

Antrag

der Länder Hessen, Nordrhein-Westfalen und Saarland

zur

Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts

Punkt 98 der 672. Sitzung des Bundesrates am 8. Juli 1994

Der Bundesrat möge anstelle der Empfehlungen der Ausschüsse in
BR-Drs. 381/1/94 beschließen:

Der Verordnung wird gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes
nach Maßgabe nachfolgender Änderungen zugestimmt:

1. Zu Artikel 1 § 4 Abs. 1 Nr. 5 und Absatz 2
§ 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.

Ausgeliefert am

07. JULI 1994

381/2/94

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 Therapigestaltung 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

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

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

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

Begründung:

Die Kosten für die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Krankenhaus sollen bei der beispielhaften Aufzählung der pflegesatzfähigen Kosten genannt werden. Mit der einschränkenden Formulierung "betriebsnotwendig" soll für die Vertragsparteien deutlich werden, innerhalb welcher Grenzziehung eine pflegesatzrelevante Anerkennung der Kosten der Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses erfolgen kann.

...

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

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 Krankenhausträger 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 Krankenhausträgern verbleibt.

...

4. 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 "65 vom Hundert" zu ersetzen.

Begründung:

Die festgelegte Kostenausgliederung für Einbettzimmer ist zu hoch angesetzt. Eine Ausgliederung von 65 v. H. festzulegen, stellt einen vertretbaren Kompromiß dar, auch um den Krankenhäusern eine wesentliche Einnahmequelle für die Finanzierung von zusätzlichen Investitionen sowie zur Deckung von Betriebsverlusten zu belassen.

5. 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 die mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten abzurechnenden Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung insgesamt ohne Verlust nicht erbringen kann, oder "

Begründung:

Verluste bei einer einzigen Fallpauschale oder einem Sonderentgelt sollten nicht zur Berechtigung für einen Zuschlag führen. Entscheidendes Kriterium ist das wirtschaftliche Gesamtergebnis des Krankenhauses unter Einbeziehung aller Fallpauschalen und Sonderentgelte.

6. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 3 Satz 3

§ 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 Regierungsentwurf. 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.

...

7. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 4

In Artikel 1 ist § 11 Abs. 4 wie folgt zu fassen:

"(4) Soweit das Krankenhaus sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt, kann ein Zuschlag zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten vereinbart werden."

Begründung:

Eine betragsmäßig fixierte Pauschale für Qualitätssicherungsmaßnahmen über alle Fallpauschalen und Sonderentgelte kann zu "Mitnahmeeffekten" bei den Krankenhäusern führen. Die Vereinbarung im Einzelfall erscheint deshalb zweckmäßiger.

8. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 6 Satz 2

In Artikel 1 sind in § 12 Abs. 6 Satz 2 die Worte "der linearen Vergütung" zu ersetzen durch die Worte "des Vergütungstarifvertrages".

Begründung:

Durch die Streichung des Wortes "linear" und den Hinweis auf den "Vergütungstarifvertrag" werden sowohl lineare wie strukturelle Veränderungen berücksichtigt.

9. Zu Artikel 1 § 13 Abs. 2 Satz 2

Artikel 1 § 13 Abs. 2 Satz 2 ist 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 Intensivseinheiten und u.a. auch wegen der Unmöglichkeit, Notfallpatienten, die unmittelbar in eine Intensivseinheit aufgenommen werden und von dort z.B. im Todesfall, nicht auf eine Fachabteilung verlegt werden, eindeutig einer bestimmten Fachabteilung zuzuordnen, müssen auch für Intensivseinheiten Abteilungspflegesätze gebildet werden.

10. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 2 Satz 5

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.

...

11. 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 tagessgleichen Pflegesatz.

...

12. Zu Artikel 1 § 16 Abs. 1 Satz 2

Artikel 1 § 16 Abs. 1 Satz 2 ist zu streichen.

Begründung:

- Es soll auf der Landesebene nur ein einheitlicher Punktwert vereinbart werden. Individuelle Änderungen des Punktwertes bergen die Gefahr in sich, daß die Übersichtlichkeit des neuen Vergütungssystems verloren geht und die Beurteilung erschwert wird.

13. 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.

...

14. 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 55.90) 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-

...

- 11 -

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 Rechtsschutzlücke 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).

...

15. 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 unerheblich, 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, wurde 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.

16. Zu Artikel 10 Abs. 1a - neu -

In Artikel 10 ist folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Artikel 1 § 3 Abs. 2 Satz 1 und § 5 sowie § 17 Abs. 4 Satz 1, soweit sie sich auf den Krankenhausvergleich beziehen, treten am 1. Januar 1998 in Kraft."

Begründung:

Es bestehen nach wie vor erhebliche Zweifel, ob Aufwand und Ertrag des Krankenhausvergleichs in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Die Einführung des neuen Entgeltsystems führt bereits zu Verwaltungsmehraufwand in den Krankenhäusern. Deshalb sollten weitere Verwaltungsmehrbelastungen vermieden werden, die zur Umsetzung des neuen Vergütungssystems nicht unbedingt erforderlich sind. Das gilt für den Krankenhausvergleich.

Die Umsetzung des neuen Vergütungssystems in den Krankenhäusern bedarf einer umfassenden wissenschaftlichen Begleituntersuchung, um insbesondere die Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur überprüfen zu können.

Die Entschließung des Bundesrates zu § 11 verfolgt daher die Zielsetzung die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte von einer mindestens drei Jahre umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung über die Auswirkungen dieses neuen Entgeltsystems begleiten zu lassen.

Während dieser drei Jahre soll die Einführung des Krankenhausvergleichs nach § 5 zurückgestellt werden.

17. Zu den Anlagen 1 und 3

1. In Anlage 1 ist die Fußnote "**** Empfehlung für Beleghebammen" zu ersetzen durch die Fußnote "**** Bewertungsrelation für Beleghebammen."

2. Anlage 3 ist wie folgt zu ändern:

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

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

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

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

...

e) In Anhang 2 ist die Fußnote 28 wie folgt zu fassen:

"28) Kostenausgliederung für Ein- und Zweibettzimmer:
(Betrag nach laufender Nr. 18) x (BT für Unterkunft)
x (entsprechender Vomhundertsatz nach § 7 Absatz 2
Satz 2 Nr. 7 BPflV)."

Begründung:

Redaktionelle Änderungen bzw. Klarstellungen.

18. EntschlieÙung 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. Dem Beirat soll es insbesondere obliegen, die Fragestellungen der Begleituntersuchung zu konkretisieren und die Entwicklung der Untersuchung kontinuierlich zu begleiten. Während dieser 3 Jahre wird die Einführung des Krankenhausvergleichs nach § 5 zurückgestellt.