

30.01.96

Empfehlungen
der Ausschüsse

G - Fz - In - K

zu **Punkt** der 693. Sitzung des Bundesrates am 9. Februar 1996

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung
1997 - Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)

A

Bei
Annahme
entfallen die
Ziffern 2
bis 6.

1. **Der federführende Gesundheitsausschuß,
der Finanzausschuß und
der Ausschuß für Innere Angelegenheiten**

empfehlen dem Bundesrat, den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des
Grundgesetzes **abzulehnen**.

Begründung:

Die Regelungen des Gesetzentwurfs sind nicht ausreichend und
müssen ergänzt werden.

Eine isolierte Regelung des Krankenhausbereichs wird weder den
Herausforderungen einer dauerhaften und zukunftsweisenden
Stabilisierung der sozialen Krankenversicherung noch einer
zielgerichteten Weiterentwicklung der Strukturreform der GKV
gerecht. Teillösungen führen zu gesundheitspolitisch
unverträglichen und nicht hinnehmbaren Auswirkungen und
beschneiden die verfassungsrechtlichen Gestaltungsrechte der
Länder. Das Krankenhauswesen muß insgesamt neu geordnet
werden.

Ausgeliefert am 30. JAN. 1996

B**Der Ausschuß für Kulturfragen**

empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

2. Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHG)

Artikel 1 Nr. 2 ist zu streichen.

Begründung:

"Einvernehmen anzustreben", wie die derzeit geltende Formulierung in § 7 Abs. 1 Satz 2 KHG lautet, ist die zweitstärkste Form der Beteiligung nach dem "Einvernehmen". Um diese Formulierung wurde seinerzeit eine sehr genaue Auseinandersetzung geführt mit dem Ergebnis, daß eine über "Einvernehmen anzustreben" hinausgehende Kompetenz eines an der Krankenhausplanung beteiligten Landesverbandes für die Länder nicht hinnehmbar ist. Schließlich haben die Länder die Letztverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge und finanzierten in vollem Umfang die Krankenhausinvestitionen. Die Steuerung der Krankenhausinvestitionen findet im wesentlichen über die Krankenhausplanung statt.

Im Rahmen eines künftig möglicherweise realisierbaren monistischen Finanzierungssystems kann über eine weitere Stärkung der Kompetenzen der Landesverbände bei der Krankenhausplanung neu entschieden werden.

(noch Ziff. 2)

Im übrigen kann auch der Nachweis, daß durch die derzeitige Beteiligungsform der Landesverbände an der Krankenhausplanung nennenswerte Unwirtschaftlichkeiten in der stationären Versorgung verursacht worden seien, nicht geführt werden. Somit gibt es auch aus diesem Blickwinkel für den Vorstoß der Bundesregierung keinen Anhaltspunkt.

3. Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 17b Abs. 1, 1a - neu -, 2 bis 5, 5a - neu -, 7 und 8 KHG)

In Artikel 1 Nr. 5 ist § 17b wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Gesamtvergütung ist unter Berücksichtigung der Summe der vereinbarten Gesamterlösbeträge nach Absatz 2 zu vereinbaren."

bb) In Satz 3 sind die Worte

"die in Absatz 2 genannten Erlösarten" durch die Worte
"die nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbeträge"
zu ersetzen.

cc) In Satz 4 sind die Worte

"15. September des Vorjahres" durch die Worte
"28. Februar des Pflegesatzzeitraumes"
zu ersetzen.

dd) In Satz 6 ist das Datum "15. Oktober"

durch das Datum "31. März"
zu ersetzen.

b) Nach Absatz 1 ist folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 vereinbaren als Vergütungsrahmen für die Vereinbarungen nach Absatz 2 eine vorläufige Gesamtvergütung, insbesondere unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung, der Leistungsentwicklung im Krankenhaus und in anderen Versorgungsbereichen, der Entwicklung von Zahl und Struktur der Versicherten sowie der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der

(noch Ziff. 3)

Mitglieder aller Krankenkassen. Die Vereinbarung ist bis zum 15. September des Vorjahres abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, unterrichten die Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a. Diese setzt die vorläufige Gesamtvergütung bis zum 15. Oktober des Jahres fest."

- c) In Absatz 2 sind
 - aa) nach den Worten "vereinbaren für jedes Krankenhaus einen"
die Worte
"um Ausgleichsbeträge bereinigten"
einzufügen;
 - bb) die Worte "sowie die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren"
zu streichen.
- d) In Absatz 3 Satz 1 sind die Worte
"vereinbarten Gesamterlösbeträge"
durch die Worte
"vereinbarten um Ausgleichsbeträge bereinigten Gesamterlösbeträge"
zu ersetzen.
- e) Absatz 4 ist zu streichen.
- f) In Absatz 5 Satz 1 sind die Worte
"vereinbarten Gesamterlösbeträge"
durch die Worte
"vereinbarten um Ausgleichsbeträge bereinigten Gesamterlösbeträge"
zu ersetzen.

(noch Ziff. 3)

g) Nach Absatz 5 ist folgender Absatz 5a einzufügen:

"(5a) Abweichend von § 12 Abs. 2 und 3 der Bundespflegesatzverordnung werden auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 18 Abs. 2 in den Kalenderjahren 1997 bis 1999 an Stelle der Kostenausgliederung der mit Fallpauschalen und Sonderentgelten abgerechneten Leistungen die voraussichtlichen Erlöse ausgegliedert."

h) Absatz 7 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 sind die Worte

"zu 50 vom Hundert" durch die Worte

"zu 75 vom Hundert"

zu ersetzen.

bb) Nach Satz 1 sind folgende Sätze einzufügen:

"Mindererlöse aus einer im Vergleich zum Vorjahr als Folge von geplanten Mehrleistungen zusätzlich vereinbarten Erlössumme aus Fallpauschalen und Sonderentgelten werden nicht ausgeglichen. Auf Fallpauschalen und Sonderentgelte für Organtransplantationen, Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem oder für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren wird Satz 1 nicht angewendet."

i) In Absatz 8 sind die Worte

"Die nach Absatz 4 und 7 Satz 1" durch die Worte

"Die nach Absatz 7 Satz 1"

zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Regelung in Doppelbuchstabe aa bestimmt, daß die Vereinbarung über die Höhe der landesweiten Gesamtvergütung auf das Ergebnis der Pflegesatzvereinbarungen Rücksicht nehmen muß. Die Vereinbarung dieser Gesamtver-

(noch Ziff. 3)

gütung als Wechselspiel zwischen der vorläufigen landesweiten Gesamtvergütung (Absatz 1a - neu -) und der Vereinbarung krankenhausesindividueller Gesamterlöse (Absatz 2) stärkt die Kostenträger als Vertragspartei der Pflegesatzvereinbarung und fördert zugleich deren Bereitschaft, die Situation des einzelnen Krankenhauses zu bewerten. Voraussetzung für eine auf Chancengleichheit bedachte Verteilung der landesweiten Vergütung ist, daß die Kostenträger in der Pflegesatzverhandlung ihr Interesse an wirtschaftlich vertretbaren und leistungsgerechten Ergebnissen nicht verlieren. Würde die landesweite Vergütung unabhängig von den Ergebnissen der Pflegesatzverhandlung festgesetzt, bestünde für die Kostenträger vor Ort nicht mehr die Notwendigkeit, sich mit der nötigen Intensität um einen sachgerechten Vertragsabschluß zu bemühen.

Die Änderungen der Doppelbuchstaben bb bis dd sind Folgeänderungen der in Doppelbuchstabe aa zum Ausdruck kommenden Grundüberlegung.

Zu Buchstabe b:

Die Grundsätze des Regierungsentwurfs werden übernommen, soweit die Bestimmungsgründe für den Umfang und für das Verfahren der landesweiten Vergütung betroffen sind. Allerdings soll mit der Festlegung eines zunächst vorläufigen Vergütungsrahmens vermieden werden, daß eine fehlerhafte Einschätzung über die erforderliche Finanzierung von Leistung und Ausstattung der Krankenhäuser zur Gefahr für die Patientenversorgung werden. Um einer ungerechten Verteilung der durch die landesweite Gesamtvergütung zur Verfügung stehenden Mittel so weit wie möglich zu entgehen, ist ein Sanktionsmechanismus notwendig. Das Eigeninteresse der Kostenträger, eine nach allen Seiten ausgewogene Pflegesatzvereinbarung zu treffen, ist erst dann hergestellt, wenn die vereinbarten Gesamterlösbeträge die landesweite Gesamtvergütung auch überschreiten dürfen. Hinzu kommt, daß im Verlauf der Pflegesatzverhandlungen Erkenntnisse über die Lage einzelner Krankenhäuser gewonnen werden können, die es aus sachlichen Erwägungen notwendig machen, die zunächst bestimmte landesweite Vergütung zu korrigieren.

Aus diesen Gründen sollte eine Vereinbarung über die landesweite Gesamtvergütung im ersten Durchgang vorläufigen Charakter haben. Das bedeutet, daß die vorläufige Vereinbarung eine Bezugsgröße für die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlung ist, und sie auffordert, sich auf dieser Grundlage zu einigen. Die Belange der Landesverbände der Krankenkassen als Vertragsparteien der Gesamtvergütung bleiben im Pflegesatzverfahren durch die Widerspruchsregelung nach § 18 Abs. 1 Satz 3 und 4 gewahrt.

Zu Buchstabe c:

Sowohl in die landesweite Gesamtvergütung als auch in die Gesamterlösbeträge der einzelnen Krankenhäuser sind die Ausgleichsbeträge nach Absatz 7 und insbesondere auch die Beträge nach § 12 Abs. 4 und § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung nicht einzubeziehen. Andernfalls ist mit widersprüchlichen Ergebnissen zu rechnen. Insofern sind für die Ermittlung der Erlöse aus den Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz die in Abschnitt

(noch Ziff. 3)

V 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anlage 3 zur Bundespflegesatzverordnung) ausgewiesenen tagesgleichen Pflegesätze ohne Ausgleich zugrunde zu legen.

Die Bestimmung in Doppelbuchstabe bb hält die Einbeziehung der vor- und nachstationären Vergütungen (§ 115a SGB V) sowie die Vergütung für ambulante Operationen (§ 115b SGB V) in die Gesamterlösbeträge und damit auch in die landesweite Gesamtvergütung für entbehrlich. Auf diese Erlösbereiche entfallen gegenwärtig nur sehr geringe Erlösanteile. Die Erhöhung dieser Anteile zu Lasten stationärer Pflegesatzerlöse ist erwünscht. In den jährlich durchzuführenden Pflegesatzverhandlungen können die Entwicklungen sorgfältig geprüft und eventuell notwendige Anpassungen des Gesamterlösbetrags vorgenommen werden. Vorteile aus der Ausgliederung der vor- und nachstationären Erlöse sowie der Erlöse für ambulante Operationen aus der landesweiten Gesamtvergütung können die Krankenhäuser deshalb grundsätzlich nur in einem Kalenderjahr ziehen. Solche Vorteile können aber auch in das Kalkül der Pflegesatzverhandlungen einbezogen werden. Es bleibt den Kostenträgern insoweit die Möglichkeit Anreize zu setzen, wirtschaftlich günstigere Behandlungsformen voranzutreiben.

Zu Buchstabe d:

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Regelung in Buchstabe c, Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe e:

Der gegenüber der Vorlage gestrichene Absatz 4 sieht vor, daß nach Ablauf des Kalenderjahres eine mögliche Überschreitung der vereinbarten landesweiten Gesamtvergütung im Gefolge der tatsächlichen Entwicklung der Gesamterlösbeträge zurückgezahlt werden muß. Diese Zurückzahlung würde entbehrlich, wenn sichergestellt wäre, daß auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses durch eine geeignete Ausgleichsregelung Mehrerlöse in nennenswertem Umfang erst gar nicht entstehen würden. Weil nach diesem Grundsatz eine Regelung in Absatz 7 getroffen wird, ist Absatz 4 zu streichen.

Zu Buchstabe f:

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Regelung in Buchstabe c, Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe g:

Die Vereinbarung eines Gesamterlösbetrages und einer landesweiten Gesamtvergütung unter Einbeziehung von Fallpauschalen und Sonderentgelten rechtfertigt es nicht mehr, daß diese pauschalen Entgelte durch eine Ausgliederung der Kosten vom Budget getrennt werden. Sonderentgelte und Fallpauschalen werden im System der Gesamtvergütung und bei der Ermittlung des Gesamterlösbetrags als Verteilungsmaßstab für die angemessene Höhe der Gesamtbeträge eingesetzt. Eine andere Funktion sollte ihnen in dem gewählten System der landesweiten Gesamtvergütung auch nicht zukommen. Deshalb genügt eine Erlösausgliederung.

(noch Ziff. 3)

Zu Buchstabe h:

In Satz 1 wird eine auf den variablen Kostenbereich zugeschnittene flexible Budgetierung des Gesamterlösbetrags geregelt. Die Gestaltung des Erlösausgleichs beeinflusst das Ergebnis der Pflegesatzverhandlung. Je umfassender ein erzielter Mehrerlös ausgeglichen werden muß, desto mehr werden die Parteien der Pflegesatzvereinbarung gezwungen, eine präzise Leistungsplanung vorzunehmen. Dies gilt insbesondere für das Krankenhaus, weil ein hoher Ausgleichsbetrag die Finanzierung von nicht vereinbarten Mehrleistungen nur in einem sehr schmalen Bereich variabler Kosten gewährleistet. Ein Ausgleichsbetrag für Mehrerlöse in Höhe von 75 v.H. anstelle der im Regierungsentwurf vorgesehenen 50 v.H. würde keine Anreize setzen, daß das Krankenhaus mehr als die vereinbarten Leistungen erbringt. Bei einem aus Gründen des Versorgungsauftrags kurzfristig unvermeidlichen Leistungsanstieg würden nur variable Kosten ersetzt. Eine darüber hinausgehende Leistungsveränderung, die zu einer nennenswerten Überschreitung der landesweiten Gesamtvergütung führen könnte, müßten die betreffenden Krankenhäuser mit einer Fixkostenunterdeckung bezahlen, denn bei einem deutlichen Leistungsanstieg würden sprungfixe Kosten entstehen. Diese können aber bei einem Ausgleichsbetrag in Höhe von 75 v.H. nicht mehr gedeckt werden.

Die Bestimmung in Satz 2 will vermeiden, daß Mindererlöse ausgeglichen werden, die das Krankenhaus erzielt hat, weil es geplante und vereinbarte Mehrleistungen im Pflegesatzzeitraum nicht erbringen konnte. Ein Mindererlös aus Fallpauschalen und Sonderentgelten ist allerdings dann auszugleichen, wenn der Leistungsrückgang nicht auf fehlenden Mehrleistungen beruht oder die zusätzliche Erlössumme durch eine Umschichtung von Leistungen aus dem Budget in den pauschalen Entgeltbereich hervorgegangen ist.

In Satz 3 wird eine Ausnahmeregelung zur flexiblen Budgetierung getroffen. Organtransplantationen, Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem oder die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren unterliegen anderen Voraussetzungen als die meisten übrigen Krankenhausleistungen. Schwankungen im Spenderaufkommen, neue Erkenntnisse über den Erfolg der verschiedenen Therapieformen oder nicht zu beeinflussende Entwicklungen bei den Krankenhausaufnahmen können zu unvorhergesehenen Leistungsschwankungen und damit zu erheblichen finanziellen Risiken führen. Deshalb sollte auf eine von der Bundespflegesatzverordnung abweichende Ausgleichsregelung für diese Leistungsbereiche verzichtet werden.

Zu Buchstabe i:

Der Absatz 4 wurde gestrichen. Insofern ist die Bezugnahme auf diesen Absatz auch in Absatz 8 zu streichen.

4. Zu Artikel 1 Nr. 5a - neu - (§ 18a Abs. 2 KHG)

In Artikel 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

'5a. § 18a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach dem Wort "Vorsitzenden" ein Komma gesetzt, und die Worte "einem Vertreter der obersten Landesbehörde" eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz angefügt:

"Der Vertreter der obersten Landesbehörde wird von dieser bestellt."

Begründung:

Die Einführung der landesweiten Gesamtvergütung wird möglicherweise dazu führen, daß die Zahl der Schiedsstellenverfahren anwächst, weil die zu verteilenden Mittel knapper werden und die Verhandlungen über Leistungsobergrenzen in bisher noch nicht gekanntem Maße Streitigkeiten über den Inhalt des Versorgungsauftrages auslösen können. Da zwischen dem von den Kostenträgern für notwendig gehaltenen Leistungsumfang des einzelnen Krankenhauses und der Kapazitätsplanung des Landes für dieses Krankenhaus Zusammenhänge und Abhängigkeiten bestehen, ist es zweckmäßig, einen Vertreter der obersten Landesbehörde als ordentliches Mitglied der Schiedsstelle zu bestellen. Es ist notwendig, Streitigkeiten über den Versorgungsauftrag des Krankenhauses spätestens im Schiedsverfahren auszuräumen. Die Beschlußfassung der Schiedsstelle ist auch bei einer geraden Zahl von Mitgliedern gesichert, weil nach Absatz 3 Satz 4 für den Fall der Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt.

5. Zu Artikel 2 Nr. 01 - neu -, Nr. 8a - neu -, Nr. 14a - neu -, Nr. 14b - neu -, Nr. 14c - neu - und Nr. 18 (§ 39 Abs. 1 Satz 1, § 113 Abs. 4, §§ 117, 117a - neu -, § 120 Abs. 1, Abs. 1a - neu -, Abs. 3 und 4 und § 301 Abs. 1 und 3 SGB V) und Artikel 2a - neu - (§ 14 Abs. 4 des Gesetzes über das Apothekenwesen)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

a) Vor Nummer 1 ist folgende Nummer 01 einzufügen:

'01. In § 39 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte "ambulant (§ 115b)" durch die Worte "ambulant (§ 115b, § 117)" ersetzt.'

b) Nach Nummer 8 ist folgende Nummer 8a einzufügen:

(noch Ziff. 5)

'8a. In § 113 Abs. 4 werden nach den Worten "Qualität der Versorgung" die Worte "durch die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen (§ 117)," eingefügt.'

c) Nach Nummer 14 sind folgende Nummern 14a bis c einzufügen:

aa) '14a. § 117 wird wie folgt gefaßt:

"§ 117

Medizinische Einrichtungen der Hochschulen

(1) Der Zulassungsausschuß (§ 96) ist verpflichtet, die ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Hochschulen (Kliniken, Institute, Abteilungen) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung (§ 28 Abs. 1) der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Diese Behandlung umfaßt auch die Untersuchung und Begutachtung der Einsendungen von Ärzten und für die Behandlung in den Einrichtungen alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die ambulante medizinische Versorgung notwendig sind, insbesondere die Versorgung mit Arznei-, Verband-, sowie Heil- und Hilfsmitteln. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, daß die Einrichtungen die ambulante ärztliche Behandlung der in Satz 1 genannten Personen mindestens in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung, insbesondere auch den Umfang der ärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 Nr. 3 bis Nr. 10, regeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Vertrag mit den Trägern der ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Hochschulen.

(noch Ziff. 5)

(2) Die ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Hochschulen sind zur Erbringung der hochspezialisierten Leistungen nach § 116 Abs. 2 ermächtigt. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung wird in dem Vertrag nach Absatz 1 geregelt.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei in entsprechender Anwendung von § 115 Abs. 3 durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt."

bb) '14b. Nach § 117 wird folgender § 117a eingefügt:

"§ 117a

Zahnmedizinische Einrichtungen der Hochschulen

Der Zulassungsausschuß (§ 96) ist verpflichtet, die ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Hochschulen (Kliniken, Institute, Abteilungen) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten zahnärztlichen Behandlung (§ 28 Abs. 2) der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, daß diese medizinischen Einrichtungen die ambulante zahnärztliche Versorgung der in Satz 1 genannten Personen mindestens in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Trägern der ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Hochschulen."

(noch Ziff. 5)

cc) '14c. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort "Polikliniken" durch die Worte "ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Hochschulen (§ 117a)" ersetzt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

"(1a) Die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen der medizinischen Einrichtungen der Hochschulen (§ 117) richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (§ 87) mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet und um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert gekürzt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Erstattung von Kosten, die nicht durch Gebühren abgegolten sind, wird von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart. In der Vereinbarung können für die Vergütung nach Satz 1 auch einheitliche Punktwerte festgelegt oder leistungsgerechte und abteilungsbezogene pauschale Vergütungen bestimmt werden. Die Einrichtungen übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für deren Aufgaben erforderlich ist."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte "der Polikliniken," gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern und den ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Hochschulen (§ 117a) ist die

(noch Ziff. 5)

Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert zu kürzen."

cc) In Satz 4 werden die Worte "Polikliniken und " gestrichen.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach den Worten "Vereinbarung nach" werden die Worte "Absatz 2 Satz 2" durch die Worte "Absatz 1a Satz 4 und 5 oder nach Absatz 2 Satz 2" ersetzt.

bb) Es wird folgender Satz 2 angefügt:

"Die vereinbarte oder festgesetzte Vergütung für die ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Hochschulen wird in entsprechender Anwendung von § 18 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der dafür zuständigen Landesbehörde genehmigt."

Als Folge ist

a) Artikel 2 Nr. 18 wie folgt zu fassen:

'18. § 301 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 9 werden die Worte "und 115b" durch die Worte ", 115b und 117" ersetzt.

b) In Absatz 3 werden die Worte "oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam" gestrichen;'

(noch Ziff. 5)

b) nach Artikel 2 folgender Artikel 2a einzufügen:

'Artikel 2a

Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

In § 14 Abs. 4 Satz 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. August 1994 (BGBl. IS. 2189) geändert worden ist, werden nach den Worten " (§ 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)" die Worte "oder ambulant von den medizinischen Einrichtungen der Hochschulen (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) behandelt" eingefügt.'

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Hochschulen verfügen aus Gründen der Forschung und Lehre über ärztlich geleitete medizinische Einrichtungen ("Polikliniken" nach bisherigem Recht), die für den Ausbau der Krankenhäuser zu Gesundheitszentren genutzt werden müssen. Ohne die Eingliederung dieser Einrichtungen in die Krankenhausbehandlung der Hochschulkliniken (§ 108 Nr. 1) ist die Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu Lasten der vollstationären Behandlung im Interesse der Einsparung von Kosten nicht zu erreichen, und es kann das Ziel, die stationäre Behandlung soweit wie möglich durch eine ambulante Behandlung zu ersetzen, nicht realisiert werden. Die stationären und ambulanten Behandlungen können nur dann wirksam verzahnt und gemeinsam weiterentwickelt werden, wenn die Finanzierung sowie die erforderlichen ergänzenden vertraglichen Regelungen für beide Behandlungsformen aufeinander abgestimmt werden. Durch die Ausweisung der ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 117 als Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 wird hierfür die Grundlage geschaffen.

Zu Buchstabe b:

In § 120 Abs. 1a wird bestimmt, die Leistungen der ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Hochschulen nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte (§ 85) zu vergüten. Vielmehr sollen die Krankenkassen die

(noch Ziff. 5)

Vergütung entrichten. Die Zuständigkeit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist daher auch abweichend von § 106 den Krankenkassen zu übertragen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa:

Zu Absatz 1:

Im Hochschulrahmengesetz (HRG) wird die "Poliklinik" als Verantwortungsbereich weisungsfreier Ärzte nicht erwähnt. Das HRG kennt zunächst nur die medizinischen Einrichtungen (§ 66 Abs. 4), für die ein oder mehrere weisungsfreie Ärzte verantwortlich sind. Die Hochschulkliniken gliedern sich in den Hochschulgesetzen der Länder in der Regel in Kliniken und deren Abteilungen sowie in Institute und deren Abteilungen. In Kliniken und Instituten werden die Verantwortungsbereiche von (in der Regel) mehreren weisungsfreien Ärzten (Abteilungsleitern) zusammengefaßt. Die ambulante ärztliche Versorgung wird hier durchgeführt, davon unabhängig organisierte "Polikliniken" wurden ganz überwiegend aufgelöst. Deshalb sollte auf die Bezeichnung Poliklinik und die hierauf Bezug nehmenden Regelungen verzichtet werden.

Die Ermächtigung der ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen ist mindestens in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu erteilen. Sie kann aber aus Gründen der Sicherstellung der Krankenversorgung und der notwendigen Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung auch darüber hinausgehen. Hierüber hat der Zulassungsausschuß zu entscheiden. Das Nähere über den Inhalt der Ermächtigung ist in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 4 zu vereinbaren. Vertragspartner der Hochschulen sind hier die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Weil die Vergütung nicht mehr zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgt, genügt die Herstellung des Benehmens mit der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zu Absatz 2:

Die ärztlich geleiteten medizinischen Einrichtungen der Hochschulen sind aus Gründen der Forschung und Lehre zu ermächtigen. Dabei werden auch hochspezialisierte Leistungen erbracht. Soweit die regionale Versorgung sichergestellt werden muß, sind diese Einrichtungen und nicht einzelne Krankenhausärzte zu ermächtigen.

Zu Absatz 3:

Für Streitfragen ist unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung eine Konfliktregelung erforderlich.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe bb:

Die ambulante zahnärztliche Behandlung soll auf der Grundlage der bisherigen Regelung weiterhin in das Leistungssystem der vertragsärztlichen Versorgung eingebunden bleiben. Obwohl grundsätzlich aus Gründen der Forschung und Lehre ermächtigt, nehmen die Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und

(noch Ziff. 5)

Kieferheilkunde in der Regel auch darüber hinaus an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung teil und schließen entsprechende Versorgungslücken.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe cc:

Zu Absatz 1:

Die Vergütung für die ambulanten Leistungen in den medizinischen Einrichtungen der Hochschulen wird, abgesehen von der Vergütung für Leistungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, nicht mehr in Absatz 1, sondern in dem Absatz 1a - neu - geregelt. Die Zahnmedizin bleibt von der Neuregelung unberührt.

Zu Absatz 1a - neu -

Die Grundregelung für die Vergütung folgt den Vorschriften für die Vergütung der ambulanten Operationen im Krankenhaus (§ 115b). Der Investitionskostenabschlag entspricht der bisherigen Regelung. Die Erstattung der von den Gebühren nicht erfaßten Kosten muß in einer Vereinbarung mit den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung festgelegt werden. In dieser Vereinbarung können auch einheitliche Punktwerte für alle Kassenarten oder für alle KV-Bezirke vereinbart werden. In Anlehnung an das Pflegesatzrecht soll die Vereinbarung von leistungsgerechten und abteilungsbezogenen pauschalen Vergütungsformen nicht ausgeschlossen sein. Demgemäß ist die Vereinbarung einer einheitlichen Pauschale für alle Abteilungen nicht mehr zulässig.

Ein Abzug für Forschung und Lehre von den Gebühren des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 87) ist nicht gerechtfertigt, weil der einheitliche Bewertungsmaßstab Forschung und Lehre nicht berücksichtigt. Forschung und Lehre sind ausschließlich durch Landeszuschüsse zu finanzieren. Leistungen für Forschung und Lehre dürfen insbesondere bei einer Vergütung nach Satz 1 nicht berechnet werden. Erforderlichenfalls können Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlaßt werden, um eventuelle Zweifel an der Leistungsabrechnung auszuräumen.

Zu Absatz 3:

Der pauschale Abzug von den Gebühren wird auf einen Investitionskostenabschlag begrenzt. Die hierfür maßgeblichen Gründe wurden bereits in der Begründung zu Absatz 1a - neu - erläutert.

Für die medizinischen Einrichtungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind Vereinbarungen auf der Grundlage von § 295 Abs. 1 durch vertragliche Regelungen nach § 117a möglich. Die bisherige Bestimmung, wonach die Vertragsparteien nach § 83 Abs. 1 die Einzelheiten regeln sollen, ist entbehrlich.

(noch Ziff. 5)

Zu Absatz 4:

Vorrang haben die Vergütungssätze nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab. Kommt eine Einigung über eine pauschale Vergütungsregelung für gebührenfähige Leistungen nicht zustande, so gilt diese allgemeine Regelung. Auf Antrag kann auch die Schiedsstelle Pauschalvergütungen festsetzen. Diese sind von der zuständigen Landesbehörde in entsprechender Anwendung von § 18 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu genehmigen.

Zur Folgeänderung:

Zu § 301 Abs. 1 SGB V:

Die Änderung ist eine Folgeänderung der Änderung in § 39 Abs. 1 Satz 1 (Artikel 2 Nr.01) und der Einfügung von § 120 Abs. 1a - neu -. Die ambulante ärztliche Behandlung der medizinischen Einrichtungen nach § 117 ist danach Krankenhausbehandlung, und die Vergütung wird unmittelbar von den Krankenkassen und den Ersatzkassen entrichtet. Der Adressat für die Übermittlung der Abrechnungsdaten wechselt daher von der Kassenärztlichen Vereinigung zu den Kassen.

Zu § 301 Abs. 2:

Keine Änderung zum Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2a - neu -

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einfügung von § 117 und der Änderung in § 39 Abs. 1 SGB V im Apothekengesetz.

6. Zu Artikel 2 Nr. 3 und 14 (§ 103 Abs. 8 und § 116a SGB V)

Artikel 2 Nr. 14 ist zu streichen.

Als Folge ist

Artikel 2 Nr. 3 wie folgt zu fassen:

'3. In § 103 wird nach Absatz 6 folgender Absatz 7 angefügt:

"(7) - vgl. Regierungsentwurf -."

Begründung:

Zu § 116a SGB V

Soweit Versicherte in Praxiskliniken stationär versorgt werden, handelt es sich um stationäre Leistungen, die sich nicht von der in Krankenhäusern erbrachten Krankenhausbehandlung unterscheiden. Es gibt deshalb keinen sachlichen

(noch Ziff. 6)

Grund dafür, Praxiskliniken gegenüber Krankenhäusern dadurch einen Sonderstatus einzuräumen, daß sie als Einrichtungen definiert werden, die keine Einrichtungen im Sinne des § 107 SGB V sind und damit nicht von den für Krankenhäuser geltenden Bestimmungen erfaßt werden.

Die mit dem vorgesehenen § 116a SGB V angestrebten Änderungen zugunsten von Praxiskliniken lassen sich auch erreichen, wenn für Praxiskliniken die für Krankenhäuser geltenden Regelungen der §§ 107 ff. SGB V Anwendung finden. Die Möglichkeit des Vertragsabschlusses über stationäre Leistungen mit nur einem Landesverband der Krankenkassen besteht für Praxiskliniken, auch wenn sie hinsichtlich ihres stationären Leistungsangebotes rechtlich als Krankenhäuser eingeordnet werden, über § 109 SGB V in der Fassung von Artikel 2 Nr. 6 KHNG 1997. Auch im Rahmen von Versorgungsverträgen, die nach § 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit Praxiskliniken geschlossen werden, können die Vertragspartner Einzelheiten zu Bettenzahlen, Begrenzung der Verweildauer, Leistungsspektrum usw. festlegen. Zugleich wird durch das Fortbestehen der rechtlichen Einordnung von Praxiskliniken als Krankenhäuser sichergestellt, daß die für eine hinreichend leistungsfähige stationäre Versorgung der Patienten erforderlichen Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 Nummern 2 und 3 SGB V auch in Praxiskliniken gewährleistet sein müssen und daß auch für den Vertragsabschluß mit Praxiskliniken die in § 109 Abs. 3 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und vor allem der Bedarfsgerechtigkeit erfüllt sein müssen. Da ein Angebot an stationären Leistungen in Praxiskliniken erhebliche Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit und die Bedarfsgerechtigkeit anderer Krankenhäuser hat, muß der Vertragsabschluß mit Praxiskliniken den gleichen Bestimmungen unterliegen wie der Abschluß von Versorgungsverträgen mit anderen Krankenhäusern. Insbesondere muß zumindest über die in § 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V als Wirksamkeitsvoraussetzung des Vertragsabschlusses festgelegte Genehmigung des Landes sichergestellt sein, daß auch Praxiskliniken in die Krankenhausplanung einbezogen werden. Andernfalls bestünde die Gefahr, daß über Praxiskliniken ein zum Krankenhausbereich paralleler Versorgungsbereich entsteht, der nicht nur Überkapazitäten schafft, sondern auch z.B. durch mögliche Patientenselektion zu unwirtschaftlichen Strukturen bei den Krankenhäusern beiträgt, die wegen des Sicherstellungsauftrags der Krankenhäuser hingenommen werden müßten.

Durch die rechtliche Einordnung des der stationären Versorgung dienenden Teils von Praxiskliniken als Krankenhäuser ist außerdem gewährleistet, daß insoweit die Regelungen des KHG und der BPflV bei der Vergütung der stationären Leistungen Anwendung finden. Die Vergütung der von Vertragsärzten in Praxiskliniken erbrachten ärztlichen stationären Leistungen erfolgt dabei als belegärztliche Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, die der übrigen stationären Leistungen aus der Gesamtvergütung nach § 17b KHG in der Fassung von Artikel 1 Nr. 5 KHNG 1997.

(noch Ziff. 6)

Zur Folgeänderung:

Die Streichung des bei § 103 vorgesehenen Absatzes 8 der Regierungsvorlage ist bedingt durch die Streichung des Artikels 2 Nr. 14. Werden Praxiskliniken hinsichtlich ihres der stationären Versorgung dienenden Bereichs rechtlich als Krankenhäuser eingeordnet, gelten die dort tätigen Vertragsärzte als Belegärzte. Die angestrebte Ausnahme von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung in überversorgten Gebieten ergibt sich dann bereits aus dem vorgesehenen § 103 Abs. 7 SGB V.

*