

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

A. Zielsetzung

Ziel ist, in der gesetzlichen Krankenversicherung eine gute Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall auf qualitativ hohem Niveau zu zumutbaren Beiträgen sicherzustellen. Ein sozial gerechtes Krankenversicherungssystem muss sich zudem verpflichtet wissen, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und der Patienten zu achten, ihre Eigenkompetenz zu stärken sowie ihnen einerseits überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu ersparen, andererseits aber Defizite in der Versorgung zu beseitigen. Das Gesetz dient dazu, dies umzusetzen. Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation erhalten den ihnen gebührenden Stellenwert.

Diese hohen Anforderungen an den Versorgungsstandard müssen durch einen effizienten und zielorientierten Einsatz der Finanzmittel bei einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze erreicht werden.

Starre Versorgungsstrukturen stehen einer an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung im Wege. Sie werden aufgebrochen. Fehlversorgung und ineffizienter Ressourcenverbrauch sind durch permanente Orientierung der Versorgung an anerkannten Qualitätsstandards abzulösen.

B. Lösung

Unter Verzicht auf einen detaillierten Regelungsmechanismus setzt das Gesetz für alle Beteiligten Anreize, ressourcenverzehrende Defizite in der Versorgung zu beseitigen, die medizinische Orientierung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt zu rücken sowie Qualität und Effizienz der Versorgung über den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern zu stärken. Dies geschieht insbesondere durch folgende Maßnahmen:

- Die Versicherten werden unterstützt, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und ihre Rechte wahrzunehmen.
- Für die Krankenkassen und die Leistungserbringer werden die Möglichkeiten erweitert, die Grenzen bisheriger bereichsspezifischer

scher Strukturen zu überwinden und sich auf medizinische Aspekte der Versorgung zu konzentrieren.

- Die Globalbudgets – flankiert durch eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung – sichern die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung unter Überwindung sektorspezifischer Schranken.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für den Bund ergeben sich geringfügige Mehrbelastungen durch die Übernahme der Kosten eines Instituts für die Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gemeinden werden nicht belastet. Für die Länder ergeben sich ab dem Jahr 2004 finanzielle Entlastungen durch die stufenweise Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung.

E. Sonstige Kosten

Die Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung soll Mehrbelastungen für Arbeitgeber, Betriebe und Versicherte vermeiden. Daher sind Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, nicht zu erwarten.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
042 (312) – 811 00 – Kr 64/99

Berlin, den 6. Oktober 1999

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab
dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

mit Begründung (Anlage 1) und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 742. Sitzung am 24. September 1999 gemäß Artikel 76
Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2
ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der
als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Der Stellvertreter des Bundeskanzlers

Joseph Fischer

Anlage 1

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung
ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)**

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleichlautend mit dem Text auf den Seiten 3 bis 128 der Drucksache 14/1245.

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 742. Sitzung am 24. September 1999 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Der Bundesrat teilt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, eine gute Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall auf qualitativ hohem Niveau zu zumutbaren Beiträgen sicherzustellen. Er geht aber davon aus, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren Gelegenheit besteht, wichtige Inhalte des Entwurfs mit den wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens und mit den Ländern vertieft zu erörtern, damit die notwendigen Änderungen möglichst einvernehmlich vereinbart werden können. Das Vorhaben bedarf der Zustimmung des Bundesrates und kann daher nur im Konsens gelingen. Ein Scheitern hätte zur Folge, dass nach Ablauf des Jahres 1999 die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung unkontrollierbar wäre. Es muss sichergestellt werden, dass die Gesundheitsreform finanzneutral ausgestaltet wird und die schwierige Gesamtsituation der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der besonderen Probleme in Ostdeutschland löst.
2. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Regelungen über die ab 2003 vorgesehenen Ausgleichszahlungen der Länder an die Krankenkassen zur Finanzierung der bisher pauschal geförderten Investitionskosten sowie die ab 2008 enthaltene Verpflichtung der Länder zur Kostenerstattung gegenüber den Krankenkassen für das Sterbegeld, Mutterchaftsgeld und Entbindungsgeld auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten erneut zu überprüfen und im Übrigen darauf zu achten, dass den Ländern aus dem Gesetz keine finanziellen Belastungen entstehen.
3. **Zu Artikel 1 Nr. 49** (§ 95 Abs. 2b – neu –, Abs. 5 SGB V)

Artikel 1 Nr. 49 ist wie folgt zu fassen:

„49. § 95 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, einen Professor für Allgemeinmedizin einer Hochschule oder einen mit der Wahrnehmung der Professur für Allgemeinmedizin beauftragten Arzt für Allgemeinmedizin unabhängig vom Bedarf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen, wenn er im Übrigen die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt.“

- b) In Absatz 5 werden...

(weiter wie Regierungsvorlage)

Begründung

Die Notwendigkeit zur Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin wird nicht nur vom Deutschen Ärztetag, von den einschlägigen Fachgesellschaften und von den Gesundheitsbehörden nachdrücklich gefordert. Der Wissenschaftsrat hat am 22. Januar 1999 in seiner Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen gleichfalls die Notwendigkeit der flächendeckenden Einbindung der Allgemeinmedizin in den verbindlichen Lehrkanon für Studierende der Humanmedizin unterstützt. Die Verbindung dieser Professur mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit ist unabhängig vom Bedarf zwingend erforderlich, damit den Studierenden nicht nur eine Addition von Spezialwissen angeboten wird, sondern sie bereits in der universitären Ausbildung alle Krankheitsbilder eines Allgemeinmediziners kennen lernen können.

4. **Zu Artikel 1 Nr. 67a – neu –** (§ 117 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 bis 3, Satz 4 – neu –, Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 67 folgende Nummer 67a einzufügen:

„67a. § 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 Worte „mit den Trägern der Hochschulkliniken“ durch die Worte „mit den Hochschulen oder Hochschulklinika“ ersetzt.

- dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Ermächtigungen, die auf Grund § 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 Worten „Absatz 1“ die Worte „Satz 1 bis 3“ eingefügt und die Worte „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch die Worte „der Ambulanzen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Worte „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch die Worte „der Ambulanzen“ ersetzt.

Begründung

Zu den Buchstaben a, b Doppelbuchstabe aa, bb und Buchstabe c

Im Hochschulklinikum erbringen die Ambulanzen der Kliniken, Institute und Abteilungen aus Gründen von Forschung und Lehre und im Hinblick auf die häufig 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, an denen die für die ambulante Behandlung der Patienten erforderlichen Einrichtungen bestehen. Diese sind ärztlich geleitet. Unter „Polikliniken“ werden herkömmlich Ambulanzeinrichtungen verstanden, deren Ermächtigung sicherstellen sollte, 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 der Versorgungswirklichkeit. Deshalb werden alle Ambulanzeinrichtungen im Hochschulklinikum unter der Bezeichnung „Hochschulambulanzen“ zusammengefasst.

Darüber hinaus schreibt Satz 1 vor, dass die Hochschulen oder Hochschulklinika wegen der größeren 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 zu regeln hatten, wird auch für die Hochschulambulanzen beibehalten. 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 § 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, voll- und teilstationäre Versorgung – behindert.

5. Zu Artikel 1 Nr. 68 (§ 120 SGB V)

Artikel 1 Nr. 68 ist wie folgt zu fassen:

68. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „, Polikliniken“ und „sonstiger“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Worte „der Hochschulambulanzen“, eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach den Worten „mit den“ die Worte „Hochschulen oder Hochschulklinika, den“ eingefügt.

cc) In Satz 3 werden nach dem Wort „Leistungsfähigkeit“ die Worte „der Hochschulambulanzen“, eingefügt.

dd) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen soll mit der Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a) und für ambulante Operationen (§ 115b) abgestimmt werden.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Das Wort „Polikliniken“ wird durch das Wort „Hochschulambulanzen“ ersetzt.

bbb) Nach dem Wort „Einrichtungen“ werden die Worte „, mit Ausnahme der ermächtigten Krankenhäuser nach § 116a,“ eingefügt (wie Vorlage).

bb) In Satz 2 werden die Worte „, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre“ gestrichen.

cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach den Worten „Vordrucke wird für“ werden die Worte „die Hochschulambulanzen,“ eingefügt.

bbb) Die Worte „Polikliniken und“ werden gestrichen.

d) In Absatz 4 werden nach den Worten „nicht zustande,“ die Worte „sind die Hochschulambulanzen berechtigt, den einheitlichen Bewertungsmaßstab (§ 87) mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen anzuwenden, im Übrigen“ eingefügt.

Als Folge ist in § 117 Abs. 2 Satz 3 die Angabe „§ 120“ durch die Angabe „§ 120 Abs. 1 und 3“ zu ersetzen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Vergütungsregelung für die Hochschulambulanzen trifft Absatz 2 und nicht wie für die bisherigen Polikliniken Absatz 1. Deshalb ist in Satz 1 von Absatz 1 der Ausdruck „Polikliniken“ und wegen des Bezuges hierauf das Wort „sonstige“ zu streichen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung in Satz 1 führt dazu, dass die Hochschulambulanzen nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte (§ 85 Abs. 1) zu vergütet sind. Soweit die Hochschulambulanzen schon bisher als Polikliniken oder ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt waren, haben diese ihre Vergütung allerdings aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte bezogen. Zur Vergütung der Hochschulambulanzen können die bisher in den Gesamtvergütungen für Vertragsärzte enthaltenen, aber künftig dort nicht mehr benötigten Vergütungen, in vollem Umfang hergezogen werden. Es ist Sache der Vertragsparteien der Gesamtvergütung der Vertragsärzte, die Höhe der Gesamtvergütung bei der erstmaligen Anwendung der Änderungen von Absatz 2 anzupassen.

Nach dem geänderten Satz 2 ist die Vergütung für die Hochschulambulanzen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken im Land zu vereinbaren. Die Vertragspartner auf der Kassenseite sind demzufolge dieselben Partner, die den Hochschulen oder Hochschulkliniken Leistungen in der vor- und nachstationären Behandlung und für ambulantes Operieren vergüten; darüber hinaus wird durch Artikel 4 Nr. 8 (Änderung von § 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz) vorgeschrieben, dass ab dem Jahr 2000 diese Partner auch Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung für das Hochschulklinikum sind. Die sich hieraus insgesamt ergebenden Gestaltungsmöglichkeiten für die gesetzliche Krankenversicherung sollen im Rahmen der vorgegebenen Ermächtigung nach § 117 zu einer integrierten und wirtschaftlichen Leistungserbringung führen.

Die Vergütung der Hochschulambulanzen nach Satz 3 hat deren Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (§ 87) mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen ist dabei ein sachgerechter Vergütungsmaßstab. Die Vertragsparteien haben auch zu beachten, dass der ein-

heitliche Bewertungsmaßstab und die abgeleiteten Gebührenordnungen nicht alle Kosten der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung erfassen und diese Kosten zusätzlich zu vergüten sind. Ein Abzug für Forschung und Lehre von den für die Vergütung verwendbaren Vergütungssätzen der einschlägigen Gebührenordnungen für vertragsärztliche Leistungen ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Vergleichbare Abzüge waren auch bisher für die Polikliniken nicht sachgerecht, weil die aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab abgeleiteten Gebühren den über die Krankenversorgung hinausgehenden Aufwand für Forschung und Lehre nicht berücksichtigt haben. Den Aufwand in Forschung und Lehre begleichen die Länder nach Evaluierungsgrundsätzen, die aus den konkreten Bezügen zu diesen Aufgaben hergeleitet sind; zunehmend legen die Länder ihre Zuschüsse für Forschung und Lehre leistungsorientiert fest.

Die nach dem neuen Satz 4 vorgesehene Abstimmung der Vergütung der Hochschulambulanzen mit den Vergütungen für vor- und nachstationäre Leistungen und für ambulantes Operieren soll die integrierte Leistungserstellung sowie eine einheitliche und patientenbezogene Leistungsabrechnung ermöglichen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa

Im Hinblick auf die Vergütungsregelung für Hochschulambulanzen nach § 120 Abs. 2 ist auch Absatz 3 anzupassen. Das Wort „Polikliniken“ ist demzufolge in Satz 1 durch das Wort „Hochschulambulanzen“ zu ersetzen. Dies steht im Einklang mit der Vergütungsnorm nach Absatz 2 Satz 3. Die Pauschalierung muss die Leistungsfähigkeit gewährleisten, hat sich an der wirtschaftlichen Leistungserbringung auszurichten und soll zugleich das Abrechnungsverfahren vereinfachen. Das ist bei der Möglichkeit zu beachten, durch pauschale Vergütungen – zum Beispiel pro Behandlungs-Fallgruppe – den Umfang abrechenbarer Einzelleistungen nach einschlägigen Gebührenordnungen versorgungsgerecht zu begrenzen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um den verbleibenden Regelungsgehalt des Regierungsentwurfs.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe bb

Als Folgeänderung des geänderten § 120 Abs. 2 sind die Vorschriften für die Polikliniken in Satz 2 zu streichen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe cc

Als Folgeänderung des geänderten § 120 Abs. 2 ist auch das Formularwesen für die Leistungsabrechnung nach Satz 4 von den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 2 zu vereinbaren.

Zu Buchstabe d

Einigen sich die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 2 nicht auf eine Vergütungsregelung für die

Hochschulambulanzen, sind diese berechtigt, den einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen anzuwenden. Die Schiedsstelle kann auf Antrag eine Pauschalierung nach Absatz 3 Satz 1 vornehmen. Sie ist dabei allerdings an Satz 3 von Absatz 2 gebunden, das heißt, die Pauschalierung hat die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen zu gewährleisten. Ferner muss die Schiedsstelle auf Antrag die Vergütung für die nicht mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab erfassten Kosten festsetzen.

6. Zu Artikel 1 Nr. 76 (§ 136 Abs. 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 76 sind in § 136 Abs. 3 nach den Worten „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ die Worte „und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands gemeinsam und einheitlich“ anzufügen.

Begründung

Nach Absatz 1 sind die Leistungserbringer für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen durchgeführten Leistungen verantwortlich. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Bei der Leistungserbringung sind anerkannte Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte, zweckmäßig und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung zu beachten. Weil vielfach Leitlinien für Erkrankungen aufgestellt werden müssen, die überwiegend oder ausschließlich in Hochschulklinika behandelt werden, muss bei der Regelung nach Absatz 3 über Verfahren zur Regelung ihrer Anerkennung der Verband der Hochschulklinika mitwirken.

7. Zu Artikel 1 Nr. 78 (§ 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 78 sind in § 137 Abs. 1 Satz 1 nach den Worten „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ die Worte „, der Verband der Universitätsklinika Deutschlands“ einzufügen.

Begründung

Satz 5 von Absatz 1 schreibt vor, dass die Vereinbarungen vorrangig für Patientengruppen getroffen werden, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltige Beeinflussung der Morbidität und Mortalität zu erwarten ist. Dabei handelt es sich auch um Patientengruppen, bei denen umfangreiche Untersuchungen und Behandlungen notwendig sind und der erzielbare medizinische Fortschritt eine maßgebliche Rolle spielt. Gerade solche Patientengruppen suchen sehr häufig die Hochschulklinika auf. Dementsprechend ist es geboten, den Verband der Universitätsklinika Deutschlands als Vertragspartner der Qualitätssicherung zu beteiligen.

8. Zu Artikel 1 Nr. 81 (§ 137c Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 81 ist § 137c wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 Satz 1 sind nach den Worten „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ die Worte „, der Verband der Universitätsklinika Deutschlands“ einzufügen.
- b) In Absatz 2 Satz 2 sind nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Worte „, davon zwei Vertreter des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands,“ einzufügen.

Begründung

Vielfach werden in den Hochschulklinika neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entwickelt, die unter anderem im Rahmen der Durchführung von klinischen Studien bewertet werden. Nach Abschluss einer klinischen Studie könnte die Auffassung vertreten werden, dass die geprüfte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Hinblick auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nicht mehr in der Krankenbehandlung anzuwenden ist. Weil von solchen Entscheidungen die Hochschulklinika im höchsten Maße berührt sind, muss der Verband der Universitätsklinika im Ausschuss Krankenhaus angemessen mitwirken können.

9. Zu Artikel 1 Nr. 81 (§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 81 sind in § 137c Abs. 1 Satz 1 nach den Worten „medizinischen Erkenntnisse“ die Worte „,und des erzielbaren medizinischen Fortschritts“ einzufügen.

Begründung

Die Einfügung des „erzielbaren medizinischen Fortschritts“ als weiteres Prüfungskriterium bezweckt, dass insbesondere bei Entscheidungen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der künftige medizinische Nutzen mit den Aspekten wirtschaftlicher Leistungserbringung abgewogen wird. Zugleich wird klargestellt, dass der Grundsatz der Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts bei der Leistungserbringung, den § 2 Abs. 2 Satz 3 fordert, auch für neu einzuführende Methoden Anwendung finden muss.

10. Zu Artikel 1a – neu – (§ 14 Abs. 4 Gesetz über das Apothekenwesen)

Nach Artikel 1 ist folgender Artikel 1a einzufügen:

„Artikel 1a

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. 1993), das zuletzt durch das Gesetz zur Anpassung des Apothekenrechts und berufsrechtlicher Vorschriften an das Europäische

Gemeinschaftsrecht vom 23. August 1994 (BGBl. I S. 2189) geändert worden ist, wird nach Satz 2 folgender Satz 3 – neu – eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 dürfen Arzneimittel von der Krankenhausapotheke 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 Krankenhausapotheke 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 Kostenvorteile zu berücksichtigen.

11. Zu Artikel 4 Nr. 3 Buchstabe c, Nr. 7

(§ 9 Abs. 6, § 17b Abs. 3, Abs. 4 – neu –, § 17c Abs. 4 KHG)

a) In Artikel 4 Nr. 3c ist § 9 Abs. 6 wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 sind nach den Worten „nach Absatz 3“ die Worte „und zur Berücksichtigung von Investitionskosten nach § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 in den Entgelten der Hochschulklinika“ einzufügen.

bb) In Satz 2 sind nach dem Wort „Pauschalförderung“ die Worte „zuzüglich eines Zwölftels des nach § 17b Abs. 3 Satz 4 und 5 ermittelten Betrages“ einzufügen sowie im zweiten Halbsatz die Worte „wird dieser Betrag“ durch die Worte „werden diese Beträge“ zu ersetzen.

b) In Artikel 4 Nr. 7 ist § 17b wie folgt zu ändern:

aa) Absatz 3 ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Satz 3 ist das Semikolon durch einen Punkt zu ersetzen und der zweite Halbsatz zu streichen.

bbb) Nach Satz 3 sind folgende Sätze einzufügen:

„Der Gesamtbetrag nach Satz 3 wird zur Anwendung von § 9 Abs. 6 Satz 1 auf die Hochschulklinika um einen nach Satz 5 ermittelten Betrag erhöht. Für jedes Land ist die im Jahr 1998 gezahlte Pauschalförderung nach § 9 Abs. 6 Satz 2 ins Verhältnis mit der nach Satz 1 bestimmten, jedoch die Hochschulklinika ausnehmende Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser zu setzen; die so ermittelte Verhältniszahl ist mit der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulklinika des jeweiligen Lan-

des zu vervielfachen. Für die Jahre 2004 bis 2008 werden die zusätzlichen Beträge nach den Sätzen 3 und 4 jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt.“

bb) Nach Absatz 3 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

„(4) Zur Berücksichtigung von Investitionskosten in den Entgelten der Hochschulklinika gemäß § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 ist für das Jahr 2008 die Summe der landesweiten Gesamtbeträge nach Absatz 3 Satz 7 um 430 Millionen Deutsche Mark zusätzlich zu erhöhen. Der auf den einzelnen landesweiten Gesamtbetrag entfallende Anteil des Erhöhungsbetrages nach Satz 1 richtet sich nach dem Vomhundertsatz, den die Summe der Gesamtbeträge der Hochschulklinika des betreffenden Landes für 1999 nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes an der bundesweiten Summe dieser Gesamtbeträge der Hochschulklinika hat.“

c) In Artikel 4 Nr. 7 ist in § 17c Abs. 4 Satz 3 zu streichen.

Als Folge sind in § 17c Abs. 4 Satz 4 die Worte „regelt § 17b Abs. 3“ durch die Worte „regelt § 17b Abs. 3 und 4“ zu ersetzen.

Begründung

Der Gesetzentwurf regelt in Nummer 7 (§ 17c Abs. 4) in zwei Phasen die Übernahme von Investitionskosten in die Entgelte der voll- und teilstationären Krankenversorgung (Monistische Krankenhausfinanzierung). Die erste Phase ab 2003 umfasst die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine Baumaßnahmen (Absatz 4 Satz 1 Nr. 1), die zweite die sonstigen Investitionen. Die Empfehlung hat zum Ziel, die Hochschulklinika sowohl in die erste als auch in die zweite Phase einzubeziehen, wobei angenommen wird, dass die Einbeziehung in die erste Phase gesichert ist. Das bisher unumstrittene Prinzip gleichlautender Entgeltbestimmungen für alle Krankenhäuser soll auch für die zweite Phase der Investitionskostenfinanzierung durch Entgelte erhalten bleiben.

Die Hochschulklinika sind gegenwärtig nicht in die Investitionsförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) einbezogen. Vielmehr erhalten die Hochschulklinika Landeszuschüsse für Investitionen, die auf einer Förderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) beruhen, oder unabhängig davon, soweit die Fördervoraussetzungen nach dem HBFG nicht vorliegen, zusätzliche Zuschüsse nach Maßgabe der Staatshaushaltspläne der Länder. Die Einbeziehung der Hochschulklinika in die Entgeltfinanzierung von Investitionen nach dem KHG ersetzt nicht alle Investitionskosten:

– Die durch die Entgeltfinanzierung mögliche Entlastung der Länderhaushalte bezieht sich entspre-

chend der Systematik des KHG nur auf berücksichtigte Investitionskosten nach diesem Gesetz.

- Investitionskosten für Forschung und Lehre sowie für die Ambulanzen der Hochschulkliniken sind in den Entgelten nach § 17c nicht enthalten.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung des Satzes 1 stellt klar, dass nach Einführung der neuen Entgelte auch die Hochschulklinika für kurzfristige Anlagegüter und kleine Baumaßnahmen Investitionskostenanteile abrechnen können. Diese Klarstellung ist erforderlich, weil die gegenwärtige Pauschalförderung der Länder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Hochschulklinika nicht einschließt.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Wegen der Einbeziehung der Hochschulklinika in die erste Phase der monistischen Krankenhausfinanzierung sind die von den Ländern in den Jahren 2003 bis 2008 zu leistenden Ausgleichszahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen und den Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu erhöhen.

Die Länder stellen gegenwärtig außerhalb der vorhabenbezogenen Förderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz Mittel für Investitionen an die Hochschulklinika bereit. Die Länder können diese Mittel kürzen und für die vorgesehenen Zahlungen verwenden. Zusammenfassend gesehen gilt Folgendes:

- Die vorhabenbezogene Förderung nach dem HBFG bleibt unberührt.
- Die durch die Entgeltfinanzierung mögliche Entlastung der Länderhaushalte bezieht sich entsprechend der Systematik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) nur auf berücksichtigte Investitionskosten nach diesem Gesetz.
- Investitionskosten für Forschung und Lehre sowie für die Ambulanzen der Hochschulkliniken sind in den Entgelten nach § 17c nicht enthalten.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Die geänderte Vorschrift des Absatzes 3 soll gewährleisten, dass für alle Krankenhäuser einschließlich der Hochschulklinika einheitliche Entgeltbestimmungen gelten. Deshalb sind zusätzlich zu den im Gesetzentwurf bereits vorgesehenen Mitteln weitere Mittel für die Investitionskostenfinanzierung in den landesweiten Gesamtbetrag einzustellen.

Eine Bemessungsgrundlage für diese zusätzlichen Mittel ist die Verhältniszahl, die sich aus der landesbezogenen Pauschalförderung nach dem KHG im Jahr 1998 und der Summe der festliegenden, landesbezogenen Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999 ergibt; bei der Bildung der Verhältniszahl ist die vorgenannte Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser im Land um die Summe der Gesamt-

erträge der Hochschulklinika im Land zu bereinigen. Das mit den neuen Sätzen 4 und 5 berechnete Produkt ergibt den Betrag, der für die Entgeltfinanzierung der Hochschulklinika unter Einschluss der Investitionskosten in den landesweiten Gesamtbetrag zusätzlich eingestellt werden muss.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Der zusätzliche Betrag von 430 Mio. DM verstärkt die in Absatz 3 letzter Satz vorgesehenen 2,8 Mrd. DM zur Finanzierung der sonstigen Investitionen. Die Länder sind bereit, den hälftigen Anteil dieses Betrages auszugleichen. Über die Modalitäten dieses Ausgleiches und des hälftigen Ausgleiches durch den Bund ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu entscheiden.

Der neue Absatz 4 gewährleistet für die Entgeltfinanzierung der sonstigen Investitionen der Hochschulklinika eine Erhöhung des landesweiten Gesamtbetrags im gleichen Verhältnis wie das für die Investitionsfinanzierung des übrigen Krankenhausbereichs geschieht. Der zusätzliche Betrag verhält sich zu den geschätzten Gesamtbeträgen der Hochschulklinika im Jahr 1999 (rund 13 Mrd. DM aufgrund Artikel 7 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes), wie sich die 2,8 Mrd. DM zu den geschätzten übrigen Gesamtbeträgen (rund 85 Mrd. DM) verhalten.

Der zusätzliche Betrag ist den einzelnen landesweiten Gesamtbeträgen nach einem Schlüssel zuzurechnen. Dieser Schlüssel errechnet sich aus den für das Jahr 1999 vereinbarten Gesamtbeträgen (Artikel 7 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes) für alle Hochschulklinika eines Landes im Verhältnis zum gleich berechneten bundesweiten Gesamtbetrag.

Zu Buchstabe c

Die Änderung in Absatz 4 streicht mit Satz 3 die Vorschrift, wonach für die Hochschulklinika keine Anteile für Investitionskosten in den Entgelten berücksichtigt werden dürfen. Es ist dabei unterstellt, dass solche Entgelte die Anteile für Investitionskosten nach Satz 1 Nr. 1 dennoch umfassen dürfen, weil dies das Gesetzgebungsverfahren schon durch andere Regelungen begründet hat.

12. Zu Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c Abs. 1 Satz 2 KHG)

In Artikel 4 Nr. 7 ist § 17c Abs. 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Das Vergütungssystem hat sich bei der Bildung von Fallgruppen an Homogenitätskriterien zu orientieren, die insbesondere Begleiterkrankungen, Komplikationen, Alter und Mortalitätsrisiken sowie den Behandlungsumfang erfassen.“

B e g r ü n d u n g

Voll pauschalierte Entgelte für die stationäre und teilstationäre Krankenbehandlung beruhen auf Fallgruppen, die hinsichtlich medizinischer und wirt-

schaftlicher Kriterien gemeinsame Merkmale aufweisen (Homogenität). Aus internationalen Erfahrungen mit der Bildung von Fallgruppen haben sich Homogenitätskriterien herausgebildet. Selbstverständlich ist, dass die Hauptdiagnose für eine Krankenhausbehandlung und die Kernleistung bei einem operativen Eingriff die Grundlage für die Bildung von Behandlungs-Fallgruppen darstellen. Die notwendige Differenzierung hat jedoch erfahrungsgemäß Begleiterkrankungen, Komplikationen, Alter und Mortalitätsrisiken zu berücksichtigen. Bei Neugeborenen kommt das Geburtsgewicht hinzu. Erst eine Zuordnung der Behandlungskosten oder des Behandlungsumfangs zu bestimmten Fallgruppen stellt klar, in welchem Umfang Falldifferenzierungen notwendig sind. Insoweit ist auch der Behandlungsumfang ein Homogenitätskriterium.

Besonders deutlich tritt dieses Kriterium bei der Behandlung von Folgeerkrankungen durch ein stark geschwächtes Immunsystem, bei polytraumatisierten Patienten oder in der Transplantationsmedizin hervor.

13. Zu Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c Abs. 1 Satz 9 KHG)

In Artikel 4 Nr. 7 sind in § 17c Abs. 1 Satz 9 nach den Worten „Entgelthöhe ist“ die Worte „bis zum 31. Dezember 2005 ein Richtpreis, danach“ sowie nach den Worten „nach § 18 Abs. 2“ das Wort „jeweils“ einzufügen.

Begründung

Die Vereinbarung des Erlösbudgets im Jahr 2003 könnte aufgrund des noch wenig erprobten Vergütungssystems zu einer ungerechtfertigten Über- oder Unterfinanzierung des einzelnen Krankenhauses führen. Im Rahmen einer Vereinbarung unterhalb des bisherigen Erlösbudgets ist von den Vertragsparteien deshalb zu prüfen, ob das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag noch erfüllen kann und ob es mit den Preisen nicht ein zu niedriges Erlösbudget erhalte, etwa weil die Bewertungsrelationen, die Fallgruppendifferenzierung oder die Anwendung des Verfahrens noch erkennbare Mängel aufweisen. Im Rahmen einer Vereinbarung oberhalb des bisherigen Budgets ist zu prüfen, ob das Krankenhaus hierdurch nicht ein zu hohes Erlösbudget erhalten würde. Maßstäbe für ein zu hoch oder zu niedrig vorauskal-

kuliertes Erlösbudget können – unter Einbeziehung der schon vorliegenden Ergebnisse des Vergütungssystems – unter anderem das periodengerechte Erlösbudget des Vorjahres und gruppenorientierte Krankenhausvergleiche sein. Es ist davon auszugehen, dass anfänglich zu erwartende Schwachstellen des Vergütungssystems ab dem Jahr 2006 überwunden sind. Erst ab diesem Zeitpunkt kann die Entgelthöhe von einem Richtpreis zu einem Höchstpreis übergehen.

14. Zu Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG)

In Artikel 4 Nr. 7 sind in § 17c Abs. 2 Satz 1 nach den Worten „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ die Worte „und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands gemeinsam“ einzufügen.

Begründung

Der Gesetzentwurf fordert die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach einem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystem vorzunehmen, ferner die Abbildung von Komplexitäten und Komorbiditäten in diesem Vergütungssystem. Zugleich soll der Differenzierungsgrad der Vergütungen praktikabel bleiben. Die Leistungen sind in allen Fachgebieten der Medizin pauschal und fallorientiert zu vergüten; auch hochspezialisierte Leistungen, die ganz überwiegend oder ausschließlich in Hochschulklinika erbracht werden. Während beispielsweise Erkrankungen des Kreislaufsystems in fast allen Krankenhäusern im Rahmen von Hauptfachabteilungen behandelt werden, gilt dies zum Beispiel für Erkrankungen der Haut oder für Operationen in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie nicht. Hinzu kommt, dass bei hochspezialisierten Leistungen die Hochschulklinika in fast allen Fachgebieten eine dominierende Rolle spielen. Bei der Festlegung des Vergütungssystems und der inhaltlichen medizinischen Beschreibung ist es deshalb geboten, den Sachverstand der Hochschulklinika zu nutzen. Damit im Interesse der Patienten die heute bestehende Spitzenversorgung durch die Hochschulklinika auch im Fallpauschalensystem angemessen abgebildet wird, ist als Vertragspartner der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch der Verband der Universitätsklinika Deutschlands vorzusehen.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates**I.**

Die Bundesregierung begrüßt die Übereinstimmung zwischen Bundesregierung und Bundesrat zur Zielsetzung des Gesetzentwurfs, eine gute Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall auf qualitativ hohem Niveau zu zumutbaren Beiträgen sicherzustellen. Die Bundesregierung begrüßt zugleich die Bereitschaft des Bundesrates, konstruktiv im weiteren Gesetzgebungsverfahren an der Erreichung dieses Ziels mitzuwirken. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die erforderliche Zustimmung des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf in dem vom Grundgesetz vorgesehenen Verfahren zur Beteiligung der Länder bei der Gesetzgebung unverzüglich herbeigeführt werden kann. Anderenfalls droht die auch vom Bundesrat gesehene Gefahr einer unkontrollierbaren Ausgabeentwicklung, wodurch die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung und damit auch ein stabiles Beitragssatzniveau gefährdet wäre.

II.

Die Bundesregierung wird die gewünschte verfassungsrechtliche Überprüfung der Verpflichtung der Länder zur Kostenerstattung gegenüber den Krankenkassen für Sterbegeld, Mutterschaftsgeld und Entbindungsgeld sowie der Regelungen über die ab 2003 vorgesehenen Ausgleichszahlungen der Länder an die Krankenkassen zur Finanzierung der bisher pauschal geförderten Investitionskosten von Krankenhäusern durchführen.

III.

Im Übrigen nimmt die Bundesregierung zu den Vorschlägen des Bundesrates zu den Einzelvorschriften wie folgt Stellung:

Zu Nummer 3 – Artikel 1 Nr. 49 (§ 95 Abs. 2b – neu –, Abs. 5 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Ziel des Vorschlags zu, die Verbindung einer Professur für Allgemeinmedizin mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit unabhängig von einem gegebenen Versorgungsbedarf zu ermöglichen. Sie erachtet jedoch die Ermächtigung als geeignete Teilnahmeform, um eine Beschränkung der vertragsärztlichen Tätigkeit auf den für die Lehre erforderlichen Umfang und die Dauer der Professur festschreiben zu können.

Zu Nummer 4 – Artikel 1 Nr. 67a – neu – (§ 117 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 bis 3, Satz 4 – neu –, Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)

a) Die Bundesregierung stimmt dem Ziel des Vorschlags zu, den Kreis der für Forschung und Lehre ermächtigungsfähigen Ambulanzen zu erweitern. Bei der erforderlichen Neufassung der Überschrift sind darüber

hinaus die Ausbildungsstätten nach Absatz 2 zu berücksichtigen.

- b) aa) Die Bundesregierung stimmt zu.
- bb) Die Bundesregierung stimmt zu.
- cc) Die Bundesregierung stimmt zu.
- dd) Der Vorschlag wird geprüft.
- c) aa) Die Bundesregierung stimmt zu.
- bb) Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 5 – Artikel 1 Nr. 68 (§ 120 SGB V)

- a) Die Bundesregierung stimmt zu.
- b) aa) Die Bundesregierung stimmt zu.
- bb) Die Bundesregierung stimmt zu.
- cc) Der Vorschlag wird geprüft.
- dd) Dem Vorschlag wird zugestimmt, soweit er sich auf die Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a SGB V) bezieht.
- c) Die Bundesregierung stimmt zu.
- d) Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Bundesregierung hält die Schiedsamtsfähigkeit der Vergütungsvereinbarung im Konfliktfall für die Festsetzung der Vergütung als ausreichend.

Zu Nummer 6 – Artikel 1 Nr. 76 (§ 136 Abs. 3 SGB V)

Das Anliegen, dem Verband der Universitätsklinik ein eigenes Mitwirkungsrecht bei dem in § 136 Abs. 3 verankerten Verfahren zur Anerkennung von Leitlinien einzuräumen, wird nicht für sachgerecht erachtet. Mit der Regelung werden Vertragsärzte, Krankenhäuser und Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen dazu verpflichtet, anerkannte Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte, zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung zu beachten. Um diese gesetzliche Verpflichtung auf qualitativ gute und praktikable Leitlinien einzuschränken, die auch den Kriterien evidenzbasierter Medizin genügen, wurde die Anerkennung der Leitlinien dem von den Selbstverwaltungspartnern (KBV, BÄK, DKG, Kassen) vereinbarten Clearingverfahren übertragen.

Die Vereinbarungspartner sehen in diesem Clearingverfahren die enge Zusammenarbeit mit unabhängigen Experten und wissenschaftlichen Partnern bzw. Instituten sowie der AWMF vor. Die Regelung stellt sicher (wie auch in der Begründung zum Gesetzentwurf darüber hinaus ausdrücklich betont wird), dass wissenschaftlicher Sachverstand, der insbesondere aus Universitätsklinik kommt, in das Clearingverfahren einbezogen wird. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass im Rahmen des Clearingverfahrens in erster Linie Leitlinien für prioritäre Ver-

sorgungsbereiche geprüft werden, um einen optimalen Nutzen bei begrenzten Ressourcen zu erreichen. Es ist nicht davon auszugehen, dass insbesondere Leitlinien zur Anwendung in Hochschulkliniken geprüft werden. Vor dem Hintergrund, dass die Interessenwahrnehmung auch der Hochschulklinika über die Deutsche Krankenhausgesellschaft erfolgt, in der der Verband der Universitätsklinika Deutschlands Mitglied ist, ist eine gesonderte Nennung der Universitätsklinika nicht erforderlich.

Zu Nummer 7 – Artikel 1 Nr. 78 (§ 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Die Begründung, unter Bezugnahme auf § 137 Abs. 1 Satz 5 sei eine Aufnahme des Verbandes der Universitätsklinika in Absatz 1 der Vorschrift geboten, wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Die Regelung nach Satz 5 schreibt vor, dass die Vertragspartner im Interesse effizienter und ergebnisorientierter Vereinbarungen über Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung Prioritäten setzen und Patientengruppen auswählen sollen, bei denen die Versorgungsqualität nachhaltig positiv beeinflusst werden kann. Dass diese Auswahl sich insbesondere auf Patienten in Hochschulklinika bezieht, ist nicht zwingend. Zu dem sind die Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 grundsätzlich in Universitätskliniken nicht anders als in sonstigen zugelassenen Kliniken auch, so dass auch aus diesem Grund davon auszugehen ist, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft, deren Mitglied der Verband der Universitätsklinika Deutschlands ist, die einzelnen Besonderheiten ausreichend vertreten kann. Die Aufnahme des Verbandes der Universitätsklinika als Vertragspartner ist deshalb nicht angemessen.

Zu Nummer 8 – Artikel 1 Nr. 81 (§ 137c Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 2 SGB V)

Das Anliegen, den Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. in den Ausschuss Krankenhaus gesondert einzubeziehen, wird nicht für berechtigt erachtet. Die Interessenwahrnehmung auch der Hochschulkliniken kann hinreichend über die Deutsche Krankenhausgesellschaft erfolgen, in der der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. Mitglied ist.

Angesichts der in § 137c SGB V – neu – verankerten Sicherungen zur Gewährleistung einer ungehinderten Entwicklung des medizinischen Fortschritts können die für den Antrag ins Feld geführten Gründe nicht überzeugen. Nicht geteilt wird insbesondere die Auffassung, dass Hochschulkliniken durch ein ablehnendes Votum des Ausschusses Krankenhaus in höherem Maße getroffen werden als andere Krankenhäuser, beispielsweise städtische Krankenhäuser der Maximalversorgung. Beurteilt der Ausschuss Krankenhaus eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode als unzweckmäßig, unwirtschaftlich oder dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht entsprechend, steht dies einer weiteren Anwendung dieser Methode im Rahmen der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen. Das Votum entfaltet jedoch keine Sperrwirkung gegenüber einer weiteren Erprobung der Methode im Rahmen weiterer klinischer Studien, etwa mit dem Ziel, Erkenntnisse zu

gewinnen, die die Entscheidung des Ausschusses in Frage stellen und zu einer Revision Anlass geben können. Die Voraussetzungen für die Durchführung einer solchen Studie dürften gerade in einer Hochschulklinik in besonderem Maße vorhanden sein.

Zu Nummer 9 – Artikel 1 Nr. 81 (§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung geht davon aus, dass bei der Beurteilung sowohl von etablierten als auch von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Ausschuss Krankenhaus nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V der medizinische Fortschritt zu berücksichtigen ist, ohne dass dies gesondert nochmals in § 137c SGB V – neu – verankert werden müsste. Die Einführung des „erzielbaren“ medizinischen Fortschrittes als weiteres Prüfungskriterium, dessen Gehalt und Grenzen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bislang nicht konkretisiert sind, würde den neuen Beurteilungsmechanismus mit erheblicher Rechtsunsicherheit belasten. Die Funktionsfähigkeit dieses Instruments wäre insgesamt in Frage gestellt, wenn eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nicht erforderlich ist, deshalb nicht aus der Regelversorgung ausscheiden könnte, weil nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass sie künftig zu einem medizinischen Fortschritt führen kann. Nicht ausgeschlossen ist, dass der Ausschuss Krankenhaus zu einem späteren Zeitpunkt erneut mit einer bereits abgelehnten Untersuchungs- und Behandlungsmethode befasst wird und – im Lichte neuer Erkenntnisse – seine Entscheidung revidiert. Hierzu ist nochmals darauf hinzuweisen, dass ein ablehnendes Votum des Ausschusses Krankenhaus einer weiteren Überprüfung der Methode im Rahmen klinischer Studien nicht entgegensteht.

Zu Nummer 10 – Artikel 1a – neu –
(§ 14 Abs. 4 Gesetz über das Apothekenwesen)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu Nummer 11 – Artikel 4 Nr. 3 Buchstabe c, Nr. 7
(§ 9 Abs. 6, § 17b Abs. 3, Abs. 4 – neu –, § 17c Abs. 4 KHG)

Die Bundesregierung spricht sich grundsätzlich für die Einbeziehung der Hochschulklinika in die monistische Krankenhausfinanzierung aus. Das dabei zu berücksichtigende Finanzvolumen sowie die erforderlichen Kompensationen zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen infolge der Entlastungen der Länder bzw. des Bundes und der Länder im Rahmen des Hochschulbauförderungsgesetzes bedürfen noch weiterer Abklärungen.

Zu Nummer 12 – Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c Abs. 1 Satz 2 KHG)

Eine hinreichende Differenzierung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems, die aber auch die Praktikabilität nicht aus dem Auge verliert, ist anzustreben. Bei der bereits vorgegebenen Orientierung an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem sollten auch Kriterien, die die medizinische und ökonomische Homoge-

nität der zu bildenden Fallgruppen in dem erforderlichen Umfang gewährleisten sollen, berücksichtigt werden. Jedoch ist sicherzustellen, dass die genannten Kriterien lediglich im Ergebnis zu einem Entgeltkatalog führen sollen, der diesen Anforderungen gerecht wird. Die Kriterien dürfen nicht als zwingende Gliederungsmerkmale für die Fallgruppen des neuen Entgeltsystems vorgegeben werden, weil dies die Lösungsmöglichkeiten einschränken würde. Insoweit widerspricht die Begründung dem vorgeschlagenen Gesetzestext.

Zu Nummer 13 – Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c Abs. 1 Satz 9 KHG)

Im Rahmen der Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages sind mehrere Ände-

rungsvorschläge zum Übergangsverfahren auf das neue Entgeltsystem vorgetragen worden. Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates ebenfalls in die weiteren Diskussionen einbeziehen.

Zu Nummer 14 – Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG)

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands wird aufgrund seiner Mitgliedschaft in der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Einführung und Entwicklung des neuen Entgeltsystems bereits durch diese als Vertragspartei vertreten. Die Notwendigkeit und die Möglichkeit zur Einbeziehung des Verbandes neben der DKG werden geprüft.

