherten voraussetzen, der sich aktiv bei seinem Versicherungsträger zunächst um die Genehmigung der betreffenden Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat der EU bemühen und nach deren Erhalt – ebenfalls aktiv – in dem betreffenden Mitgliedsstaat eine aushelfende Krankenkasse auswählen muss, welche ihn mit einer Kostenübernahmeerklärung ausstattet, mit der dann der Leistungserbringer aufgesucht werden kann. Letzteres sichert dem Leistungserbringer zu, dass die Kosten übernommen werden und verschafft diesem auch einen Abrechnungsadressaten.

Diese Schritte können von Patienten, die in der aktuellen Krisenlage – oftmals beatmungspflichtig – zur intensivmedizinischen Behandlung nach Deutschland verbracht werden, zweifelsohne nicht vorgenommen und – bei schwerstem Krankheitsverlauf – erst recht nicht nachgeholt werden. Zudem besteht in der Praxis gehäuft das Problem, dass die Patienten seitens des verbringenden Krankenhauses ihres Heimatlandes nicht mit den hinreichenden Unterlagen ausgestattet sind, aus denen sich für das aushelfende deutsche Krankenhaus zumindest die Kostenübernahme ersehen lässt, von der Kenntnis einer aushelfenden deutschen Krankenkasse als Abrechnungsadressat ganz zu schweigen.

Ungeachtet dessen wäre die Durchführung des Verfahrens nach den Verordnungen (EG) 883/2004 und (EG) 987/2009 auch nicht erforderlich, da dieses im Wesentlichen der Sicherstellung der Refinanzierung der Kosten der aushelfenden deutschen Krankenkasse durch den Versicherungsträger im Heimatland des Patienten dient. Dieser zwischenstaatliche Kostenausgleich soll nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf jedoch durch die Kostentragung durch den Bund gerade ersetzt werden.

Aus diesen Gründen wäre die Kostentragung und Abrechnung von COVID-19-Patienten aus dem europäischen Ausland unabhängig von den bisherigen gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben und vielmehr anhand eines praktikablen Abrechnungsverfahrens mit minimalem bürokratischem Aufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen zu regeln. Hierzu böte sich zunächst die gesetzliche Klarstellung an, dass betreffende Patienten aus dem europäischen Ausland zumindest einen Versicherungsnachweis ihrer heimischen Krankenversicherung (Versichertenkarte), idealerweise mit der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC), mit den zugehörigen Ausweispapieren mitführen. Des Weiteren sollte § 219a Abs. 6 SGB V entweder bereits eine bundesunmittelbare gesetzliche Krankenkasse als aushelfende Krankenkasse konkret benennen, welche den Krankenhäusern für COVID-19-Fälle aus dem EU-Ausland als Abrechnungsadressat dient und – nach Abrechnung des Behandlungsfalles – ihrerseits über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) den in § 219a Abs. 6 SGB V vorgesehenen Kostenausgleich mit dem Bund herbeiführen kann. Alternativ käme in Betracht, die Länder gesetzlich zu ermächtigen die verbindliche Benennung der aushelfenden Krankenkasse auf Landesebene vorzunehmen. Immerhin wird ja in der Gesetzesbegründung auch darauf verwiesen, dass das vorgeschlagene Abrechnungsverfahren nur in den Fällen in Betracht kommt, in denen entsprechende Vereinbarungen zwischen den EU-Mitgliedsstaaten und den Ländern getroffen wurden.

Die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Kennzeichnung des Behandlungsfalles als COVID-19-Fall durch das Krankenhaus erscheint vor dem Hintergrund, dass das in § 219a Abs. 6 SGB V geregelte Verfahren nur bei der Behandlung von COVID-19 anwendbar sein soll, zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Gleichwohl ist eine entsprechende gesonderte Kennzeichnung im Rahmen der elektronischen Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und aushelfender Krankenkasse nach § 301 SGB V nur äußerst schwierig umsetzbar. Allerdings erscheint eine COVID-19-Zuordnung der von der aushelfenden Krankenkasse über die DVKA beim Bund angemeldeten Kostenerstattungen in den einzelnen Behandlungsfällen auch anhand der vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Behandlungsleistungen und der zugrundeliegenden Diagnosen

möglich, so dass es keiner ausdrücklichen Kennzeichnung der Behandlungsfälle durch das Krankenhaus bedarf.

Zu Artikel 4 Nummer 16 (§ 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 unbehandelten 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. 16 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 17 (§ 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. abhängig von der Verfügbarkeit fachlich qualifizierter personeller Ressourcen am Arbeitsmarkt sein oder von der Verfügbarkeit und Anschaffung spezieller technischer Geräte. 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 tatsächlich 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 1 (§ 3 Abs. 2a PflAPrV)

Möglichkeit zur Aufteilung des Pflichteinsatzes auf eine zweite Einrichtung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 3 Abs. 2a 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.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Artikel 11

Änderung des Apothekengesetzes

Zu Artikel 11 (§ 21 Absatz 2 Apothekengesetz)

Ermöglichung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung durch Automatisierung in Krankenhäusern mit eigener Krankenhausapotheke

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Gesetzesänderung soll im Apothekengesetz ergänzt werden, dass die Automatisierung der Arzneimittelversorgung in Form eines Modellvorhabens zulässig sein soll und in der Apothekenbetriebsordnung Näheres dazu geregelt werden kann.

Stellungnahme

Prinzipiell wird begrüßt, dass Möglichkeiten geschaffen werden sollen, die Arzneimittelversorgung durch Automatisierung zu beschleunigen. In der Regel ist jedoch die Einführung von Automatisierung ein komplexer Prozess, der nicht so schnell umzusetzen ist, wie das wünschenswert wäre. Des Weiteren ist die Automatisierung der Arzneimittelversorgung innerhalb der Apotheke in vielen größeren Klinikapotheken schon umgesetzt. Die geplanten Modellvorhaben sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht geeignet, eine beschleunigte Arzneimittelversorgung in der epidemischen Notlage zu erreichen, vielmehr könnten sie wegen des Einrichtungsaufwandes sogar kontraproduktiv sein. Die grundsätzliche Zulässigkeit von Automatisierung bei der Arzneimittelversorgung sollte jedoch im Gesetz und der Apothekenbetriebsordnung für die Zukunft verankert werden, da dies personell entlasten kann, auch wenn weiter eine pharmazeutische Aufsicht erfolgt.

Änderungsvorschlag

Artikel 11 wird wie folgt geändert:

In der Apothekenbetriebsordnung nach Absatz 1 Satz 1 können auch die Zulässigkeit und die Voraussetzungen von Maßnahmen von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern durch Automatisierung sowie das Nähere zur Ausgestaltung und Durchführung der Modellvorhaben geregelt werden.

Artikel 12

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Zu Artikel 12 (§31a neu ApoBetrO)

Ergänzung des neuen Paragraphen § 31a zu „Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung im Krankenhaus“

Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Paragraph ergänzt werden, der das Nähere zur Durchführung eines Modellvorhabens zur Arzneimittelversorgung im Krankenhaus regelt.

Stellungnahme

Die DKG präferiert statt Modellvorhaben die Verankerung von Maßnahmen zur Automatisierung der Arzneimittelversorgung im Gesetz, sowohl im Apothekengesetz (s. a. Anmerkungen zu Artikel 11) wie auch in der Apothekenbetriebsordnung. Es wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass die Trennung der Versorgung in Fremdhäuser und Trägerklinikum als wenig sinnvoll erachtet wird, ebenso wie der grundsätzliche Ausschluss von krankenhausversorgenden Apotheken, durch die eine automatisierte Arzneimittelversorgung zum Teil auch schon etabliert ist.

Änderungsvorschlag

§ 31a (neu) Apothekenbetriebsordnung wird ersatzlos gestrichen.

Es wird ein neuer § 31a (neu) Apothekenbetriebsordnung eingefügt:

§ 31a ~~Modellvorhaben zur~~ Automatisierung der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus

Die Vorschriften des § 17 Absatz 1a werden mit der Maßgabe ergänzt, dass Arzneimittel anstelle einer Aushändigung auch aufgrund validierter, maschineller Verfahren unter der Aufsicht von pharmazeutischem Personal zusammengestellt und abgegeben werden dürfen.

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 das Symptome bestehen durchgeführt. 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 2x/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 voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, ein Zusatzentgelt in Höhe von 60 Euro pro PCR-Diagnostik zum Erregernachweis ab. Sobald eine Antikörpertestung zur Verfügung steht, wird auch diese mit einem Zusatzentgelt in Höhe von 60 Euro abgerechnet. Die Abrechnung des Zusatzentgeltes erfolgt gegenüber der Patientin oder dem Patienten oder ihren Kostenträgern.

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 Patienteneinsatznahme 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.**

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