



## **Gemeinsame Stellungnahme zum Re-ferentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

15. Juni 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](mailto:info@uniklinika.de)

[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)

**Ansprechpartner**

*Jens Bussmann*

Stv. Leiter der Geschäftsstelle

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

[bussmann@uniklinika.de](mailto:bussmann@uniklinika.de)

## Allgemeine Stellungnahme

Der Gesetzgeber strebt mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine ordnungspolitische Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für die Versorgung und Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen an.

Die Deutsche Hochschulmedizin (DHM) begrüßt diese gesetzgeberische Initiative ausdrücklich. Die Abkehr vom bisher vorgesehenen Preissystem hin zu einem Budgetsystem, das eine Stärkung der Ortsebene vorsieht, ist grundsätzlich der richtige Ansatz. Folgende Ziele sind mit dieser Neuausrichtung zu verfolgen:

1. Absicherung des für eine gute Versorgungsqualität erforderlichen Personaleinsatzes:

Der krankenhausindividuelle Gesamtbetrag und die sich daraus ergebenden Entgelte müssen so bemessen sein, dass sie eine qualitätsgerechte Personalausstattung der Kliniken ermöglichen. Dies muss an die Vorgabe adäquater Personalstandards gekoppelt werden. Erforderlich ist dafür ein modernisierter Personalbemessungsstandard als Nachfolgeregelung zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV).

2. Keine Verschlechterung der Betreuungsrelationen infolge eines schleichenden Verfalls des Krankenhausbudgets und der Leistungsentgelte:

Das Vergütungssystem muss so ausgestaltet werden, dass qualitätsgerechte Personalstandards dauerhaft finanziert werden können. Dazu muss die Entwicklung des Krankenhausbudgets und der Leistungsentgelte die Tarif- bzw. Kostensteigerungen vollumfänglich widerspiegeln. Ein Preisverfall als Folge einer Kosten-Erlös-Schere oder von Mengenausgleichungen muss verhindert werden.

3. Berücksichtigung von besonderen Aufgaben in Krankenversorgung, Aus- und Weiterbildung:

Besondere Aufgaben sowie strukturelle und regionale Besonderheiten wie die Vorhaltung von Zentren der überregionalen Versorgung oder die Facharztweiterbildung sind ausdrücklich bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen.

4. Reduktion des administrativen Aufwands bei Abkehr vom Preissystem:

Im Entgeltkatalog muss der patientenspezifische Betreuungsaufwand abgebildet werden. Höherer Aufwand infolge einer intensiveren Betreuung muss auch höher vergütet werden. Die konkrete Ausgestaltung des Entgeltsystems und der damit verbundene Dokumentationsaufwand sind durch die Abkehr vom Preissystem auf ein Mindestmaß zu reduzieren, damit personelle und finanzielle Ressourcen nicht durch unnötigen administrativen Aufwand gebunden werden.

Gemessen an diesen Zielen sieht die DHM für den vorliegenden Referentenentwurf folgenden Nachbesserungsbedarf:

- Eine konsequente Umsetzung des Budgetsystems ist für die Krankenhäuser nur gegeben, wenn strukturelle und regionale Besonderheiten sowie Leistungsentwicklungen unter sachgerechten und fairen Bedingungen im Budget berücksichtigt werden können.
- Die vollumfängliche Personalkostenfinanzierung einschließlich der Tarifentwicklungen ist zwingende Voraussetzung für die verbindliche Einführung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung. Der Nachweis über die zweckbestimmte Mittelverwendung ist nur ab Einführung einer Nachfolgeregelung zur Psych-PV realistisch.
- 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.
- Das Entgeltsystem ist durch die Abkehr vom Preissystem wieder verstärkt zu pauschalisieren, damit der administrative Aufwand für Dokumentation und Abrechnung in den Krankenhäusern gegenüber dem derzeitigen Stand reduziert werden kann.

Darüber hinaus sollte nach Auffassung der DHM die Standortdefinition zweistufig ausgestaltet werden: auf Bundesebene werden Rahmenvorgaben entwickelt, auf der Ortsebene werden auf Basis dieser Rahmenvorgaben die Standorte festgelegt.

Nachfolgend nimmt die DHM Stellung zu ausgewählten Themenkomplexen des Referentenentwurfs.

## **Stellungnahme zu einzelnen Themenkomplexen**

### **1. Bei der Budgetfindung die Ortsebene konsequent stärken**

Die Abkehr von Preissystem und Konvergenzphase zu Gunsten der Stärkung der Budgetverhandlungen durch die Vertragspartner auf der Ortsebene ist ein wichtiger Schritt, den das Eckpunktepapier vorsah. Die Regelungen des Referentenentwurfs zur Budgetfindung sind allerdings unzureichend und vielfach nachteilig für die Krankenhäuser ausgestaltet. Es besteht daher Anpassungsbedarf, damit die im Eckpunktepapier herausgestellte Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten zu bedarfs- und leistungsgerechten Budgets führen kann und verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung umgesetzt werden können.

## I. Kostenentwicklungen angemessen berücksichtigen

Die verbindliche Umsetzung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung bedeutet für die Krankenhäuser unausweichliche Personalkosten. Die Vorgaben im Referentenentwurf 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) einzurechnen 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.

Für Kostensteigerungen in Folge tariflicher Entwicklungen sieht der Referentenentwurf 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. Wenn dies nicht gewollt ist, bleibt nur die 100%ige Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen.

Wenn verbindliche Personalvorgaben nicht mit einer vollumfänglichen Refinanzierung der damit verbundenen Personalkosten einhergehen, ist eine vollständige Umsetzung für Krankenhäuser nicht möglich. Dies würde dem Referentenentwurf zufolge durch eine Budgetabsenkung sanktioniert. Im Ergebnis droht selbst den Krankenhäusern, die objektiv die Personalvorgaben nicht umsetzen können, in Folge der Nichteinhaltung eine finanzielle Abwärtsspirale.

Neben den Personalkosten, die durch die verbindlichen Vorgaben zur Personalbesetzung determiniert sind, verbleibt ein nicht unerheblicher Anteil an sonstigen Personal- und Basisstrukturkosten, bei denen Kostensteigerungen absehbar sind (u. a. Tarifierpassungen, steigende Energie- und Versicherungskosten, administrative Kosten durch erhöhten Dokumentationsaufwand). Auch diese Bereiche spielen im Gesamtsystem Krankenhaus eine relevante Rolle. Eine Berücksichtigung von Kostenentwicklungen oberhalb des Veränderungswerts muss bei der Budgetvereinbarung unter Anwendung des Krankenhausvergleichs auch für diese Kostenbereiche möglich sein.

## II. Unnötige Hürden bei Leistungsentwicklungen vermeiden

Leistungssteigerungen können dem Referentenentwurf zufolge bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags nur berücksichtigt werden, wenn eine Substitution durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistung oder durch Verlagerung in den ambulanten Bereich nicht möglich ist. Die Kostenträger können Leistungssteigerungen mit dem Verweis auf fiktive alternative Versorgungsmöglichkeiten verweigern. Dem Krankenhaus werden kaum erbringbare Nachweispflichten auferlegt, um das Nicht-Vorhandensein eines Substitutionspotentials zu

belegen. Daher sollte diese Vorgabe entfallen. Der bisherige Verhandlungstatbestand zu Leistungsveränderungen ist beizubehalten; Leistungssteigerungen in Folge krankenhauserplanerischer Maßnahmen müssen berücksichtigt werden können.

Der stationsäquivalenten Behandlung ist noch kein Substitutionspotential beizumessen. Die wissenschaftliche Evaluation dieser neuen Versorgungsform ist auf jeden Fall abzuwarten. Auch sollte die Art der Leistungserbringung den Kliniken überlassen werden, da dies in Abhängigkeit der jeweiligen Rahmenbedingungen, wie z. B. der Versorgungsregion, gestaltet werden muss.

### III. Strukturelle und regionale Besonderheiten als Teil des Krankenhausbudgets vereinbaren

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

Der Referentenentwurf sieht für strukturelle Besonderheiten leistungsbezogene Entgelte vor, die krankenhauserindividuell vereinbart werden sollen. Die Vereinbarung dieser Entgelte ist an ein Anfrageverfahren ähnlich dem NUB-Verfahren aus dem DRG-Bereich geknüpft. Diese Umsetzung ist nicht zielführend und daher zu streichen. Auf Grund der bekannten Schwierigkeiten bei der formalen Beschreibung der individuellen Strukturen und Konzepte ist es zweifelhaft, ob dem InEK auf Basis der vorzulegenden Informationen die geforderte Beurteilung möglich ist. Darüber hinaus erhöht das Anfrageverfahren den administrativen Aufwand, ohne dass sein Mehrwert erkennbar ist.

Statt „Entgelte für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ müssen regionale und strukturelle Besonderheiten ein eigenständiger Tatbestand bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags sein. Regionale und strukturelle Besonderheiten ergeben sich aus besonderen Vorhaltungen und Aufgaben (wie Verpflichtung zur uneingeschränkten Aufnahmebereitschaft, die regionale Versorgungssituation oder fachspezifische Bedingungen, z. B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Der damit einhergehende Mehraufwand kann selbst in den betroffenen Krankenhäusern sehr unterschiedlich sein. Er kann nur bei einer krankenhauserindividuellen Berücksichtigung über den Gesamtbetrag adäquat abgebildet werden. Als Orientierungspunkt für die Ortsebene sollten in den gesetzlichen Vorgaben dabei exemplarisch Kriterien wie

- Akutinterventionen im Rahmen der Pflicht- und Notfallversorgung,
- Überregionale thematische Spezialisierung in (interdisziplinären) Zentren sowie Spezialangebote für seltene oder besonders schwere Erkrankungen bzw. bei besonders schweren und komplizierten Verläufen (z. B. Kinder- und Jugendliche und junge Erwachsene mit Tourette-Syndrom, Patienten mit spezifischen komplizierten Autismusformen),

- Fokussierung auf bestimmte Patientengruppen (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, forensische Psychiatrie),
- Innovative Diagnose- und Behandlungskonzepte (z. B. die funktionelle Magnetresonanztomographie als diagnostisches Verfahren oder die Tiefenhirnstimulation bei Zwangsstörungen als neuartige biologische Behandlungsmethode),
- Anbindung an somatische Einrichtungen (z. B. Behandlung von komplex somatisch erkrankten Patienten mit komorbiden, symptomatisch führenden psychischen Erkrankungen wie Delir),
- Umfang der Beteiligung an der Weiterbildung

genannt werden. Bei der Ermittlung des Budgetanteils für strukturelle und regionale Besonderheiten orientieren sich die Vertragsparteien an Informationen aus dem Krankenhausvergleich, der hierzu entsprechende Parameter beinhalten muss.

## 2. Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument ausgestalten

Der Referentenentwurf sieht einen leistungsbezogenen Vergleich von Krankenhäusern vor, der für die Anpassung des Gesamtbetrags auf Ortsebene ab dem Jahr 2019 maßgeblich sein soll. In den Vergleich sollen insbesondere die vereinbarten Leistungen und Entgelte des Vorjahres und die vereinbarten und tatsächlich eingesetzten Vollkräfte berücksichtigt werden. Vergleichsmaßstab sind dabei der durchschnittliche Landesbasisentgeltwert und die mittlere Höhe krankenhausesindividueller Entgelte.

Ein derartiger Vergleich auf Grundlage von Durchschnittswerten aus den Budgetvereinbarungen ist unzureichend und irreführend. Die ermittelten Durchschnittswerte sind nicht in der Lage, den tatsächlichen Versorgungs- und Finanzierungsbedarf widerzuspiegeln. Es ist nicht gesichert, dass die ermittelten Referenzwerte rechtliche Vorgaben zur Personalausstattung vollumfänglich berücksichtigen. Strukturabhängige Kosten (z. B. auf Grund der Pflichtversorgung) und ihre Unterschiede werden bei diesem Ansatz nicht erklärbar sein. Bei Ausgestaltung in der vorgesehenen Form als ausschließlich leistungsbezogener Vergleich droht den Krankenhäusern daher eine nicht kontrollierbare und auf völlig intransparenten Kriterien basierende Anpassung ihrer Budgets.

Die Grundausrichtung des Krankenhausvergleichs muss im Gesetzentwurf angepasst werden. Ziel muss die Herstellung von Transparenz für eine sachorientierte Verhandlung auf Ortsebene sein, die den krankenhausesindividuellen Strukturen und Besonderheiten gerecht wird. Das Leistungsgeschehen kann nicht entkoppelt von den strukturellen und regionalen Besonderheiten 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.

Für den leistungsbezogenen Vergleich muss außerdem gewährleistet sein, dass die Leistungen und Entgelte auf Kostendaten beruhen, die die verbindlichen Mindestvorgaben bei der Personalbesetzung und sonstige Qualitätsvorgaben vollständig widerspiegeln.

Auch ist vorzugeben, dass es nicht um einen Vergleich gegenüber statistisch hergeleiteten Mittelwerten aller Krankenhäuser geht. Neben statistischen Abweichungsintervallen sind Unterschiede in den grundsätzlichen Krankenhausstrukturen zu berücksichtigen. Dies gilt u. a. für die Abgrenzung von psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern gegenüber Einrichtungen mit einem somatischen Bereich, für die unterschiedliche Beteiligung an der Pflichtversorgung und an der Weiterbildung sowie hinsichtlich des Einzugsgebiets. Hierfür sollten auf Grundlage struktureller Merkmale von Krankenhäusern unterschiedliche, in sich homogene Vergleichsgruppen gebildet werden.

Für eine sachorientierte Anwendung des Krankenhausvergleichs ist zu gewährleisten, dass die Grundlagen zur Ermittlung von Kriterien und Merkmalen der Ortsebene vollständig transparent gemacht werden. Finanzielle Konsequenzen eines Krankenhausvergleichs im Sinne einer Anpassung des krankhausindividuellen Gesamtbetrags sind letztendlich nur dann zu akzeptieren, wenn Budgetunterschiede sich nicht anhand definierter Kriterien und Merkmale, die auch die strukturellen Besonderheiten und Unterschiede erfassen, erklären lassen.

### **3. Personalvorgaben, Refinanzierung und Nachweispflichten miteinander verbinden**

Der Referentenentwurf sieht verbindliche Mindestvorgaben zur Personalbesetzung vor. Diese sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags im Jahr 2019 in der Form der Psych-PV und ab dem Jahr 2020 über die vom G-BA vorzugebene Nachfolgeregelung zu berücksichtigen. Für die Jahre 2016 bis 2019 ist vom Krankenhaus über eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen, inwieweit die Psych-PV eingehalten wurde. Ab dem Jahr 2020 ist die Einhaltung der Vorgaben aus der Nachfolgeregelung zur Psych-PV nachzuweisen. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben ist ab dem Jahr 2019 eine Absenkung des Gesamtbetrags von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren.

Verbindliche Mindestvorgaben für die Personalbesetzung im therapeutischen Bereich sind ein 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 in regelmäßigen Abständen angepasst wird, damit Veränderungen in der Versorgung (z. B. durch neue Versorgungskonzepte) zeitnah berücksichtigt werden.



Die Weiteranwendung der Psych-PV in der Übergangsphase bedeutet auch, dass die bekannten Unzulänglichkeiten der Psych-PV (z. B. fehlende Berücksichtigung von Nachtdiensten) 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 werden die geforderten Nachweise keine Erkenntnisse liefern, die eine sachorientierte Verhandlung auf Ortsebene fördern. Eine Budgetabsenkung bei Nichteinhaltung ist vor diesem Hintergrund abzulehnen. Der Gesetzentwurf muss daher angepasst werden. Solange die Psych-PV weiter Gültigkeit hat, dürfen den Krankenhäusern keine Nachweispflichten auferlegt werden und die Nichteinhaltung der Psych-PV darf nicht zur Absenkung des Krankenhausbudgets oder zu Ausgleichszahlungen führen.

Wenn die Nachfolgeregelung zur Psych-PV vorliegt und die vollumfängliche Refinanzierung der Personalkosten und des medizinisch leistungsgerechten Budgets zuverlässig und dauerhaft gegeben ist, sind Nachweise zur Einhaltung der Mindestvorgaben grundsätzlich erbringbar. Der im Referentenentwurf 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 Arbeitsmarktsituation nicht immer gelingen, vakante Stellen zeitnah nach zu besetzen. Die Kompensation von Vakanzzeiten 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 wird der geforderte Nachweis nicht darstellen.

Um das Konfliktpotential, das sich aus den vorgesehenen Nachweispflichten ergibt, zu reduzieren, sind die Vorgaben im Gesetzentwurf 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.

#### **4. Abbau des bürokratischen Aufwands nicht vernachlässigen**

Ein wesentlicher Kritikpunkt an der bisherigen Ausgestaltung des Entgeltsystems ist sein hoher administrativer Aufwand, der sich aus den Dokumentationsanforderungen, bei der Abrechnung und der damit einhergehenden verschärften Abrechnungsprüfung ergibt. Dieser führt zur Bindung von Ressourcen, die der Patientenversorgung entzogen werden.

Der Referentenentwurf verfehlt das Ziel, eine deutliche Reduktion des administrativen Aufwands für die Krankenhäuser zu gewährleisten. Die für § 17c KHG vorgesehenen Änderungen werden nicht dazu beitragen, die Ausweitung von Einzelfallprüfungen zu reduzieren. Grund dafür ist die Weiterführung des bisherigen Ansatzes als differenziertes Entgeltsystem, welches über das für ein Budgetsystem erforderliche Maß hinausgeht. Diese unnötig kleinteilige Weiterführung führt zu einem unangemessen hohen Aufwand in der Administration (Kalkulation, Dokumentation und Abrechnung). Dies ist abzulehnen. Die Selbstverwaltungspartner sind gesetzlich zu verpflichten, das Entgeltsystem unter den neuen Budgetbedingungen so zu gestalten, dass der Aufwand für Dokumentation und Abrechnung auf das für ein Budgetsystem erforderliche Maß reduziert werden kann. Anstelle eines im Abrechnungssystem angelegten Misstrauensaufwands sollte die Diskussion auf Ortsebene auf die Frage konzentriert werden, ob der vereinbarte Gesamtbetrag für eine gute und leitlinienkonforme Patientenversorgung eingesetzt wird.

## **5. Baulich-strukturelle Vielfalt bei der Standortdefinition nicht außer Acht lassen**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass eine bundeseinheitliche Festlegung von Kriterien zur Definition von Krankenhausstandorten von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist. 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. Es ist zu befürchten, dass eine eng gefasste bundeseinheitliche Definition der Heterogenität der z. T. 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 bürokratischem Aufwand zu administrieren. Die Größe von Universitätsklinika führt zwangsläufig zu einer 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. Deshalb 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 erfolgt.