

Stellungnahme

Deutsche Hochschulmedizin e.V.

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Verbesserung der
Versorgungsstrukturen in der
Gesetzlichen Krankenversicherung**

Berlin, September 2011

Ansprechpartner:
Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)

Tel: 030/ 3940 517-0
Email: info@uniklinika.de
www.uniklinika.de

**Deutsche
Hochschulmedizin e.V.**

**Alt-Moabit 96
10559 Berlin**

Medizinischer Fakultätentag der
Bundesrepublik Deutschland (MFT)

www.mft-online.de

Forderungen der Deutschen Hochschulmedizin im Überblick

1) Verlässliche Finanzierungsregelung für

- bevorstehende Tarifsteigerungen
- schwer planbare Mehrleistungen, insbesondere für die Mehrkosten durch EHEC/HUS

2) Keine Schwächung der Hochschulambulanzen, stattdessen

- Ergänzung der Zulassungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) um die Leistungsbereiche der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V NEU)
- Streichung der vorgesehenen Kooperationsgebote in § 116b SGB V NEU
- Streichung der 5 Prozent-Abschläge bei den Vergütungen für Ambulante Spezialärztliche Leistungen
- Einführung der Prinzips „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ auch für die Arzneimitteltherapie in der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung
- Streichung der Vorschriften zu Rechtsform und Vorkaufsrecht bei Medizinischen Versorgungszentren

3) Schaffung einer Finanzierungsregelung für die Zusatzkosten der ärztlichen Weiterbildung

4) Optimierung der Erprobungsregelung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch

- Schaffung eines Anreizes für Krankenhäuser zur Teilnahme an Erprobungen
- Konkretisierung des Begriffs „unabhängige wissenschaftliche Institution“
- Aufbau von Innovationszentren

5) Rückführung der Zuständigkeiten des G-BA auf jene Fragen, bei denen er handlungs- und entscheidungsfähig ist

6) Schaffung einer Finanzierungsregelung für spezielle Versorgungsangebote für seltene Erkrankungen

7) Zugang zu Arztstammdaten für ambulante Krankenhausabrechnung eröffnen

I. Allgemeiner Teil

1. Priorisierung der Themen, Handlungsbedarf

Der Ansatz der Regierungskoalition, sich nicht nur um die GKV-Finanzierung, sondern auch um die Versorgungsstrukturen zu kümmern, ist grundsätzlich richtig. Dringender Handlungsbedarf besteht hinsichtlich

- der Schaffung echter Sektoren übergreifender Versorgungsangebote,
- der Zusammenführung vertragsärztlicher und am Krankenhaus angesiedelter Ambulanter Spezialärztlicher Versorgungsangebote ("doppelte Facharztschiene"),
- der Konzentration hochspezialisierter, interdisziplinärer Leistungen (bspw. Onkologie, Frühgeborenenversorgung) in Zentren, verbunden mit einer konsequenten Stufung von Versorgungsangeboten in Grund-, Schwerpunkt und Maximalversorgung,
- der Überprüfung von Innovationen vor der flächendeckenden Einführung auf den Nutzen für die medizinische Versorgung ,
- dem Nebeneinander von Überkapazitäten und Unterversorgung sowohl im stationären wie im vertragsärztlichen Sektor und
- dem Ausbau angemessener Versorgungsangebote für seltene Erkrankungen.

Nur wenige dieser Strukturprobleme werden im Gesetzentwurf aufgegriffen. Leider wird dabei der stationäre Leistungsbereich fast vollständig ausgeblendet. Berührt ist er lediglich durch die Neureglungen zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus (Ambulante Spezialärztliche Versorgung, Medizinische Versorgungszentren) und die Erprobungsregelung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Außerdem fehlen im Gesetzentwurf wichtige Themen mit hoher Relevanz für die Patientenversorgung. Dazu gehören

- die Finanzierung der sich abzeichnenden Tarifsteigerungen, um Personalabbau insbesondere in der Pflege zu verhindern
- die Finanzierung von nicht steuer- und planbaren Mehrleistungen, bei der die EHEC/HUS-Krise dringenden Handlungsbedarf aufgezeigt hat,
- die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und
- die Finanzierung spezialisierter Versorgungsangebote für Seltene Erkrankungen.

Wenn der heutige Versorgungsstandard auch in Zukunft erhalten bleiben soll, dann muss die Bundesregierung bei diesen Themen dringend handeln. Die ärztliche Weiterbildung wurde in den Eckpunkten der Koalition noch als wichtiges politisches Handlungsfeld erkannt. Leider findet sich dazu im Gesetzentwurf nichts mehr.

2. Relevanz des Versorgungsgesetzes für die Hochschulmedizin

Unter dem Strich birgt der Gesetzentwurf für die Versorgungsangebote an den Universitätsklinika keine greifbaren Verbesserungen. Im Gegenteil wird sich die Versorgungssituation bei ambulanten Leistungen durch die geplanten Neuregelungen zur Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV) und zu den MVZ eher verschlechtern.

a. Auswirkungen auf die ambulante Versorgungsangebote an Universitätsklinika

Um negative Auswirkungen auf die ambulanten Versorgungsangebote der Universitätsklinika zu verhindern, müssen folgende Einzelregelungen des Gesetzentwurfs korrigiert werden:

(1) Nicht gelungen ist die Weiterentwicklung des § 116b SGB V hin zu einer Sektoren übergreifenden Regelung. Notwendig wäre ein echter „Dritter Sektor“ für die ASV mit gleichen Zugangsrechten für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Stattdessen sieht das Gesetz vor, dass Vertragsärzte die Zulassung von Krankenhäusern zur ASV blockieren können, indem sie die gesetzlich vorgeschriebenen Kooperationen verweigern. Statt eines besseren Zugangs der Patienten zu ambulanten Versorgungsangeboten der Krankenhäuser droht dadurch sogar der Rückbau bereits etablierter Angebote.

Zudem dürfte die Selbstverwaltung wie auch schon beim bisherigen § 116b SGB V damit überfordert sein, die im Gesetzentwurf geforderten inhaltlichen Vorgaben zu einzelnen Krankheitsbildern und Leistungen zeitnah und sachgerecht zu definieren. Gleiches gilt für angemessene Vergütungsregelungen. Werden diese Defekte des neuen § 116b SGB V nicht korrigiert, dann wird die Integration von ambulanten und stationären spezialärztlichen Angeboten am Krankenhaus weiterhin nicht oder kaum stattfinden. Der neue § 116b SGB V wird dann genauso schlecht funktionieren wie der alte.

(2) Dringend zu empfehlen ist daher, zumindest an den Universitätsklinika endlich praktikable Regelungen für die ambulante Patientenversorgung zu schaffen. Die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind immer noch auf den Bedarf für Forschung und Lehre beschränkt. Gleichzeitig fragen aber die Patienten und auch die zuweisenden Vertragsärzte die universitären Ambulanzen immer stärker nach. Die Universitätsklinika haben hier faktisch einen Versorgungsauftrag, der im Gesetz nicht abgebildet ist.

Deshalb müssen die Regelungen des § 117 SGB V zu den Hochschulambulanzen mit den neuen Regelungen des § 116b SGB V zur ASV kompatibel gemacht werden. Die Hochschulambulanzen dürfen nicht länger auf Leistungen für Forschung und Lehre reduziert werden. Sie müssen im Umfang des neuen § 116b SGB V auch für die spezialärztliche Versorgung geöffnet werden. Dies würde einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten. Außerdem erhielten die Krankenkassen und Universitätsklinika die Möglichkeit, gemeinsam neue Vergütungs- und Organisationsmodelle für die Sektoren übergreifende spezialärztliche Versorgung zu erproben.

(3) Im Entwurf ist geregelt, dass das stationäre Prinzip „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ auch für nicht-medikamentöse Untersuchungs- und Behandlungsangebote in der ASV gelten soll. Das ist sinnvoll. Eine entsprechende Regelung für Arzneimitteltherapien fehlt allerdings. Das erschwert in der Onkologie und bei Seltenen Erkrankungen den oft notwendigen Off-Label-Use.

(4) Nicht gerechtfertigt ist der 5-Prozent-Investitionsabschlag für Krankenhäuser bei den Leistungsvergütungen. Dieser muss gestrichen werden.

(5) Die geplanten Hürden für den Betrieb von MVZ an Krankenhäusern treffen insbesondere die Träger öffentlicher Krankenhäuser. Eine einseitige Benachteiligung der Krankenhäuser ggü. dem vertragsärztlichen Bereich ist wettbewerbsfeindlich und erschwert die Verzahnung der Patientenversorgung über Sektorengrenzen hinweg. Das steht im Widerspruch zu den erklärten Zielen der Regierungskoalition. Diese Regelungen sollten ersatzlos gestrichen werden.

b. Erprobungsregelung für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten

Dem Grunde nach richtig ist der Ansatz, auf Basis der Erprobungsregelung in § 137e SGB V neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor ihrer flächendeckenden Einführung in das GKV-System systematisch auf ihren Patientennutzen zu untersuchen. Die Hochschulmedizin kann hier ihre Erfahrung in der klinischen Forschung einbringen. Unabdingbar ist, dass, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, die GKV Mittel zur Finanzierung der Kosten solcher Erprobungen zur Verfügung stellt.

Im Detail sind jedoch im neuen § 137e SGB V Korrekturen erforderlich, damit in der Umsetzung tatsächlich die gewünschten Ziele erreicht werden:

(1) Für Krankenhäuser besteht bei der jetzt geplanten Regelung kein Anreiz, an derartigen Erprobungen teilzunehmen. Dieser muss noch geschaffen werden.

(2) Es fehlen konkrete Anforderungen an die „unabhängige wissenschaftliche Einrichtung“.

(3) Bedauerlich ist zudem, dass ausschließlich auf die Generierung von Erkenntnissen durch Einzelprojekte gesetzt wird. Damit wird die Chance vergeben, dauerhaft und konzentriert institutionalisierte Prüfkompetenzen in einzelnen Innovationsfeldern wie bspw. der Bildgebung, der Strahlentherapie oder der Endoprothetik aufzubauen.

II. Zu Einzelregelungen des Gesetzes

1. Neuordnung des G-BA (§ 91 SGB V)

Der G-BA ist keine Erfolgsgeschichte. Es ist nicht erkennbar, dass es dem G-BA gelungen wäre, seine Regelungskompetenzen für eine rationalere Gestaltung der Versorgungsstrukturen, einen rationaleren Leistungskatalog oder eine qualitative Verbesserung der Versorgung zu nutzen.

Zwar hat der G-BA in vielen Bereichen die Regelungsdichte exorbitant erhöht. Der Nutzen vieler dieser Regelungen ist aber fraglich. Besonders eindrücklich zeigt sich dies am Beispiel der Qualitätsberichte, für die alle verfügbaren Untersuchungen zeigen, dass sie keinen oder allenfalls geringen praktischen Nutzen entfalten.

Die Gründe für das Scheitern des G-BA sind vielschichtig. Folgende Strukturdefekte sind hervorzuheben:

- GKV-Spitzenverband, DKG und KBV vertreten jeweils keine homogene Klientel. Teilweise nehmen daher die einzelnen Verbände im G-BA Positionen ein, die nur von einem Teil ihrer Mitglieder mitgetragen werden. Die im G-BA abgebildeten Interessen sind somit nicht repräsentativ. Diese selektive Interessenvertretung befördert Lagerbildung und erschwert sachorientierte Lösungen. Ein Beispiel dafür ist die Extremposition der DKG zur Frage der Frühgeborenenversorgung.
- Im G-BA treffen Parteien aufeinander, die häufig derartig diametral entgegen gesetzte Interessen haben, dass Einigungen ohne Einbeziehung einer neutralen Instanz nicht möglich sind. Entscheidungsblockaden sind die Folge.
- Als neutrale Instanz dienen derzeit die Unparteiischen und ihre Stellvertreter. Diese werden jedoch von den G-BA-Parteien benannt und sind in der Regel aufgrund ihrer Biographie einzelnen G-BA-Parteien eng verbunden. Entscheidungen der Unparteiischen zulasten einzelner G-BA-Parteien werden daher oft nicht akzeptiert, sofern die Unparteiischen eher der Gegenpartei zugeordnet werden. Majorisierungsdebatten sind die Folge.

Das veränderte Auswahlverfahren für die Unparteiischen ist der Versuch, die bisherige Scheinneutralität in eine echte Neutralität zu überführen. Dieser Versuch scheint wenig erfolgsträchtig und wird erhebliche Probleme bei der Rekrutierung geeigneten Personals mit sich bringen.

An den grundlegenden strukturellen Schwächen des G-BA wird die angedachte Neuordnung nichts ändern. Die Arbeit des G-BA wird dadurch weder inhaltlich besser noch effizienter werden.

Zu erwägen ist deshalb, die Zuständigkeiten des G-BA auf jene Fragen zu reduzieren, bei denen er aus eigener Kraft handlungs- und entscheidungsfähig ist. Hier dürfte es sich primär um administrative Gestaltungsfragen handeln.

In allen anderen Rechtsetzungsfragen, insbesondere bei Normen zur inhaltlichen Gestaltung von Versorgungsstrukturen und -angeboten, sollte das Primat der Politik gelten. Hier sind letztlich das BMG, der Bundestag und die Länder gefordert und legitimiert, politisch zu entscheiden, ob und ggf. in welcher Form sie regulierend eingreifen bzw. Wettbewerb zulassen wollen.

2. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V):

Der Gesetzgeber betont an zahlreichen Stellen des Gesetzentwurfs die Notwendigkeit einer besseren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor. Von Krankenhäusern getragene MVZ sind ein taugliches Instrument, um diese Verzahnung institutionell sicherzustellen. Deshalb sind die durch das Gesetz neu geschaffenen Erschwernisse für Krankenhäuser bei der Gründung von MVZ nicht nachvollziehbar. Die einseitige Parteinahme für vertragsärztlich getragene MVZ widerspricht den Prinzipien fairen Wettbewerbs und ist versorgungspolitisch nicht begründbar.

Behauptete Ziele und konkrete Maßnahmen passen im Gesetzentwurf nicht zusammen. Im Allgemeinen Teil wird das Ziel formuliert, „mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen“. Die MVZ-Regelungen verhindern jedoch Wettbewerb, weil sie die Krankenhäuser bei der Gründung und dem Betrieb von MVZ systematisch benachteiligen.

Die Einschränkung auf Personengesellschaften und GmbHs benachteiligt zudem öffentliche ggü. privaten Krankenhäusern. Universitätsklinika und andere öffentliche Krankenhäuser betreiben MVZ häufig als Eigenbetriebe, weil privatrechtlich verfasste Tochterunternehmen für öffentliche Träger oft gar nicht oder nur unter erheblichem Zusatzaufwand realisierbar sind.

Folgende Änderungen sind daher angezeigt:

- In § 95 Abs. 1a muss die Einschränkung der Rechtsform auf Personengesellschaften und GmbHs entfallen.
- In § 103 Abs. 4d muss das Vorkaufsrecht für Vertragsärzte ersatzlos gestrichen werden.

3. Ambulante Spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

Allgemeine Anmerkungen

Die Neuregelung des § 116b SGB V lässt das Kernproblem ungelöst, dass viele Leistungsanbieter, insbesondere Universitätsklinika, derzeit auf der Grundlage eines Flickenteppichs von Ermächtigungsgrundlagen ambulant tätig werden. Hierzu gehören die Notfallversorgung, persönliche und Institutsermächtigungen, vor- und nachstationär, teilstationär, Integrierte Versorgung, Disease Management Programme, Hochschulambulanz,

Psychiatrische Institutsambulanz, Sozialpädiatrische Zentren, AOP, Unterversorgung und MVZ.

Mit jeder dieser Ermächtigungsgrundlagen sind andere Zulassungs- und Abrechnungsregelungen sowie Qualitätssicherungsanforderungen verbunden. In der Praxis ist dies nicht mehr vernünftig zu administrieren. Ein Beispiel dafür sind die Arzneimittelrezepte für die Einnahme zu Hause. Bei den Ermächtigungsarten „vor-/nachstationär“ und „Ambulantes Operieren“ können keine Arzneimittelrezepte ausgestellt werden. Dagegen können bei allen anderen Zulassungs-/Ermächtigungsarten Rezepte ausgestellt werden, jedoch gibt es pro Zulassungs-/Ermächtigungsart eine eigene Betriebsstättennummer. Zusätzlich muss arztbezogen eine individuelle lebenslange Arztnummer angegeben werden.

Es wäre eine enorme Verbesserung, wenn zumindest ein Teil dieser Regelungen harmonisiert oder zusammengefasst würde. Dies ist leider nicht erfolgt.

Deshalb ist der neue § 116b SGB V zwar ein Schritt in die richtige Richtung, letztlich aber inkonsequent. Dies zeigt sich auch an weiteren Schwächen der Neuregelung. Dazu gehören

- Blockademöglichkeiten der Vertragsärzte hinsichtlich ambulanter Krebsbehandlung am Krankenhaus,
- zu restriktive Regelungen zu innovativen Arzneimitteltherapien (Off-Label-Use) und
- fehlende Finanzierungsregelungen für spezielle Versorgungsangebote für seltene Erkrankungen.

Angesichts dieser Defekte wird der neue § 116b SGB V genauso schlecht funktionieren wie der alte, wenn im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht erheblich nachgebessert wird.

Dringend zu empfehlen ist daher, unabhängig von der für alle Krankenhäuser geltenden Generalklausel des § 116b SGB V eine Spezialregelung für die Universitätsklinika zu treffen. Die Universitätsklinika verfügen bereits heute über die Spezialregelung des § 117 SGB V zu den Hochschulambulanzen. Diese ist aber immer noch auf den Bedarf für Forschung und Lehre beschränkt. Eine Öffnung für originäre Versorgungsaufgaben der hochspezialisierten ambulanten Versorgung ist dringend angezeigt. Faktisch stellen die Universitätsklinika bereits heute die Versorgung in diesem ambulanten Segment zu erheblichen Teilen sicher. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen unter III.3. (Seite 16) sowie auf **Anlage 1**.

Zur Regelung des § 116b SGB V im Einzelnen

- (1) Die Ambulante Spezialärztliche Versorgung zeichnet sich durch eine hohe Innovationsneigung aus. Spezialärztliche ambulante Angebote sind oft die unmittelbare Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, der eine stationäre Aufnahme und damit die Behandlung „im Bett“ entbehrlich gemacht hat. Deshalb ist es unabdingbar, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne Einschränkungen im Rahmen der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung genutzt werden können. Entsprechend ist die Regelung des § 116b Abs. 1 Satz 3 SGB V, wonach das stationäre Prinzip „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ für die Ambulante Spezialärztliche Versorgung übernommen wird, uneingeschränkt zu begrüßen. Folgerichtig ist auch, dass in Absatz 6 Satz 9 die

Möglichkeit einer Ergänzung des EBM geschaffen wird. Zahlreiche innovative Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sind dort heute nicht abgebildet (Beispiel: PET-CT).

Nicht konsequent ist allerdings, dass der neue § 116b Abs. 1 Satz 3 SGB V ausweislich der Gesetzesbegründung nur für solche ambulant erbringbaren Leistungen die „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ vorsieht, die gemäß § 137c SGB V im stationären Bereich erbracht werden können. Diese Regelung wird der wachsenden Zahl an Innovationen nicht gerecht, die von vornherein alleine die ambulante Versorgung betreffen bzw. auf eine rein ambulante Erbringung ausgelegt sind. Auch hier sollte im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung ein offener Marktzutritt möglich sein. Eine entsprechende Klarstellung wäre wünschenswert.

- (2) Problematisch ist, dass der G-BA gemäß Absatz 3 Satz 2 den „Behandlungsumfang“ für die einzelnen Erkrankungen regeln soll. Hier ist nicht klar, was mit „Behandlungsumfang“ gemeint ist. Zu befürchten ist, dass entsprechende Regelungen inhaltliche Vorgaben für die Behandlung umfassen würden, bspw. zu den möglichen Therapiekonzepten. Mit dem Anspruch einer möglichst großen Offenheit für neue Therapieansätze wäre dies nicht zu vereinbaren. Auf die Regelung des Behandlungsumfanges durch den G-BA sollte deshalb verzichtet werden.
- (3) In der Onkologie, aber auch bei der Behandlung seltener Erkrankungen ist der Off-Label-Use von Arzneimitteln für die Weiterentwicklung von Therapiekonzepten unerlässlich. Im stationären Bereich gilt hier grundsätzlich das Prinzip „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“, so dass hier weitreichende therapeutische Freiheitsgrade bestehen. Dagegen ist in der vertragsärztlichen Versorgung der Off-Label-Use gesetzlich und über die Arzneimittelrichtlinien des G-BA restriktiver geregelt. Wenn die spezialärztliche Versorgung im Sinne des § 116b Abs. 1 Satz 3 für Innovationen offen sein soll, dann ist die in Abs. 7 Satz 2 enthaltene Bindung an die Arzneimittelrichtlinie des G-BA nicht zielführend. Wünschenswert wäre stattdessen, dass auch für die Arzneimitteltherapie analog zu der Regelung in Abs. 1 Satz 3 die Freiheitsgrade des stationären Sektors übernommen werden.
- (4) In Absatz 3 werden Pflichten zur Vereinbarung von Kooperationen definiert. Aus der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass diese Regelung im Wesentlichen darauf abzielt, den Markt für vertragsärztliche Leistungserbringer in der Onkologie zu sichern. Das widerspricht in eklatanter Weise dem Prinzip, dass jeder, der dafür entsprechend qualifiziert ist, die in § 116b SGB V definierten Leistungen erbringen können soll.

Zudem lebt echte Kooperation von gemeinsamen Interessen. Deshalb ist es widersinnig, Konkurrenten mit gegensätzlichen Interessen per Gesetz zur Kooperation zu verpflichten. Für die Versorgung wird aus solchen „Zwangsehen“, sofern sie überhaupt zustande kommen, kein Mehrwert zu erwarten sein. Es ist davon auszugehen, dass solche Kooperationen im Regelfall von vertragsärztlicher Seite verweigert werden. Dadurch blieben die Krankenhäuser überall dort aus der onkologischen SAV ausgeschlossen, wo es entsprechende vertragsärztliche Angebote gibt. Außerdem besteht die Gefahr, dass

bereits bestehende ambulante Angebote der Krankenhäuser nach § 116b SGB V wieder abgebaut werden müssen.

- (5) Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung für Verordnungen darf keine Bindung an die Strukturen für die vertragsärztliche Versorgung erfolgen. Die in Absatz 7 geregelte Bindung an die Prüfungsstelle für den vertragsärztlichen Bereich ist nicht sinnvoll. Notwendig ist die Entwicklung eines eigenständigen Verfahrens für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- (6) Nicht nachvollziehbar ist die Festschreibung eines Investitionskostenabschlags von fünf Prozent für Krankenhäuser bei den Vergütungen für § 116b-Leistungen. Dieser muss ersatzlos gestrichen werden.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird zu Recht darauf hingewiesen, dass ambulante Behandlungskapazitäten (Gebäude, Geräte) der Krankenhäuser nicht förderfähig sind und ggf. sogar Fördermittel zurückgezahlt werden müssen. Der Bundesregierung dürfte zudem bekannt sein, dass die Investitionskostenförderung der Bundesländer für Krankenhausbauten und –ausstattung seit vielen Jahren weit unter dem Notwendigen liegt. Dazu kommen erhebliche regionale Verwerfungen. Viele Krankenhäuser müssen seit Jahren ohne nennenswerte staatliche Fördermittel auskommen. Vielerorts gibt es schlicht keine staatliche Förderung mehr, aus der eine Quersubventionierung möglich wäre.

Unverständlich ist deshalb, dass die Bundesregierung im Gesetzentwurf trotzdem einen Abschlag vorsieht. Hier wird klar erkennbar per Gesetz ein Wettbewerbsnachteil der Krankenhäuser ggü. den Vertragsärzten festgeschrieben.

- (7) Die Neuregelung muss eine wirtschaftliche Behandlung seltener Erkrankungen ermöglichen. Ein großer Teil der von der spezialärztlichen Versorgung erfassten Krankheitsbilder umfasst seltene Erkrankungen. Universitätsklinika spielen bei der Versorgung dieser Erkrankungen eine maßgebliche Rolle. Ihnen fehlt aber die wirtschaftliche Grundlage, in diesem Bereich systematisch Versorgungsangebote zu entwickeln bzw. auszubauen. Denn eine kostendeckende Versorgung dieser Patienten ist heute aus folgenden Gründen in aller Regel nicht möglich:
 - Der Großteil der Versorgung erfolgt ambulant. Die ambulanten Vergütungen bilden aber den für diese Patienten weit überdurchschnittlichen Koordinierungsaufwand für die interdisziplinäre und interprofessionelle Diagnostik und Versorgung nicht ab. Hierbei handelt es sich um Vorhaltekosten, bspw. für die Vorhaltung von Lotsen.
 - Die Spezialisten an den Universitätsklinika erbringen erhebliche Informations- und Schulungsleistungen für andere Leistungserbringer, die Menschen mit seltenen Erkrankungen versorgen, dafür aber nicht ausgebildet wurden und oftmals keinerlei Erfahrung mit dem Krankheitsbild haben. Diese Unterstützungsleistungen werden derzeit nicht honoriert, binden aber in erheblichem Umfang Personalkapazitäten.
 - Patienten mit seltenen Erkrankungen sollten möglichst alle in Studien behandelt werden. Dies ist jedoch aufwändig. Eine Finanzierung dafür fehlt in aller Regel.

- Medizinische Leistungen sind in der Erbringung für Patienten mit seltenen Erkrankungen oft wesentlich aufwändiger als für den Standardpatienten (z.B. Blutentnahme, CT etc.). Die Standard-EBM-Ziffern bilden daher den Aufwand nicht ausreichend ab.

Die im Gesetzentwurf angelegte Neuformulierung des § 116b SGBV wird an der Unterfinanzierung vorerst nichts ändern. Solange der EBM weiter gilt, lässt sich das Problem der zu niedrigen Bewertung bestehender Gebührenpositionen und der nicht abgebildeten Vorhaltekosten nicht adressieren. Die laut Absatz 6 von der Selbstverwaltung zu entwickelnden neuen Vergütungsformen werden voraussichtlich nicht in absehbarer Zeit verfügbar sein. Notwendig ist jedoch eine zeitnahe Verbesserung der Finanzierungssituation.

Deshalb plädieren wir ergänzend zu den neuen Regelungen des § 116b SGB V dafür, dass Zentren für seltene Erkrankungen sogenannte Zentrenzuschläge zur Finanzierung zentrenspezifischer Mehrkosten mit den Krankenkassen vereinbaren können. Die Zulassungskriterien für derartige Zentren sollten den vom Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) erarbeiteten Vorgaben folgen.

4. Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137e i.V.m. § 137c SGB V)

Allgemeine Anmerkungen

- (1) Die Differenzierung von „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“ im ambulanten Sektor und „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ im stationären Sektor wird im Gesetzentwurf beibehalten. Neu hinzu kommt als ergänzende Regelungsvariante die „Erprobung“ als eigenständiges G-BA-Verfahren. Die Erprobungsregelung hat Wechselwirkungen mit der bestehenden Systematik. Sinn macht die Erprobung in Kombination mit dem „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“ im ambulanten Sektor. Nicht hinreichend durchdacht ist das Verhältnis zum Prinzip „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ im stationären Sektor und in der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V NEU.
- (2) Für erfolgreiche Erprobungen müssen geeignete Leistungserbringer gewonnen werden, die bereit sind, den mitunter hohen Zusatzaufwand zu tragen. Es ist davon auszugehen, dass den teilnehmenden Leistungserbringern höchstens die entstandenen Zusatzkosten für die Erprobung ausgeglichen werden. Es stellt sich daher die Frage, welcher Anreiz für einzelne Kliniken und Arztpraxen besteht, an einer Erprobung teilzunehmen.

Für Praxen besteht insoweit ein starker Anreiz, als die Nicht-Teilnahme an der Erprobung die Erbringung der entsprechenden Leistung ausschließt. Es greift der Grundsatz „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“.

Für Krankenhäuser und Leistungserbringer in der spezialärztlichen Versorgung gilt dagegen der Grundsatz „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“. Unklar ist deshalb, warum sich diese Leistungserbringer an einer Erprobung beteiligen sollen. Positive Anreize wären hier sinnvoll. Denkbar wäre bspw. eine über die reine Kostendeckung hinausgehende Vergütung der Teilnahme an der Erprobung.

- (3) Bedauerlich ist, dass der vorliegende Ansatz ausschließlich auf die Generierung von Erkenntnissen im Rahmen einzelner, zeitlich begrenzter und konkret definierter Erprobungsprojekte setzt. Damit wird die Chance vergeben, dauerhaft und konzentriert institutionalisierte Prüfkompetenzen in einzelnen Innovationsfeldern wie bspw. der Bildgebung, der Strahlentherapie oder der Endoprothetik aufzubauen. Solche Innovationszentren böten die Chance, für die GKV frühzeitig sinnvolle Themenfelder der Versorgungsforschung zu identifizieren, bei der Abschätzung der Potenziale neuer Technologien zu unterstützen und für die Konzeption von Prüfprotokollen zuzuarbeiten.

Eine themenfeldbezogene Institutionalisierung klinischer Forschung strebt derzeit das BMBF im Feld der Forschungspolitik über die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung an. Allerdings haben diese Zentren ihre Aufgaben primär in der Grundlagen- und anwendungsorientierten Forschung. Die Prüfung neuer Verfahren auf ihren Nutzen für die GKV steht dort nicht im Fokus. Hier könnte eine engere Koordinierung von Gesundheits- und Forschungspolitik erheblichen Mehrwert generieren.

Zur Regelung im Einzelnen

Folgende im Entwurf enthaltene Punkte sind für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig und positiv zu bewerten:

- Die Erprobungsmöglichkeit besteht Sektoren übergreifend unter Einbeziehung vertragsärztlicher Praxen und ambulanter Angebote an Krankenhäusern.
- An der Erprobung dürfen nur jene Leistungserbringer teilnehmen, die
 - a) über die nötige medizinische Expertise und
 - b) über die Logistik und das Know how für eine adäquate wissenschaftliche Begleitung verfügen.
- Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgt durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution.
- Die Kosten für die medizinische Leistung sind durch die GKV zu tragen. Wird für Krankenhausleistungen nicht zeitnah ein NUB-Entgelt oder für ambulante Leistungen nicht zeitnah ein Entgelt vereinbart, dann setzt die Schiedsstelle ein solches Entgelt fest.
- Die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer erhalten eine angemessene Aufwandsentschädigung für den erprobungsbedingten Mehraufwand.
- Die über die reinen Krankenversorgungskosten hinausgehenden Kosten der Erprobung sind vom G-BA zu tragen, ggf. sind Hersteller von Medizinprodukten in die Finanzierung einzubeziehen.
- Hersteller und Krankenhäuser erhalten ein eigenständiges Antragsrecht beim G-BA.

- Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften erhalten in § 92 Abs. 7d NEU ein Recht zur Stellungnahme vor Entscheidungen über Richtlinien nach den §§ 135, 137c und 137e SGB V.

An anderen Stellen wären jedoch Klarstellungen hilfreich:

- NUB-Leistungen werden nach den Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsrechts i.d.R. im Rahmen der jeweiligen Entgeltverhandlungen nur für ein Jahr vereinbart. Im Krankenhausentgeltgesetz wäre deshalb eine Klarstellung hilfreich, dass Leistungen, die im Rahmen von Erprobungen erbracht werden, für die Dauer der Erprobung auch mehrjährig vereinbart werden sollen.
- In der Begründung zu § 137e Abs. 5 Satz 1 SGB V NEU werden „Overhead-Kosten“ der Erprobung erwähnt, die vom G-BA und ggf. den Herstellern zu finanzieren sind. In § 137e Abs. 5 Satz 4 SGB V NEU ist gleichzeitig geregelt, dass die teilnehmenden Leistungserbringer eine „angemessene Aufwandsentschädigung“ für ihren Zusatzaufwand erhalten sollen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff Overhead-Kosten missverständlich. Er bezeichnet üblicherweise nur indirekte Kosten, die sich nicht direkt einem Projekt zurechnen lassen und deshalb über Schlüsselungen verrechnet werden müssen (z.B. Infrastrukturkosten). Der wichtigste Kostenblock bei Erprobungen dürfte jedoch die diesen Erprobungen direkt zuordenbaren Mehrkosten insbesondere im Personalbereich sein, etwa für Aufklärungsgespräche oder Zusatzdokumentation. Es sollte daher in der Begründung klargestellt werden, dass sämtliche direkte und indirekte Kosten übernommen werden, die den Leistungserbringern durch die Erprobung zusätzlich entstehen.
- Der Begriff der „unabhängigen wissenschaftlichen Institution“ sollte konkretisiert werden. Maßgebliche Merkmale sollten sein, dass eine solche Institution über umfassende Erfahrungen mit der Konzeption und Durchführung klinischer Studien verfügt und von Herstellern und Krankenkassen wirtschaftlich unabhängig ist.

III. Ergänzender Regelungsbedarf

1. Finanzierungsregelung für bevorstehende Tarifsteigerungen

Sowohl die Universitätsklinik (über die Tarifgemeinschaft der Länder) als auch die kommunalen Krankenhäuser befinden sich derzeit in Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund. Im Raum stehen Mehrforderungen des Marburger Bunds von bis zu 9 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass es eine Tarifierhöhung weit über der Grundlohnrate für 2011 geben wird. Die Grundlohnrate wird voraussichtlich nicht höher als in den Vorjahren ausfallen (siehe Tabelle).

	Grundlohnrate
2006	0,63 (nach Korrektur durch AVWG)
2007	0,40
2008	0,64
2009	1,41
2010	1,54
2011	1,15 (durch GKV-FinG auf 0,9 gekürzt)

Damit stellt sich 2011 verschärft das Scherenproblem, d.h. der Personalaufwand wird weit schneller steigen als die Erträge. Gleiches gilt für die Sachkosten. Hier bestehen große Kostenrisiken insbesondere bei den innovativen Arzneimitteln, deren Preise im Krankenhausbereich weiterhin völlig unreguliert sind.

Unter diesem strukturellen Grundproblem leiden die Krankenhäuser seit vielen Jahren. Die Folge ist eine erheblichen Arbeitsverdichtung und Ausdünnung der Betreuungsschlüssel insbesondere in der Pflege auf Normalstation. Das ist für die Patientenversorgung in hohem Maße relevant.

Die schwarz-rote Vorgängerregierung hatte dieses Problem erkannt. Sie hat im Gesetz die Möglichkeit geschaffen, die Grundlohnrate durch einen Kostenorientierungswert zu ersetzen. Die amtierende Regierung hat diese Umstellung bisher nicht vollzogen.

Stattdessen wurde 2010 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für das Jahr 2012 ein Abzug von der Grundlohnrate in Höhe von 0,5 Prozent normiert. Dadurch wird das Scherenproblem nochmals verschärft.

Um 2012 eine massive Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser und negative Folgen für die Personalausstattung zu verhindern, muss die Bundesregierung rechtzeitig gegensteuern. Die Refinanzierung der absehbaren Tarifkostensteigerungen muss über die beiden folgenden Maßnahmen gesichert werden:

- Rücknahme des 0,5 Prozent-Abschlages für 2012
- mit Wirkung für 2012 Umstellung der Grundlohnrate auf den Kostenorientierungswert

2. Revision der Mehrleistungsregelungen für Krankenhäuser (§ 4 Abs. 2a und 3 KHEntgG)

Die EHEC-Krise hat gezeigt, dass das derzeitige DRG-Krankenhausfinanzierungssystem bei Epidemien mit einer großen Zahl Schwerstkranker und neuartiger Krankheitsverläufe versagt. Die Krankenhäuser, die den größten Teil der Versorgungslast getragen haben, müssen derzeit davon ausgehen, dass sie auf ungedeckten Kosten in Millionenhöhe sitzen bleiben werden. Insbesondere die Mehrleistungsregelungen sind unzureichend. Hier muss dringend nachgebessert werden. Es darf nicht im Ermessen der Krankenkassen liegen, zu welchem Anteil sie nicht planbare Mehrleistungen finanzieren. Die betroffenen Krankenhäuser brauchen verbindliche Rechtsgrundlagen, die sie gegen derartige unvorhersehbare Morbiditätsentwicklungen schützen.

Das geltende Recht muss dazu an zwei Stellen geändert werden:

1. In § 4 Abs. 2a KHEntgG müssen die mit dem GKV-FinG eingeführten Mehrleistungsabschläge für vereinbarte Mehrleistungen gestrichen werden. Dadurch wird sichergestellt, dass akute Krisensituationen wie bspw. EHEC in laufenden Entgeltverhandlungen mengensteigernd berücksichtigt werden können, ohne dass auf diese Mehrleistungen Abschläge fällig werden.

Sollte aus politischen Gründen keine vollständige Streichung möglich sein, dann müssten zumindest definierte Leistungsbereiche aus dem Anwendungsbereich der Abschlagsregelung heraus genommen werden. Es geht dabei um durch Epidemien bedingte Versorgungsleistungen, aber auch um alle anderen Leistungsbereiche, in denen die Mengenentwicklung vom einzelnen Krankenhaus kaum steuerbar ist. Ein entsprechender Formulierungsvorschlag ist als **Anlage 2** beigefügt.

2. In § 4 Abs. 3 müssen die Regelungen zu den Erlösausgleichen dergestalt angepasst werden, dass für nicht vereinbarte Mehrleistungen infolge von Epidemien und schwer planbaren Fallzahlentwicklungen grundsätzlich keine Ausgleichs fällig werden.

3. Öffnung der Hochschulambulanzen (§§ 117 und 120 SGB V)

Universitätsklinika erbringen ambulante Leistungen auf der Basis von vielfältigen Ermächtigungsgrundlagen (z.B.: §§ 115a, 115b, 116, 116b und 117 SGB V). Mit jeder dieser Rechtsgrundlagen sind andere Zulassungs- und Abrechnungsregelungen sowie Qualitätssicherungsanforderungen verbunden. In der Praxis ist dies nicht mehr vernünftig zu administrieren. Dies ist oben bei den Ausführungen zu § 116b SGB V NEU dargestellt.

Auf der Basis des § 117 SGB V erbringen die Universitätsklinika heute schon Leistungen, die auch im Katalog des § 116b SGB V enthalten sind. Die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen für die Hochschulambulanzen sind allerdings ausschließlich für den Bedarf von Forschung und Lehre ausgelegt. Sie arbeiten überdies mit Fallzahlbegrenzungen. Das geht an der medizinischen Alltagswirklichkeit vorbei, wie aktuell die überwiegend in Hochschulambulanzen erfolgende ambulante Nachsorge von EHEC-Fällen einmal mehr eindringlich demonstriert. Der neue § 116b SGB V hat dagegen im Unterschied zu § 117 SGB V einen Versorgungsfokus und keine inhärenten Mengenrestriktionen.

Für die Universitätsklinika wäre es eine erhebliche Entbürokratisierung und Vereinfachung, wenn sie die spezialärztliche Versorgung nicht über viele unterschiedliche Rechtsgrundlagen organisieren müssten. Deshalb sollte die neue Regelung des § 116b SGB V sowie die bereits bestehenden Regelungen des § 115b SGB V mit der Regelung zur Zulassung von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V harmonisiert werden. In § 117 SGB V müsste dazu für den Bereich der spezialärztlichen Versorgung neben dem Bedarf für Forschung und Lehre auch die Versorgungsfunktion der Hochschulambulanzen festgeschrieben werden. Da für die Hochschulambulanzen die Vergütungen mit den Kassen über § 120 SGB V direkt verhandelt werden, würde dies für die Kassen keinerlei finanzielle Risiken im Vergleich zu einer 1:1-Umsetzung des neuen § 116b SGB V bergen.

Der als **Anlage 1** beigefügte, auf Basis der Rechtslage 2006 erstellte Formulierungsvorschlag zeigt Ansatzpunkte auf, wie eine solche Harmonisierung umgesetzt werden könnte. Er geht allerdings inhaltlich über die bloße Einbeziehung der spezialärztlichen Versorgung und der ambulanten Operationen hinaus.

4. Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (§ 17b Abs. 1 Satz 17 KHG)

In den ursprünglichen Eckpunkten der Koalition zum Versorgungsgesetz war die ärztliche Weiterbildung als wesentliches Handlungsfeld für eine Verbesserung der Versorgung richtig erkannt worden. Es wurde gemeinsam mit den Ländern eine Arbeitsgruppe installiert, die Vorschläge zur Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung entwickeln sollte. Im Gesetzentwurf ist dieses für die Versorgungsqualität überragend wichtige Thema nun nicht mehr wiederzufinden. Perspektiven für eine Verbesserung der Weiterbildungssituation fehlen.

Dabei ist zumindest eine Finanzierungsregelung für die weiterbildungsbedingten Mehrkosten seit Jahren überfällig. In vielen anderen Ländern ist eine solche Weiterbildungsfinanzierung selbstverständlich. Die bisherigen Versuche, auch in Deutschland eine entsprechende Regelung auf den Weg zu bringen, sind am Widerstand der Selbstverwaltung gescheitert. Mit dem KHRG hatte der Gesetzgeber der Selbstverwaltung einen gesetzlichen Prüfauftrag bis zum 30. Juni 2009 erteilt (§ 17b Abs. 1 Satz 17 KHG). Seither liegt das Thema brach. Hier ist dringend politische Führung gefragt.

5. Verfügbarkeit von Arztstammdaten für die Abrechnung

Die Krankenhäuser sind nach § 301 Abs. 1 Nr. 4 SGB V verpflichtet, im Zuge der Abrechnung Datenangaben über den zuweisenden Arzt zu übermitteln. Das betrifft bei den stationären Abrechnungen alle Krankenhäuser. Universitätsklinika haben die vertragsärztlichen Zuweiser aber auch bei der Mehrzahl ihrer ambulanten Abrechnungen, insbesondere für die Hochschulambulanzen nach § 117 i.V.m. § 120 Abs. 3 SGB V zu übermitteln (ebenso für PIA und SPZ).

Dazu benötigen die Krankenhäuser eine aktuelle und umfassende Datenbank mit vertragsärztlichen Stammdaten zur lebenslangen Arztnummer und der Zuordnung zu einer Betriebsstättennummer. Aktuell ist jedes Universitätsklinikum gezwungen, hausindividuell eine eigene Arztstammdatei für die Vielzahl an regionalen und überregionalen vertragsärztlichen Zuweisern manuell zu pflegen.

Die Stammdatenpflege könnte wesentlich vereinfacht werden, wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre elektronischen Arztverzeichnisse mit den bundesweiten Arztstammdaten ihrer Mitglieder in regelmäßigen Abständen (z.B. zwei Mal im Jahr) den Krankenhäusern zur Verfügung stellt.

Die KVen sind aber teilweise nicht bereit, den Krankenhäusern diese Daten zu Abrechnungszwecken zur Verfügung zu stellen. Sie berufen sich dabei auf den Datenschutz. Die KBV wiederum erklärt sich hier für nicht zuständig, da sie die Datenhoheit bei den KVen sieht.

Die Folge ist ein enorm hoher Rechercheaufwand bei einzelnen Abrechnungen, für die die relevanten Arztstammdaten im Klinikum nicht vorliegen. Außerdem beanstanden die Kassen regelmäßig Abrechnungen, weil die vom Klinikum verwendeten Stammdaten nicht mit denen der Kassen übereinstimmen. Das generiert unnötigen Abstimmungsaufwand.

Es würde daher erheblich zur Entbürokratisierung beitragen, wenn die KVen bzw. die KBV gesetzlich verpflichtet würden, den Krankenhäusern zu Abrechnungszwecken entsprechende Datensätze zur Verfügung zu stellen.

Anlage 1

Stand: Oktober 2006

Formulierungsvorschlag §§ 117, 120 SGB V NEU**§ 117****Hochschulambulanzen**

(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen von Hochschulen oder Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ermächtigt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sind verpflichtet, mit den Hochschulambulanzen durch Vertrag den Umfang zu vereinbaren. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer der Vertragsparteien durch die Schiedsstelle nach §18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt. Mit diesem Vertrag kann auch gleichzeitig die Vergütung nach § 120 Abs. 3 vereinbart werden.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Im Rahmen der Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sind Fallzahlbegrenzungen vorzusehen. Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 3 bis 7 entsprechend.

(3) Über den in Absatz 1 und 2 genannten Umfang für Forschung und Lehre hinaus können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken Verträge zur Erbringung von ambulanten Leistungen der Krankenversorgung schließen. Zu den ambulanten Leistungen der Krankenversorgung zählen insbesondere

- hochspezialisierte Leistungen und Leistungen bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen,
- Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten,
- Leistungen im Rahmen interdisziplinär fachübergreifender Versorgung oder im Rahmen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wechselnder Versorgung durch Ärzte und sonstige Berufsgruppen,
- Leistungen nach § 115b SGB V sowie sonstige ambulante Operationen und Anästhesien.

Dazu gehören innovative ambulante Verfahren, die zum Zwecke der ambulanten Krankenversorgung eingesetzt werden können und die noch nicht in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (§ 87) aufgenommen worden sind, insbesondere Verfahren, die stationäre Behandlungen ersetzen, vorbereiten oder ergänzen.

Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 abgelehnt wurden, können nicht vereinbart werden.

§ 120

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte und ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet.

(2) Die Leistungen der **psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren** werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden.

(3) Die Leistungen der **Hochschulambulanzen** werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken im Land vereinbart. Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen kann pauschaliert werden. Sie hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen, soweit es sich um vergleichbare Leistungen handelt. Insbesondere bei hochspezialisierten, fachübergreifenden und innovativen Leistungen der Hochschulambulanzen, die mit vertragsärztlichen Leistungen nicht vergleichbar sind, muss die Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung der Hochschulambulanzen kann auf der Basis von komplexen Behandlungsverläufen vereinbart werden, die unterschiedliche Vergütungsbereiche wie z.B. ärztliche Leistungen, nichtärztliche Leistungen, Medikamente, Medizinprodukte umfassen können. Werden Leistungen, die bisher über die Gesamtvergütung nach den §§ 85 bis 85d vergütet worden sind, direkt an die Hochschulambulanzen vergütet, ist die Gesamtvergütung nach §§ 85 bis 85d für das Folgejahr auf der Grundlage der um die für diese Leistungen gezahlten Vergütungen zu bereinigen.

(4) Die an die Krankenkassen nach Abs. 2 und Abs. 3 zu übermittelnden Daten werden in einem für die Hochschulambulanzen und Krankenhäuser einheitlichen Datenträgeraustausch nach § 303 Abs. 3 in Form der Ergänzung des Datenträgeraustausches nach § 301 SGB V übermittelt. Bis zur Realisierung erfolgt die Abrechnung ohne Datenträgeraustausch. Satz 1

und 2 gelten für die Übermittlung von Daten nach § 129a i.V.m. § 300 Abs. 3, für § 302, § 295 Abs. 1 i.V.m. Abs. 1b und § 295 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 entsprechend.¹

(5) Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren von den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 2 und nach Absatz 3 Satz 2, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart.

(6) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch die Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren und die Psychiatrischen Institutsambulanzen wird von den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 2 und nach Absatz 3 Satz 2 vereinbart.²

(7) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest.

(8) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch einen Vorteilsausgleich umfasst, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

§ 129a

Krankenhausapotheken

Die Krankenkassen oder ihre Verbände vereinbaren mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses das Nähere über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke an Versicherte, insbesondere die Höhe des für die Versicherten maßgeblichen Abgabepreises. Liegt der Abgabepreis unter dem Abgabepreis der öffentlichen Apotheken, entfällt die Erhebung der Zuzahlung nach § 31 Abs. 3. Die nach § 300 Abs. 3 getroffenen Regelungen sind Teil der Vereinbarungen nach Satz 1.

Folgeänderung § 113 Abs. 4 => wird gestrichen

¹ Evtl. Folgeänderungen § 129a, § 302, § 295 Abs. 1b und § 295 Abs. 4

² § 113 Abs. 4 kann somit entfallen.

Anlage 2

Formulierungsvorschlag (Änderungen ggü. der geltenden Fassung sind fett hervorgehoben)

§ 4 Absatz 2a KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlages zu vereinbaren. ~~Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln sowie bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes; im Übrigen können die Vertragsparteien zur Vermeidung unzumutbarer Härten einzelne Leistungen von der Erhebung des Abschlags ausnehmen.~~ Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlages vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes nicht absenkend berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwertes zu vereinbaren.“

In § 4 wird folgender Absatz 2b neu eingefügt:

„(2b) Der Mehrleistungsabschlag nach Absatz 2a Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln sowie bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes; im Übrigen können die Vertragsparteien zur Vermeidung unzumutbarer Härten einzelne Leistungen von der Erhebung des Abschlags ausnehmen. Ferner gilt er nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte für Leistungen, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen: Es besteht oder droht eine Unterversorgung; es handelt sich um innovative Leistungen; der Gemeinsame Bundesausschuss will über Richtlinien eine Konzentration in speziell qualifizierten Zentren herbeiführen; das Leistungsaufkommen ist vom Krankenhaus schwer steuerbar. Mindestens eines dieser Kriterien ist insbesondere bei folgenden Leistungsbereichen erfüllt: Transplantationen, Frühgeborenenversorgung, Kinderherzchirurgie, Kinderonkologie, Versorgung von Bauchaortenaneurysmen, Versorgung von polytraumatisierten Patienten, Versorgung von Schwerbrandverletzten, Versorgung von Patienten im Rahmen einer Epidemie, Fälle mit Langzeitbeatmung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Ergänzung dieses Katalogs um weitere Leistungsbereiche; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande,

entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der Vertragsparteien.

Begründung

Es ist auszuschließen, dass ein dauerhafter Mehrleistungsabschlag zu Fehlsteuerungen führt und dadurch die Sicherstellung der Versorgung gefährdet. Deshalb gibt das Gesetz einen Katalog von Entgelten vor, für die keine Mehrleistungsabschläge fällig werden. Diesem Katalog liegen die folgenden, im Gesetz definierten abstrakten Kriterien zugrunde:

- Bestehende Unterversorgung: Leistungsbereiche wie etwa die Transplantationen, in denen Unterversorgung besteht und für die deshalb aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung eine Mengenausweitung geboten ist, sind von den Mehrleistungsabschlägen auszunehmen.
- Innovative Leistungsformen: Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen oft neue Versorgungsangebote aufgebaut werden, die an den entsprechenden Kliniken aufgrund der hohen Nachfrage seitens der Patienten zu Leistungssteigerungen führen. Innovative Medizin soll nicht behindert werden.
- Gewollte Konzentration in Zentren: Leistungsbereiche, die aufgrund von entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an speziell qualifizierten Zentren konzentriert werden sollen, sind von den Mehrleistungsabschlägen auszunehmen. Hierzu gehören etwa die Frühgeborenenversorgung, die Kinderherzchirurgie, die Kinderonkologie und die Versorgung von Bauchaortenaneurysmen.
- Durch behandelndes Krankenhaus schwer steuerbar: Das Leistungsaufkommen ist vom Krankenhaus unter nahezu keinem Gesichtspunkt steuerbar; insbesondere sind keine Verlegungen möglich. Dies betrifft insbesondere die Versorgung bei Epidemien und wesentliche Teile der komplexeren Notfallversorgung, z.B. polytraumatisierte Patienten, Schwerbrandverletzte und andere Fälle mit einem hohen intensivmedizinischen Anteil (z.B. G-DRG der Prä-MDC). Solche Fälle werden meist in Krankenhäusern der höheren Versorgungsstufen mit entsprechenden Sicherstellungsverpflichtungen versorgt. Sie sind häufig mit hohen Sachkostenanteilen oder besonderen Personalausstattungen verbunden, die variabel oder zumindest sprungfix sind. In überdurchschnittlichem Maße werden solche Fälle aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung nach erfolgter Erstversorgung in Häuser der Maximalversorgung oder Spezialkliniken verlegt.

Aufgrund der ständigen Veränderung der Versorgungslandschaft kann der gesetzliche Katalog keinen abschließenden Charakter haben. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass der G-BA künftig für weitere Leistungsbereiche Vorgaben macht, die zu einer Konzentration von Leistungen in Zentren und damit zu Leistungsverchiebungen zwischen den Krankenhäusern führen. Deshalb vereinbarten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Ergänzung dieses Katalogs um weitere Leistungsbereiche. Diese Vereinbarung ist schiedsstellenfähig.