Bundesrat Drucksache **381/1/94**
25 Seiten

31.05.94

Empfehlungen
der Ausschüsse

G - Fz - In - K

zu **Punkt** der 670. Sitzung des Bundesrates am 10. Juni 1994

Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts

A

Der **federführende Gesundheitsausschuß** (G),

der **Finanzausschuß** (Fz) und

der **Ausschuß für Kulturfragen** (K)

empfehlen dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe nachstehender Änderungen zuzustimmen:

Fz 1. Zu Artikel 1 § 1 BPflV

In Artikel 1 erhält § 1 Abs. 3 folgende Fassung:

"(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung und die ambulante Durchführung von Operationen im Krankenhaus werden für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115 a und 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen und Tarifen vergütet."

Als Folge

werden in Artikel 6 in § 6a Abs. 1 Satz 1,

in Artikel 7 in § 7 Satz 1,

in Artikel 8 § 1 in § 6a Abs. 1 und

in Artikel 8 § 2 in § 7 Satz 1 jeweils die Worte

"vollstätionären, teilstationären sowie vor- und nachstationären" durch die Worte "vollstationären und teilstationären" ersetzt.

Ausgeliefert am 31. MAI 1994

...

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 1320, 53003 Bonn
Telefon: 0228/3820840, Telefax: 0228/3820844
ISSN 0720-2946

(noch Ziff. 1)

Begründung:

§ 1 Abs. 3 BPflV soll klarstellen, daß es sich bei der vor- und nachstationären Behandlung sowie den ambulanten Operationen im Krankenhaus zwar um Krankenhausleistungen handelt, die aber nicht nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden sollen. Aus welchen Gründen allerdings die Abrechnung bei den Behandlungsarten unterschiedlich erfolgen soll, ist nicht ersichtlich. Beide beinhalten in der Hauptsache die ärztliche Behandlung und kaum pflegerische Leistungen, so daß es nur folgerichtig ist, wenn sie auch abrechungstechnisch gleich behandelt werden. Bei allen nicht gesetzlich versicherten Patienten sind die ärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (oder ggf. anderen Vereinbarungen) zu vergüten, deren Gebührensätze auch die Sach- und Personalkosten abgelten.

G Fz 2. Zu Artikel 1 § 3 Abs. 2
§ 5
§ 16 Abs. 1 Satz 3
§ 17 Abs. 4 Satz 1
§ 28 Abs. 8 Satz 2

a) § 5 ist zu streichen.

b) In § 3 Abs. 2 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

" Bei der Bemessung des Budgets und der tagesgleichen Pflegesätze (§ 10 Abs. 1 Nr.2) nach den Vorgaben des Absatzes 1 haben die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen."

...

(noch Ziff. 2)

nur G c) In § 16 Abs. 1 Satz 3 ist die Angabe "§§ 3 bis 6" zu ersetzen durch die Angabe "§§ 3, 4 und 6".

d) § 17 Abs. 4 ist Satz 1 zu streichen.

nur G e) In § 28 Abs. 8 Satz 2 ist die Angabe "§§ 3 bis 6" zu ersetzen durch die Angabe "§§ 3, 4 und 6".

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der erkennbare Nutzen des Krankenhausvergleichs steht in keinem vernünftigen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand. Das neue Entgeltsystem führt unvermeidlich zu Verwaltungsmehraufwand. Deshalb sollten weitere Verwaltungsmehrbelastungen vermieden werden, die zur Umsetzung des neuen Vergütungssystems nicht unbedingt erforderlich sind. Das gilt für den Krankenhausvergleich. Der in § 5 vorgesehene Krankenhausvergleich läuft seiner Konzeption nach auf einen Gruppenvergleich aufgrund von Durchschnittswerten hinaus. Die damit verbundene Aufgabe des Individualvergleichs widerspricht dem Grundprinzip des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, das darauf ausgerichtet ist, individuelle Budgets und Pflegesätze zu vereinbaren, die der betrieblichen Struktur und der Leistungs- und Kostensituation des einzelnen Krankenhauses gerecht werden.

...

(noch Ziff. 2)

Ferner bestehen in datenschutzrechtlicher Hinsicht erhebliche Zweifel, ob die in § 5 formulierte Datenübermittlungspflicht an die nach Absatz 1 Satz 5 zu bildende Arbeitsgemeinschaft eine ausreichende gesetzliche Grundlage hat. Auf die strengen Anforderungen in der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung-KHStatV) vom 10. April 1990, die bei der Weitergabe von Krankenhausdaten zu beachten sind, wird verwiesen.

Zu Buchstaben b bis e:

Folgeänderungen.

...

G 3. Zu Artikel 1 § 4 Abs. 1 Nr. 5 und Absatz 2
Fz § 19 Abs. 3

a) § 4 Abs. 1 Nr. 5 und Absatz 2 sind zu streichen.

b) In § 19 Abs. 3 sind die Worte "§ 4 Abs. 1 Nr. 5," zu streichen.

Begründung:

Zu a: Die Verordnung sieht die Möglichkeit vor, den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses durch ergänzende Vereinbarungen der Vertragsparteien zu konkretisieren. Neben der Krankenhausplanung der Länder und den durch das GSG neu geschaffenen Vertragsmöglichkeiten in § 109 Abs. 1 Sätze 4 und 5 Sozialgesetzbuch V würde damit eine dritte Planungsebene (Leistungsplanung) eingeführt, deren Notwendigkeit nicht ersichtlich ist.

Bereits nach jetzigem Recht haben die Krankenkassen vor Ort die Möglichkeit und die Verpflichtung, zur Sicherung zügiger Budget- und Pflegesatzverhandlungen wesentliche Fragen zur Leistungsstruktur mit dem jeweiligen Krankenhaus gemeinsam zu klären. Diese bewährte Regelung wird auch in die Bundespflegesatzverordnung 1995 übernommen.

Mit der beabsichtigten ergänzenden Regelung kann die betriebliche Planungs- und Handlungsautonomie der einzelnen Krankenhäuser bis hinein in die Therapiegestaltung der medizinischen Fachbereiche deutlich eingeschränkt werden. Die Regelung entspricht nicht dem Ziel, den Krankenhäusern mehr Selbstverantwortung und Selbständigkeit als bisher einzuräumen. Aus der Sicht der Länder ist darauf hinzuweisen, daß ein solcher Regelungskomplex zur Aushöhlung der den Ländern obliegenden Krankenhausplanung beiträgt. Die Verlagerung von Planungsfestlegungen auf die Ebene der Vertragsparteien ist deshalb abzulehnen.

Zu b: Folgeänderung

...

K 4. Zu Artikel 1 § 6 Abs. 3 Satz 2 - neu -

In Artikel 1 ist in § 6 Abs. 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Entsprechendes gilt für Hochschulklinika, wenn andernfalls neue medizinische Benandlungen und Methoden nicht in die allgemeine Krankenversorgung eingeführt werden können."

Begründung:

Hochschulklinika erbringen neben ihren Leistungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung spezifische kostenrelevante Leistungen, die mit der in Satz 1 vorgesehenen Veränderungsrate des Budgets nicht abgegolten sind. Hierzu zählen insbesondere die Erprobung neuer diagnostischer und therapeutischer Behandlungsformen und Methoden vor ihrer generellen Zulassung, unabhängige Studien und besondere Maßnahmen der Qualitätssicherung. Diese universitätsbezogenen, von Krankenhäusern auch der Maximalversorgung nicht erbrachten Leistungen dienen dem Fortschritt der Medizin und bestimmen den Standard der Allgemeinversorgung der Zukunft.

G 5. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 1 Nr. 5 - neu -

Fz

In § 7 Abs. 1 ist folgende Nummer 5 - neu - anzufügen:

"5. Kosten der Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses."

Begründung:

Unbeschadet der nicht abschließenden Aufzählung der pflegesatzfähigen Leistungen und Kosten wird die Erweiterung des beispielhaften Katalogs in Absatz 1 um eine Nummer 5 für erforderlich gehalten.
Hintergrund ist, daß diese Frage bei den Pflegesatzverhandlungen vor Ort zu Streitfällen geführt hat.

...

Fz

6. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Buchstaben a und b

In § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Buchstabe a sind die Worte "40 vom Hundert" durch die Worte "20 vom Hundert" und in Buchstabe b die Worte "20 vom Hundert" durch die Worte "10 vom Hundert" zu ersetzen.

Begründung:

Die festgelegte Kostenausgliederung für wahlärztliche Behandlungen ist zu hoch angesetzt. Damit werden den Krankenhäusern Einnahmen entzogen, die die Krankenhäuser bisher für die Finanzierung von zusätzlichen Investitionen sowie zur Deckung von Betriebsverlusten einsetzen konnten. Auch vermindern sich hierdurch die finanziellen Möglichkeiten für die liquidatonsberechtigten Ärzte zur Finanzierung der Mitarbeiterbeteiligung.

Landesrechtliche Regelungen über die Beteiligung an den Einnahmen aus wahlärztlicher Tätigkeit würden damit in Frage gestellt.

Fz
K

7. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5

In Artikel 1 ist in § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5
die Zahl "85"
durch die Zahl "51"
zu ersetzen.

Bei Annahme entf. Ziff. 8

K

Begründung:

Bis Ende 1992 konnte der den Ländern verbleibende Vorteilsausgleich aus stationärer Nebentätigkeit der liquidationsberechtigten Professoren zur Finanzierung nicht pflegesatzfähiger Kosten aus dem Wahlarztbereich, darüber hinaus vor allem für die Forschungsförderung eingesetzt werden.

Durch die Verpflichtung, bei den sogenannten Altverträgen 85 v.H. als Kostenerstattung an die Kassen weiterzuleiten, greift der Bund in den den Ländern zustehenden Vorteilsausgleich ein, er trifft damit quasi Nebentätigkeitsregelungen, was in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fällt. Da die Regelung des § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 BPflV an einen Prozentsatz von 85 v.H. des Nutzungsentgelts anknüpft, haben die Länder auch keine Möglichkeit, den ihnen entstehenden Einnahmeverlust durch eine Erhöhung des Nutzungsentgelts aufzufangen (dies ginge nur, wenn sie den liquidationsberechtigten Professoren mehr als Nutzungsentgelt abverlangten als die bezogene Vergütung - 114 % bei einem Nutzungsentgelt von 35 %). Im übrigen ist durch die Regelung des § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 BPflV den Ländern auch eine die Verluste nur teilweise abdeckende Erhöhung des Nutzungsentgelts praktisch verwehrt, weil bei einer Erhöhung des Nutzungsentgelts vom zusätzlich praktisch erzielten Vorteilsausgleich wiederum 85 v.H. einer Absenkung der Pflegesätze zu Gute käme.

Die Änderung soll den Ländern die Möglichkeit geben, durch eine Erhöhung des Nutzungsentgelts Einnahmeverluste aufzufangen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Kassen auch nach der bisherigen 51 %-Regelung nicht unerheblich an einer Erhöhung des Nutzungsentgelts partizipieren.

(noch Ziff. 7)

Fz

Begründung:

Die festgelegte Kostenausgliederung für wahlärztliche Behandlungen ist zu hoch angesetzt. Damit werden den Krankenhäusern Einnahmen entzogen, die die Krankenhäuser bisher für die Finanzierung von zusätzlichen Investitionen sowie zur Deckung von Betriebsverlusten einsetzen konnten. Auch vermindern sich hierdurch die finanziellen Möglichkeiten für die liquidatonsberechtigten Ärzte zur Finanzierung der Mitarbeiterbeteiligung.

Landesrechtliche Regelungen über die Beteiligung an den Einnahmen aus wahlärztlicher Tätigkeit würden damit in Frage gestellt.

K

8. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 - Hilfsempfehlung

Entf. bei Annahme von Ziff. 7

In Artikel 1 sind in § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 nach den Worten
"diese Leistungen" die Worte
"vor dem 1. Januar 1993"
einzufügen.

Begründung:

Durch die Verpflichtung, bei sogenannten Altverträgen 85 v.H. des Nutzungsentgelts als Kostenabzug von den nach Blatt K 3 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vereinbarten Gesamtbeträgen abzuziehen, verlieren die Universitätsklinika bis zu 80 % des noch 1992 erzielten Vorteilsausgleichs. Bislang wurde der Vorteilsausgleich zur Finanzierung nicht pflegesatzfähiger Kosten aus dem Wahlarztbereich, darüber hinaus vor allem für die Forschungsförderung eingesetzt. Um diese Verringerung bei der Forschungsförderung auszugleichen, müßten die Länder von den liquidationsberechtigten Ärzten einen höheren Vorteilsausgleich verlangen. Allerdings wird den Ländern dieser Weg zur Forschungsförderung verwehrt, weil bei einer Erhöhung des Nutzungsentgelts vom zusätzlich erzielten Vorteilsausgleich wiederum 85 v.H. einer Absenkung der Pflegesätze zu Gute kommen würde. Insofern würde ein höheres Nutzungsentgelt nicht zu Mehreinnahmen für die Forschungsförderung führen. Die Änderung der Bundespflegesatzverordnung soll dafür sorgen, daß eine Erhöhung des Vorteilsausgleichs nach dem 1. Januar 1993 den Universitätsklinika verbleibt.

...

G
Fz

9. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 Buchst. a

In § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 Buchst. a sind die Worte "75 vom Hundert" durch die Worte "50 vom Hundert" zu ersetzen.

Begründung:

Der Kostenabzug bei gesondert berechenbaren Einbettzimmern wird auf das Doppelte des Abzuges für Zweibettzimmer beschränkt.

Auch nach der Absenkung sind die Abzüge noch reichlich bemessen. Eine darüber hinausgehende Entlastung der Pflegesätze letztlich zu Lasten der Privatversicherten ist nicht sachgerecht.

G
Fz

10. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1

§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

"1. eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn das Krankenhaus diese Leistung bei insoweit wirtschaftlicher Betriebsführung ohne Verlust nicht erbringen kann, oder"

Begründung:

Die vorgesehene Regelung, daß Zuschläge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nur vereinbart werden können, wenn das Krankenhaus die Leistung ohne Verlust nicht erbringen kann und die anderen Vertragsparteien nicht begründet darlegen, daß diese Leistung von einem anderen Krankenhaus zu den auf Landesebene vereinbarten Entgelten übernommen werden kann, ist abzulehnen. Dies könnte in der praktischen Umsetzung zu Wettbewerbsnachteilen für Allgemeinkrankenhäuser gegenüber spezialisierten Fachkliniken und zur weiteren Konzentration des Leistungsangebots auf wenige Kliniken führen. Darüber hinaus wird die Gefahr gesehen, daß sinnvolle Therapiezusammenhänge aus wirtschaftlichen Gründen auseinandergerissen werden.

...

Fz 11. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 3 Satz 2

In § 11 Abs. 3 Satz 2 ist am Ende der Nummer 2 das Semikolon durch einen Punkt zu ersetzen, und es sind die dann folgenden Worte "ein Zuschlag darf jeweils 30 vom Hundert des Entgelts nicht übersteigen." zu streichen.

Begründung:

Die Begrenzung eines möglichen Zuschlags zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten auf jeweils 30 v.H. des Entgelts ist zu streichen. Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung kann nicht davon abhängig gemacht werden, daß der Zuschlag nicht die 30 %-Grenze übersteigt. Vielmehr muß diese auch in den (Ausnahme-)Fällen Vorrang haben, in denen ein höherer Zuschlag erforderlich ist. Etwas anderes widerspräche den gesetzlichen Vorgaben (s. § 141 Abs. 2 SGB V). Zudem birgt die Festsetzung eines Grenzwertes die Gefahr in sich, daß ein Zuschlag in entsprechenden Einzelfällen auf jeden Fall in Höhe dieses Grenzwertes gefordert wird.

...

G 12. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 3 Satz 3

Fz

§ 11 Abs. 3 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

"Die Vertragsparteien vereinbaren für Fallpauschalen und Sonderentgelte einen Abschlag soweit dies erforderlich ist, um

1. die besonderen Gegebenheiten von Krankenhäusern und von vollständig über Fallpauschalen abrechnenden Abteilungen, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, oder

2. eine auf ungewöhnlich wenige Leistungsarten begrenzte Leistungserbringung von Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Krankenhäusern sowie von Belegkrankenhäusern und -abteilungen

angemessen zu berücksichtigen."

Begründung:

Nummer 2 sieht eine weitere Abschlagsmöglichkeit für diejenigen Krankenhäuser vor, die sich auf einzelne Leistungen spezialisieren und diese daher auch kostengünstiger erbringen können. Sie entspricht im wesentlichen dem Referentenentwurf. Neu ist, daß ein Abschlag nur möglich ist, wenn die Leistungsbegrenzung ungewöhnlich ist. Soweit in bestimmten Fachgebieten gewisse Leistungsarten generell dominieren, kann dieser Umstand nicht einen Abschlag rechtfertigen, da er schon in die Kalkulation der Fallpauschale eingeflossen sein dürfte.

Die Änderung der Nummer 1 dient der Klarstellung.

...

G
Fz
K

13. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 4

In § 11 Abs. 4 sind die Worte "von 15 Deutsche Mark" durch die Worte "der anteiligen Kosten der Qualitätssicherungsmaßnahmen" zu ersetzen.

Begründung:

Der vorgesehene Zuschlag in Höhe von 15,-- DM für Qualitätssicherungsmaßnahmen wird als nicht sachgerecht angesehen.

So wird beispielsweise von dem Bundeskuratorium der Arbeitsgemeinschaft "Qualitätssicherung Herzchirurgie" zur Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahme Herzchirurgie eine Pauschale in Höhe von 56,- DM je Fall empfohlen. Diese Pauschale für Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V wurde auch in hessischen Schiedsstellenverfahren bereits von den Sozialleistungsträgern anerkannt.

Es sollte daher auf die Nennung eines festen DM-Betrages verzichtet und auf die anteiligen Kosten der Qualitätssicherungsmaßnahmen abgestellt werden.

K

14. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 3 Satz 1, 3 und 4 - neu -

Bei Annahme entf. Ziff. 15

Artikel 1 § 12 Abs. 3 ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 und 3 ist jeweils
das Wort "Kosten"
durch das Wort "Erlöse"
zu ersetzen.

b) Nach Satz 3 ist folgender Satz anzufügen:

"Das Krankenhaus kann anstelle des Erlösabzuges nach Satz 1 und 3 Kostenausgliederung verlangen; dies kann auf Abteilungen, die ausschließlich Fallpauschalen berechnen, begrenzt werden."

...

(noch Ziff. 14)

Begründung:

Der Fallpauschalen-Katalog und der Sonderentgelt-Katalog sind als Anlage 1 und 2 zu § 11 Abs. 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung beigefügt. Die Anlagen 1.1, 1.2, 2.1 und 2.2 beziehen sich in den Spalten 2, 3 und 4 auf die Definitionen der beiden Entgeltformen sowie auf die zur Leistungsbeschreibung erforderlichen Informationen. Die notwendigen Angaben zu den Spalten 3 und 4 fehlen bislang und sind den Bewertungsrelationen offenbar nicht zugrundegelegt worden. Demgemäß war die Leistungsabgrenzung bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen nicht hinreichend präzise. Es ist also nicht sichergestellt, daß die geforderte Kostenausgliederung unter den gleichen Voraussetzungen berechnet werden kann, die für die Ermittlung der Bewertungsrelationen maßgeblich waren. Diese prinzipiellen Erwägungen zeigen, daß die Kostenausgliederung in der Regel zu falschen Ergebnissen führen wird. Es überrascht deswegen auch nicht, daß die wissenschaftlichen Institute, die mit der Ermittlung der Bewertungsrelationen beauftragt waren, in den einzelnen Krankenhäusern große Streubreiten, die häufig nicht mit mangelnder Wirtschaftlichkeit erklärt werden konnten, festgestellt haben. Zur Vermeidung von unsinnigen Ergebnissen durch die einmalige Kostenausgliederung muß auf diese verzichtet werden und statt dessen ein einmaliger Erlösabzug erfolgen. Die Frage, in welcher Höhe das Budget nach der einmaligen Erlösausgliederung zu vereinbaren ist, können die Vertragsparteien im Lauf der Pflegesatzverhandlungen auch ohne die rechtliche Vorgabe der Kosten klären.

K 15. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 3 Satz 4 - neu - und Anlage 3 zu § 17 Abs. 4 - Hilfsempfehlung

Entf. bei Annahme von Ziff. 14

a) In Artikel 1 ist in § 12 Abs. 3 nach Satz 3 folgender Satz anzufügen:

"Für den Anteil der Basisleistungen in den Fallpauschalen nach Anlage 1 sind diejenigen Beträge auszugliedern, die sich aus den Bewertungsrelationen der Bundespflegesatzverordnung und dem jeweiligen Punktwert der Landesebene nach § 16 Abs. 1 ergeben."

b) In Anlage 3 zu § 17 Abs. 4 Abschnitt K 8 ist in Spalte 17
das Wort "Kosten"
durch das Wort "Betrag"
zu ersetzen.

...

(noch Ziff. 15)

Begründung:

zu a:

Daß für Krankenhäuser unterschiedlicher Leistungsstufe mit dem neuen Pflegesatzrecht verschieden hohe Basispflegesätze vereinbart werden, und diese Vereinbarungen auch sachgerecht sein werden, wird von niemandem bestritten. Der medizinisch leistungsgerechte Pflegesatz muß die gravierenden Merkmalsunterschiede bei der Beurteilung der Vorhaltungskosten berücksichtigen. Eine Kostenausgliederung von Vorhaltungskosten im Fallpauschalenbereich, die die Erlöse für diese Vorhaltungskosten übersteigt, ist betriebswirtschaftlich nicht gerechtfertigt und pflegesatzrechtlich höchst bedenklich, weil dem Krankenhaus mit notwendig höheren Vorhaltungskosten die leistungsgerechte Vergütung verweigert wird. Eine Kostenausgliederung im o.g. Sinne stellt für die Universitätsklinika sicher, daß deren Vorhaltungskosten auch im Fallpauschalenbereich finanziert werden.

zu b:

Folgeänderung.

K

16. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 6 Satz 2 und 3, § 19 Abs. 3

Bei Annahme entf. Ziff. 17

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In § 12 Abs. 6 sind die Sätze 2 und 3 durch folgenden Satz zu ersetzen:

"Ergeben sich jedoch während des Pflegesatzzeitraums Änderungen der Personalkosten auf Grund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, bei der folgenden Pflegesatzvereinbarung berichtigt."

b) In § 19 Abs. 3 ist bei § 12 Abs. 6 die Angabe "Satz 5" durch die Angabe "Satz 4" zu ersetzen.

...

(noch Ziff. 16)

Begründung:

zu a:

Die bisherige Fassung berücksichtigt nicht diejenigen Krankenhäuser, in denen beamtetes Personal beschäftigt ist. Im übrigen kann es den Krankenhausträgern nicht zugemutet werden, strukturelle Erhöhungen der Vergütungen aber auch der Besoldung selbst tragen zu müssen. Der Krankenhausträger hat auf derartige Änderungen keinen Einfluß. Die Entscheidung des Gesetzgebers, das Selbstkostendeckungsprinzip aufzugeben, sollte Fehlsteuerungen im Krankenhausbereich entgegenwirken; sie hatte indessen nicht zum Ziel, dem Krankenhausträger Kosten zu überbürden, auf deren Entstehung dieser keinen Einfluß hat.

zu b:

Folgeänderung.

...

G 17. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 6 Satz 2 - Hilfsempfehlung nur K

Fz

K

Entf. bei Annahme von Ziff. 16

In Artikel 1 ist in § 12 Abs. 6 Satz 2
das Wort "linearen"
zu streichen.

K

Begründung: *)

In Satz 2 wird auf die durchschnittliche Erhöhung, die sich bei Anwendung des Bundes-Angestelltentarifs auf den Krankenhausbereich ergibt, abgestellt. Gerade im Krankenhausbereich haben sich in der Vergangenheit strukturelle Erhöhungen der Vergütung des Personals besonders bemerkbar gemacht. Erinnert wird an die gebotenen, tiefgreifenden Änderungen der Anlage 1b BAT (Tarifvertrag für die Krankenpflegekräfte). Ähnlich einschneidende strukturelle Erhöhungen der Vergütung können in Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Insofern ist eine Beschränkung auf einen Tariflohnausgleich nur für die lineare Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag nicht vertretbar.

G

Fz

Begründung: *)

Der Ausgleich der Personalkosten darf sich nicht auf die lineare Entwicklung der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag beschränken, sondern muß auch strukturelle Komponenten, die die Personalkosten der Krankenhäuser beeinflussen, einschließen.

---

*) Die Begründungen werden bei Annahme von Ziffer 17 redaktionell zusammengefaßt.

...

K 18. Zu Artikel 1 § 13 Abs. 2 Satz 2 und 4

Artikel 1 § 13 Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

a) Satz 2 ist zu streichen.

b) In Satz 4 sind
das Wort "neonatologischen"
sowie die Worte "von Säuglingen"
zu streichen.

Begründung:

Die Intensivmedizin hat sich zu einem eigenständigen Versorgungsbereich im Krankenhaus entwickelt, für den Abteilungsbudgets mit entsprechender Finanzierungsverantwortung und eine Leistungsberechnung durch Abteilungspflegesätze erforderlich sind.

Zur Ermöglichung einer verantwortlichen Kostensteuerung durch die Abteilungsleiter von überbetrieblichen Intensiveinheiten und u.a. auch wegen der Unmöglichkeit, Notfallpatienten, die unmittelbar in eine Intensiveinheit aufgenommen werden und von dort z.B. im Todesfall, nicht auf eine Fachabteilung verlegt werden, eindeutig einer bestimmten Fachabteilung zuzuordnen, müssen auch für Intensiveinheiten Abteilungspflegesätze gebildet werden.

G 19. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 2 Satz 5

Fz

In § 14 Abs. 2 Satz 5 sind nach dem Wort "wieder" die Worte "in dasselbe Krankenhaus" einzufügen.

Begründung:

Die Einfügung stellt klar, daß bei Wiederaufnahme eines Patienten ein Pflegesatz innerhalb der Grenzverweildauer nur von dem Krankenhaus nicht abgerechnet werden darf, das für den Patienten bereits eine Fallpauschale abgerechnet hat. Einem bisher unbeteiligten Krankenhaus kann nicht zugemutet werden, einen Patienten umsonst aufzunehmen, weil ein anderes Krankenhaus bereits eine Fallpauschale abgerechnet hat.

...

G 20. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 5 Satz 3

In § 14 Abs. 5 Satz 3 ist der Punkt durch ein Semikolon zu ersetzen, und es ist folgender Text anzufügen:

"Absatz 7 gilt entsprechend für die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern."

Begründung:

Die Regierungsfassung sieht in § 14 Abs. 5 für den Fall der Verlegung eines Patienten im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern eine Aufteilung der Fallpauschale zwischen den beteiligten Krankenhäusern vor.

Diese Regelung wird insbesondere der Zusammenarbeit zwischen operativ ausgerichteten Akutabteilungen und Nachsorgekliniken nicht gerecht. Im Interesse einer hohen Nutzungsfrequenz der operativen Kapazitäten erfolgt hier in den geeigneten Fällen (z. B. nach Gelenkersatz) die Verlegung in die Nachsorgeklinik kurzfristig nach der Operation. Die Nachsorgeklinik stellt sodann die Weiterbehandlung des Patienten einschließlich seiner Mobilisierung sicher, wobei dieses Nachsorgekonzept sicher eine rehabilitative Komponente beinhaltet. Die Gesamtverweildauer eines solchen auf rehabilitative Mobilisierung angewiesenen Patienten kann die Grenzverweildauer des entsprechenden Falles deutlich überschreiten.

Um das bewährte Konzept der frühzeitigen Verlegung im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen einer operativen Akutabteilung und einer Nachsorgeklinik nicht zu gefährden, ist daher vorzusehen, daß die aufzuteilende Fallpauschale lediglich den Zeitraum des gesamten Krankenhausaufenthalts bis zur Grenzverweildauer abdeckt. Ab dieser Grenze berechnet das aufnehmende Krankenhaus sodann den tagesgleichen Pflegesatz.

...

G 21. Zu Artikel 1 § 16 Abs. 1 Satz 2

Fz

§ 16 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Sie können einen abweichenden Punktwert für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren, soweit dies zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist oder ausreicht."

Begründung:

Die von der Bundesregierung lediglich vorgesehene Möglichkeit der Festsetzung eines niedrigeren Punktwerts für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte mit dem Ziel einer Leistungsmengenbegrenzung ist zu eng. Es kann aus verschiedenen Gründen sinnvoll sein, für gewisse Leistungen einen niedrigeren, aber auch einen höheren Punktwert festzulegen. Durch die Festlegung eines nach oben oder nach unten abweichenden Punktwertes können die Vertragsparteien auf Landesebene insbesondere flexibel auf neue Entwicklungen bei einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten (z.B. Einführung eines neuen Medikaments) reagieren. Da der Wortlaut weit gefaßt ist, kann nach wie vor ein niedrigerer Punktwert festgesetzt werden, wenn die Vertragsparteien die Leistungsmenge begrenzen wollen.

...

G
Fz

22. Zu Artikel 1 § 19 Abs. 1 Satz 1
§ 20 Abs. 1

a) In § 19 Abs. 1 Satz 1 sind nach den Worten "§ 17 Abs. 1" die Worte "und § 12 Abs. 7" einzufügen.

b) In § 20 Abs. 1 sind nach den Worten "nach den §§" die Worte "12 Abs. 7," einzufügen.

Begründung zu Buchstaben a und b:

Sowohl in § 19 Abs. 1 Satz 1 als auch in § 20 Abs. 1 ist der Verweis auf § 12 Abs. 7 aufzunehmen. Auseinandersetzungen der Vertragsparteien bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung eines Budgets zugrunde gelegten Annahmen müssen schiedsstellenfähig, entsprechende Vereinbarungen bzw. Festlegungen selbstverständlich genehmigungspflichtig sein. Für den gleichgelagerten Fall wesentlicher Änderungen der einer Vereinbarung der Punktwerte auf Landesebene zugrunde gelegten Annahmen ist die Schiedsstellenfähigkeit und die Genehmigungspflicht durch den Verweis auf § 16 Abs. 6 bzw. § 16 sichergestellt. Die Regelung entspricht der bisherigen Rechtslage, die sich durchaus bewährt hat.

...

G
Fz

23. Zu Artikel 1 § 20 Abs. 3 - neu -

In § 20 ist folgender Absatz 3 - neu - anzufügen:

"(3) Wird die Genehmigung eines Schiedsspruches versagt, ist die Schiedsstelle auf Antrag verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden."

Begründung:

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit seinem Urteil vom 21.01.1993 (Az.: 3 C 66.90) festgestellt, daß die Genehmigungsbehörde einen Pflegesatz nur entweder genehmigen kann, wenn er dem geltenden Recht entspricht, oder die Genehmigung versagen kann. Eine Korrekturbefugnis nach oben oder unten besteht nicht.

Dieses Urteil führt insbesondere dann zu praktischen Problemen, wenn das Krankenhaus einen höheren Pflegesatz begehrt, als von der Schiedsstelle festgesetzt worden ist. Hält die Genehmigungsbehörde dieses Begehren für berechtigt, ist sie nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts gezwungen, die Genehmigung zu versagen. Falls die Krankenkassen und die Schiedsstelle ihre Entschei-

...

(noch Ziff. 23)

dung nicht modifizieren, ist offen, wie das Krankenhaus den ihm rechtmäßiger Weise zustehenden Pflegesatz erhalten soll:

Eine Klage auf Genehmigung eines höheren Pflegesatzes muß notwendigerweise abgewiesen werden, weil der Genehmigungsbehörde keine Gestaltungskompetenz zusteht. Auch eine Weisung der Behörde an die Schiedsstelle, den höheren Pflegesatz festzusetzen, verbietet sich nach § 18 Abs. 3 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz, da danach die Mitglieder der Schiedsstelle in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden sind.

Diese Rechtschutzlücke wird geschlossen, wenn man die Schiedsstelle an die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde bindet, wenn diese die Genehmigung des Schiedsspruches versagt hat. Soweit sich die Parteien nach der Verweigerung der Genehmigung nicht einvernehmlich einigen können, stellt der neue Absatz 3 sicher, daß die Schiedsstelle auf Antrag einen genehmigungsfähigen Pflegesatz festsetzt. Den Krankenkassen steht dann der Klageweg gegen den Genehmigungsbescheid offen. Der Gedanke der Bindung (der Vertragsparteien) an die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde findet sich auch in dem zitierten Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (S. 19 des Urteils).

...

Fz 24. Zu Artikel 1 § 22 Abs. 3 Satz 1

In Artikel 1 werden in § 22 Abs. 3 Satz 1 die Worte "einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses," gestrichen.

Begründung:

Mit der geänderten Fassung soll die sog. "Liquidationskette" der Chefärzte auf den Bereich des Krankenhauses begrenzt werden. Dies ist sachgerecht, denn der Patient entscheidet sich für wahlärztliche Leistungen in aller Regel aufgrund eines besonderen Vertrauensverhältnisses zu dem (haupt-)behandelnden Arzt. Dabei kann in Kauf genommen werden, daß diese Entscheidung auch alle anderen liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses umfaßt. Insoweit hat der Patient noch Informationsmöglichkeiten über die ihn behandelnden Ärzte. Es kann allerdings nicht mehr hingenommen werden, daß mit der Entscheidung für die wahlärztlichen Leistungen gleichzeitig auch ein besonderes Liquidationsrecht für alle Ärzte außerhalb des Krankenhauses begründet wird. Sofern die Krankenhäuser Leistungen ausgliedern bzw. von externen Anbietern einkaufen, sind diese für alle Patienten einheitlich über die allgemeinen Krankenhausentgelte zu finanzieren. Es ist nicht sachgerecht, die Selbstzahler insoweit zusätzlich zu belasten.

K 25. Zu Artikel 1 § 24 Abs. 3

In Artikel 1 sind in § 24 Abs. 3 die Worte "von diesem" zu streichen.

Begründung:

In der Hochschulmedizin ist es üblich und für Forschung und Lehre unentbehrlich, daß Hochschulprofessoren sich auf Lehrstühle an anderen Universitäten bewerben. Nur auf diese Weise können die medizinischen Fakultäten ein spezielles Profil in der Forschung und in der Lehre ausbilden.

Die Regelung von § 24 Abs. 3 schließt die Möglichkeit ein, daß beamtete Professoren innerhalb des Landes die Universität wechseln können, ohne daß in pflegesatzrechtlicher Hinsicht die Kostenerstattung eines "Neuvertrages" zugrunde gelegt werden muß. Das Gegenteil ist jedoch dann der Fall, wenn ein beamteter Professor an die Universität eines anderen Landes wechseln will. Wenn der liquidationsberechtigte Professor in diesem Fall nur einen "Neuvertrag" erhalten kann, würde er für etwas bestraft, was nach den einschlägigen besoldungsrechtlichen und hochschulrechtlichen Vorschriften gerade umgekehrt zur Wahrung der wissenschaftlichen Belange der medizinischen Fakultäten äußerst erwünscht ist. Die Änderung dient dem Ziel, die notwendige Mobilität der Hochschullehrer auch über die Ländergrenzen hinweg aufrecht zu erhalten.

...

G 26. Zu Anlage 3 zu § 17 Abs. 4

1. In V4 Spalte 3 ist die Bezeichnung "DM" durch das Wort "Erlöse" zu ersetzen.

2. In K1 ist in Spalte 2 Zeile 32 das geschwärzte Feld durch ein dickumrandetes helles Feld zu ersetzen.

3. In K6 ist in Spalte 1 Zeile 3 nach dem Wort "Großgeräte" das Wort "(anteilig)" einzufügen.

4. In Anhang 2 Fußnote 1) ist die Angabe "1 und 3" durch die Angabe "2 und 4" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Änderungen bzw. Klarstellungen.

...

B

27. Der **Ausschuß für Innere Angelegenheiten**

empfiehlt dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.

C

28. Der **federführende Gesundheitsausschuß**

empfiehlt dem Bundesrat ferner die Annahme nachstehender Entschließung:

Entschließung zu § 11

Die Bundesregierung wird gebeten sicherzustellen, daß die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte von einer mindestens 3 Jahre umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung über die Auswirkungen dieses neuen Entgeltsystems begleitet wird. Neben den betriebswirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten verbunden sind, sollen insbesondere auch deren Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur in die Untersuchung einbezogen werden. Hierzu soll ein Beirat gebildet werden, in dem Vertreter der Gesundheitsressorts der Länder, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Ärzteschaft vertreten sind. Der Beirat soll beim Bundesminister für Gesundheit angebunden werden. Der Beirat soll insbesondere die Fragestellungen der Begleituntersuchung konkretisieren und die Entwicklung der Untersuchung kontinuierlich begleiten. Von den Ergebnissen der Begleituntersuchung soll auch abhängig gemacht werden, ob der vorgesehene Übergang vom Erlösabzug zur Kostenausgliederung erfolgen kann.

*