

Bundesrat

Drucksache 560/1/92

15.09.92

560/92

G - Fz - In - K - R - Wi

Empfehlungen

der Ausschüsse

561/92

G - Fz - R

42 Seiten

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der
gesetzlichen Krankenversicherung
(Gesundheits-Strukturgesetz 1993)

und zum

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

Punkte der 646. Sitzung des Bundesrates am 25. September 1992

A

Der federführende Gesundheitsausschuß (G) und
der Finanzausschuß (Fz)
empfehlen dem Bundesrat, zu den beiden Gesetzentwürfen gemäß
Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu
nehmen:

Ausgeliefert am 16. SEP. 1992

I.

G 1. a) Der Bundesrat stellt fest:

Bei Annahme
entfallen
Ziffern
3 bis 27

Die von der Bundesregierung vorgelegten Entwürfe zu einem Gesundheits-Strukturgesetz 1993 sowie zu einer Novellierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen den Beleg, daß der mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 1.1.1989 unternommene Versuch zur Konsolidierung der Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gescheitert ist. Das mit diesem Vorhaben angestrebte Einsparvolumen von 14,1 Milliarden DM wurde weit verfehlt. Die tatsächlich erreichte Summe von ca. 6 Milliarden DM findet ihre Ursache ausschließlich in einer kräftigen Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten.

Diese durch die Kostenverlagerung von Ausgabeanteilen aus den Haushalten der Krankenkassen in die individuellen Budgets der Kranken erzielten Umverteilungseffekte aber sind

- sozialpolitisch fragwürdig, weil sie an die Stelle der Finanzierung des Krankheitsrisikos durch die Solidargemeinschaft eine Finanzierung nach dem Verursacherprinzip gesetzt haben, bei der die Kranken für sich selbst zahlen müssen;
- verteilungspolitisch ungerecht, weil sie einseitig die Gesunden unter den Versicherten sowie die Arbeitgeberseite entlastet, während sie die Kranken unter den Versicherten sowie die Arbeitnehmer belastet haben;

- gesundheitspolitisch falsch, weil sie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens einseitig an wirtschaftlichen, nicht aber an gesundheitlichen Kriterien orientiert haben;
- finanzpolitisch bedeutungslos, weil sie statt einer notwendigen Ausgabensenkung im Gesundheitswesen lediglich eine Ausgabenverlagerung erreicht haben;
- strukturpolitisch wirkungslos, weil sie an den eigentlichen Ursachen für die Verwerfungen im Gesundheitswesen nichts geändert haben.

Die abermaligen hohen Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung (1991 ca. 5 Milliarden DM; 1992 bis zu 12 Milliarden DM) machen die in den ersten beiden Jahren unter einseitigen Opfern der Kranken erreichten Einsparungen zu Scheinerfolgen, die bereits wieder aufgezehrt sind. Ende dieses Jahres wird der durchschnittliche Beitragssatz aller Krankenkassen mindestens die Höhe des Durchschnitts vor der sog. Gesundheitsreform erreicht haben. Die Versicherten werden die gleichen hohen Beiträge wie 1989 und früher zahlen, nun allerdings bei deutlich höherer Selbstbeteiligung für die Kranken.

- b) Auch die nunmehr vorliegenden Gesetzentwürfe der Bundesregierung werden den Anforderungen, die an die notwendige Strukturreform im Gesundheitswesen gestellt werden müssen, nicht gerecht.

- Der Entwurf der Novellierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weitet das Instrumentarium der sozialpolitisch fragwürdigen und gesundheitspolitisch falschen Selbstbeteiligung weiter aus, geht aber an den strukturellen Verwerfungen vorbei.
- Auch der Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes läßt, abgesehen von bescheidenen Ansätzen im Bereich der Krankenhausversorgung, strukturelle Reformschritte weitgehend vermissen. Der erneute Verzicht auf jedwede Organisationsreform der Krankenversicherung macht ihn politisch unhaltbar.

Die den Gesetzentwürfen beigelegte Einsparwirkung von über 11 Milliarden DM pro Jahr ist spekulativ und nicht zu belegen. Sie ist zudem, wie bereits das Gesundheits-Reformgesetz 1989, verteilungspolitisch einseitig. Die durch Erhöhung oder Selbstbeteiligung festgelegten Sparbeiträge der Versicherten sind gesetzlich exakt definiert, die Sparbeiträge der Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind unpräzise und entlarven sich zudem als Beschneidung von Einkommenszuwächsen. Die Verabschiedung dieser Gesetzentwürfe würde die nächste gesetzliche Kostendämpfungsoperation spätestens für 1995 vorprogrammieren.

II.

Der Bundesrat lehnt daher die von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwürfe ab. Er erklärt darüber hinaus, daß er jeder weiteren Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten widersprechen wird.

III.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, Vorschläge für eine tiefgreifende Umgestaltung unseres Gesundheitswesens vorzulegen

und dabei eine breite parlamentarische Mehrheit anzustreben. Eine erneute Vertagung dieser Umgestaltung ist nicht hinnehmbar.

Der Bundesrat hält die Verwirklichung nachfolgender Grundsätze für geboten:

Die gesundheitliche Versorgung ist bürger- und sachnah in den Regionen zu bündeln. Die Entscheidungskompetenzen und die Organisationsverantwortung sind in Übereinstimmung mit der föderalen Verteilung im Gesundheitswesen dort anzusiedeln.

- a) Zur planvollen Ausgestaltung und zielgerichteten Steuerung des Gesundheitswesens ist die gesetzliche Grundlage für einen bundesweiten medizinischen und ökonomischen Orientierungsrahmen zu erarbeiten. Er soll auf der Basis einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung von der Bundesregierung dem Deutschen Bundestag und Bundesrat periodisch zur Beschlußfassung vorgelegt werden. Der Orientierungsrahmen muß in Form von Empfehlungen
- die in der nächsten Periode zu verfolgenden Gesundheitsziele und Prioritäten darstellen,
 - die Grundsätze einer optimalen Versorgung der Versicherten auch in Form von Richtwerten und Orientierungsdaten aufzeigen,
 - quantitative und qualitative Über- und Unterversorgung aufzeigen sowie Wege zu ihrer Überwindung erläutern,
 - die unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Gesundheitsziele erwartete finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung einschließlich der Beitragssätze prognostizieren und dabei das Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungszweigen erläutern.
- b) Zur Sicherung einer bürgernahen Versorgung werden die Verantwortlichkeiten für die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung vor Ort gebündelt. Krankenkassen,

Gebietskörperschaften und Leistungserbringer bilden dazu in jeder Region gemeinsam eine drittelbeteiligt zusammengesetzte Regionale Gesundheitskonferenz. Sie erarbeitet mit allen anderen im Gesundheitswesen tätigen Gruppen - auch aus der Selbsthilfe - zusammen. Den Ländern obliegt die Festlegung der Regionen. Länderübergreifende Lösungen sind möglich.

Die Regionale Gesundheitskonferenz beachtet bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben die Empfehlungen des Orientierungsrahmens und setzt ihn unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten um.

Die Länder bestimmen, in welchem Umfang unter Berücksichtigung der wahrzunehmenden Aufgaben die den Gruppen zuzuordnenden Organisationen bei der Besetzung zu gewichten sind.

Vorhandene Planungsgremien sind auf ihre Ersetzung durch die Regionale Gesundheitskonferenz zu überprüfen.

- c) Für die kassenärztliche Versorgung legt die Regionale Gesundheitskonferenz qualitative und quantitative Bedarfszahlen zum Verhältnis der Ärzte in der Allgemeinen- und in der Spezialversorgung sowie die benötigten Arztzahlen nach Fachgebieten fest.

Die Landesorganisationen der Krankenkassen setzen die Festlegungen der Regionalen Gesundheitskonferenz zur kassenärztlichen Versorgung zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen um und stellen mit ihnen die Versorgung sicher. Für den Konfliktfall sind abschließende Schiedsverfahren gesetzlich vorzusehen.

Die Landesorganisationen der Krankenkassen schließen mit der erforderlichen Anzahl von Ärzten Verträge. Einzelheiten der Auswahl (z.B. Ausschreibung, Wartelisten, qualitative Auswahlprinzipien) legen sie einheitlich und gemeinsam fest. Zur Vermeidung eines "Closed Shop" werden die Verträge grundsätz-

lich zeitlich befristet. Zusätzlich wird eine Altersgrenze für die kassenärztliche Tätigkeit eingeführt.

Wirtschaftlichkeitsfördernde Kooperationsformen, z.B. Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen mit verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen und nichtärztlichen Disziplinen pflegender und betreuender Berufe, sind zuzulassen.

Der Bewertungsmaßstab wird wie bisher grundsätzlich einheitlich und gemeinsam bundesweit festgelegt. Die Landesorganisationen der Krankenkassen können einzeln oder gemeinsam regionale Ergänzungen vornehmen, um zulässige ergänzende Leistungen zu honorieren. Krankenkassen können Mehrleistungen in begrenztem Umfang festlegen.

Die Durchführung von Laborleistungen gehört zukünftig grundsätzlich nicht mehr zur ärztlichen Leistungserbringung.

Die Vergütung in der kassenärztlichen Versorgung soll grundsätzlich durch diagnoseabhängige Fallpauschalen, Leistungskomplexhonorare oder andere Honorarformen ersetzt werden, die zu einem angemessenen Behandlungsaufwand führen und den Gefahren einer Maximal- oder Minimalversorgung begegnen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungshonorierungen vorgesehen werden.

- d) Bei der zahnärztlichen Versorgung ist eine Umorientierung hin zur Zahnerhaltung notwendig. Vorrangig sind Gruppenprophylaxemaßnahmen in Zusammenarbeit auch mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und auf vertraglicher Grundlage mit den Krankenkassen auszubauen.

Die Kostenerstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie wird durch das bewährte Sachleistungsprinzip ersetzt.

Die besondere Liquidation für Material- und Laborkosten und den Heil- und Kostenplan werden für alle Rechtsbereiche ausgeschlossen.

Im Interesse der Qualitätssicherung sind Gewährleistungsfristen für zahntechnische und, soweit darüber hinaus möglich, auch für zahnärztliche Leistungen einzuführen.

Der chronologische Krankenschein sowie die Entwicklung von Tagesprofilen für Zahnärzte sind ebenso wie die konsequente Umsetzung der Transparenzvorschriften vorzuschreiben.

- e) Zur qualitätsbezogenen Strukturänderung in der Arzneimittelversorgung gründen Krankenkassen und Kassenärzte ein unabhängiges Arzneimittelinstitut für die kassenärztliche Versorgung, das das Gesamtangebot an Arzneimitteln im Hinblick auf die Eignung der einzelnen Präparate für die kassenärztliche Verordnung bewertet. Die geeigneten Präparate werden in einem Vorschlag zusammengefaßt, der auch die verschiedenen Therapieprinzipien berücksichtigen muß; er bezieht sich jedoch nicht auf Arzneimittel der natürlichen Medizin.

Über die in diesem Vorschlag aufgeführten Präparate führen die Spitzenverbände der Krankenkassen Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Herstellern oder mit deren Verbänden. Präparate, über deren Preis Einvernehmen erzielt wurde, werden in eine Positiv-Liste verordnungs- und erstattungsfähiger Arzneimittel aufgenommen. Für Nichteinigung der Verhandlungspartner ist ein Schiedsverfahren zu vereinbaren.

Für die Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser werden gesonderte Preisverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den pharmazeutischen Herstellern und den Verbänden der Krankenhausträger geführt.

Bisher bestimmte Festbeträge gelten für eine Übergangszeit als verhandelte Preise.

Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln erfolgt im ambulanten Bereich durch öffentliche Apotheken, im stationären

Bereich durch öffentliche oder Krankenhausapotheken. Am öffentlichen Versorgungsauftrag der Apotheken wird ebenso festgehalten, wie an dem sich daraus ergebenden einheitlichen Apothekenabgabepreis mit administrativ fixierter Handelsspanne (Arzneitaxe).

Zur Mengenbegrenzung ist ein wirksames Richtgrößenkonzept einzuführen und mit der ärztlichen Vergütung zu verknüpfen.

- f) Bei Heil-, Hilfs- und Verbandmitteln sind hinsichtlich Verschreibungsfähigkeit und Mengensteuerung die gesetzlichen Grundlagen für eine dem Arzneimittelbereich vergleichbare Lösung zu schaffen. Bei Heilmitteln soll die Vielfalt therapeutischer Verfahren berücksichtigt werden.
- g) Der Krankenhausbereich ist in die Strukturreform einzubeziehen. Die Regionale Gesundheitskonferenz legt qualitative und quantitative Bedarfszahlen sowie die benötigten Bettenzahlen nach Fachgebieten fest. Sie bedürfen der Feststellung durch das Land.

Die Landesorganisationen der Krankenkassen setzen die Feststellung gemeinsam mit den Krankenhausträgern um und stellen die Versorgung sicher. Dazu schließen sie mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge. Die medizinischen Einrichtungen der Universitäten sind in jedem Falle zu berücksichtigen.

[Das Selbstkostendeckungsprinzip wird durch zeitgleiche Einführung leistungsbezogener Vergütungssysteme abgelöst.

[7

auch Fz

Die duale Finanzierung der Krankenhäuser ist schrittweise durch das monistische System zu ersetzen. Erste Schritte dazu sind

- die Übernahme der pauschalen Förderung mit Budgetkoppelung durch die Kassen und
- die verbindliche Regelung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b KHG.

Vor- und nachstationäre Behandlung, Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste, Notfalldienste sowie Fach- und Institutsambulanzen an Krankenhäusern sind im Sinne einer besseren Verzahnung weiterzuentwickeln; krankenhaustypische ambulante Leistungen wie Operationen sollen in Krankenhäusern erbracht werden. Einer Ermächtigung dazu bedarf es nicht.

Die Befriedigung des investiven Nachholbedarfes in den ost-deutschen Krankenhäusern ist durch eine angemessene Bundesbeteiligung auf gesetzlicher Grundlage zu regeln.]

h) Die Organisation der gegliederten Krankenversicherung wird reformiert. Dabei ist eine die wirtschaftlichen Entscheidungen der Krankenkassen fördernde Wettbewerbsordnung einzuführen, die die Interessen der Versicherten in den Mittelpunkt stellt.

- Alle Versicherten erhalten gleiche Rechte und unterliegen gleichen Pflichten.
- Der Grundsatz der Solidarität muß umfassend und durchgängig verwirklicht werden.
- Der Grundsatz der Sachleistung muß Regelform der Leistungsgewährung bleiben.
- Die gesetzliche Krankenversicherung muß auch weiterhin durch Beiträge finanziert werden, die sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten richten.
- Für alle Krankenkassen muß zukünftig ein gleiches Beitrags-, Leistungs-, Mitgliedschafts- und Vertragsrecht gelten.
- Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander muß der Sicherung bzw. Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung dienen. Benachteiligungen sozial schwacher oder gesundheitlich gefährdeter Personengruppen sind auszuschließen.

- Das Prinzip der Selbstverwaltung muß erhalten bleiben. Ihre Organisation wird durch die Übertragung neuer Rechte gestärkt. Die Struktur der Selbstverwaltung wird für alle Kassenarten einheitlich und entsprechend den erhöhten Anforderungen der neuen Aufgabenstellungen gestaltet.

Die Erfüllung dieser Ziele muß durch die Verwirklichung nachfolgender Maßnahmen sichergestellt werden:

- a) Die Versicherungspflicht wird auf alle Arbeiter und Angestellten ausgedehnt (Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze).

Sozialhilfeempfänger, die keinen anderweitigen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz haben, werden versicherungspflichtig. Ihr Beitrag wird in Anlehnung an den Sozialhilfebedarf pauschaliert.

Selbständige und Beamte sind im Rahmen einer Erklärungsfrist versicherungsberechtigt.

[Krankenversicherten Beamten steht dabei ein Arbeitgeberbeitrag zu, ihr Anspruch auf Beihilfe entfällt.]

[-] widerspricht der Finanzausschuß mit folgender

Begründung:

Der Vorschlag des Gesundheitsausschusses führt zu zusätzlichen Belastungen der öffentlichen Haushalte, er ist daher aus haushaltspolitischen Gründen abzulehnen.

- b) Alle Krankenkassen werden gesetzlich verpflichtet, für alle im regionalen Rahmen angesiedelten Entscheidungen verbindliche regionale Entscheidungskompetenzen organisatorisch sicherzustellen.
- c) Jeder Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte hat die freie Wahl zwischen allen Krankenkassen in der Region. Die Versicherten sind an ihre Wahl jeweils für ein Jahr gebunden (dreimonatige Kündigungsfrist).

Alle in einer Region vertretenen Kassen müssen jeden Versicherungsbewerber aufnehmen (Kontrahierungszwang). Familienangehörige sind bei der Krankenkasse des Mitglieds versichert.

- d) Zu den Konsequenzen eines gegliederten Systems gehören unterschiedliche Beitragssätze zwischen den Krankenkassen. Sie dürfen den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit nicht zuwiderlaufen. Dies jedoch ist seit geraumer Zeit der Fall.

Die hohen Beitragssatzunterschiede müssen daher abgebaut und auf ein sozialverträgliches Maß zurückgeführt werden. Unterschiede in der Höhe des Beitragssatzes müssen zukünftig die unterschiedliche Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen, nicht aber deren unterschiedliche Belastung durch Risiken zum Ausdruck bringen.

Der Bundesrat teilt daher die Auffassung der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder, die sich für die Reform der Zugangsregelungen, Organisationsstrukturen und Ausgleichsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen haben. Er macht sich deren Forderung nach einem einnahmeorientierten Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen auf regionaler Ebene und - soweit in einer Region der durchschnittliche Bedarfssatz infolge von Risikostrukturunterschieden um mehr als 5 v.H. den bundes-

durchschnittlichen Bedarfssatz überschreitet - auch auf Bundesebene zu eigen. Hierfür müssen die rechtlichen Grundlagen geschaffen und dabei als ausgleichsfähige Risiken die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohn), die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie die Geschlechts- und Altersstruktur jeder einzelnen Krankenkasse herangezogen werden.

Der bestehende ausgabenbezogene Finanzausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner ist aufzuheben.

Die Einführung des Risikostrukturausgleichs hat der Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten voranzugehen, um zu verhindern, daß die in der Vergangenheit angesammelten Ungleichgewichtigkeiten zu Hypotheken für die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen werden.

e) Die Selbstverwaltung muß neu geordnet werden. Die bestehenden Unterschiede in der Struktur der Selbstverwaltung der einzelnen Kassenarten werden dazu aufgehoben. Die Selbstverwaltung und die Geschäftsführung der Kassen wird auf die durch den Wettbewerb gestiegenen Anforderungen an Entscheidungsfähigkeit und Flexibilität hin weiterentwickelt. Die Kassen erhalten wettbewerbsfähige Größenordnungen. Im einzelnen sind dazu folgende Schritte erforderlich:

- Bei allen Kassenarten wird die paritätische Selbstverwaltung aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern eingeführt.
- Für alle Krankenkassen ist eine Mindestmitgliederzahl vorzusehen. Bestehende kleinere Kassen können sich zu entsprechend größeren Einheiten zusammenschließen.
- Die bisherige Vertreterversammlung und der bisherige Vorstand werden zu einer neuen Vertreterversammlung zusammengefaßt. Sie bestellt den hauptamtlichen Vorstand, der - je nach Kassengröße - aus drei bis fünf Personen bestehen soll. Sie werden auf Zeit gewählt; eine Wiederwahl ist möglich.

- Die Personalkosten von Betriebskrankenkassen werden nicht länger von den jeweiligen Trägerbetrieben, sondern aus dem Beitragsaufkommen finanziert.

IV.

Die Strukturreform trifft in den neuen Ländern auf besondere Verhältnisse. Ausnahmen, Öffnungsklauseln und Übergangsregelungen sind, soweit dies der Situation dort besser entspricht, vorzusehen.

V.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, bis zum Wirksamwerden einer Strukturreform zur Befriedigung akuten Handlungsbedarfs und zur vorläufigen Sicherung der Stabilität der Krankenversicherung den Entwurf eines Vorschaltgesetzes vorzulegen, der folgende Maßnahmen enthalten soll:

- Eine strikte Grundlohnbindung der Gesamtvergütung von Kassenärzten und Kassenzahnärzten muß gewährleistet werden.
- Die Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung in der kassenärztlichen Versorgung müssen unverzüglich umgesetzt werden, ggf. durch eine Rechtsverordnung als Ersatzvornahme für die Selbstverwaltung.
- Bis zur Aufstellung der Positiv-Liste sind durch Einführung von Preisabschlägen, Preismoratorien sowie von erhöhten Apothekenrabatten die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen einzufrieren.

- Die gesetzlichen Grundlagen zu Überversorgung und zu Zulassungsbeschränkungen bei der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung müssen geändert und die Einführung einer Altersgrenze für die Kassenarntzulassung muß vorgesehen werden.
- Der Behandlungsauftrag für psychiatrische Institutsambulanzen muß erweitert werden.
- Die Großgeräteplanung ist wirksamer zu gestalten.

Die Bestimmungen des Vorschaltgesetzes sind kein Ersatz für die notwendigen Strukturreformmaßnahmen und daher in ihrer Geltungsdauer zeitlich zu befristen.

B

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung
der gesetzlichen Krankenversicherung
(Gesundheits-Strukturgesetz)

Der Ausschuß für Innere Angelegenheiten (In),
der Ausschuß für Kulturfragen (K),
der Rechtsausschuß (R) und
der Wirtschaftsausschuß (Wi)
empfehlen dem Bundesrat, gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung zu nehmen:

R 2. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren in das Gesetz, insbesondere im Hinblick auf das SGB V, die Änderungen mit aufzunehmen, welche notwendig sind, um im Sozialgesetzbuch zu einer sprachlichen Anpassung und Klarstellung der Formen der Datenverwendung zu gelangen, wie sie im Bundesdatenschutzgesetz vorgegeben werden. Begriffe wie "Erfassen" oder "Offenbaren" entsprechen nicht dem datenschutzrechtlichen Sprachgebrauch des Bundesdatenschutzgesetzes.

Wi 3. Zu Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b
(§ 88 Abs. 2a - neu - Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die Ziff. 3
bis 27
entfallen
bei An-
nahme
von Ziff. 1

In Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b sind in § 88
Abs. 2a - neu -
in Satz 1 die Worte
"um zehn von Hundert abgesenkt und"
zu streichen,

in Satz 2 die Worte "auf der abgesenkten Basis"
durch die Worte "auf dieser Basis"
zu ersetzen

und die Sätze 3 und 4 zu streichen.

(noch Ziff. 3)

Begründung:

Der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes sieht vor, daß die Preise der künftig eingeführten Regelleistungen für zahntechnische Arbeiten ab 1993 durchschnittlich um 10 % abzusenken sind und daß ferner spätere eventuelle Preisaufschläge erst ab 1996 erfolgen dürfen.

Diese Regelung wird noch dadurch verschärft, daß die genannte Absenkung vom Preisniveau Jahresende 1991 aus erfolgen soll, während die Preise und natürlich auch die Löhne und sonstigen Kosten seither bereits gestiegen sind. Andererseits sind in der Vergangenheit gerade die Preise für zahntechnische Leistungen deutlich unterdurchschnittlich gestiegen, etwa im Vergleich zum allgemeinen Anstieg der Verbraucherpreise.

Von der geplanten Regelung wären die handwerklichen Zahntechniker besonders betroffen, da sie reine Zulieferer für die Zahnärzte sind und somit nicht auf andere Leistungen ausweichen können.

Für das Zahntechnikerhandwerk ist zu befürchten, daß die geplante Regelung des Bundesgesetzgebers für diesen lohnintensiven Handwerkszweig eine weit überproportionale Belastung bedeutet, die dessen betriebswirtschaftliche Situation existenzgefährdend zu verschlechtern droht.

Ein reines Preismoratorium erscheint dagegen als noch angemessen.

K 4. Zu Artikel 1 Nr. 27 (§ 109 Abs. 4 SGB V),

Artikel 7 Nr. 2 (§ 4 KHG),

Bei Annahme
entfallen
Ziff. 18
und 21

Nr. 7 Buchstabe a (§ 17 Abs. 1 KHG),

Nr. 7 Buchstabe b (§ 17 Abs. 1a KHG),

Artikel 8 Abs. 1 Nr. 1 und 2 (Änderung der Bundes-
pflegesatzverordnung)

und Folgeänderungen

In Artikel 1 ist die Nummer 27,
in Artikel 7 sind die Nummern 2 und 7 Buchstaben a und b,
in Artikel 8 Abs. 1 sind die Nummern 1 und 2
zu streichen.

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

Begründung:

Der kombinierte Ansatz des Gesetzentwurfes, das Selbstkostendeckungsprinzip als Grundlage für die Pflegesatzermittlung abzuschaffen und Übergangsweise für die Jahre 1993 bis 1995 die Budgetfortschreibung an die Entwicklung der Grundlohnsomme zu binden, begründet mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Universitätsklinik Defizite in Millionenhöhe.

(noch Ziff. 4)

Die Universitätsklinika haben bei der Fortschreibung ihrer Budgets im wesentlichen drei Tatbeständen Rechnung zu tragen:

- Wie alle anderen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes sind die Universitätsklinika gezwungen, extern vereinbarte Preise (insbesondere Tarifabschlüsse und Besoldungserhöhungen) zu übernehmen. Der schlichte Vergleich für die letzten Jahre zeigt, daß die Tarifabschlüsse im Regelfall höher ausfielen als die Entwicklung der Grundlohnsumme. Ähnliche Verhältnisse sind bei der Beziehung von Dienst- und Versorgungsleistungen mit staatlich administrierten Preisen nachzuweisen.
- In den Universitätsklinika werden die meisten medizinischen Neuentwicklungen in die Krankenhauspraxis eingeführt. Hier ergeben sich in der Regel durch Qualitäts- und Leistungsverbesserungen zwangsläufige Kostensteigerungen. Medizinisch-technischer Fortschritt in den Universitätsklinika richtet sich nicht nach den Fortschreibungsraten der Grundlohnsummenentwicklung.
- Nach gewissen Erprobungsphasen ist in den Universitätsklinika zu verzeichnen, daß neu eingeführte Verfahren so lange extensiv im Angebot ausgedehnt werden, wie diese nicht in das Routineprogramm der außeruniversitären Universitätsklinika übernommen worden sind.

Diese Entwicklungen im Preis-, Leistungs- und Mengenbereich der Universitätsklinika sind mit einer Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung unvereinbar. Bei Deckelung der Budgetfortschreibung müßten die Universitätsklinika ihre Leistungsangebote drastisch einschränken.

K Erste Hilfsempfehlung zu Ziffer 4 *)

In 5. Zu Artikel 7 Nr. 2 (§ 4 KHG)
K

Zusammenhang mit Ziff. 18 Buchst. a In Artikel 7 ist Nummer 2 wie folgt zu fassen:

'2. § 4 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Die Krankenhäuser haben einen Rechtsanspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung bei wirtschaftlicher Betriebsführung."

Begründung:

1. § 4 Satz 1 muß aufrechterhalten bleiben, da die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nicht in Frage gestellt werden soll und das duale Finanzierungssystem erhalten bleibt.
2. Der neue Satz 2 tritt an die Stelle des Selbstkostendeckungsprinzips und sichert einen Rechtsanspruch auf leistungsgerechte Vergütung bei wirtschaftlicher Betriebsführung, was auch der Intention des Gesetzentwurfes entspricht (siehe Begründung zu § 4, S. 156). Er bildet das notwendige Gegenstück zur staatlichen Übernahme der Investitionskosten.

*) Als Hilfsempfehlung nur von K beschlossen.

K Zweite Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

6. Zu Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe a (§ 17 Abs. 1 KHG)
und Folgeänderungen

In Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe a ist § 17 Abs. 1 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

"Die Pflegesätze sind auf der Grundlage der voraus-
kalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaf-
tenden und leistungsfähigen Krankenhauses für alle
Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen."

b) In Satz 2 sind die Worte

"einem Krankenhaus"

durch die Worte

"dem Krankenhaus"

zu ersetzen.

Bei Annahme
wird in
Ziff. 18
ersetzt
[-]

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

(noch Ziff. 6)

Begründung:

Medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze müssen bei sachgerechter Bemessung auch die erforderlichen Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses zugrunde legen. Wird dieser Gesichtspunkt - wie es im Gesetzentwurf der Fall ist - vernachlässigt, sind die Krankenhäuser auch bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht in der Lage, kostendeckend ihre Leistungen zu erbringen. Demzufolge können Betriebsverluste nur durch Einschränkungen des Leistungsumfangs oder der Leistungsqualität vermieden werden. Dabei kann es auch nicht nur auf die Situation in "einem" Krankenhaus ankommen, maßgebend muß wegen der vielfältigen Unterschiede auf das jeweilige Krankenhaus abgestellt werden. Andernfalls würden viele Krankenhäuser dazu veranlaßt werden, zunehmend besonders kostenträchtige Behandlungen an Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe, insbesondere an die Universitätsklinika, abzugeben. Die hierdurch zu befürchtende Überlastung der Universitätsklinika würde dort nicht nur eine Kostenlawine in zweistelliger Millionenhöhe auslösen, sondern auch die Aufgaben der Forschung und Lehre erheblich gefährden, denn es würden immer weniger geeignete Patienten für diese Zwecke zur Verfügung stehen.

K Dritte Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

7. Zu Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe b (§ 17 Abs. 1a KHG)

In Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe b ist in § 17 Abs. 1a nach Satz 3 folgender Satz anzufügen:

"Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe, insbesondere nicht für die Universitätsklinika."

Begründung:

Insbesondere für die Universitätsklinika und Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe legt § 17 Abs. 1a KHG für die Jahre 1993 bis 1995 Budgetobergrenzen fest, die nicht hingenommen werden können. Zur Begründung wird auf die Empfehlung in Ziffer 4 zu Artikel 7 Nr. 7 Buchst. a (§ 17 Abs. 1 KHG) verwiesen.

K Nachrangige Hilfsempfehlung zur dritten Hilfsempfehlung
(Ziffer 7) zu Ziffer 4

8. Zu Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe b (§ 17 Abs. 1a KHG)
sowie Folgeänderungen

Zusammenhang
mit Ziff. 21
Buchst. b
Doppel-
buchst. aa

In Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe b ist in § 17 Abs. 1a
nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

Zusammen-
hang
mit Ziff. 9

"Mehrkosten für notwendige Veränderungen des Leistungsangebots und Mehrkosten, die auf Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder allgemeinen Vergütungsregelungen beruhen oder sich als Folge der für das Jahr 1992 geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen ergeben, sind jedoch zu berücksichtigen, auch wenn hierdurch die Veränderungsrate nach Satz 1 überschritten wird."

Bei Annahme
entfällt
Ziff. 18
Buchst. b

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

Begründung:

Die o. g. Faktoren können dazu führen, daß die Kosten im Einzelfall den Rahmen der Grundlohnsumme überschreiten. Dies hätte zur Folge, daß das Leistungsangebot des Jahres 1992, wie es auch der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1992 zugrundegelegt ist, reduziert werden müßte. Damit wäre das Ziel der Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung (§ 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V) gefährdet. Diese Gefährdung wäre vor allem bei Krankenhäusern der Maximalversorgung nicht hinnehmbar. Dabei geht es jeweils um Mehrkosten, die vom Krankenhaus selbst nicht beeinflußt werden können und dementsprechend auch nicht in Zusammenhang mit der Frage wirtschaftlicher Betriebsführung stehen.

Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, daß im Interesse der Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung zusätzliche, 1992 noch nicht erbrachte medizinische Leistungen zwingend erforderlich sind, die mit einem zwangsläufigen zusätzlichen Kostenaufwand verbunden sind.

(noch Ziff. 8)

Schließlich sehen die Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 1992 teilweise zusätzliche Personalstellen vor, die erst in der 2. Jahreshälfte 1992 besetzt werden durften. Dementsprechend entstehen die vollen Kosten der im Jahre 1992 zugebilligten Personalstellen erst 1993 und sind im Budget des Jahres 1992 noch nicht enthalten.

K Vierte Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

9. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 BPflV)

Zusammen-
hang mit
Ziff. 8

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 sind in § 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe e die Worte

Zusammen-
hang
mit
Ziff. 13

", wenn diese Veränderungen nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen erfolgen und für das Krankenhaus rechtsverbindlich festgelegt sind" zu streichen.

Begründung:

Folgeänderung der zu § 17 Abs. 1a KHC (Ziffer 8 der Ausschussempfehlungen) vorgeschlagenen Änderung.

Entsprechend der Entwicklung in den vergangenen Jahren ist davon auszugehen, daß das Leistungsangebot jedenfalls der Krankenhäuser der Maximalversorgung vor allem wegen der Änderung des "Patientenguts" in vielfältiger Weise erweitert werden muß, um die notwendige medizinische Versorgung sicherzustellen. Eine förmliche Beschlußfassung über die zusätzlichen Leistungen im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes ist wegen dieser Vielfalt ausgeschlossen; nur besonders schwerwiegende Änderungen des Leistungsangebots können in dieser Weise erfaßt werden. Deshalb sollte die Entscheidung über zusätzliche Leistungen wie bisher der Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen überlassen werden.

K

Fünfte Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

10. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 BPflV)

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 ist in § 4 Abs. 3 Nr. 2 in Buchstabe e am Ende der Punkt durch einen Beistrich zu ersetzen und folgender Buchstabe f - neu - anzufügen:

"f) sonstige in der Berechnungsgrundlage nicht berücksichtigte wesentliche Mehr- oder Minderkosten, die nur unregelmäßig anfallen, insbesondere Kosten aufwendiger Instandhaltungsmaßnahmen,".

Begründung:

Es müssen auch sonstige außergewöhnliche Änderungen berücksichtigt werden, insbesondere einmalige größere Belastungen oder Entlastungen des Krankenhauses. Wesentliches Beispiel bilden die Instandhaltungskosten. Einerseits wäre es von der Zielsetzung des Gesetzes her gesehen nicht berechtigt, Instandhaltungskosten, die z.B. im Budget 1992 mit 1,5 Mio DM berücksichtigt waren, über die Fortschreibung des ungekürzten Basisbudgets 1992 fortzuführen. Andererseits wäre es nicht berechtigt, dringend gebotene Instandhaltungsmaßnahmen in den Jahren 1993 bis 1995 wegen der Begrenzung der Budgets zu unterlassen.

K Sechste Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

11. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 BPflV)
sowie Folgeänderungen

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 ist in § 4 Abs. 3 Nr. 2
nach Buchstabe f - neu - folgender Buchstabe g - neu -
anzufügen:

"g) Mehrkosten, die auf Rechtsvorschriften, Tarifver-
trägen und allgemeinen Vergütungsregelungen beruhen
oder als Folge der für das Jahr 1992 geschlossenen
Pflegesatzvereinbarungen anfallen."

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

Begründung:

Auf die Begründung des Änderungs-
antrags zu § 17 Abs. 1a wird Bezug
genommen.

(Vgl. Ziff. 8 der Ausschlußempfehlungen.)

K Siebte Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

12. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 5 BPflV)
und Folgeänderungen

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 ist in § 4 der Absatz 5
wie folgt zu fassen:

"(5) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum
entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5
von dem vereinbarten Budget ab, werden die durch
eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder
Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert
ausgeglichen (flexible Budgetierung). Die Vertrags-
parteien können im voraus andere Vomhundertsätze
vereinbaren, wenn dies der Struktur oder der ange-
nommenen Entwicklung der Kosten und Leistungen des
Krankenhauses besser entspricht. Der Ausgleichsbetrag
ist so früh wie möglich über das Budget eines folgenden
Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen; die Verrechnung
von Teilbeträgen ist möglich."

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

(noch Ziff. 12)

Begründung:

Der Änderungsvorschlag entspricht der bisherigen Regelung, die sich bewährt hat. Insbesondere im Hinblick auf den im erteilten Versorgungsauftrag und die ihm obliegende Aufnahme- und Behandlungspflicht ist das Krankenhaus nicht in der Lage, den Umfang der Krankenhausleistungen ohne Rücksicht auf die Entwicklung der "Nachfrage" nach Krankenhausleistungen (Patientenzustrom) festzulegen. Unvorhersehbare Entwicklungen können deshalb zwingend dazu führen, daß die Zahl der der Pflegesatzvereinbarung zugrundegelegten Berechnungstage über-, aber auch unterschritten wird. Dies hat auf der einen Seite für das Krankenhaus unvermeidbare Mehrkosten, auf der anderen Seite ggf. auch Minderkosten zur Folge, die ausgeglichen werden müssen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung würde dazu führen, daß Krankenhäuser insbesondere bei einem die Prognose überschreitenden Patientenandrang diese Patienten an andere Krankenhäuser weiterverweisen, weil die zu erwartenden Behandlungskosten nicht ersetzt werden.

K Achte Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

13. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 6 BPflV)

Zusammenhang mit Ziff. 9

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 ist in § 4 Abs. 6 der Satz 3 wie folgt zu fassen:

"Ergeben sich während des Pflegesatzzeitraumes Änderungen der Personalkosten aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, berichtigt."

Begründung:

Folgeänderung zu Ziffer 9 der Ausschlußempfehlungen (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 BPflV) auf der Grundlage des bisher geltenden Rechts.

K Neunte Hilfsempfehlung zu Ziffer 4

14. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 3 (§ 6 Abs. 3 BPflV) und Nr. 2 (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 BPflV)

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 3 ist § 6 Abs. 3 wie folgt zu ändern:

- a) Satz 1 ist zu streichen;
die Sätze 2 und 3 werden Sätze 1 und 2.
- b) In Satz 1 sind die Worte
"in dem in Satz 1 genannten Zeitraum"
durch die Worte
"für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995"
zu ersetzen.
- c) Nach Satz 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

"Für Sonderentgelte, die erstmals für den Zeitraum der
Kalenderjahre 1993, 1994 oder 1995 vereinbart werden,
gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend."

Als Folge ist

in Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 in § 4 Abs. 3 Nr. 2 der
Buchstabe d wie folgt zu fassen:

- "d) die Entgelte für Leistungsarten, die nach dem
31. Dezember 1992 nicht mehr oder erstmals durch
Sonderentgelte nach § 6 vergütet werden,".

Begründung:

Es ist sachlich nicht zu vertreten, ab 1993 die Vereinbarung neuer Sonderentgelte auszuschließen. Gerade den Sonderentgelten wird neben den Fallpauschalen in der Zukunft eine verstärkte Bedeutung zukommen. Diesem Anliegen dienen die Anliegen unter a und b.

Die Änderung unter c trägt dem Anliegen Rechnung, daß auch für die neuvereinbarte Sonderentgelte, ebenso wie für die bestehenden Sonderentgelte, eine Erhöhung in den Folgejahren begrenzt sein sollte.

Durch die Folgeänderung wird ausgeschlossen, daß durch die Vereinbarung neuer Sonderentgelte die Regelung über die Budgetobergrenze umgangen wird.

K 15. Zu Artikel 1 Nr. 30 (§ 113 Abs. 1 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 30 zu streichen.

Begründung:

Der bisherige Gesetzeswortlaut sah vor, daß die Krankenkassenverbände bei der Bestellung von Prüfern ein Einvernehmen mit den Krankenhausträgern herbeiführen mußten.

Nunmehr wird diese Einvernehmensregelung durch ein bloßes Anhörungsrecht des Krankenhausträgers ersetzt.

Eine Begründung für diese neue Regelung ist nicht erkennbar. Gerade für den Bereich der Universitätsklinik hat die einvernehmliche Prüferbestellung in den vergangenen Jahren keine praktischen Probleme oder Konflikte erbracht. Angesichts der gemeinsamen Verantwortung von Krankenkassen (für die Pflegesätze) und Krankenhausträger (für die Betriebszuschüsse für Forschung und Lehre in dreistelliger Millionenhöhe pro Jahr) hat sich die Praxis bewährt, nach dem Grundsatz der Betriebseinheit gemeinsam darauf zu achten, daß in allen Aufgabenbereichen der Universitätsklinik die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität beachtet und - wo daran Zweifel bestehen - durch externe, qualifizierte Prüfer untersucht werden.

K 16. Zu Artikel 1 Nr. 31a - neu - (§ 120 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 31 folgende neue Nummer 31a einzufügen:

'31a. § 120 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Auf Verlangen einer Vertragspartei sind die Leistungen der Polikliniken nach Einzelleistungen abzurechnen."

b) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe "Satz 2" durch die Angabe "Satz 3" ersetzt.

Begründung:

§ 120 Abs.1 SGB V in seiner zur Zeit geltenden Fassung sieht vor, daß die im Krankenhaus erbrachten ärztlichen Leistungen der Polikliniken nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen aus der Kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden; das bedeutet als Regelfall eine Vergütung nach Einzelleistungen. In Absatz 3 der Vorschrift ist - als Ausnahme von diesem Grundsatz - die Pauschalierung der Vergütung zugelassen. In der Praxis wird die Ausnahme von den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Regel gemacht. Dem Land entstehen dadurch hohe nicht weiter hinnehmbare Verluste.

K 17. Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 122 Abs. 4 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 32 sind in § 122 Abs. 4 Satz 1 nach den Worten
"durch Dritte"
die Worte
"unter Berücksichtigung des § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes"
einzufügen.

Begründung:

In § 10 KHG wird in Satz 3 darauf hingewiesen, daß bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG, d.h. nach dem Hochschulbauförderungsgesetz geförderten Krankenhäuser, der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätedarf zu berücksichtigen ist. Die o.g. Einfügung stellt klar, daß dieser Grundsatz auch für die Zukunft gelten muß.

In 18. Zu Artikel 7 Nr. 7 (§ 17 Abs. 1 Satz 2 und 3)

Entfällt bei In Artikel 7 Nr. 7 ist § 17 wie folgt zu ändern:
Annahme von
Ziff. 4

Zusammen-
hang mit
Ziff. 5

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

[-]
wird ersetzt
bei Annahme
von Ziff. 6

"Sie müssen leistungsgerecht sein und [einem Krankenhaus] bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Erfüllung seines Versorgungsauftrages gewährleisten."

bb) In Satz 3 sind die Worte

"die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen,"
zu streichen.

Entfällt
bei An-
nahme
von
Ziff. 8

b) In Absatz 1a ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Mehreinnahmen der Krankenhäuser aus der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen, Mehrkosten aufgrund der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung und aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder allgemeinen Vergütungsregelungen sowie ab 1. Januar 1994 Instandhaltungskosten nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet sind zu berücksichtigen."

Begründung:

Zu a):

Die Neufassung des Satzes 2 ergibt sich als Folgeänderung zur Neuformulierung des § 4 Satz 2 KHG (Ziffer 5 der Ausschlußempfehlungen).

Die Streichung des Wortes "medizinisch" berücksichtigt, daß im Krankenhaus nicht nur medizinische, sondern auch pflegerische Leistungen sowie Unterkunft und Verpflegung erbracht werden (§ 2 Abs. 1 BPflV). Anstelle des Wortes "ermöglichen" ist auf die Gewährleistung abzustellen, weil das Krankenhaus zur Erfüllung des Versorgungsauftrages nach dem Krankenhausplan verpflichtet ist. Die Streichung in Satz 3 ist eine Konsequenz der Neuformulierung des Satzes 2.

Zu b):

Die Bindung der Pflegesätze an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen läßt außer Betracht, das sich externe, für die Krankenhausträger verbindliche, aber von ihnen nicht beeinflussbare Kostenentwicklungen ergeben können. Dies gilt vor allem für tarifvertragliche Erhöhungen der Vergütungen (beispielsweise Anhebung der Vergütung im Pflege- und Funktionsdienst einschließlich struktureller Verbesserungen 1991 um ca. 8 v. H.; dagegen-Steigerung

(noch Ziff. 18)

der beitragspflichtigen Einnahmen 1991 nur 5 v. H.), aber auch für Mehrkosten aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften (beispielsweise Hygieneverordnungen). Daraus resultierende Mehrkosten, die ab 01.01.1993 wirksam werden, müssen daher auf jeden Fall in die Budgets bzw. Pflegesätze der Krankenhäuser eingehen. Die technische Umsetzung folgt aus § 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe c BPflV (siehe Änderungsantrag).

- K 19. Zu Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe c (§ 17 Abs. 2a KHG),
Nr. 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 18 Abs. 3 KHG),
Artikel 8 Abs. 1 Nr. 3 (§ 6 Abs. 3 BPflV)
und Folgeänderungen

In Artikel 7 Nr. 7 ist Buchstabe c,
in Nummer 8 Buchstabe b ist der Doppelbuchstabe bb,
in Artikel 8 Abs. 1 ist die Nummer 3
zu streichen.

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht ab 1996 die Ablösung von an den Selbstkosten ausgerichteten Pflegesätzen durch folgende Bestimmungen vor:

- Bundesweit von der Bundesregierung festgelegte Preise (Fallpauschalen, pauschalisierte Sonderentgelte, Basispflegesätze usw.) in Form von Gebühren in Anlehnung an das Schema des Bewertungsmaßstabes der Ärzte (BMA).

(noch Ziff. 19)

- Festsetzung von landesbezogenen "Punktwerten" zur Ausfüllung dieser einheitlichen Krankenhausgebührenkataloge.
- Übergangsregelungen, die bis 1995 die Möglichkeit zur Vereinbarung von Sonderentgelten ausschließen, soweit derartige Sonderentgelte nicht bereits 1992 vereinbart waren.

Alle Erfahrungen zeigen, daß feste, bundesweit vorgegebene Preiskataloge weder in der Lage sind, das Leistungsspektrum der Universitätsklinika hinreichend zu erfassen, noch auf dessen permanente Änderungen zu reagieren und erst recht nicht deren anfallende Kosten zu refinanzieren. Damit wird die besondere Auftragsstellung der Universitätsklinika, im Verbund mit Lehre und Forschung ständig das höchste Niveau in der medizinisch-wissenschaftlichen Versorgung der Bevölkerung zu erreichen, durch die gesetzlichen Entgeltbestimmungen extrem gefährdet. Eine Anwendung dieser Bestimmungen des vorliegenden Gesetzentwurfes würde zwangsläufig für jedes Universitätsklinikum jährlich zweistellige Millionendefizite oder alternativ den Stillstand oder die Schrumpfung in der Entwicklung der medizinischen Leistungsangebote zur Folge haben.

K

Hilfsempfehlung zu Ziffer 19

20. Zu Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe c (§ 17 Abs. 2a KHG) und Folgeänderungen

In Artikel 7 Nr. 7 ist Buchstabe c wie folgt zu fassen:

'c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

"(2a) In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 sind beispielhaft Krankenhausleistungen festzulegen, für die Sonderentgelte zwischen den Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2 KHG) vereinbart werden können."

Folgeänderungen sind zu berücksichtigen.

(noch Ziff. 20)

Begründung:

Die gegenwärtige Fassung des Gesetzentwurfs sieht die Festlegung einer bundeseinheitlichen "Preisliste" für Sonderentgelte und Fallpauschalen vor, die bei - voraussichtlich - insgesamt mehr als 200 Krankenhausleistungen Punktzahlen bundeseinheitlich festgelegt werden. Die Festsetzung der Punktwerte soll auf Landesebene erfolgen.

Wie auch die Erfahrungen in anderen Ländern, in denen derartige "Preise" für Krankenhausleistungen festgesetzt wurden, zeigen, wird eine solche Preisvorgabe der Unterschiedlichkeit der Krankheitsfälle und der Vielfalt der sich daraus ergebenden Behandlungsnotwendigkeiten nicht gerecht. Das gilt vor allem für die notwendigen überdurchschnittlich teuren Behandlungen, die sich bei älteren Patienten und bei mehrfach erkrankten Patienten ergeben. Es ist zu erwarten, daß die "Preise" an den Behandlungskosten in einem "durchschnittlichen" Krankenhaus orientiert werden. Damit werden auch die ungleich höheren Vorhaltungskosten der Krankenhäuser der Maximalversorgung für die Behandlung der schweren Erkrankungsfälle nicht berücksichtigt. Entsprechend den Erfahrungen in anderen Ländern wird dieses System dazu führen, daß alle Behandlungsfälle, die den vorgegebenen Preis übersteigende Kosten erwarten lassen, an andere Krankenhäuser weiterverwiesen werden. Letztlich wird dies zu einer Konzentration dieser Fälle bei den Krankenhäusern der Maximalversorgung und hier insbesondere den Universitätskliniken führen, die die Kranken nicht weiterverweisen können.

Dies wird zugleich die Folge haben, daß den Universitätskliniken immer weniger für die Aus- und Weiterbildung geeignete Patienten zur Verfügung stehen und damit ihre Ausbildungsaufgabe nicht mehr erfüllen können.

Demgegenüber hat sich das bisherige Verfahren der an den notwendigen konkreten Kosten des Krankenhauses orientierten "individuellen" Vereinbarung der Sonderentgelte zwischen Krankenhaus und Krankenkassen bewährt. Anhaltspunkte dafür, daß das Gebot der Wirtschaftlichkeit hierbei nicht eingehalten wird, bestehen nicht.

In 21. Zu Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 BPflV)

In Artikel 8 Abs. 1 Nr. 2 ist § 4 wie folgt zu ändern:

- Buch-
staben a
und b ent-
fallen bei
Annahme von
Ziff. 4
- a) In Absatz 2 Satz 5 sind die Worte
"im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen"
zu streichen.
- b) Absatz 3 Nr. 2 ist wie folgt zu ändern:
- Zusammen-
hang mit
Ziff. 8
- aa) Nach Buchstabe b ist folgender Buchstabe b1
- neu - einzufügen:

"b1) die im Pflegesatzzeitraum auf Grund von Rechtsvorschriften,
Tarifverträgen oder allgemeinen Vergütungsregelungen ein-
tretenden Mehrkosten, soweit diese die Veränderungsrate
nach Nummer 1 übersteigen,".

Als Folge ist

in Absatz 6 der Satz 3 wie folgt zu fassen:

"Wird eine geringere Erhöhung vereinbart als nach Absatz 3
Nr. 1 zulässig ist, gilt Satz 2 entsprechend bei nicht zu-
treffend geschätzten Änderungen der Personalkosten auf
Grund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder allge-
meinen Vergütungsregelungen."

- bb) In Buchstabe e sind die Worte
"im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen"
zu streichen.

(noch Ziff. 21)

Begründung:

Zu Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

Die Regelungen in § 4 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe e, die das Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen vorsehen, berücksichtigen nicht, daß mit den unmittelbar Beteiligten, also auch den Krankenkassen, gemäß § 7 KHG einvernehmliche Regelungen anzustreben sind.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Entsprechend der Empfehlung in Ziffer 8 der Ausschussempfehlungen zu Artikel 7 Nr. 7 (§ 17 Abs. 1 a KHG) sind auch Mehrkosten aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder allgemeinen Vergütungsregelungen zu berücksichtigen. Der neue Buchstabe b¹ stellt klar, daß dies nur für Mehrkosten gilt, die durch den Anstieg der Grundlohnsumme nicht abgedeckt sind.

- K 22. Zu Artikel 8 Abs. 3 Nr. 2 (§ 7 Abs. 3 BPflV),
Nr. 3 (§ 8 BPflV),
Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 BPflV),
Nr. 5 (§ 11 Abs. 3 BPflV)
und Folgeänderungen (insbesondere die Änderung der GOÄ)

In Artikel 8 Abs. 3 sind die Nummern 2, 3, 4 und 5 zu streichen.

Folgeänderungen (insbesondere die Änderung der GOÄ) sind zu berücksichtigen.

(noch Ziff. 22)

- 39 -

Begründung:

In die Festlegung des von den Krankenkassen zu tragenden Budgets soll nach der Vorschrift eine Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses einbezogen werden, die im Durchschnitt um über 100 % über der bisher in die Budgetberechnung einzubeziehenden Kostenerstattung liegt. Zugleich soll der sogenannte Wahlarztabschlag bei den von Privatpatienten zu entrichtenden Pflegesätzen entfallen. Die Erhöhung der Kostenerstattung hat auch die Folge, daß damit zu rechnen ist, daß der den Krankenhäusern verbleibende Anteil des Nutzungsentgelts erheblich vermindert wird oder ganz entfällt. Bei den Universitätskliniken besteht deshalb die konkrete Gefahr eines Ertragsausfalls in Höhe von ca. 3 - 4 Mio DM pro Jahr. Wenn der Wahlarztabschlag entfällt mit der Folge, daß Privatpatienten neben den ihnen von den Chefärzten in Rechnung gestellten Honoraren den vollen Pflegesatz zu entrichten haben, so fehlt aber eine sachliche Grundlage für die vorgesehene - gegenüber der bisherigen Rechtslage erheblich erhöhte - zusätzliche Einbeziehung der Chefarztabgaben in die Budgetberechnung. Es handelt sich daher im Ergebnis nicht um eine Kostenbeteiligung, sondern um eine Subventionierung der gesetzlichen Krankenkassen zu Lasten der Krankenhausträger und liquidationsberechtigten Ärzte.

K

Hilfsempfehlung zu Ziffer 2223. Zu Artikel 23 Abs. 2 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Artikel 23 Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) Das Wort "und" ist durch einen Beistrich zu ersetzen.
- b) Nach der Angabe "Artikel 7 Nr. 4" ist die Angabe "und Artikel 8 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe a" anzufügen.

Begründung:

Es ist vorgesehen, daß die Vergütungen der Krankenhausärzte für wahlärztliche Leistungen künftig von den Krankenhäusern oder den von diesen beauftragten Abrechnungsstellen eingezogen werden. Die hierzu notwendigen verwaltungsmäßigen Voraussetzungen können nicht bereits bis zum 1. Januar 1993 geschaffen werden. Vielmehr ist eine längere Vorbereitungszeit - mindestens bis zum 1. Januar 1994 - erforderlich.

K 24. Zu Artikel 9 (§ 1 Abs. 2 Pflege-Personalregelung)

In Artikel 9 ist in § 1 der Absatz 2 zu streichen.

Begründung:

Die Pflege-Personalregelung muß auch bei der Kalkulation von Fallpauschalen Anwendung finden, da nur bei Kenntnis des notwendigen Personalbedarfs die Entwicklung von Fallpauschalen möglich ist; im übrigen wird es kaum möglich sein, bei der Erfassung zwischen Patienten mit und ohne Fallpauschalen zu unterscheiden.

K 25. Zu Artikel 9 (§ 3 Abs. 2 Pflege-Personalregelung)

In Artikel 9 sind in § 3 Abs. 2
nach den Worten
"von Bereitschaftsdienst"
die Worte
"sowie Rufbereitschaftsdienst"
einzufügen.

Begründung:

Die Ergänzung trägt dem Umstand Rechnung, daß in der stationären Krankenpflege auch Rufbereitschaft geleistet wird; sie dient insoweit der Klarstellung.

K 26. Zu Artikel 9 (§ 3 Abs. 4 Pflege-Personalregelung)

In Artikel 9 ist in § 3 Abs. 4 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Besondere Verhältnisse liegen insbesondere vor, wenn

1. die pflegerischen Versorgungsdienste des Krankenhauses nicht voll zentralisiert sind,
2. das Krankenhaus besondere Schwerpunkte in der Behandlung aufweist,
3. die Mindestbesetzung von Stationen des Krankenhauses nicht gewährleistet ist."

Begründung:

Die Aufnahme der Ausnahmetatbestände, die in ähnlicher Form bereits im Verordnungstext des früheren Entwurfs (Stand: 16.04.1992) einer Pflege-Personalverordnung enthalten waren, aus der Begründung in den Text der Pflege-Personalregelung dient der Klarstellung und vermeidet Mißverständnisse und Auslegungsschwierigkeiten in der praktischen Anwendung der Pflege-Personalregelung.

560/1/92

- 42 -

C

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

27. Der Rechtsausschuß

empfiehlt dem Bundesrat, gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf keine Einwendungen zu erheben.

*