

29.12.95

G - Fz - In - K

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)**A. Zielsetzung**

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurden die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser grundlegend geändert. Das kostenorientierte Finanzierungssystem wurde durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem ersetzt. Der eingeschlagene Weg wird mit dem Ziel fortgeführt, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner auszuweiten. Zugleich wird die stationäre Versorgung wirksamer in das Gesundheitsversorgungssystem eingebunden. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, daß der größte Leistungsbereich des Gesundheitswesens, der auch ein volkswirtschaftlich bedeutender sozialer Dienstleistungsbereich ist, in den stetigen Prozeß zur Optimierung des Einsatzes der finanziellen Ressourcen besser einbezogen werden kann.

Dieser Gesetzentwurf ist Teil der dritten Stufe der Gesundheitsreform, die das Ziel hat, eine hochwertige medizinische Breitenversorgung und den medizinischen Fortschritt in Übereinstimmung mit dem Leistungsvermögen der Beitragszahler zu sichern. Dazu werden das Selbstverwaltungsprinzip gestärkt, die positiven Wirkungen eines sozial verantwortlich ausgestalteten Wettbewerbs genutzt sowie mehr Transparenz und mehr Eigenverantwortlichkeit bei allen Beteiligten geschaffen.

Fristablauf: 09.02.96

B. Lösung

Folgende Regelungen sind von besonderer Bedeutung:

- Einbeziehung der Ausgaben für die stationären Leistungen in den Gesamtfinanzierungsrahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Vereinbarung der Vertragsparteien auf Landesebene über eine Gesamtvergütung und deren Zuwachsrate als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land für die Jahre 1997 bis 1999
- Überführung der durch Rechtsverordnung vorgegebenen Fallpauschalen und Sonderentgelte zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundes- und Landesebene
- Erweiterung der Mitgestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Entwicklung der Kapazitäten in der stationären Versorgung durch einvernehmliche Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen in die Krankenhausplanung der Länder
- Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und mehr eigenverantwortliches Handeln von Krankenkassen durch die Zulässigkeit von Abschluß und Kündigung eines Versorgungsvertrages durch jeden einzelnen Landesverband der Krankenkassen
- Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen durch stärkere Einbindung der Ärztekammern
- Verbesserung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch Förderung der Praxiskliniken und durch Abbau von Hemmnissen im Belegarztwesen sowie durch gesetzliche Ermächtigung von Krankenhausärzten zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen
- Aufhebung der Großgeräteplanung.

C. Alternativen

Keine. Ein Verzicht auf die strukturellen Weiterentwicklungen in der stationären Versorgung würde die Sicherstellung einer finanzierbaren hochwertigen und den medizinischen Fortschritt einbeziehenden Versorgung der Bevölkerung gefährden.

D. Kosten

Bund, Länder und Gemeinden werden nicht mit Kosten belastet.

Bundesrat

Drucksache **883/95**

29.12.95

G - Fz - In - K

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

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

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
031 (312) - 233 00 - Kr 29/95

Bonn, den 29. Dezember 1995

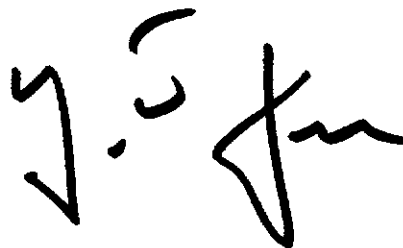
An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes den von
der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. S. [illegible]', is written in the lower right quadrant of the page.

Fristablauf: 09.02.96

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

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"§ 28 bleibt unberührt."

2. In § 7 Abs. 1 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:

"Die Krankenhausplanung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen; mit den übrigen Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Bei der Aufstellung der Investitionsprogramme sind mit den Beteiligten einvernehmliche Regelungen anzustreben."

3. § 10 wird gestrichen.

4. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 a werden Satz 1 und 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:

"Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 1. Januar 1998 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1999 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Wei-

terentwicklung. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 2. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn des folgenden Pflegesatzzeitraums aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaft ist möglich; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren. Der Verband der privaten Krankenversicherung kann sich an den Verfahren beteiligen."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Komma nach dem Wort "hinausgehen" durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen.

5. Nach § 17 a wird folgender neuer § 17 b eingefügt:

"§ 17 b

Landesweite Gesamtvergütung

(1) Für die Jahre 1997 bis 1999 vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaft jeweils eine Gesamtvergütung als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land; der Verband der privaten Krankenversicherung kann sich am Verfahren beteiligen. Die Gesamtvergütung ist insbesondere unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung, der Leistungsentwicklung im Krankenhausbereich und in anderen Versorgungsbereichen, der Entwicklung von Zahl und Struktur der Versicherten sowie der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen zu vereinbaren. Grundlage der Gesamtvergütung sind die in Absatz 2 genannten Erlösarten der Krankenhäuser, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zugelassen sind. 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 § 18 a. Diese setzt die Gesamtvergütung bis zum 15. Oktober des Jahres fest.

(2) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren für jedes Krankenhaus einen Gesamterlösbetrag, der die voraussichtlichen Erlöse aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz sowie die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren umfaßt.

(3) Überschreitet die Summe der nach Absatz 2 für die einzelnen Krankenhäuser vereinbarten Gesamterlösbeträge den Betrag der landesweiten Gesamtvergütung nach Absatz 1, teilen die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam den Krankenhäusern den Überschreibungsbetrag und den Vomhundertsatz der Überschreitung mit. Der Gesamterlösbetrag jedes Krankenhauses wird um diesen Vomhundertsatz gekürzt. Die Krankenhäuser ermäßigen ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Mitteilung folgt, den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen sowie für vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren um den Vomhundertsatz.

(4) Überschreiten die im Kalenderjahr erzielten und nach Absatz 7 Satz 1 berichtigten Erlöse der Krankenhäuser im Land die Gesamtvergütung nach Absatz 1, ist der Überschreibungsbetrag zurück zu zahlen. Zur anteiligen linearen Rückzahlung sind nur die Krankenhäuser verpflichtet, deren berichtigte Erlöse den nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 den gekürzten Gesamterlösbetrag, überschritten haben. Die Landesverbände der Krankenkassen ermitteln gemeinsam nach Ablauf des Kalenderjahres die auf die einzelnen Krankenhäuser entfallenden Rückzahlungsbeträge und teilen diese den Krankenhäusern mit. Die Rückzahlung ist auf den Mehrerlös des Krankenhauses gegenüber dem vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 dem gekürzten Gesamterlösbetrag, begrenzt. Die Rückzahlung entfällt, soweit die Erlöse aufgrund von Notfällen mit erheblicher Folgewirkung für die Gewährleistung der notwendigen Krankenhausversorgung entstanden sind.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen stellen gemeinsam bis zum 31. Januar jeden Jahres die Summe der vereinbarten Gesamterlösbeträge fest.

Soweit einzelne Pflegesatzvereinbarungen noch nicht abgeschlossen sind, sind die Gesamterlösbeträge dieser Krankenhäuser sachgerecht zu schätzen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die im Vorjahr erzielten Erlöse bis zum 31. März jeden Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln.

(6) Die Pflegesatzvereinbarung nach § 18 für das Folgejahr ist jeweils bis zum 30. November zu schließen. Ein notwendiges Schiedsverfahren ist bis zum 31. Dezember des Jahres abzuschließen. Über die Genehmigung nach § 18 Abs. 5 ist bis zum 31. Dezember des Jahres, bei Schiedsverfahren bis zum 16. Januar des Folgejahres zu entscheiden.

(7) Abweichend von § 12 Abs. 4 und § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung werden Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses gegenüber dem nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 dem gekürzten Gesamterlösbetrag, zu 50 vom Hundert ausgeglichen. § 12 Abs. 5 und 6 der Bundespflegesatzverordnung werden nicht angewendet.

(8) Die nach Absatz 4 und 7 Satz 1 zurückzuzahlenden und auszugleichenden Beträge sind unverzüglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen."

6. In § 29 werden die Absätze 3 bis 5 gestrichen.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), wird wie folgt geändert:

1. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 a wird gestrichen.

b) In Absatz 4 a wird Satz 2 gestrichen.

2. In § 87 Abs. 2 b werden Satz 3 bis 5 gestrichen.

3. In § 103 werden nach Absatz 6 folgende Absätze angefügt:

"(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen in den für die amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern der für den Planungsbereich zuständigen Ärztekammer auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

(8) Von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommen sind Ärzte, die eine Zulassung als Vertragsarzt in einer Praxisklinik (§ 116 a Abs. 1) beantragen, soweit und solange ihre Tätigkeit zur Erfüllung eines Vertrages nach § 116 a Abs. 2 erforderlich ist."

4. In § 108 Nr. 3 werden die Wörter "mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Angabe "nach § 109 Abs. 1 Satz 1" ersetzt.

5. Nach § 108 wird folgender neuer § 108 a eingefügt:

"§ 108 a
Krankenhausgesellschaften

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluß der Träger zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören. Die von den Landeskrankenhausgesellschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vereinbarungen, deren Abschluß den Krankenhausgesellschaften durch Gesetz oder Verordnung übertragen worden ist, sind für alle Mitglieder unmittelbar verbindlich."

6. § 109 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

"Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Landesverbände anderer Kassenarten oder andere Verbände der Ersatzkassen können dem Vertrag beitreten."

- bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Dieser ist für alle Krankenkassen der betreffenden Kassenart unmittelbar verbindlich."

- b) In Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

7. § 110 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden."

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken wird sie mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam."

8. § 112 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter "oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" gestrichen.

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Sie sind für die beteiligten Krankenkassen und die Mitgliedskrankenhäuser der Landeskrankenhausgesellschaft unmittelbar verbindlich."

c) In Absatz 5 werden die Wörter "oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam" gestrichen.

9. In § 114 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter "Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" durch das Wort "Landeskrankenhausgesellschaft" ersetzt.

10. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter "oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter "und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxis-kliniken)" gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Sie sind für die beteiligten Krankenkassen, die Vertragsärzte und die Mitgliedskrankenhäuser der Landeskrankenhausesellschaft unmittelbar verbindlich."

11. § 115 a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "oder mit den Vereinigungen der Krankenhaus-träger im Land gemeinsam" gestrichen.

b) In Satz 3 werden die Wörter "oder die Bundesverbände der Krankenhaus-träger gemeinsam" gestrichen.

12. In § 115 b Abs. 1 werden die Wörter "oder die Bundesverbände der Krankenhaus-träger gemeinsam" gestrichen.

13. § 116 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgende Absätze werden angefügt:

"(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren einen Katalog ambulant zu erbringender hochspezialisierter Leistungen, für die besonders qualifizierte Krankenhausärzte nach Absatz 3 ermächtigt sind, sowie im Einvernehmen mit den Bundesärztekammern die Anforderungen an die Qualifikation der Krankenhausärzte.

(3) Krankenhausärzte, die eine nach Absatz 2 vereinbarte Qualifikation besitzen, sind mit Zustimmung des Krankenhaus-trägers zur persönlichen

ambulanten Erbringung der nach Absatz 2 vereinbarten hochspezialisierten Leistungen auf Überweisung durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt desselben Gebietes ermächtigt. Der Krankenhausträger meldet die Ärzte der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Der ermächtigte Krankenhausarzt kann seine Tätigkeit erst aufnehmen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung nicht innerhalb von vier Wochen widerspricht. Der Widerspruch kann nur darauf gestützt werden, daß die regionale Versorgung auf dem spezialisierten Gebiet durch Vertragsärzte zum Zeitpunkt der Meldung sichergestellt sei. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung, entscheidet der Zulassungsausschuß (§ 96) auf Antrag des Krankenhausarztes, ob die regionale Versorgung sichergestellt ist; bei Stimmengleichheit gilt die regionale Versorgung als nicht sichergestellt."

14. Nach § 116 wird folgender neuer § 116 a eingefügt:

"§ 116 a
Praxiskliniken

(1) Praxiskliniken sind Einrichtungen mehrerer in gemeinsamer Berufsausübung zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Dauer der stationären Versorgung darf vier Tage nicht überschreiten. Je Vertragsarzt sind bis zu vier Betten zulässig. Praxiskliniken sind keine Einrichtungen im Sinne des § 107.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit Praxiskliniken Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Für die Kündigung von Verträgen gilt § 110 Abs. 1 Satz 1 und 2 entsprechend.

(3) Die ärztlichen Leistungen in der Praxisklinik sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet."

15. § 122 wird gestrichen.

16. § 137 wird wie folgt geändert:

a) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

"Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112 und für
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 111
geregelt."

b) Nach Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt:

"Mit den Ärztekammern ist, soweit sie zur Qualität medizinischer Lei-
stungen Festlegungen getroffen und Leitlinien zur Diagnostik und Therapie
entwickelt haben, Einvernehmen hierüber herzustellen. Soweit die Ver-
träge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen, sind die
Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen."

c) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort "erheblichen" gestrichen.

17. In § 299 Satz 2 werden die Wörter "oder den Vereinigungen der Kranken-
hausträger im Land" gestrichen.

18. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter "oder den Bundesverbänden der Kran-
kenhausträger gemeinsam" gestrichen.

Artikel 3

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft, soweit in Absatz 2
nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 2 tritt am 1. Januar 1997 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Grundsätze der 3. Stufe der Gesundheitsreform

Dieser Gesetzentwurf ist Teil der 3. Stufe der Gesundheitsreform, die das Ziel hat, die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und dessen Finanzierbarkeit zu für Arbeitgeber und Arbeitnehmer akzeptablen Beiträgen zu sichern. Zahlreiche Interventionen des Gesetzgebers zur Kostendämpfung in den vergangenen zwei Jahrzehnten haben zu bürokratischen Verkrustungen geführt und die Selbststeuerung durch die unmittelbar Betroffenen im Gesundheitswesen beeinträchtigt. Solche Hemmnisse abzubauen, die Selbstverwaltung zu stärken, ihr mehr Freiräume für eigenverantwortliches Handeln zu geben und staatliche Regelungen auf das Nötwendige zu begrenzen sind ebenso wie sozialverträglicher Wettbewerb, mehr Transparenz und mehr Eigenverantwortlichkeit aller Beteiligten die Eckpfeiler für die Neuorientierung der Gesundheitspolitik im Rahmen der 3. Stufe der Gesundheitsreform. Diese Prinzipien haben Eingang in die mit diesem Gesetzentwurf vorgelegte Neuordnung der Krankenhausfinanzierung gefunden, die eine Arbeitsgruppe der Koalitionsfraktionen in ihrem Eckpunktepapier vom 7. November 1995 beschlossen hat.

Reform von 1992 wird weiterentwickelt

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein hervorragend ausgebautes stationäres Versorgungssystem. In den 2.350 Akutkrankenhäusern mit rd. 630.000 Betten wurden 1993 14,4 Mio. Patienten behandelt. Die stationäre Versorgung ist mit einem Anteil von derzeit 33,9 % nicht nur der größte einzelne Ausgabenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit fast 100 Mrd. DM Umsatzvolumen und ca. 1,1 Mio. Beschäftigten sind die Krankenhäuser auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor im Dienstleistungsbereich und in der Nachfrage nach Gütern.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde ein erster großer Schritt zu einer Reform des Krankenhauswesens getan. Es leitete einen Strukturwandel im Krankenhauswesen ein. Die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung leistungsorientierter Entgelte, zusammen mit den erweiterten ambu-

lanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und den Entlastungen durch die Pflegeversicherung, schaffen die Voraussetzung für eine Anpassung der Leistungsstrukturen und Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern. Dieser bereits eingeleitete Prozeß soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beschleunigt werden.

Qualitätssicherung in Verantwortung der Ärzte

Qualitätssicherung ist ein unerläßlicher Bestandteil einer humanen und wirkungsvollen medizinischen Versorgung. Die Patienten haben Anspruch auf qualitätsgesicherte medizinische Leistungen und damit auf eine Versorgung, die dem Stand des medizinischen Wissens entspricht und die in einem qualitätsorientierten Leistungsprozeß erfolgen muß. Es ist eine Frage der Qualität und der Wirtschaftlichkeit, die medizinischen Leistungen auf das Notwendige und Zweckmäßige zu begrenzen. Die dafür notwendigen Maßstäbe und Leitlinien zu entwickeln, ist originäre Aufgabe der Ärzteschaft und deren demokratisch legitimierter Körperschaften. Diese besondere Verantwortung der Ärztekammern für die Qualitätssicherung wird durch deren einvernehmliche Einbeziehung in die Verträge über Qualitätssicherungsvereinbarungen gestärkt.

Ambulant vor stationär

Die hohe Kostenintensität der stationären Leistungen macht es erforderlich, die Krankenhausbehandlung auf die Fälle zu begrenzen, die der besonderen Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser auch wirklich bedürfen. Deshalb schreibt § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausdrücklich den Vorrang der ambulanten Behandlung vor.

Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung müssen die Möglichkeiten des ambulanten Versorgungssystems mit seinem sehr dichten Netz von Arztpraxen, die eine hochwertige haus- und fachärztliche Versorgung anbieten, konsequenter genutzt werden. Nur so kann den seit Jahrzehnten stetig steigenden Krankenhausfällen, die auch durch strukturelle Defizite in der ambulanten Versorgung bedingt sind, entgegengewirkt werden. "So viel ambulant wie möglich" ist deshalb ein wesentlicher Grundsatz des vorliegenden Reformkonzeptes. Dabei hat die Optimierung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte einen besonderen Stellenwert. Dazu sind vor allem Anpassungen erforderlich, die die Selbstverwaltungspartner im vertragsärztlichen Bereich zu regeln haben. Dies gilt zum Beispiel für eine deutlich verbesserte Präsenz der niedergelassenen Ärzte außerhalb der üblichen Praxiszeiten. Soweit gesetzliche Hemmnisse bestehen, wer-

den diese im Rahmen der für den ambulanten Bereich vorgesehenen 3. Stufe der Gesundheitsreform abgebaut. Bestehende Hemmnisse im Bereich des Belegarztwesens sowie der Praxiskliniken werden mit diesem Gesetzentwurf beseitigt.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Möglichkeiten der Krankenhäuser, durch ambulantes Operieren sowie durch vor- und nachstationäre Behandlung stationäre Aufnahmen zu vermeiden oder die Verweildauer zu verkürzen, entscheidend verbessert. Ergänzend dazu sollen qualifizierte Fachärzte in Krankenhäusern die Möglichkeit erhalten, hochspezialisierte Leistungen zur Sicherstellung der örtlichen Versorgung nach Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt ambulant zu erbringen. Sie werden dazu im Gesetz persönlich ermächtigt. Diese Leistungen sind durch die zugelassenen Ärzte persönlich zu erbringen. In Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird der Katalog der hochspezialisierten Leistungen und das Anforderungsprofil an die Qualifikation der dafür in Betracht kommenden Krankenhausärzte bestimmt; die Ärztekammern werden dabei einbezogen. Eine darüber hinausgehende institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen wäre nicht sachgerecht. Die Krankenhäuser haben den Auftrag, die stationäre Versorgung zu sichern. Die Eröffnung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten um die ambulant zu behandelnden Patienten würde nur zu höheren Kosten führen. Die vorwiegend mit öffentlichen Investitionsmitteln finanzierten Krankenhäuser hätten zudem Wettbewerbsvorteile, die auf Dauer eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte gefährden würden.

Landesweite Gesamtvergütung

Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hat in den alten Ländern mit fast 34,4 % in 1994 einen historischen Höchstwert erreicht. Der Anteil lag in 1980 noch bei 29,6 %. Dagegen lag der entsprechende Anteil der Leistungsvergütung der niedergelassenen Ärzte trotz einer starken Zunahme der Zahl der Ärzte und der von ihnen erbrachten Leistungen 1994 mit 17,4 % niedriger als 1980, als hierfür 17,9 % der Leistungsausgaben aufgewendet wurden. Diese Stabilität im ambulanten Bereich hängt insbesondere mit dem dort seit langem bewährten Instrument der Gesamtvergütung zusammen, das eine wirksame Kostensteuerung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung möglich macht. Die überdurchschnittlichen Wachstumsraten der Krankenhausaussgaben haben vielfältige Ursachen. Sie reichen von

gesetzlich bedingten Mehrausgaben über Fehlanreize des alten Vergütungssystems bis hin zu Defiziten, die im ambulanten Versorgungssystem liegen.

Ein weiterer, gravierender Systemmangel ist die primär einzelwirtschaftliche Betrachtung in der stationären Versorgung. Die Krankenkassen schließen mit den 2.350 Akutkrankenhäusern Pflegesatzvereinbarungen, ohne daß die Forderungen der einzelnen Krankenhäuser in eine Gesamtbetrachtung einbezogen werden. Es liegt nahe, die im niedergelassenen Bereich gemachten positiven Erfahrungen auf den Krankenhausbereich zu übertragen. Ein Kernpunkt der 3. Stufe der Gesundheitsreform im Krankenhaus ist deshalb die Einführung einer landesweiten Gesamtvergütung für Krankenhausleistungen, die von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart wird. Damit wird den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene ein neues Instrument gegeben, um das medizinisch Notwendige mit den finanziellen Möglichkeiten besser abstimmen zu können. Angesichts der damit verbundenen grundlegenden Veränderung der Krankenhausfinanzierung, mit der Neuland beschritten wird, ist die Regelung zunächst bis Ende 1999 befristet. In einem Mitte 1999 abzugebenden Bericht an das Parlament wird darzulegen sein, ob die mit der Neuregelung gemachten Erfahrungen eine Fortführung rechtfertigen. Zur Einhaltung der Gesamtvergütung ist ein zweistufiges Ausgleichssystem vorgesehen. Soweit der landesweite Gesamtvergütungsbetrag durch die prospektiv vereinbarten Budgets überschritten wird, werden bereits im Frühjahr des jeweiligen Wirtschaftsjahres die Vereinbarungen aller Krankenhäuser einschließlich der sich daraus ergebenden Entgelte entsprechend angepaßt.

Kommt es im Wirtschaftsjahr trotz dieser Anpassung zu Budgetüberschreitungen in Krankenhäusern und wird dadurch die Gesamtvergütung überschritten, müssen diese Überschreibungsbeträge durch die verursachenden Häuser ausgeglichen werden. Der Ausgleich ist nicht gleichzusetzen mit Verlusten für die betroffenen Krankenhäuser. Dies ist abhängig vom Verhältnis der Kosten zu den Erlösen.

Mit der Gesamtvergütung kann sichergestellt werden, daß die Ausgabenentwicklung für stationäre Leistungen in kalkulierbaren Grenzen bleibt. Mehr- und Minderbelastungen einzelner Krankenhäuser infolge veränderter Patientenzahlen können innerhalb der Gesamtvergütung ausgeglichen werden. Für die Krankenhäuser werden bereits zu Beginn der Periode die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen deutlich. Die Vergütung der Krankenhausleistungen erfolgt auf der Grundlage des neuen Entgeltsystems über Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze und den Basispflegesatz. Die mit den neuen Entgelten er-

folgten Ziele wie mehr Transparenz, Verweildauerverkürzung, Anreize zur Wirtschaftlichkeit bleiben voll wirksam.

Über die Fortentwicklung der Gesamtvergütung entscheiden die Selbstverwaltungspartner eigenverantwortlich. Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene erhält damit deutlich erweiterte Kompetenzen. Um diese wirkungsvoll nutzen zu können, werden die bislang nicht einheitlich organisierten Verbandsstrukturen auf der Krankenhausseite, die verbindliches Handeln nur begrenzt zulassen, neu geordnet. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Landeskrankenhausgesellschaften werden die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben unmittelbar übertragen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften können damit, legitimiert durch die Träger der Krankenhäuser, die gesetzlichen Aufgaben gemeinsam mit den Vertragspartnern erfüllen.

Vorfahrt für die Selbstverwaltung

Die Rücknahme staatlicher Vorgaben und die Begrenzung des Regelungsinhaltes von Gesetzen und Verordnungen ist ein weiteres Ziel der 3. Stufe der Gesundheitsreform. Dazu werden die Kataloge der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Leistungen aus der Bundespflegesatzverordnung ausgegliedert und der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen auf der Bundesebene übertragen. Mit dieser bislang vom Verordnungsgeber wahrgenommenen Funktion erhält die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern einen weiteren, für die Struktur und die Ausgabenentwicklung in der stationären Versorgung sehr bedeutsamen Aufgabenbereich zur eigenverantwortlichen Gestaltung übertragen.

Erweiterte Einbeziehung der Krankenkassen in die Krankenhausplanung

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist Aufgabe der Bundesländer. An dieser grundgesetzlich verankerten Aufgabenzuweisung wird festgehalten. Damit verbunden ist allerdings die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden hauptsächlich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Angesichts des Verhältnisses der Betriebskosten zu den investiven Aufwendungen ist die bisherige Einbeziehung der Krankenkassen in die Krankenhausplanung unbefriedigend geregelt. Die große gemeinsame Verantwortung, die die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder und die für die Finanzierung der Betriebskosten über Pflegesätze zuständigen Krankenkassen haben, soll in Zukunft dadurch gestärkt werden, daß

die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen einvernehmlich in die Krankenhausplanung der Länder einbezogen werden.

Deutlich erweiterte Handlungsspielräume werden den Verbänden der einzelnen Kassenarten beim Abschluß und der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern eingeräumt. Das Erfordernis des gemeinsamen Handelns der Kassenverbände wird zugunsten erweiterter kassenartenindividueller Möglichkeiten der Vertragsgestaltung abgeschafft. Zudem wird darauf verzichtet, daß die Kündigung eines Versorgungsvertrags mit sog. Vertragskrankenhäusern durch die jeweils zuständige Landesbehörde genehmigt werden muß. Damit wird ein weiterer Schritt zur Entstaatlichung und zu mehr Freiräumen für die Krankenkassen getan.

Monistische Krankenhausfinanzierung bedarf Kompensation

Die duale Krankenhausfinanzierung soll stufenweise in ein monistisches Finanzierungssystem überführt werden. An der dazu in der Empfehlung des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 1992 formulierten Zielsetzung wird grundsätzlich festgehalten. Die Überführung der dualen Krankenhausfinanzierung in eine monistische Finanzierung kann aber nur schrittweise und nur unter der Bedingung erfolgen, daß Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen dadurch nicht entstehen. Die Länder müssen die eingesparten Finanzmittel zur Entlastung der Beitragsätze einbringen.

Die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und F.D.P. haben Anfang Oktober 1995 einen Gesetzentwurf zur Überführung der bisher von den Ländern finanzierten größeren Instandhaltungsmaßnahmen in die Finanzierungszuständigkeit der Krankenkassen ab 1999 eingebracht. Auf der Grundlage dieser Initiative werden Verhandlungen mit den Ländern über entsprechende Kompensationen und über ggf. weitere Schritte zu führen sein.

Geräteplanung wird abgeschafft

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist durch eine sehr gute Ausstattung im medizinisch-technischen Bereich gekennzeichnet. In vielen Bereichen gibt es zwischenzeitlich eine Überversorgung bei medizinisch-technischen Großgeräten. Die im stationären und ambulanten Bereich vorgesehene Planung des Einsatzes medizinisch-technischer Großgeräte hat dies nicht verhindern können. Der technische Fortschritt auf diesem Gebiet führt zudem dazu, daß die Abgrenzung medizinisch-technischer Großgeräte zu Standardgeräten zunehmend

fließend wird. Vor diesem Hintergrund und als ein weiterer Schritt zum Abbau gesetzlicher Vorgaben wird die Großgeräteplanung aufgegeben. Es wird vielmehr davon ausgegangen, daß die Beteiligten diese Aufgabe wirkungsvoller regeln können und den Einsatz von Großgeräten über die Vergütungsregelung steuern werden.

Reformkonzept für die ambulante Versorgung

Mit den dargestellten Maßnahmen wird die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeleitete Reform des Krankenhausbereichs gezielt fortgeführt. Die Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs wird in einem eigenen Regelungskomplex erfolgen, der zur Zeit vorbereitet wird.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 10 (siehe Artikel 1 zu Nummer 3).

Zu Nummer 2 (§ 7)

Nach geltendem Bundesrecht hat das Land auch mit den Landesverbänden der Krankenkassen Einvernehmen bei der Krankenhausplanung lediglich anzustreben. Nunmehr wird die einvernehmliche Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen (s. § 27) in die Krankenhausplanung bundeseinheitlich vorgeschrieben. Dadurch werden die Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf Landesebene und deren Mitverantwortung hinsichtlich der Entwicklung der Kapazitäten in der stationären Versorgung erheblich gestärkt. Dies ist angesichts der Auswirkungen der Krankenhausplanung auf die GKV gerechtfertigt.

Mit den übrigen Beteiligten hat das Land weiterhin Einvernehmen anzustreben.

Die Änderung erfaßt nicht die Aufstellung der Investitionsprogramme.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Die Aufhebung von § 10 erfolgt infolge der Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Artikel 2 zu Nummer 15).

Zu Nummer 4 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) eingeleitete Reform durch schrittweise Einführung leistungsorientierter Vergütun-

gen wird weiterentwickelt. Mit der neuen Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) wurden erstmals Fallpauschalen und pauschalisierte Sonderentgelte vorgegeben, deren Entgelthöhe auf der Landesebene und damit unabhängig von den Kosten des einzelnen Krankenhauses vereinbart wird. Die neuen Entgelte konnten im Jahr 1995 freiwillig angewendet werden. Sie werden zum 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verbindlich. Bis zum Jahr 1997 werden die Fallpauschalen und Sonderentgelte jährlich von dem bisherigen Gesamtbudget des Krankenhauses abgezogen. Zum 1. Januar 1998 werden sie endgültig vom Budgetbereich des Krankenhauses abgetrennt.

Von diesem Zeitpunkt an soll die Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge, d. h. die laufende Überarbeitung bestehender Entgeltarten und die Einführung neuer Entgeltarten, von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vorgenommen werden. Die Entgelthöhe wird ohne Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen (Punktzahlen) in Form von "Preisen" direkt von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 KHG).

Satz 1 beschreibt die derzeitige Rechtslage. Satz 2 begrenzt die Vorgabe von Fallpauschalen und Sonderentgelten durch die Bundespflegesatzverordnung. Überarbeitungen bestehender Entgelte sowie neue Entgelte können als Vorgabe der BPfIV damit letztmalig zum 1.1.1998 in Kraft treten.

Die Sätze 3 und 4 bestimmen, daß die Entgeltkataloge mit Wirkung vom 2. Januar 1998 an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft übertragen werden. Die Selbstverwaltungspartner können erstmals im Jahr 1998 für den Pflegesatzzeitraum 1999 bundesweit geltende Definitionen für Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren. Die bisherige Vorschrift des § 17 Abs. 2 a Satz 1 KHG zur Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen (Punktzahlen) entfällt. Die Entgelthöhe wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 KHG auf Landesebene vereinbart.

Da neue, erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte jeweils einmalig aus dem Budgetbereich des Krankenhauses ausgegliedert werden müssen, bestimmt Satz 5, daß dies jeweils nur zum Beginn eines Pflegesatzzeitraums, d. h. bei der Vereinbarung eines neuen Budgets, erfolgen kann.

Satz 7 gibt dem Verband der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit, sich an den Verfahren zur Weiterentwicklung der Entgeltkataloge auf Bundes- und Landesebene zu beteiligen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 10 KHG (siehe Artikel 1 zu Nummer 3) und § 122 SGB V (siehe Artikel 2 zu Nummer 15).

Zu Nummer 5 (§ 17 b)

Zur Einbindung der Ausgaben für stationäre Leistungen in den Gesamtfinanzierungsrahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung wird eine landesweite Gesamtvergütung eingeführt. Damit wird den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene ein Instrument an die Hand gegeben, mit dem über das einzelne Krankenhaus hinausgehende und auch den stationären Versorgungsbereich übergreifende, medizinische Versorgungsaspekte besser mit den knappen finanziellen Ressourcen abgestimmt werden können. Zugleich wird sichergestellt, daß die Ausgabenentwicklung für stationäre Leistungen in kalkulierbaren Grenzen bleibt. Mehr- oder Minderbelastungen einzelner Krankenhäuser infolge veränderter Patientenzahlen werden innerhalb der Gesamtvergütung ausgeglichen. Für die Krankenhäuser werden bereits zu Beginn der Wirtschaftsperiode die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen deutlich. Die Krankenhausleistungen werden, wie mit der neuen Bundespflegegesetzverordnung eingeführt, über leistungsorientierte Entgelte vergütet.

Für die ambulante medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte bestehen seit Jahren vergleichbare Bedingungen. Dies hat entscheidend zur Stabilisierung der Krankenkassenausgaben beigetragen.

Zu Absatz 1

Die landesweite Gesamtvergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen (s. § 27) gemeinsam und der Landeskrankenhausesellschaft vereinbart. Die Gesamtvergütung ist eine Obergrenze, die durch die Ergebnisse der krankenhausesindividuellen Pflegesatzvereinbarungen im Land nicht überschritten werden darf. In die Gesamtvergütung werden die Erlöse der Krankenhäuser aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen (Budgetbereich)

sowie aus der vor- und nachstationären Behandlung und dem ambulanten Operieren einbezogen.

Satz 3 bestimmt, daß in die Gesamtvergütung alle Krankenhäuser einbezogen werden, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind. Dies sind Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, mit denen ein besonderer Versorgungsvertrag abgeschlossen worden ist.

Nach Satz 4 ist die Gesamtvergütung jeweils bis zum 15. September zu vereinbaren. Damit wird den Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen ermöglicht, die Entwicklung der landesweiten Gesamtvergütung bei der Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.

Satz 5 und 6 regeln die Konfliktlösung für den Fall, daß eine Vereinbarung nicht oder nicht rechtzeitig zustande kommt.

Zu Absatz 2

Die Pflegesatzverhandlungen für das einzelne Krankenhaus werden weiterhin nach den Vorgaben der neuen Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) geführt. Die Vertragsparteien fassen die Verhandlungsergebnisse zu einem Gesamterlösbetrag zusammen, der Bezugsgröße für die Einhaltung der landesweiten Gesamtvergütung ist. Dieser Gesamterlösbetrag ist auch für Krankenhäuser zu vereinbaren, die nur Fallpauschalen abrechnen.

Zu Absatz 3

Die Landesverbände der Krankenkassen erfassen die Ergebnisse der Pflegesatzvereinbarungen, die für die einzelnen Krankenhäuser abgeschlossen wurden. Dazu können sie Arbeitsgemeinschaften nach § 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bilden. Überschreiten die Verhandlungsergebnisse für die einzelnen Krankenhäuser die landesweite Gesamtvergütung, werden die Verhandlungsergebnisse linear gekürzt. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, ab dem nächsten Monatsbeginn ihre Rechnungen entsprechend zu kürzen. Die vereinbarten Abteilungs- und Basispflegesätze sowie die landesweit geltenden Fallpauschalen und Sonderentgelte werden dabei nicht direkt herabgesetzt, sondern weiterhin ungekürzt in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Die Kürzung wird summarisch von der Rechnungssumme vorgenommen.

Zu Absatz 4

Nach Ablauf des Kalenderjahres (Pflegesatzzeitraums) ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen, ob die landesweite Gesamtvergütung eingehalten wurde. Dabei werden zunächst für jedes Krankenhaus die erzielten Ist-Erlöse berichtigt. D. h., die nach der BPfIV üblichen Korrekturen (Ausgleiche) für Mehr- oder Mindererlöse werden durchgeführt (vgl. hierzu Absatz 7 Satz 1). Überschreitet die Summe der so berichtigten Erlöse der Krankenhäuser die landesweite Gesamtvergütung, ist der Überschreibungsbetrag zurückzuzahlen. Zur Rückzahlung sind nur die Krankenhäuser verpflichtet, deren berichtigte Ist-Erlöse die mit den Krankenkassen prospektiv für das Jahr vereinbarten Erlöse (Gesamterlösbetrag) überschreiten. Falls nach Absatz 3 bereits zu Beginn des Jahres der Gesamterlösbetrag gekürzt wurde, wird dieser gekürzte Gesamterlösbetrag für die Ermittlung von Rückzahlungen zugrunde gelegt. Satz 2 bestimmt, daß der landesweite Überschreibungsbetrag von den einzelnen Krankenhäusern mit einem einheitlichen Vomhundertsatz (anteilig linear) zurückzuzahlen ist.

Gemäß Satz 3 obliegt den Landesverbänden der Krankenkassen die Prüfung, ob Rückzahlungen erforderlich werden, sowie die Ermittlung von Rückzahlungsbeträgen. Satz 4 begrenzt die Höhe der Rückzahlung auf höchstens den Mehrerlös des Krankenhauses.

Nach Satz 5 sind (berichtigte) Mehrerlöse insoweit nicht zurückzuzahlen, als sie durch Ereignisse entstanden sind, die durch Notfälle bedingt sind.

Zu Absatz 5

Gemäß Satz 1 und 2 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen die Summe der auf der örtlichen Ebene prospektiv vereinbarten Gesamterlösbeträge. Überschreitet diese Summe die landesweite Gesamtvergütung, ist nach Absatz 3 eine Kürzung der Vereinbarungsergebnisse vorzunehmen.

Satz 3 verpflichtet die Krankenhäuser, die im Vorjahr erzielten Erlöse bis zum 31. März an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln, damit diese die nach Absatz 4 ggf. zu leistenden Rückzahlungen berechnen können.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift verkürzt die Fristen für das Pflegesatzverfahren und das Schiedsverfahren auf der örtlichen Ebene sowie für die Genehmigung. Damit soll sichergestellt werden, daß die Kassenverbände bis zum 31. Januar die Summe der vereinbarten Gesamterlösbeträge ermitteln können.

Zu Absatz 7

Satz 1 vereinfacht die bisherigen Regelungen der BPfIV zum Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen. Sowohl für den Budgetbereich als auch für den Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte wird ein einheitlicher Ausgleichssatz in Höhe von 50 vom Hundert vorgegeben. Für den Budgetbereich werden damit Mindererlöse nicht mehr zu 75 vom Hundert, sondern nur noch zur Hälfte ausgeglichen. Hierdurch eingesparte Mittel stehen den Krankenhäusern zur Verfügung, die mehr Leistungen erbracht und somit Mehrerlöse erzielt haben und ggf. von Rückzahlungen betroffen sind. Diese Krankenhäuser brauchen im Budgetbereich nach dieser Regelung künftig nur die Hälfte der Mehrerlöse zurückzahlen (anstelle von bisher 75 vom Hundert). Eine Rückzahlung nach Absatz 4 aufgrund einer Überschreitung der landesweiten Gesamtvergütung bleibt hiervon unberührt.

Nach Satz 2 werden bestimmte Vorschriften der BPfIV nicht angewendet. Der besondere Ausgleich nach § 12 Abs. 5 BPfIV für den Fall einer veränderten Kapazitätsnutzung von Budgetbereich einerseits sowie Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich andererseits kann aufgrund der Neuregelung durch Satz 1 entfallen. Die Vorgaben des § 12 Abs. 6 BPfIV, nach denen bei einer abweichenden Erhöhung der Gehälter im öffentlichen Dienst oder einer abweichenden Veränderungsrate der Krankenkasseneinnahmen das vereinbarte Krankenhausbudget zu berichtigen ist, wird im Hinblick auf den mit dieser Regelung verbundenen externen Kostenvorgabeeffekt abgeschafft.

Zu Absatz 8

Entsprechend den bisherigen Regelungen der BPfIV sind Rückzahlungs- oder Ausgleichsbeträge über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen.

Zu Nummer 6 (§ 29)

Die Aufhebung von Absatz 3 ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Artikel 2 zu Nummer 15).

Die Übergangsvorschriften in Absatz 4 und 5 sind ausgelaufen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummern 1 und 2 (§ 85 und § 87)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Artikel 2 zu Nummer 15).

Zu Nummer 3 (§ 103)

Bereits das Gesundheitsreformgesetz hat die Vertragspartner in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, das Belegarztwesen und die ärztliche Behandlung in Praxiskliniken zu fördern (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1). Die Erfüllung dieser Verpflichtung in überversorgten Gebieten wird durch Ausnahmen von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung für belegärztlich tätige Ärzte und für die ärztliche Behandlung in Praxiskliniken erleichtert. Dabei werden diese besonderen Zulassungen zeitlich begrenzt auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit bzw. der ärztlichen Tätigkeit in der Praxisklinik, da anderenfalls zu befürchten wäre, daß diese Ausnahmetatbestände dazu benutzt würden, die vertragsärztliche Bedarfsplanung zu unterlaufen.

Zu Absatz 7

Will in einem überversorgten Planungsbereich ein Krankenhausträger eine belegärztliche Tätigkeit anbieten, so hat er dies öffentlich auszuschreiben. Er darf einen Belegarztvertrag mit einem dort nicht bereits niedergelassenen Vertragsarzt nur abschließen, wenn sich in dem Planungsbereich kein geeigneter Vertragssatz für die belegärztliche Tätigkeit findet.

Trotz Zulassungsbeschränkungen ist dem Arzt, mit dem der Krankenhausträger den Belegarztvertrag abgeschlossen hat, die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erteilen, da er anderenfalls die belegärztliche Tätigkeit nicht ausüben könnte. Diese ausnahmsweise mögliche Zulassung ist der belegärztlichen Tätigkeit akzessorisch; d.h., sie erlischt, wenn die belegärztliche Tätigkeit endet.

Zu Absatz 8

Ebenso wie die belegärztliche Tätigkeit ist auch die ärztliche Tätigkeit in Praxiskliniken in der Vergangenheit in überversorgten Gebieten durch die dort bestehenden Zulassungssperren erschwert worden. Um dieses Hindernis zu beseitigen, erhalten Ärzte für die vertragsärztliche Tätigkeit in einer Praxisklinik eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch dann, wenn in dem betreffenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen bestehen. Dies gilt sowohl für Tätigkeiten in Praxiskliniken, die in überversorgten Gebieten neu gegründet werden, als auch für Tätigkeiten in Praxiskliniken, die dort bereits bestehen. Diese Zulassungen sind beschränkt auf die vertragsärztliche Tätigkeit in der Praxisklinik; mit Ausscheiden der Ärzte aus der Praxisklinik enden sie.

Zu Nummer 4 (§ 108)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Änderung von § 109 Abs. 1 Satz 1 (siehe Artikel 2 zu Nummer 6).

Zu Nummer 5 (§ 108 a)

Die Vorschrift regelt die Vertretung der Träger der zugelassenen Krankenhäuser. Sie ist nach geltendem Recht insbesondere für Vereinbarungen gemäß § 112, 115, 115 a, 115 b SGB V von Bedeutung. Wesentliche Aufgaben kommen aufgrund dieses Gesetzentwurfs hinzu, und zwar insbesondere gemäß § 17 b KHG (siehe Artikel 1 zu Nummer 5: Vereinbarung einer landesweiten Gesamtvergütung) und § 17 Abs. 2 a KHG (siehe Artikel 1 zu Nummer 4: Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge durch die Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene).

Zu Nummer 6 (§ 109)

Durch die Regelung wird auf das bisher geltende Erfordernis des gemeinsamen Abschlusses von Versorgungsverträgen auf Seiten der Krankenkassen verzichtet. Jeder Landesverband trifft für seine Kassenart die Entscheidung über den Abschluß eines Versorgungsvertrages aufgrund des Bedarfs der in der Kassenart Versicherten. Die Regelung schafft die Voraussetzung für mehr eigenverantwortli-

ches Handeln der Krankenkassen und für mehr Wettbewerb in der stationären Versorgung. Der Abschluß eines Exklusivvertrages durch einen Landesverband der Krankenkassen oder einen Verband der Ersatzkassen ist unzulässig.

Absatz 2 Satz 2 ist entbehrlich und wird deshalb gestrichen.

Zu Nummer 7 (§ 110)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu § 109 Abs. 1 Satz 1 - neu (Artikel 2 Nr. 6 a).

Zu Buchstabe b

Die Genehmigung der Kündigung eines Versorgungsvertrages nach § 109 Abs. 1 Satz 1 durch das Land ist nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 8 (§ 112)

Folgeänderungen zu § 108 a - neu (Artikel 2 Nr. 5).

Zu Nummer 9 (§ 114)

Folgeänderung zu § 108 a - neu (Artikel 2 Nr. 5).

Zu Nummer 10 (§ 115)

Die Änderung in Absatz 1 ist eine Folgeänderung zu § 108 a - neu (Artikel 2 Nr. 5).

Die Änderung in Absatz 2 ist eine Folge davon, daß nach der neuen Definition der Praxiskliniken in § 116 a diese Einrichtungen keine Krankenhäuser im Sinne von § 107 Abs. 1 sind, so daß für dreiseitige Verträge über ihre Förderung kein Raum mehr ist.

Zu Nummer 11 (§ 115 a)

Folgeänderung zu § 108 a - neu (Artikel 2 Nr. 5).

Zu Nummer 12 (§ 115 b)

Folgeänderung zu § 108 a - neu (Artikel 2 Nr. 5).

Zu Nummer 13 (§ 116)

Zu Absatz 2

Krankenhausärzte sollen die Möglichkeit erhalten, hochspezialisierte Leistungen ambulant zu erbringen. Die Ausfüllung des Katalogs der hochspezialisierten Leistungen und die Bestimmung des jeweiligen Anforderungsprofils obliegt den Partnern der dreiseitigen Verträge auf Bundesebene. Bei der Festlegung der beruflichen Qualifikation haben sich die Vertragspartner mit den Bundesärztekammern als den für das Berufsrecht auf Bundesebene zuständigen Stellen abzustimmen.

Zwar wird es zukünftig möglich sein, daß für bestimmte Operationen aufgrund der gesetzlichen Ermächtigungen sowohl die Krankenhäuser als Institution nach § 115 b Abs. 2 Satz 1 als auch die Krankenhausärzte persönlich ermächtigt sein können. Diese Konkurrenz wird in der Praxis allerdings keine Rolle spielen, da die Wirksamkeit der persönlichen Ermächtigung des Krankenhausarztes nach Absatz 3 Satz 2 von der Meldung des Krankenhausträgers abhängt.

Zu Absatz 3

Die zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen geeigneten Krankenhausärzte sind zur Erbringung dieser Leistungen gesetzlich ermächtigt, wenn ein Arzt desselben Gebiets, der an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt, Versicherte an sie überweist. Diese Konzentration auf eine Überweisung durch gebietsgleiche Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (also z.B. nicht durch Überweisung eines an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten) ist sachgerecht, da in der Regel nur diese Ärzte beurteilen können, ob die Erbringung der hochspezialisierten Leistung durch einen ermächtigten Krankenhausarzt im Einzel-

fall erforderlich ist. Die Leistung muß durch den ermächtigten Krankenhausarzt persönlich erbracht werden. Deshalb hat der Krankenhausträger solche Ärzte namentlich zu benennen.

Der gemeldete Krankenhausarzt kann von seiner Ermächtigung erst Gebrauch machen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung nicht innerhalb von 4 Wochen widersprochen hat. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ihren Widerspruch ausschließlich damit begründen, daß die vertragsärztliche Versorgung zum Zeitpunkt der Meldung des Krankenhausarztes durch Vertragsärzte ausreichend sichergestellt sei. Mangelnde Qualifikation des Krankenhausarztes gibt der Kassenärztlichen Vereinigung kein Widerspruchsrecht; das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist ggf. im Rahmen einer Feststellungsklage zu überprüfen.

Die Regelung in Satz 3 stellt klar, wann der Arzt von der Ermächtigung Gebrauch machen kann, da hier, anders als in den nach geltendem Recht vorgesehenen Ermächtigungstatbeständen, kein Ermächtigungsbescheid durch den Zulassungsausschuß oder die Kassenärztliche Vereinigung ergeht. Hat die Kassenärztliche Vereinigung widersprochen, so darf der Krankenhausarzt nicht tätig werden. Er kann dann beim Zulassungsausschuß beantragen festzustellen, daß die regionale Versorgung ohne seine Ermächtigung im Zeitpunkt des Eingangs der Meldung bei der Kassenärztlichen Vereinigung nicht sichergestellt war. Die Regelung in Satz 5, daß bei Stimmengleichheit im Zulassungsausschuß die regionale Versorgung als nicht sichergestellt gilt, begünstigt den Krankenhausarzt. Denn ohne diese Regelung würde bei einer Pattsituation im Zulassungsausschuß ein Antrag als abgelehnt gelten (§ 96 Abs. 2 Satz 7). Satz 5 bewirkt also, daß bei einem Patt im Zulassungsausschuß dem Antrag des Krankenhausarztes stattzugeben ist mit der Folge, daß der Widerspruch der Kassenärztlichen Vereinigung hinfällig wird und der Krankenhausarzt von seiner gesetzlichen Ermächtigung Gebrauch machen kann. Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses ist nach § 96 Abs. 4 die Anrufung des Berufungsausschusses zulässig.

Zu Nummer 14 (§ 116 a)

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert den Begriff der Praxisklinik. In der Praxisklinik arbeiten Vertragsärzte ambulant und stationär zusammen. Durch die Begrenzung der Liegezeit und der Bettenzahl pro Arzt wird die Tätigkeit der Praxisklinik von der stationären

Versorgung in Krankenhäusern abgegrenzt und auf Versorgungsbereiche konzentriert, die sich in der Regel für einen kurzstationären Aufenthalt eignen. Die Begrenzung der Liegezeit in Satz 2 bedeutet, daß die stationäre Behandlung vor Ablauf des 4. Tages einschließlich des Aufnahmetages beendet sein muß. Satz 4 stellt klar, daß auf die hier beschriebenen Praxiskliniken die Regelungen über Krankenhäuser in dem § 107 ff. nicht anwendbar sind. Einrichtungen, die bereits nach bisher geltendem Recht als Praxiskliniken tätig sind und die die Anforderungen des § 116a nicht erfüllen, sind weiterhin Einrichtungen nach § 107. Sie brauchen einen Versorgungsvertrag nach § 109; die in ihnen arbeitenden Vertragsärzte unterliegen den Zulassungsbeschränkungen nach § 103.

Zu Absatz 2

Die Praxisklinik braucht für die Aufnahme ihrer Tätigkeit einen Vertrag über die stationären Leistungen mit einem Landesverband der Krankenkassen. Dieser Vertrag beinhaltet nicht nur Vergütungsregelungen über Unterbringung und Verpflegung der Patienten, sondern legt auch Gegenstand und Umfang der in der Praxisklinik zu erbringenden stationären ärztlichen Leistungen fest. Dadurch wird dem Zulassungsausschuß die Prüfung ermöglicht, ob die Tätigkeit eines Arztes, der unter Hinweis auf einen Vertrag nach § 116 a Abs. 2 eine Ausnahme von der Zulassung beantragt (§ 103 Abs. 8), für die Erfüllung der stationären Versorgungsaufgaben der Praxisklinik tatsächlich erforderlich ist. Dieser Vertrag braucht - ebenso wie zukünftig die Versorgungsverträge mit Krankenhäusern nach § 109 - nicht von allen Krankenkassenverbänden gemeinsam abgeschlossen zu werden. In der Praxis kann das bedeuten, daß in der Praxisklinik stationär nur Versicherte einer Kassenart, ambulant dagegen (da die vertragsärztliche Zulassung kassenartenübergreifend ist) Versicherte aller Kassenarten behandelt werden können. Allerdings ist es keiner Kassenart verwehrt, mit einer bereits bestehenden Praxisklinik ebenfalls einen Vertrag nach § 116 a Abs. 2 zu schließen.

Die Praxisklinik hat keinen Anspruch auf Vertragsschluß.

Zu Absatz 3

Die ärztlichen - ambulanten wie stationären - Leistungen in der Praxisklinik sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegen deshalb allen hierfür geltenden Regelungen, wie z.B. über Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Richtlinien des Bundesausschusses. Sie werden aus der Gesamtvergütung vergütet.

883/95

Zu Nummer 15 (§ 122)

Die gesetzliche Regelung über die gemeinsame Großgeräteplanung durch die Selbstverwaltung für den ambulanten und den stationären Bereich wird aufgehoben. Diese Form der Großgeräteplanung hat die Entstehung von Überkapazitäten nicht verhindern können. Das Ziel eines wirtschaftlichen Einsatzes von medizinisch-technischen Großgeräten kann effizienter durch Vergütungsregelungen der Selbstverwaltung erreicht werden. Damit wird zugleich ein weiterer Schritt zum Abbau gesetzlicher Vorgaben getan.

Zu Nummer 16 (§ 137)

Im Hinblick auf die herausgehobene Verantwortung der Ärztekammern für die Qualitätssicherung sind die Vertragsparteien verpflichtet, mit den Ärztekammern Einvernehmen über die Maßstäbe der Qualität herzustellen, soweit diese hierzu Festlegungen getroffen haben. Mit den qualitätssichernden Maßnahmen soll eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität erreicht werden.

Der Entscheidungsspielraum der Vertragspartner wird erweitert. Sie können regeln, für welche chirurgischen Eingriffe die Einholung von Zweitmeinungen geboten ist. Die Begrenzung auf "erhebliche" Eingriffe entfällt.

Zu Nummer 17 (§ 299)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung von § 108 a (siehe Artikel 2 zu Nummer 5).

Zu Nummer 18 (§ 301)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung von § 108 a (siehe Artikel 2 zu Nummer 5).

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die einvernehmliche Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen in die Krankenhausplanung der Länder soll erst für die Fortschreibung der Krankenhauspläne ab 1. Januar 1997 verpflichtend sein.

C. Finanzielle Auswirkungen

Bund, Länder und Kommunen werden nicht belastet. Die erwarteten stabilisierenden Wirkungen auf die Krankenhausaussgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe sind finanziell nicht quantifizierbar.

D. Preiswirkungsklausel

Das Gesetz wirkt kostendämpfend auf die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich und stabilisierend auf das Beitragssatzniveau der Gesetzlichen Krankenversicherung. Unmittelbare Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Bundesrat

Drucksache 883/95 (Beschluß)

09.02.96

Stellungnahme des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 693. Sitzung am 9. Februar 1996 gemäß Artikel 76
Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, den Gesetzentwurf **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.