

29.10.01**Empfehlungen
der Ausschüsse**G - Fz - In - Kzu **Punkt ..** der 769. Sitzung des Bundesrates am 9. November 2001

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten
Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz -
FPG)

A

Der federführende Gesundheitsausschuss (G),
der Finanzausschuss (Fz),
der Ausschuss für Innere Angelegenheiten (In) und
der Ausschuss für Kulturfragen (K)

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

1. Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 71 Abs. 1 Satz 1 und 1a - neu - SGB V)

G

In Artikel 1 ist Nummer 2 wie folgt zu fassen:

Ausgeliefert am 30. OKT. 2001

...

(noch Ziffer 1)

2. § 71 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen" gestrichen. (entspricht Regierungsvorlage zu Artikel 1 Nr. 2)

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes bleiben unberührt." "

Begründung:

Buchstabe b stellt den Vorrang der speziell für Krankenhäuser geltenden Normen vor der allgemeinen Regelung des § 71 SGB V klar. Zwar ergibt sich dies an sich schon aus dem Grundsatz, dass die spezielle stets die allgemeine Regelung verdrängt; angesichts der vielfach angestregten Klagen, die dies beim Verhältnis von § 6 BPflV zu § 71 SGB V in Zweifel ziehen, erscheint jedoch die Klarstellung erforderlich. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist wie bisher für den stationären Bereich vorrangig in den jeweiligen Sondervorschriften wie dem KHG, der BPflV und dem KHEntgG zu regeln.

In 2. Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 109 Abs. 1 SGB V)

Artikel 1 Nr. 3 ist zu streichen.

Begründung:

Die Streichung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung bzw. Neuregelung des § 109 Abs. 1 SGB V führt dazu, dass die bisherige Fassung des § 109 SGB V beibehalten wird.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 109 Abs. 1 SGB V hat weitreichende Konsequenzen für die zukünftige Krankenhausplanung. Sie sieht Eingriffe in die ausschließlich den Ländern obliegende Letztentscheidung zu Fragen der Krankenhausplanung vor, die deren verfassungsrechtliche Kompetenz und die Sicherstellung einer Landesplanung zur Aufrechterhaltung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen durch das Letztentscheidungsrecht aushebeln. Die Aufrechterhaltung und Sicherung eines breiten Versorgungsangebotes muss auch zukünftig durch Festlegungen der Krankenhausplanung auf Landesebene steuerbar bleiben. Durch die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Änderungen wird es den Vertragsparteien ermöglicht, über den Feststellungsbescheid des Landes hinausgehend wesentliche Veränderungen des daraus resultierenden Versorgungsauftrages zu treffen. Diese möglichen Veränderungen des Versorgungsauftrages bzw. Änderungen und Ergänzungen zum Feststellungsbescheid der Planungsbehörde unterliegen dem Vorbehalt der Genehmigung des Landes, was aber für die Sicherung dessen Letztentscheidungsrechtes nicht ausreichend sein kann. Nur durch eine Krankenhausplanung in Regie des Landes ist gewährleistet, dass alle Beteiligten ausreichend in den Planungsprozess einbezogen werden. Dem Ziel, die Entwicklung der Krankenhausplanung der Länder in Richtung Rahmenplanung anzupassen, wird der Gesetzentwurf in dieser Form nicht gerecht. Die Neuformulierung des § 109 Abs. 1 SGB V und die darin enthaltenen Konflikte zum Planungsrecht greifen in die Regelungskompetenzen des Landesgesetzgebers ein und gehen somit über den zulässigen Regelungsbereich hinaus.

3. Zu Artikel 1 Nr. 3a - neu - (§ 117 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 bis 3, Satz 4 - neu -, Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)

K

Sachzu-
sammen-
hang mit
Ziffer 4

In Artikel 1 ist nach Nummer 3 folgende Nummer einzufügen:

'3a. § 117 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort "Polikliniken" durch das Wort "Hochschulambulanzen" ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulklinika die Ambulanzen ihrer Kliniken, Institute und Abteilungen (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen."

bb) In Satz 2 wird das Wort "Polikliniken" durch das Wort "Hochschulambulanzen" ersetzt.

cc) In Satz 3 werden die Wörter "mit den Trägern der Hochschulkliniken" durch die Wörter "mit den Hochschulen oder Hochschulklinika" ersetzt.

(noch Ziffer 3)

dd) Folgender Satz wird angefügt:

"Ermächtigungen, die auf Grund der §§ 98 Abs. 2 Nr. 11 und 116 erteilt werden sollen, sind von der Hochschule oder dem Hochschulklinikum zu beantragen und abweichend von den Vorschriften für diese Ermächtigungen den Hochschulambulanzen zu erteilen; Satz 3 ist entsprechend anzuwenden."

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern "Absatz 1" die Wörter "Sätze 1 bis 3" eingefügt und die Wörter "poliklinischer Institutsambulanzen" durch die Wörter "der Ambulanzen" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter "poliklinischer Institutsambulanzen" durch die Wörter "der Ambulanzen" ersetzt.'

Begründung:

Zu Buchstaben a, b Doppelbuchstaben aa, bb und Buchstabe c:

Im Hochschulklinikum erbringen die Ambulanzen der Kliniken, Institute und Abteilungen aus Gründen von Forschung und Lehre sowie im Hinblick auf die überregional anerkannte Fachkunde vielfältige ambulante Leistungen. Das Hochschulklinikum gliedert sich nach Landesrecht in der Regel in Kliniken und deren Abteilungen sowie in Institute und deren Abteilungen, in denen die für die ambulante Behandlung der Patienten erforderlichen Einrichtungen bestehen. Diese sind ärztlich geleitet. Unter "Polikliniken" sind herkömmlich Ambulanzeinrichtungen zu verstehen, deren Ermächtigung zunächst sicherstellt, dass für Forschungs- und Lehrzwecke das gesamte Spektrum medizinischer Maßnahmen durchgeführt werden kann. Die institutionelle Ermächtigung ausschließlich derartiger Einrichtungen für Zwecke von Forschung und Lehre entspricht wegen des hohen Spezialisierungsgrades des Leistungsspektrums der Hochschulmedizin und des Forschungsbedarfs in speziellen Fachgebieten nicht mehr den Anforderungen von Forschung und Lehre und nicht mehr der Versorgungswirklichkeit. Deshalb werden alle Ambulanzeinrichtungen im Hochschulklinikum unter der Bezeichnung "Hochschulambulanzen" zusammengefasst.

(noch Ziffer 3)

Darüber hinaus schreibt Satz 1 vor, dass die Hochschulen oder Hochschulklinika wegen der größten Sachnähe selbst die Ermächtigung verlangen können.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe cc:

Die bisherige Vorschrift zu den dreiseitigen Verträgen nach § 117 Abs. 1 Satz 3, die das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung der Polikliniken regelt, bleibt auch für die Hochschulambulanzen erhalten. Jedoch sind an den dreiseitigen Verträgen wegen der größeren Sachnähe die Hochschulen selbst oder die Hochschulklinika zu beteiligen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe dd:

Neben der institutionellen Ermächtigung der Hochschulambulanzen für den Bedarf von Forschung und Lehre besteht weiterhin die Möglichkeit, Ambulanzleistungen gestützt auf die §§ 98 Abs. 2 Nr. 11 und 116 zu erbringen. Jedoch sind die Anträge auf Ermächtigung von der Hochschule oder dem Hochschulklinikum zu stellen und die Ermächtigungen den jeweiligen Ambulanzen zu erteilen. Die dadurch in diesen Fällen ausgeschlossenen persönlichen Ermächtigungen haben sich im Hinblick auf die Aufgaben eines Hochschulklinikums nicht bewährt und eine sachgerechte Verzahnung der verschiedenen Leistungssegmente – vor- und nachstationäre Leistungen, ambulante Operationen, stationersetzende Eingriffe, voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – mit den Hochschulambulanzen ganz erheblich behindert.

- K 4. Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b und c, Doppelbuchstabe aa0 - neu - und Doppelbuchstabe bb (§ 120 Abs. 2 Satz 1, 2, 4 und 5, Absatz 3 Satz 1 und 4 SGB V)

Sachzu-
sammen-
hang mit
Ziffer 3

Artikel 1 Nr. 4 ist wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b ist Absatz 2 wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist das Wort "Polikliniken" durch das Wort "Hochschulambulanzen" zu ersetzen.

bb) In Satz 2 sind die Wörter "Trägern der Hochschulkliniken" durch die Wörter "Hochschulen oder Hochschulklinika" zu ersetzen.

cc) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

"Bei der Vergütung der Hochschulambulanzen (§ 117) soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen."

dd) Satz 5 ist zu streichen.

b) Buchstabe c ist wie folgt zu ändern:

aa) Dem Doppelbuchstaben aa ist folgender Doppelbuchstabe voranzustellen:

'aa0) In Satz 1 werden die Wörter "der Polikliniken" gestrichen.'

(noch Ziffer 4)

bb) In Doppelbuchstabe bb sind die Wörter "die Polikliniken" durch die Wörter "die Hochschulambulanzen" zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa:

Als Folge der Änderung in Artikel 1 Nr. 3a - neu - (Änderung von § 117) ist das Wort "Polikliniken" durch das Wort "Hochschulambulanzen" zu ersetzen.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb:

Wegen der größeren Sachnähe sind die Hochschulen oder Hochschulklinika als Vertragspartner vorzuziehen.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc:

Die Vergütungsregelung betrifft wegen Artikel 1 Nr. 3a - neu - (Änderung von § 117) nicht mehr die Polikliniken, sondern die Hochschulambulanzen. Für die Vergütung der Krankenbehandlung in den Hochschulambulanzen stellen zahlreiche andere Leistungsbereiche Vergütungsmaßstäbe zur Verfügung. Solche Leistungsbereiche sind insbesondere stationersetzende Eingriffe, die voll-, teil-, vor- und nachstationäre sowie die ambulante Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1), ferner alle sonstigen nicht im Krankenhaus erbrachten ambulanten Behandlungen.

Eine Minderung der Vergütung der Hochschulambulanzen wegen der Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre ist nicht gerechtfertigt, weil in den als Maßstab heranzuziehenden vergleichbaren Leistungsentgelten kein Aufwand für Forschung und Lehre berücksichtigt ist.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd:

Bei der Abstimmung der Entgelte für Leistungen der Hochschulambulanzen mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen ist bereits zu berücksichtigen, inwieweit letztere auch Investitionskostenanteile enthalten. Eine gesonderte Regelung hierüber ist deswegen entbehrlich.

Zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa:

Eine Pauschalierung ist bei der Abstimmung der Entgelte für Leistungen der Hochschulambulanzen mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen möglich. Eine gesonderte Ermächtigung ist deswegen nicht notwendig.

(noch Ziffer 4)

Zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb:

Die Vergütungsregelung betrifft wegen Artikel 1 Nr. 3a - neu - (Änderung von § 117) nicht mehr die Polikliniken, sondern die Hochschulambulanzen. In Absatz 3 ist Satz 4 dementsprechend anzupassen.

G

5. Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b, Doppelbuchstabe ee (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe ee sind in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 nach der Angabe "Nummer 1 und 2" die Wörter "sowie der Umsetzung der Empfehlungen nach Nummer 3" einzufügen.

Begründung:

In den zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser sollte unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Transparenz auch aufgenommen werden, inwieweit die nach der neuen Nummer 3 eingeforderten Empfehlungen zu der je Arzt oder Krankenhaus erforderlichen Mindestmenge an erbrachten Leistungen und die Hinweise zu deren Anwendung beachtet werden.

G

6. Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c - neu - (§ 137 Abs. 1 Satz 4 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe einzufügen:

'c) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

(noch Ziffer 6)

"Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen." '

Begründung:

Die Vorschrift soll zu einer Erhöhung der Transparenz bei der Qualität der stationären Versorgung führen. Diese ist in erster Linie für die Versicherten von großer Bedeutung. Aber auch die einweisenden Ärzte haben wegen ihrer häufig auch beratenden Funktion gegenüber dem Versicherten bei der Wahl des Krankenhauses einen Bedarf an übersichtlich aufbereiteten Informationen über die Qualität der Krankenhäuser. Das Recht des Versicherten, das Krankenhaus zu wählen, bleibt unberührt.

K 7. Zu Artikel 1a - neu - (§ 14 Abs. 4 Satz 2a - neu - Gesetz über das Apothekenwesen)

Nach Artikel 1 ist folgender Artikel einzufügen:

'Artikel 1 a

Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

In § 14 Abs. 4 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl I S. 1963), zuletzt geändert durch ... , wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

(noch Ziffer 7)

"Abweichend von Satz 2 dürfen Arzneimittel von der Krankenhausapothek e auch an Ambulanzen in den Räumen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), zur unmittelbaren Anwendung abgegeben werden."

Begründung:

Die unmittelbare Versorgung mit Arzneimitteln durch die Krankenhausapothek e muss bei ambulanter Behandlung von Patienten im Krankenhaus möglich sein. Dies führt zu einer organisatorischen Vereinfachung bei der Beschaffung im Vergleich zum jetzigen Recht. Zusätzlich sind Aspekte der Arzneimittelsicherheit und beachtliche Kostenvorteile zu berücksichtigen.

- In 8. Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa0 - neu -, Doppelbuchstaben aa, bb und cc, Buchstabe c1 - neu - (§ 17b Abs. 1 Satz 4, Sätze 5 bis 8 - neu -, Absatz 4 Satz 1 KHG),
Artikel 5 (§ 5 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 KHEntgG)

a) Artikel 2 Nr. 4 ist wie folgt zu ändern:

aa) Buchstabe a ist wie folgt zu ändern:

aaa) Doppelbuchstabe aa ist folgender Doppelbuchstabe aa0 voranzustellen:

'aa0) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen

(noch Ziffer 8)

für Zu- und Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren." '

- bbb) In Doppelbuchstabe aa sind die Sätze 5 und 6 durch folgende Sätze zu ersetzen:

"Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden.

Krankenhäuser, die die ihnen von der jeweiligen Krankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsaufgaben mit der Fallpauschalenvergütung nach Satz 1 und der Vergütung nach den Sätzen 4 und 5 bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht kostendeckend erfüllen können, können daneben in Ausnahmefällen einen Zuschlag (Versorgungszuschlag) erhalten. Der Zuschlag nach Satz 6 stellt die Erfüllung von durch die Landeskrankenhausplanung übertragenen Aufgaben sicher. Regelungen nach Satz 6 treffen die Länder; sie können die Regelung des Zuschlags ganz oder teilweise auf die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) übertragen."

(noch Ziffer 8)

- ccc) In Doppelbuchstabe bb ist die Angabe "Satz 7" durch die Angabe "Satz 9" zu ersetzen.
- ddd) In Doppelbuchstabe cc ist die Angabe "Satz 8" durch die Angabe "Satz 10" zu ersetzen.

bb) Nach Buchstabe c ist folgender Buchstabe c1 einzufügen:

'c1) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort "Abschläge" die Wörter "nach Absatz 1 Satz 4 und 5"eingefügt.'

b) Artikel 5 § 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

- aaa) In Satz 1 ist nach dem Wort "Abschläge" die Angabe "nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG" einzufügen.
- bbb) In Satz 2 ist nach dem Wort "Abschlag" die Angabe "nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG" einzufügen.

bb) Absatz 2 ist zu streichen.

Begründung:

Nur wenn die Betriebskostenfinanzierung die Belange der Landeskrankenhausplanung berücksichtigt, ist eine effektive Landeskrankenhausplanung gewährleistet. Deshalb ist es zur Sicherstellung der Länderkompetenzen und zur Wahrung föderaler Aufgaben erforderlich, die Betriebskostenfinanzierung stärker an die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung zu binden. Dies wird durch die Einführung eines Zuschlages zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung erreicht. Dieser Zuschlag gewährleistet die Finanzierung von

(noch Ziffer 8)

Kliniken, die mit den vorwiegend aus Fallpauschalen erzielten Erlösen den ihnen von der Krankenhausplanung vorgegebenen Versorgungsauftrag nicht erfüllen können.

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der stationären Versorgung in den Ländern und der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung ist die Regelungskompetenz für die Zusatzvergütung vollständig auf die Länder zu übertragen. Dies stellt die flexibelste und sachgerechteste Lösung dar. Jedes Land kann selbst entscheiden, welche Regelungen es für seine Krankenhäuser als am effektivsten und wirkungsvollsten ansieht. Ausdrücklich ist die Möglichkeit für die Länder vorgesehen, die Ausgestaltung von Regelungen den Selbstverwaltungsparteien auf Landesebene zu überlassen.

Mit erheblichen Ausgabensteigerungen oder gravierenden Fehlsteuerungen für das neue Vergütungssystem ist dabei nicht zu rechnen, denn die Länder sind schon aus Eigeninteresse bestrebt, eine Ausgabensteigerung möglichst zu vermeiden. Wie schon bisher werden die Länder bei der Krankenhausplanung auch in Zukunft auf wirtschaftliche Strukturen in der stationären Versorgung achten.

9. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG)

G

In Artikel 2 Nr. 5 sind in § 17c Abs. 4 Satz 1 nach dem Wort "Prüfergebnisse" die Wörter "nach Absatz 2 und 3" einzufügen.

Begründung:

Klarstellung durch entsprechende Bezugnahme.

G

10. Zu Artikel 5 (§ 4 Abs. 12 - neu - und § 11 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) In § 4 ist nach Absatz 11 folgender Absatz anzufügen:

"(12) Falls für den Zeitraum ab dem Jahr 2007 eine andere gesetzliche Regelung nicht in Kraft getreten ist, sind für die Ermittlung des Erlösbudgets Absatz 4 und für die Berücksichtigung von Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 und 3 entsprechend anzuwenden. Die Absätze 9 und 10 sind anzuwenden."

b) § 11 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 sind die Wörter "in den Jahren 2003 bis 2006" zu streichen.

bb) In Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 sind die Wörter "für die Jahre 2005 und 2006" durch die Wörter "für die Jahre ab 2005" zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die örtlichen Vertragsparteien vereinbaren das Erlösbudget ab 2007 nach den Vorgaben für die Vereinbarung des Zielwertes in den Jahren 2005 und 2006. Im Übrigen gelten die Vorgaben zu den Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre. Damit wird - für den Fall, dass es dem Gesetzgeber nicht gelingt, den ordnungspolitischen Rahmen zum 1. Januar 2007 auf der Basis der ersten Erfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu überarbeiten - vorgegeben, dass auch nach dem Ende der Konvergenzphase eine Vergütungsvereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus vorzunehmen ist.

(noch Ziffer 10)

Zu Buchstabe b:

Redaktionelle Anpassungen an die Entfristung der Vorschriften zur Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus.

K 11. Zu Artikel 5 (§ 6 Abs. 2 Satz 1 und 3 KHEntgG)

Artikel 5 § 6 Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter "können die Vertragsparteien" durch die Wörter "sollen die Vertragsparteien" zu ersetzen.
- b) Satz 3 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die örtlichen Vertragsparteien (Vertragsparteien nach § 11) werden erstmals für das Kalenderjahr 2005 in die Lage versetzt, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu vereinbaren. Um die gebotene Finanzierung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten, reicht es nicht aus, den Vertragsparteien lediglich die Möglichkeit zu geben, die notwendigen Entgelte zu vereinbaren. Die Vertragsparteien sind vielmehr zu verpflichten, sich um Vereinbarung der erforderlichen Entgelte zu bemühen.

Zu Buchstabe b:

Erhält die Schiedsstelle nicht das Recht, die notwendigen Entgelte bei einem Scheitern der Verhandlungen festzusetzen, ist die Finanzierung des medizinischen Fortschritts nicht nur fraglich, sondern erheblich gefährdet.

Fz 12. Zu Artikel 5 (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren Artikel 5 § 17 Abs. 3 Satz 1 des Gesetzentwurfs so zu ändern, dass die gesamte Liquidationskette gekappt wird.

Begründung:

Nach § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG erstreckt sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Diese Regelung entspricht § 22 Abs. 3 Bundespflegesatzverordnung, soll also - trotz massiver Kritik an der Bestimmung - unverändert in das neue Krankenhausentgeltgesetz übernommen werden.

Von einer Übernahme sollte auf jeden Fall abgesehen werden. Die Liquidationskette ist zu weitgehend und muss gekappt werden. Der Patient wird durch diese Regelung vom Gesetzgeber gezwungen, sich entweder für eine Krankenhausbehandlung ganz ohne die Wahlleistung "Chefarzt" zu entscheiden oder sich mit der Behandlung durch einen bestimmten Arzt gleichzeitig für eine Behandlung durch alle liquidationsberechtigten Chefärzte zu entscheiden. Die Vertragsfreiheit des Patienten wird damit in bedenklicher Weise eingeschränkt, und es muss die Frage nach der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit gestellt werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der aus Sicht der Beihilfe zahlenden Länder für eine Abänderung der beabsichtigten Regelung spricht, sind die Kosten. Mit einer Begrenzung der Wahlarztkette würden die Ausgaben der Beihilfe erheblich gemindert.

Bereits das Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (BT-Drucksache 13/4945 vom 18. Juni 1996) äußert sich kritisch zur Liquidationskette. Sie verwehre dem Privatpatienten eine seinen Präferenzen entsprechende Arztwahl und wirke in erheblichem Umfang kostentreibend.

(noch Ziffer 12)

Sie sei außerdem systematisch nicht mehr haltbar. Da der Privatpatient den allgemeinen Pflegesatz in voller Höhe entrichte, seien damit bereits die gesamten Arztkosten vergütet. Die Kommission schlägt vor, § 22 Abs. 3 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung dahin gehend zu ändern, dass eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen vom Patienten auf einzelne Ärzte beschränkt werden kann.

Das Bundesministerium für Gesundheit fordert in der Anlage zu seinem Positionspapier zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems im Krankenhaus vom 4. März 2001 zwar nicht mehr, wie noch in der 13. Wahlperiode, die Kappung der gesamten (externen und internen) Wahlarztkette, aber zumindest die Kappung der externen Wahlarztkette.

13. Zu Artikel 5 (§ 21 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG)

G

In Artikel 5 sind in § 21 Abs. 3 Satz 5 nach den Wörtern "Bundesministerium für Gesundheit" die Wörter "und den zuständigen Landesbehörden" einzufügen.

Begründung:

Neben den schon vorhandenen Möglichkeiten zur Datenerhebung muss den Ländern genauso wie dem Bund die Möglichkeit eingeräumt werden, von der DRG-Datenstelle eine Auswertung der Daten zu erhalten.

Fz 14. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Die Umsetzung des Gesetzesvorhabens wird für die Länder mit erheblichen Kosten verbunden sein. Diese resultieren vornehmlich aus der erforderlich werdenden Kompensation der zu erwartenden Einnahmeeinbrüche bei den Universitätskliniken, da diese vorwiegend komplexe "uneffiziente" Krankheitsfälle für Forschungs- und Lehrzwecke behandeln.

Wenngleich sich die zu erwartenden Kosten derzeit noch nicht beziffern lassen, ist von einer erheblichen Mehrbelastung auszugehen. Angesichts der angespannten Haushaltslage aller Länder steht die Reform jedoch unter dem Gebot strikter Kostenneutralität.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung daher, insoweit eine kostenneutrale Ausgestaltung der Reform sicherzustellen.

In 15. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die finanziellen Auswirkungen auf die kommunalen Haushalte zu prüfen.

Die Belastung der Kommunen als kommunale Krankenträger ist hinsichtlich des Kostenvolumens zurzeit nicht bezifferbar.

*