



Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

22. September 2016

MFT und VUD bilden gemeinsam den Dachverband Deutsche Hochschulmedizin e.V.

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Kontakt

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Ansprechpartner

Jens Bussmann

Stv. Leiter der Geschäftsstelle

Tel.: +49 (0)30 3940517-23

bussmann@uniklinika.de

Allgemeine Stellungnahme

Die Bundesregierung strebt mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine ordnungspolitische Neuausrichtung für die Versorgung und Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen an. Die Deutsche Hochschulmedizin (DHM) unterstützt diese gesetzgeberische Initiative ausdrücklich. Die Abkehr vom bisher vorgesehenen Preissystem hin zu einem Budgetsystem, das eine Stärkung der Ortsebene vorsieht und Personalvorgaben für den therapeutischen Bereich berücksichtigt, ist der richtige Ansatz zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

Die DHM schließt sich im Wesentlichen der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft an. Sie sieht darüber hinaus dringend notwendigen Anpassungsbedarf bei den bestehenden Regelungen zu den Hochschulambulanzen. Im Einzelnen sind folgende Punkte aus Sicht der DHM hervorzuheben:

- Der Gesetzentwurf enthält bislang keine eindeutige Vorgabe, wonach die verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung mit einer vollumfänglichen Personalkostenfinanzierung einschließlich der Tarifentwicklungen einhergehen. Diese ist aber zwingend aufzunehmen. Andernfalls werden die Mindestvorgaben für die Kliniken nicht umsetzbar sein.
- Der Nachweis über die zweckbestimmte Mittelverwendung muss den Kliniken die Flexibilität ermöglichen, die unterschiedliche Versorgungsmodelle für die Personalorganisation erfordern. Die einmalige Nichteinhaltung von Personalvorgaben darf nicht zu einer dauerhaften Budgetabsenkung führen.
- Die Finanzierung struktureller und regionaler Besonderheiten über leistungsbezogene Entgelte ist der falsche Ansatz. Strukturelle und regionale Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sind stattdessen als ausdrücklicher Bestandteil des Budgets zu berücksichtigen oder über einen krankhausindividuellen Zuschlag zu finanzieren. Auch im somatischen Bereich werden vergleichbare besondere Aufgaben und Vorhaltungen (z. B. Zentren, Notfallversorgung) mittlerweile gesondert zu den Fallpauschalen und Zusatzentgelten finanziert.
- Die Berücksichtigung struktureller und regionaler Besonderheiten darf nicht an Nachweispflichten gekoppelt werden, die für die Kliniken nicht leistbar sind. Die Nachweise dürfen nur auf Informationen beruhen, die dem einzelnen Krankenhaus auch zugänglich sind.
- Der Krankenhausvergleich muss in erster Linie das Ziel haben, Transparenz und Vergleichbarkeit unterschiedlicher Strukturen und Leistungsangebote herzustellen. Er muss der Ortsebene angesichts struktureller und regionaler Versorgungsunterschiede Orientierung geben, in welchem Umfang Budgetunterschiede angemessen sind.

- Die Standortdefinition muss die örtlichen Besonderheiten berücksichtigen. Daher sind auf Bundesebene lediglich Rahmenvorgaben für die Standortdefinition zu entwickeln. Die verbindliche Festlegung erfolgt durch die Vertragsparteien auf Ortsebene im Einvernehmen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden.
- Für die Hochschulambulanzen ist gesetzlich klarzustellen, dass die wesentlichen Regularien der vertragsärztlichen Versorgung keine Anwendung finden und damit auch der Erlaubnisvorbehalt nicht gilt.
- Die konkreten Voraussetzungen, bei denen bestimmte Patientengruppen aus Gründen der Versorgung die Hochschulambulanz in Anspruch nehmen können, sind gesetzlich festzulegen. Dies können bestimmte Krankheitsbilder oder sonstige Kriterien sein, die einen Hinweis darauf geben, dass die vertragsärztliche Versorgung keine ausreichende Versorgung sicherstellt oder dass die besondere Kompetenz oder Infrastruktur der Universitätsklinik erforderlich ist.

Nachfolgend nimmt die DHM Stellung zu ausgewählten Themenkomplexen des Gesetzentwurfs.

Stellungnahme zu einzelnen Themenkomplexen

1. Personalvorgaben, Refinanzierung und Nachweispflichten miteinander verbinden

Der Gesetzentwurf sieht verbindliche Mindestvorgaben zur Personalbesetzung vor (Art. 5 Nr. 8). Diese sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 über die vom G-BA vorzugegebene Nachfolgeregelung zur Psych-PV zu berücksichtigen. Bei Nicht-Einhaltung der Vorgaben ist von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist (Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d). Für die Jahre 2016 bis 2019 ist die Psych-PV weiteranzuwenden und ihre Umsetzung dem InEK nachzuweisen (Art. 2 Nr. 14).

I. Personalvorgaben als Grundlage der Budgetfindung

Die Weiteranwendung der Psych-PV in der Übergangsphase bedeutet, dass ihre bekannten Unzulänglichkeiten (z. B. fehlende Berücksichtigung der Psychosomatik und von Hygienefachkräften) prolongiert werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass die bisherige Vereinbarungspraxis auf Ortsebene von einer „gemeinsam vereinbarten Widersprüchlichkeit“ bei der Anzahl der Vollkräfte und dem einhergehenden Gesamtbetrag, dem fehlenden Anspruch auf eine 100%ige Refinanzierung der Personalstellen nach Psych-PV und der fehlenden Zweckbindung von Budgetanteilen geprägt ist. Daher begrüßt die DHM, dass der Nachweis zur Psych-PV Umsetzung nicht Gegenstand bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags ist.

Die Meldung an das InEK schafft Transparenz über das tatsächliche bundesdurchschnittliche Ausmaß der Psych-PV Umsetzung. Ein hierüber ermittelter Mittelwert darf aber nicht der Orientierungsmaßstab bei der Entwicklung der Nachfolgeregelung durch den G-BA sein.

Die Berücksichtigung von Mindestvorgaben für die Personalbesetzung im therapeutischen Bereich bei der Budgetvereinbarung ist der richtige Ansatz, um eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu sichern. Die Einführung einer Nachfolgeregelung zur Psych-PV ist dringend geboten, damit aktuelle Versorgungsstandards bei der Personalbemessung Berücksichtigung finden. Die Bezugnahme auf Leitlinien oder andere wissenschaftliche Expertise als Grundlage ist dabei unbedingt notwendig. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die Nachfolgeregelung hinreichend flexibel ist, damit Veränderungen in der Versorgung berücksichtigt werden. Dies gilt z. B. hinsichtlich neuen Organisationskonzepten, die als Reaktion auf den Fachkräftemangel neue Formen der Arbeitsteilung zur Entlastung der Fachkräfte im therapeutischen Bereich (z. B. Belegungs- und Fallmanager, Stationsassistenten) vorsehen.

II. Refinanzierung der Personalvorgaben

Die verbindliche Umsetzung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung bedeutet für die Krankenhäuser unausweichliche Personalkosten. Die Vorgaben im Gesetzentwurf zur Vereinbarung des Gesamtbetrags nehmen hierauf allerdings keinen Bezug. Es fehlt an einer zwingend notwendigen Regelung, dass Personalkosten, die auf verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung beruhen, vollumfänglich im Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) zu finanzieren sind. Ohne die Absicherung der vollständigen Refinanzierung sind verbindliche Personalmindestvorgaben durch die Krankenhäuser nicht umsetzbar. Bereits die heutige Vereinbarungspraxis zeigt, dass das derzeitige Niveau der Krankenhausbudgets eine 100%ige Umsetzung der Psych-PV nicht zulässt. Diesen Widerspruch muss das PsychVVG beseitigen und die vollumfängliche Refinanzierung der Personalkosten gesetzlich garantieren. Dies gilt auch, insofern strukturelle oder regionale Besonderheiten eine Personalausstattung erfordern, die ein Überschreiten der Mindestvorgaben notwendig macht.

Für Kostensteigerungen in Folge tariflicher Entwicklungen sieht der Gesetzentwurf eine anteilige Berücksichtigung der Erhöhungsrates in Höhe von 40% vor. Eine lediglich partielle Refinanzierung steht im Widerspruch zur Verbindlichkeit der Personalmindestvorgaben und den damit einhergehenden Personalkosten. Dieser Widerspruch könnte bei einer unzureichenden Finanzierung der Personalvorgaben grundsätzlich durch die Möglichkeit einer sanktionsbefreiten Unterschreitung der Mindestvorgaben aufgelöst werden. Die DHM geht davon aus, dass dies nicht gewollt ist, und fordert daher die 100%ige Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen.

III. Nachweispflichten zur Einhaltung der Personalvorgaben

Wenn ab dem Jahr 2020 die Nachfolgeregelung zur Psych-PV verbindlich anzuwenden und die vollumfängliche Refinanzierung der Personalkosten und des medizinisch leistungsgerechten Budgets zuverlässig und dauerhaft gegeben ist, sind Nachweise zur Einhaltung der Mindestvorgaben grundsätzlich erbringbar. Ohne eine verbindliche Finanzierung der Personalkosten ist der Nachweis zur Einhaltung von Mindestvorgaben abzulehnen. Der im Gesetzentwurf vorgesehene differenzierte Nachweis (u. a. mit Angaben zu den einzelnen Berufsgruppen) geht allerdings an der Realität vorbei. So wird es beispielsweise Krankenhäusern auf Grund der angespannten Arbeitsmarktsituation im therapeutischen Bereich in der Regel nicht gelingen, vakante Stellen zeitnah nach zu besetzen. Die Kompensation von Vakanzen über bezahlte Überstunden und durch den Einsatz von Honorarkräften wird in dem geforderten Nachweis mit einem Vergleich der SOLL- und IST-Anzahl von Vollkräften nicht erkennbar sein. Der Einsatz von Honorarkräften ist buchhalterisch bei den Sach- und nicht den Personalkosten zu berücksichtigen. Auch dies berücksichtigt der geforderte Nachweis nicht. Er ist daher zumindest um diese Positionen zu ergänzen.

Um das Konfliktpotential, das sich aus den vorgesehenen Nachweispflichten ergibt, zu reduzieren, sind die Vorgaben im Gesetzentwurf anzupassen. Sie sind auf die Frage zu konzentrieren, ob die vereinbarten Budgetmittel für die Personalausstattung (inkl. dem Einsatz für Honorarkräfte) dem Grunde nach zweckgemäß eingesetzt wurden. Generell müssen die Vorgaben zur Personalausstattung und der darauf beruhende Nachweis dem Krankenhaus organisatorische Gestaltungsspielräume bei der Entscheidung ermöglichen, welche Berufsgruppen bei den unterschiedlichen Behandlungskonzepten zum Einsatz kommen.

Darüber hinaus darf die einmalige Nicht-Einhaltung der Personalvorgaben nicht zu einer dauerhaften Absenkung des Gesamtbetrags führen (Basisabsenkung). Stattdessen sollten die Vertragsparteien auf Ortsebene bei anhaltender Nichteinhaltung eine Ausgleichszahlung für den zurückliegenden Zeitraum vereinbaren.

2. Strukturelle und regionale Besonderheiten richtig finanzieren

Die Abkehr von Preissystem und Konvergenzphase zu Gunsten der Stärkung der Budgetverhandlungen durch die Vertragspartner auf der Ortsebene ist uneingeschränkt zu unterstützen. Die Regelungen des Gesetzentwurfs zur Budgetfindung sind hinsichtlich der Berücksichtigung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten allerdings unzureichend ausgestaltet. Die DHM sieht daher Anpassungsbedarf, damit die Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten zu bedarfs- und leistungsgerechten Budgets führen kann.

I. Keine leistungsbezogenen Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten

Ausgangspunkt für dieses Gesetzgebungsverfahren ist die Erkenntnis, dass sich die unterschiedlichen Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nicht über leistungsbezogene Einheitspreise finanzieren lassen. Dies erklärt die beabsichtigte Abkehr vom bisher vorgesehenen Preissystem hin zu einem Budgetsystem.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für „regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung“ die Vertragsparteien auf Ortsebene krankenhausspezifische Entgelte vereinbaren (Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b). Voraussetzung ist, dass diese Besonderheiten nicht über den bundesweiten Entgeltkatalog sachgerecht vergütet werden und dass das Krankenhaus die entsprechenden Zusatzkosten darlegen kann.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Vergütung regionaler oder struktureller Besonderheiten an die Erbringung einer Leistung für bestimmte Patienten geknüpft wird, für die ein tages-, fall- oder zeitraumbezogenes Entgelt vereinbart werden soll. Aus den nachfolgend dargestellten Merkmalen dieser Besonderheiten wird deutlich, dass diese oftmals nicht einer bestimmten Leistung zugeordnet werden können bzw. dass eine sachgerechte einzel-fallbezogene Entgeltkalkulation (z. B. auf Grund geringer Fallzahlen) nicht möglich ist:

1. Teilnahme an der Pflichtversorgung:

Der Umfang und die damit verbundenen Vorhaltungskosten für die Pflichtversorgung sind zwischen den Krankenhäusern sehr unterschiedlich. Eine sachgerechte Zuordnung dieser Kosten auf einzelne Leistungen bzw. Fälle ist nicht möglich. Für den somatischen Bereich ist dies hinsichtlich der stationären Notfallversorgung erkannt worden. Dort wird die stationäre Notfallversorgung zukünftig über leistungsunabhängige Zuschläge finanziert.

2. Vorhaltung von besonderen Versorgungsangeboten:

- a. Für die Behandlung von Patienten, die zugleich unter psychischen und schweren körperlichen Erkrankungen leiden, sind die Kompetenzen unterschiedlicher Fachdisziplinen notwendig. Gerade auch in Fällen organischer psychischer Störungen wie beim Auftreten psychischer Syndrome als Folge organischer psychischer Störungen oder im Umfeld schwerer und schwerster somatischer Erkrankungen (delirante Syndrome, onkologische Erkrankungen, Langzeit-Intensivbehandlungen) ist die Verknüpfung von kostenintensiver bildgebender Diagnostik, genetischen Untersuchungen und insbesondere die wiederholte konsiliarische Einbeziehung von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen von großer Bedeutung. Nur die interdisziplinäre Vernetzung und eine hierdurch sichergestellte breite multidisziplinäre Expertise machen die Diagnostik und Behandlung besonders schwer erkrankter Patienten möglich. Beispielsweise häufen sich Patienten mit „Doppeldiagnosen“, z. B. Patienten mit kardialen oder diabetischen Erkrankungen: Sie werden immer wieder wegen führender psy-

chiatrischer Probleme versorgt. Dabei ist die Behandlung der somatischen Erkrankungen mit ihren hohen Anforderungen und Aufwendungen sicherzustellen.

- b. Die Behandlung von Patienten mit Seltenen Erkrankungen wie beispielsweise dem Tourette-Syndrom erfolgt in der Regel in ausgewählten Kliniken mit entsprechender Spezialisierung. Für Patienten, die aufgrund der Besonderheiten ihrer Erkrankung andernorts keine wirksame Therapie bekommen, werden oftmals in überregionalen Zentren mit besonders aufwendigen Behandlungskonzepten (z. B. Suche nach Markern für Enzephalitiden bei Psychosen) behandelt. Dies betrifft oftmals Patienten, die sich unter Routinebedingungen als therapieresistent erwiesen haben und deswegen eine komplexe hochintensive Diagnostik und Behandlung mit besonders aufwendigen Therapiekonzepten benötigen, um eine Chronifizierung und weitere Verschlechterung zu verhindern. Hierfür werden besondere und aufwändige Versorgungsangebote vorgehalten, die es in der Form nicht regelhaft gibt und die zum Teil auch nur mit geringen Fallzahlen einhergehen. Eine sachgerechte Kalkulation von leistungsbezogenen Entgelten ist daher nicht möglich. Auch ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzentwurf zu Recht eine Vereinfachung des Abrechnungssystems vorsieht.

Dass die Finanzierung von besonderen Versorgungsangeboten in spezialisierten Zentren über leistungsbezogene Entgelte nicht zielführend ist, wird für den somatischen Bereich spätestens seit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) anerkannt. Daher werden in der Somatik z. B. die besonderen Aufgaben und Vorhaltungen von Zentren über einen Zuschlag erstattet.

3. Innovative Versorgungskonzepte:

Durch die enge Verknüpfung von Forschung und Patientenversorgung werden Wissenschaftserkenntnisse aus spezifischen biologischen und psychotherapeutischen Verfahren in neue Therapieformen integriert. Diese Translation ist gerade für die Versorgung von Patienten mit schweren und sog. therapieresistenten Erkrankungen unverzichtbar, wenn gängige Therapien in der nicht universitären Regelversorgung erfolglos bleiben. Insbesondere Universitätspsychiatrien verfügen vielfach über eine Patientenklientel, die gemäß vorgegebenen Definitionen in der Regelversorgung als therapieresistent eingestuft werden und häufig von peripheren Versorgungseinrichtungen zuverlegt werden. Das Merkmal der Therapieresistenz in der Regelversorgung ist jedoch im Entgeltsystem kein Differenzierungsmerkmal und dort auch praktisch als Kostentrenner bzw. Entgeltkriterium überhaupt nicht operationalisierbar. Die Verzahnung von Forschung und Krankenversorgung führt somit immer dann unmittelbar zu einem Mehrwert für die Krankenversorgung, wenn sich Erkenntnisse aus der Forschung in Behandlungsangeboten manifestieren, die andernorts so nicht möglich wären. Dieses Zusammenspiel impliziert bei solchen neuen Therapieformen teils höhere Behandlungskosten oft in Verbindung mit einem deutlich erhöhten patientenspezifischen Betreuungsaufwand, ohne dass diese Mehrkosten immer leistungsbezogen kalkulierbar sind.

4. Teilnahme an der Weiterbildung:

Der Umfang, mit dem sich Kliniken an der Facharztweiterbildung beteiligen, ist sehr unterschiedlich. Der damit verbundene Aufwand kann nicht bezogen auf ausgewählte Leistungen dargestellt werden. Die aufwandsgerechte Differenzierung bei der Teilnahme an der Weiterbildung ist auch im somatischen Bereich bislang nicht gelungen.

Da die regionalen oder strukturellen Besonderheiten insbesondere durch einen überdurchschnittlichen Vorhaltungsaufwand gekennzeichnet sind, sie nicht zwingend einen eindeutigen Leistungsbezug haben oder die notwendigen formalen Kostentrenner nicht operationalisierbar sind, sind die zugehörigen Vorgaben im Gesetzentwurf anzupassen. Nach Auffassung der DHM sind die zugehörigen Kosten, die sich z. B. aus der notwendigen Überschreitung der Mindestvorgaben zur Personalbesetzung ergeben, einschließlich ihrer Veränderungen als eigenständiger Tatbestand bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen und damit in den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert einzubeziehen. Alternativ könnten regionale oder strukturelle Besonderheiten auch über einen eigenständigen Zuschlag abgegolten werden. Bleibt der Leistungsbezug wie vorgesehen bestehen, ist für die Kliniken die politisch gewollte Finanzierung von strukturellen und regionalen Besonderheiten nicht gesichert, da es in der Regel nicht möglich sein wird, einen eindeutigen Bezug zu einzelnen Leistungen herzustellen.

II. Keine überbordende zusätzliche Dokumentations- und Nachweispflichten

Bei der Finanzierung der regionalen oder strukturellen Besonderheiten muss sichergestellt werden, dass deren Vereinbarung nicht an überbordende zusätzliche Dokumentations- und Nachweispflichten für die Krankenhäuser gekoppelt wird. Dies ist von besonderer Bedeutung, weil nicht alle der oben genannten Besonderheiten sich formal so beschreiben lassen, dass sie von den Leistungsinhalten der bundesweit vorgegebenen Entgelte eineindeutig abgegrenzt werden können. Dieses Grundproblem war ein Ausgangspunkt für die Abkehr vom bisher vorgesehenen Preissystem und darf bei der zukünftigen Finanzierung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten nicht außer Acht gelassen werden. Daher sind ergänzende Klarstellungen zur Art und zum Umfang der Darlegungspflicht von Besonderheiten in die entsprechenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung und deren Begründung erforderlich. Ziel muss eine praktikable Nachweisführung auf Basis von Informationen, die üblicherweise in den einzelnen Kliniken verfügbar sind. Andernfalls besteht die Gefahr, dass dieses Dilemma zu Lasten der Kliniken geht und den vielfältigen besonderen Versorgungsangeboten die finanzielle Grundlage entzogen wird.

3. Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument ausgestalten

Der Gesetzentwurf sieht einen leistungsbezogenen Vergleich von Krankenhäusern vor, der ab dem Jahr 2020 die Verhandlungen auf Ortsebene unterstützen soll (Art. 2 Nr. 5). In den

Vergleich sollen insbesondere die vereinbarten Leistungen und Entgelte des Vorjahres einschließlich der regionalen oder strukturellen Besonderheiten und die vereinbarten und tatsächlich eingesetzten Vollkräfte berücksichtigt werden.

Das Ziel des Krankenhausvergleichs muss die Herstellung von Transparenz für eine sachorientierte Verhandlung auf Ortsebene sein, die auch den krankenhausesindividuellen Strukturen und Besonderheiten gerecht wird. Das Leistungsgeschehen kann nicht entkoppelt hiervon betrachtet werden. Um aber eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Strukturen und Leistungsangebote zu gewährleisten, sind insbesondere auch Kriterien zu entwickeln, die die strukturellen und regionalen Besonderheiten beschreiben und somit für eine Erklärung von Budgetunterschieden geeignet sind. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Anwendung des Vergleichs im Rahmen der Budgetverhandlungen nicht zu überbordenden zusätzlichen Dokumentations- und Nachweispflichten für die Krankenhäuser führt. Auch hier muss die Prämisse einer praktikablen Nachweisführung gelten, die auf Informationen basiert, die üblicherweise den einzelnen Kliniken zugänglich sind.

Es ist richtig, die Vielfalt der vereinbarten Entgelte und die damit einhergehende Bandbreite nachvollziehbar für alle Beteiligten darzustellen. Dies gilt auch für die Differenzierung nach Fachgebieten. Nach Auffassung der DHM sind diese Rahmenvorgaben für den Krankenhausvergleich noch zu ergänzen, damit auch Unterschiede hinsichtlich der grundsätzlichen Krankenhausstruktur berücksichtigt werden. Dies betrifft u. a.

- Abgrenzung von psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern gegenüber Einrichtungen mit angegliedertem somatischem Bereich,
- Vorhaltung von spezialisierten Angeboten oder von überregionalen Zentren,
- unterschiedliche Beteiligung an der Pflichtversorgung und an der Weiterbildung,
- Unterschiede hinsichtlich des Einzugsgebiets oder des Anteils von zuverlegten Patienten,
- Übernahme zusätzlicher Aufgaben in Forschung und Lehre und damit verbundene innovative Versorgungsangebote.

Hierfür sollten auf Grundlage struktureller Merkmale von Krankenhäusern unterschiedliche, in sich homogene Vergleichsgruppen gebildet werden, damit im Sinne einer Risikoadjustierung nur Kliniken mit vergleichbarem Patientenaufkommen gegenübergestellt werden.

Darüber hinaus muss aus Sicht der DHM gewährleistet sein, dass der Vergleich auf Daten beruht, die die verbindlichen Mindestvorgaben bei der Personalbesetzung und sonstige Qualitätsvorgaben vollständig widerspiegeln.

Die konkrete Ausgestaltung des Vergleichs obliegt den Vertragsparteien auf Bundesebene (Art. 2 Nr. 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd). Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG. Auf Grund der besonderen Tragweite des Krankenhausvergleichs für die Verhandlungen auf Ortsebene und der zu befürchtenden großen Interessensdivergenz bei allen Beteiligten, sollte die Schlichtung im Falle der Nichteinigung

nicht über die Schiedsstelle erfolgen, sondern in Form einer Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium (vgl. § 17d Abs. 6 KHG).

4. Baulich-strukturelle Vielfalt bei der Standortdefinition nicht außer Acht lassen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass eine bundeseinheitliche Festlegung von Kriterien zur Definition von Krankenhausstandorten von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist (Art. 1 Nr. 1). Diese Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.

Eine starre bundeseinheitliche Standortdefinition dürfte der Vielfalt auf Ortsebene nicht gerecht werden. Die DHM sieht die Gefahr, dass eine eng gefasste bundeseinheitliche Definition der Heterogenität der zum Teil historisch gewachsenen baulichen Krankenhausstrukturen nicht gerecht wird. Eine zu kleinteilige Standortdefinition (etwa auf Ebene der Postadresse) wird die tatsächliche Versorgungspraxis nicht widerspiegeln und wäre praktisch nur mit erheblichem bürokratischen Aufwand zu administrieren. Die Größe von Universitätsklinikum führt zwangsläufig zu einer zum Teil räumlich getrennten Leistungserbringung. Dennoch handelt es sich funktional um eine Organisationseinheit. Es ist davon auszugehen, dass eine derartige Vielfalt in der gesamten Krankenhauslandschaft vorzufinden ist. Nach Auffassung der DHM sollten die gesetzlichen Vorgaben so gestaltet werden, dass auf Bundesebene Rahmenvorgaben für die Standortdefinition entwickelt werden und die verbindliche Festlegung durch die Vertragsparteien auf Ortsebene im Einvernehmen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden erfolgt.

5. Auskömmliche Finanzierung der Hochschulambulanzen endlich gewährleisten

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hatte der Gesetzgeber neue Rahmenbedingungen für die Hochschulambulanzen geschaffen, welche die steigende Bedeutung von Hochschulambulanzen bei der Versorgung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern anerkennen und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verbessern sollten. Für die Umsetzung hatte der Gesetzgeber eine zwei- und eine dreiseitige Selbstverwaltungsvereinbarung vorgesehen, die bis zum 23. Januar 2016 vorliegen sollten (vgl. §§ 117 Abs. 1 und 120 Abs. 3 SGB V).

Nicht nur die DHM, sondern auch der Bundesrat in seiner Entschließung zur Verbesserung der Finanzsituation der Hochschulkliniken in Deutschland (BR-Drucksache 312/16 vom 8. Juli 2016) stellt fest, dass die vom Gesetzgeber beabsichtigten Verbesserungen für die Hochschulambulanzen nicht eingetreten sind. Die Rahmenbedingungen und die wirtschaft-

liche Lage der Hochschulambulanzen sind faktisch unverändert, weil die beiden Selbstverwaltungsvereinbarungen bis dato nicht geschlossen sind. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, für die das GKV-VSG finanzielle Verbesserungen in Höhe von 265 Mio. Euro vorsah, ist nicht eingetreten. Die Auffassungen der Selbstverwaltungspartner zur Umsetzung der gesetzlichen Aufträge liegen unüberbrückbar auseinander, weil den Hochschulambulanzen neue Hürden auferlegt werden sollen, indem die wesentlichen Regularien einer Vertragsarztpraxis auch bei den Hochschulambulanzen angewendet werden sollen. Zudem soll die Konkretisierung zur Versorgung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern so ausgestaltet werden, dass der besondere Versorgungsauftrag faktisch nicht anwendbar sein wird. Vor diesem Hintergrund fordert die DHM dringend gesetzliche Korrekturen mit folgender Grundausrichtung:

1. Die gesetzlichen Grundlagen müssen zweifelsfrei verdeutlichen, dass Hochschulambulanzen und Vertragsarztpraxen regulatorisch nicht gleichgesetzt werden können. Daher ist klarzustellen, dass die für den Vertragsarztbereich geltenden Regularien nicht für die Hochschulambulanzen Anwendung finden. Dies umfasst neben Regelungen wie der Anwendung der Lebenslangen Arztnummer auch den sog. Erlaubnisvorbehalt, der eine Anwendung von innovativen Leistungen in den Hochschulambulanzen ausschließen würde. Es erscheint mehr als widersprüchlich, wenn der Gesetzgeber die besondere Rolle der Hochschulambulanzen hinsichtlich Forschung und Lehre sowie bei der Versorgung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern anerkennt und gleichzeitig den Versorgungsumfang an den Leistungen orientiert, die Vertragsärzte erbringen und abrechnen können.
2. Für die anerkannte besondere Rolle der Hochschulambulanzen bei der Versorgung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern oder bei besonderem Versorgungsbedarf sollte gesetzlich geregelt werden, unter welchen konkreten Voraussetzungen die Versicherten die Hochschulambulanzen in Anspruch nehmen können. Hierzu sollten in § 117 SGB V bestimmte Krankheitsbilder, Indikationen und Leistungen aufgelistet oder konkrete Kriterien genannt werden, die solche Patienten kennzeichnen, für die die vertragsärztliche Versorgung keine ausreichende Versorgung sicherstellt oder die besondere Kompetenz oder Infrastruktur der Universitätsklinik erforderlich ist.