



Verband der
Universitätsklinika
Deutschlands

VUD e.V. - Alt-Moabit 96 - 10559 Berlin

Frau Dr. Martina Bunge, MdB
Vorsitzende des Ausschusses für
Gesundheit
Fraktion DIE LINKE
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Tel.: 030 / 3940517 - 0
Fax: 030 / 3940517 - 17

E-Mail info@uniklinika.de
<http://www.uniklinika.de>
22. November 2006

Stellungnahme der Universitätsklinika zur Gesundheitsreform (GKV-WSG)

Sehr geehrte Frau Doktor Bunge,

derzeit ist das GKV-WSG in der parlamentarischen Beratung. Weil die Universitätsklinika hiervon auch betroffen sind, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie im weiteren Ausschussverfahren die folgenden Probleme aufnehmen und für sachgerechte Lösungen Sorge tragen könnten.

1. Im GKV-WSG ist eine Pauschalkürzung als so genannter Solidarbeitrag für Krankenhäuser vorgesehen, der sich auf mindestens 0,7 Prozent faktisch für die Universitätsklinika jedoch eher bis auf 1 Prozent bemisst. Dies allein genommen stellt noch keine dramatische Größenordnung dar. In Kombination mit den Tarifsteigerungen infolge der jüngsten Abschlüsse mit dem Marburger Bund für die Ärzte sowie ver.di für das übrige Personal erstens, der Mehrwertsteuererhöhung zweitens sowie exorbitanten Preissteigerungen im Energiesektor drittens summieren sich diese Belastungen sehr schnell bis zu 10 Prozent. Diese Kürzungen resultieren aus verschiedenen Politikbereichen, die nicht koordiniert sind, vor Ort in den Universitätsklinika und Krankenhäusern aber kumuliert bewältigt werden müssen. Ändert sich hieran nichts, sind in großen Universitätsklinika mehr als 100 Vollkräfte abzubauen und drastische Einschränkungen im Versorgungsniveau vorzunehmen. Im weiteren Verfahren sollte deshalb auf die ersatzlose Streichung des Solidarbeitrags der Krankenhäuser hingewirkt werden.
2. Die finanzielle Situation der Universitätsklinika und der Krankenhäuser ist seit Mitte der 90er Jahre durch die so genannte Scherenproblematik geprägt. Die Erträge werden gedeckelt zur Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dem stehen gegenüber hiervon entkoppelte Preiserhöhungen beim Personal, bei der Steuer, bei den Energiekosten und bei den innovativen Arzneimitteln, auf die die Geschäftsführungen keinen Einfluss ausüben können. Anrechnungsmechanismen für diese Preiserhöhungen im Krankenhausfinanzierungsrecht sind mit der Einführung des neuen Fallpauschalensystems weggefallen.

Es sollte dringend darauf hingewirkt werden, dass die Universitätsklinika und Krankenhäuser wie früher nicht beeinflussbare Preiserhöhungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen gegenüber den Kostenträgern geltend machen dürfen. Hierzu wären entsprechende Novellierungen des KHG und KHEntgG erforderlich.

3. Seit Jahrzehnten wird in Deutschland der Versuch unternommen, für Schwerstkranke den Zugang zur ambulanten Vor- und Nachsorge sowie Behandlung durch Spezialisten am Krankenhaus zu ermöglichen. Dies ist im Ausland überall Standard. Die Bemühungen verschiedener Bundesregierungen (zuletzt mit dem neuen § 116 SGB V) hier Verbesserungen zu schaffen, sind aus verschiedenen Gründen stets gescheitert. Wir möchten uns deshalb den Vorschlag erlauben, dieses Problem für die Universitätsklinika durch eine Neufassung von § 117 SGB V über die Hochschulambulanzen zu lösen. Wir haben diesen Entwurf diesem Schreiben beigelegt. Dieser sieht vor, dass die Hochschulambulanzen nunmehr Patienten nicht nur und ausschließlich wegen des Bedarfs für Forschung und Lehre behandeln können. Erstmals würde auf diesem Weg die ambulante Behandlung für hochspezialisierte und seltene Fälle sowie für Erkrankungen mit einem besonders komplizierten Verlauf in den Hochschulambulanzen zulässig und finanzierbar. Auch diese Initiative könnte im weiteren Verfahren eingebracht werden.
4. Das GKV-WSG sieht erstmals flächendeckend für die ambulante und stationäre Versorgung eine Kompetenzzuweisung an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor, Richtlinien für Zweitmeinungen vorzugeben. Dieses Ziel ist grundsätzlich richtig. Nicht thematisiert wird jedoch, warum ähnliche gesetzliche Bestimmungen in der Vergangenheit leer gelaufen sind. Wir verfügen in den Universitätsklinika über reichhaltige Erfahrungen mit den juristischen und finanziellen Schwierigkeiten bei der Erbringung von Zweitmeinungen. Auch geben wir zu bedenken, dass es für Deutschland international ein Problem darstellen würde, wenn ausgewiesene Universitätsmediziner von Krankenkassenärzten bei innovativen Therapien gesteuert und kontrolliert werden. Wir wären deshalb sehr dankbar, wenn im weiteren Verfahren auf Ausnahmen und eine Sonderstellung der Universitätsmedizin bei dem entsprechenden § 137 SGB V hingewirkt werden könnte.

Wir haben uns in der Stellungnahme auf diese vier Punkte beschränkt. Wir sind gern bereit, diesen Standpunkt auch persönlich zu erläutern. Für Ihre Bemühungen dürfen wir uns bereits im Vorhinein ausdrücklich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre



Prof. R. Siewert
1. Vorsitzender



R. Strehl
Generalsekretär

Anlage



Verband der
Universitätsklinika
Deutschlands

Stellungnahme

des

Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD

**Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen
Krankenversicherung**

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

November 2006

Zusammenfassung

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) sieht bei Einzelpunkten Änderungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten. Einzelne Regelungen gefährden die Leistungsfähigkeit der deutschen Hochschulmedizin massiv oder lassen Chancen für eine bessere Patientenversorgung ungenutzt. Der VUD regt deshalb an, die geplanten krankenhausesbezogenen Kürzungen und die Regelungen zu Zweitmeinungen nochmals kritisch zu reflektieren und strukturelle Reformen bei den Hochschulambulanzen durchzuführen. Letzteres würde mittelfristig zu erheblichen qualitativen und finanziellen Verbesserungen für das GKV-System führen.

Konkret schlägt der VUD folgendes vor:

1. Verzicht auf die 1-Prozent-Kürzung der Krankenhausbudgets

In 2007 sind – inklusive der im Zuge der Gesundheitsreform geplanten Kürzungen für Krankenhäuser – nicht refinanzierte Finanzbelastungen von 9,5 bis zu 14,5 Prozent für die Universitätsklinika absehbar. Ohne Wirkung für das Leistungsniveau ließen sich diese enormen Beträge keinesfalls einsparen. Deshalb muss die große Koalition zumindest auf folgende in der Gesundheitsreform bisher vorgesehene Maßnahmen verzichten: die Streichung der Rückzahlungsverpflichtung für nicht verbrauchte Mittel in der Integrierten Versorgung, die Absenkung des Mindererlösausgleichs und die 0,7 Prozent-Abschläge bei Krankenhausrechnungen für GKV-Patienten.

2. Schaffung einer Refinanzierungsregelung für Personalkostensteigerungen

Angesichts der Summe der absehbaren Belastungen reicht ein Verzicht auf die geplanten Kürzungen allein nicht aus. Notwendig ist zusätzlich eine Refinanzierungsregelung für außerordentliche Personalkostensteigerungen, wie sie sich aus den jüngsten Tarifabschlüssen ergeben. Ein solcher Refinanzierungstatbestand würde auch das strukturelle Problem der dauerhaft über der Veränderungsrate liegenden Personalkostensteigerungen (sog. „Scherenproblematik“) entschärfen.

3. Verbesserungen für Schwerstkranke durch Öffnung der Hochschulambulanzen für Krankenversorgung jenseits des für Forschung und Lehre Notwendigen

Die beabsichtigte Neuregelung des § 116b SGB V zu hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf wird in der Praxis nicht wie gewünscht zu einer besseren Versorgung Schwerstkranker führen. Da die Universitätsklinika bei der Versorgung dieser Patientengruppe Hauptanbieter sind, schlägt der VUD vor, den Gegenstandsbereich des § 116b SGB V in den § 117 SGB V für die Hochschulambulanzen zu integrieren.

Entsprechend müsste der Gesetzgeber die bisherige Beschränkung des Versorgungsspektrums der Hochschulambulanzen auf das für Forschung und Lehre Notwendige um einzelne Tatbestände ergänzen.

Ein Formulierungsvorschlag für die Neufassung des § 117 SGB V ist dieser Stellungnahme beigefügt (**Anlage**). Dieser Vorschlag beinhaltet weitere Öffnungstatbestände und sieht ein Einkaufsmodell durch die Kassen vor. Mit diesem Ansatz könnten die 33 Universitätsklinika modellhaft die Auswirkungen einer weitgehenden Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung erproben.

4. Differenzierte Implementierung von Zweitmeinungen

Von Regelungen zu Zweitmeinungen sind die Universitätsklinika an zwei Stellen betroffen:

1. Durch die Neuausrichtung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollen die Rahmenbedingungen für das Verfahren verändert werden, mit dem der G-BA nach § 137 SGB V Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen festlegen kann.
2. Gleichzeitig will der Gesetzgeber in § 73d SGB V für die vertragsärztliche Versorgung bei hochwirksamen, neuen Arzneimitteltherapien und Verfahren ein vom G-BA zu beschließendes Zweitmeinungsverfahren etablieren. Dies betrifft insbesondere ermächtigte Chefärzte in den Universitätsklinika. Außerdem wird das nun geplante Zweitmeinungsverfahren für den vertragsärztlichen Bereich die Versorgung in den Hochschulambulanzen unmittelbar berühren. Zahlreiche Beispiele belegen, dass für den vertragsärztlichen Bereich entwickelte Regelungen Präjudizcharakter für die ambulante Versorgung an Krankenhäusern aber auch für die stationäre Versorgung¹ haben.

Die große Sorge der Universitätsklinika ist, dass beide Zweitmeinungsverfahren zwar formal als Qualitätssicherungsinstrumente angelegt werden, sie faktisch aber im künftigen G-BA zu einem Mengenbegrenzungsinstrument für zugelassene Leistungen zweckentfremdet werden. Da die Zweitmeinungsverfahren insbesondere auf innovative Therapien abzielen, besteht ein reales Risiko, das für GKV-Patienten der Zugang zu Innovationen massiv erschwert wenn nicht sogar verhindert wird.

Dies würde unmittelbar in die Zweiklassenmedizin führen. Dazu kommt, dass ein G-BA-getriebenes Zweitmeinungsverfahren in der Hochschulmedizin als massive Innovationsbremse wirken würde.

¹ Siehe bspw. den Versuch, die Regelungen der Arzneimittelrichtlinien zum Off-Label Use auch in den Bereich der stationären Behandlung zu übertragen.

Deshalb sollte das Zweitmeinungsinstrument behutsam entwickelt werden. Die im Allgemeinen international ausgewiesenen Spezialisten an den Universitätsklinika müssen die Freiheit behalten, im Rahmen der Budgets für ihre schwerstkranken Patienten nach eigenem Beurteilungsvermögen Innovationen anzuwenden.

Gleichzeitig sollten selbstverständlich auch in der Hochschulmedizin Standards gelten. Deshalb schlägt der VUD folgendes vor:

1. Universitätsklinika sollten unter der Bedingung von der Zweitmeinungserfordernis freigestellt werden, dass in der Klinik interdisziplinär besetzte Gremien Behandlungsstandards auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand definieren. Will der behandelnde Arzt von diesen Standards abweichen, dann benötigt er die Zustimmung des entsprechenden Gremiums. Für Kliniken, die dieses Verfahren nicht praktizieren, greifen in vollem Umfang die Zweitmeinungsbestimmungen.
2. Insoweit für die vertragsärztliche Versorgung und die stationäre Grund- und Regelversorgung Zweitmeinungsverfahren entwickelt werden, sollten die Universitätsklinika in ihrer Funktion als Speerspitze des medizinischen Fortschritts mit der Innovationssteuerung betraut werden.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Kürzungen der Krankenhausbudgets

Der Gesetzentwurf sieht an verschiedenen Stellen Kürzungen für die Krankenhäuser vor, die sich auf insgesamt 1 Prozent der Krankenhausbudgets addieren:

- Streichung Rückzahlungsverpflichtung für nicht verbrauchte IV-Mittel in § 140d SGB V = 0,1 Prozent
- Absenkung Mindererlösausgleich in § 4 KHEntgG und § 12 BPfIV = 0,2 Prozent
- Rechnungsabschlüsse für GKV-Patienten = 0,7 Prozent

Isoliert betrachtet mag es aus gesundheitspolitischer Sicht vertretbar erscheinen, die Krankenhausbudgets pauschal um bis zu 1 Prozent zu kürzen. Übersehen wird dabei aber, dass die Krankenhäuser aktuell und in 2007 mit zahlreichen weiteren Belastungen konfrontiert sind. Sie rühren zu einem großen Teil aus Eingriffen in anderen Politikbereichen her:

- Verlängerung der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung = (bis zu) 1 Prozent²
- Personalkostensteigerungen aufgrund der neuen Tarifverträge (Marburger Bund, Ver.di) sowie aufgrund der Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes (Auslaufen der Übergangsregelung → ab 1.1.2007 volle Anrechnung des Bereitschaftsdiensts als Arbeitszeit) = 4 bis 6,5 Prozent
- Kostensteigerungen bei Sachaufwand infolge der Mehrwertsteuererhöhung = 1 Prozent
- Naturalrabattverbot (siehe AVWG), steigende Qualitätssicherungsanforderungen (siehe u.a. geplantes Gewebegesetz), neue sicherheitstechnische Anforderungen, steigende Energiekosten, Mehraufwand Dokumentation/Bürokratie = 2,5 Prozent
- Optional: bis zu 2,5 Prozent Budgetabsenkung infolge DRG-Konvergenz (bei den Kliniken, die von der Konvergenz negativ betroffen sind)

Diese Budgetkürzungen bzw. nicht refinanzierten Kostensteigerungen addieren sich somit – je nach Krankenhaus – auf 9,5 bis 14,5 Prozent des Gesamtbudgets. Diese im Krankenhauswesen nach dem 2. Weltkrieg bisher beispiellose Kumulation von Belastungen ist das Ergebnis einer fehlenden Gesamtschau. Gesundheits-, Tarif- und Steuerpolitik sind nicht koordiniert.

² Vom Budgetabzug bei der Integrierten Versorgung sind Universitätsklinika tendenziell stärker negativ betroffen als andere Leistungserbringer, weil sie in aller Regel keine Verträge abschließen, um die abgezogenen Mittel zurück zu holen. Der Grund dafür ist, dass die Universitätsklinika aufgrund ihrer Hochschulambulanzen traditionell bereits integrierte Versorgung anbieten. Damit entfällt der Anreiz für die Kassen, mit Universitätsklinika entsprechende Verträge abzuschließen.

Nach mittlerweile über einer Dekade der Budgetdeckelung haben selbst sehr gut geführte Häuser kaum noch Möglichkeiten, Finanzierungslücken dieser Größenordnung unter Beibehaltung ihres bisherigen Leistungsniveaus zu kompensieren. Sie haben in der Vergangenheit ihre Strukturen weitgehend optimiert. Entsprechend verfügen sie faktisch über keine weiteren Effizienzreserven.

Als Einsparoptionen verbleiben diesen Häusern nur noch massiver Personalabbau in Pflege und ärztlichem Dienst sowie die Standardisierung der Behandlung schwerstkranker Patienten auf deutlich niedrigerem Niveau als bisher. Soll dies nicht geschehen, dann müssen die genannten Belastungen spürbar abgemildert werden.

Neben der unverhältnismäßigen Höhe der Gesamtbelastungen sprechen auch systematische Argumente gegen eine Pauschalkürzung der Krankenhausbudgets. Es ist erklärtes Ziel des Gesetzgebers, über das DRG-System einen Leistungsbezug bei der Vergütung von Krankenhausleistungen herzustellen. Nicht nachvollziehbar ist deshalb, dass nun pauschal allen Krankenhäusern – unabhängig von deren Leistungsfähigkeit – die Budgets gekürzt werden sollen. Dies trifft insbesondere die Universitätsklinik als Supramaximalversorger. Sie sind immer noch von der verbesserungsbedürftigen Abbildung der Hochleistungsmedizin im DRG-System besonders betroffen.

Die Universitätsklinik fordern deshalb, dass die geplante pauschale Rechnerkürzung, die Kürzung des Mindererlösausgleiches und Streichung der Rückzahlungsverpflichtung bei der Integrierten Versorgung zurückgenommen werden.

2. Fehlende Refinanzierung außerordentlicher Personalkostensteigerungen

Krankenhäuser können ihre Preise nicht selbst festlegen. Folglich können sie – im Gegensatz zu Unternehmen der freien Wirtschaft – auf Mehrwertsteuererhöhungen oder teure Tarifabschlüsse nicht über eine Anpassung der Preise reagieren.

Die Krankenhäuser bekommen über ihre Leistungsentgelte selbst im Idealfall maximal Personalkostensteigerungen in Höhe der Veränderungsrate von den Kassen refinanziert. Im Regelfall liegen die Personalkostensteigerungen deutlich über der Veränderungsrate (sog. „Scherenproblematik“). Das hat zur Folge, dass die Krankenhäuser die Differenz durch Effizienzsteigerungen oder Leistungsabbau einsparen müssen.

Folgende Zahlen für die Universitätsklinik in Baden-Württemberg veranschaulichen die Tragweite dieses Problems:

- Veränderungsrate (einschl. BAT-Ausgleichsrate) 1999-2007: 11,13 Prozent
- Personalkostensteigerung 1999-2007: 25,82 Prozent

Von 1999-2007 mussten die betreffenden Häuser folglich die erhebliche Differenz von 14,69 Prozent durch Einsparungen und Fortschritte bei der Arbeitsproduktivität ausgleichen.

Diese Möglichkeiten stoßen jedoch an Grenzen. Zum einen sind die Einsparpotenziale endlich und heute weitestgehend ausgeschöpft. Zum anderen ist die Arbeitsproduktivität in hochgradig individuellen Dienstleistungsbereichen wie der stationären Behandlung nur begrenzt und in kleinen Schritten steigerbar.

Besonders weit geht die „Schere“ dann auf, wenn die Personalkosten sprunghaft ansteigen. Aktuell ist dies aufgrund der jüngsten Tarifabschlüsse der Fall. Für die Universitätsklinika liegen die Kostensteigerungen je nach Haus und Bundesland zwischen 4 und 6,5 Prozent. Auf diese Kostensteigerungen haben die Häuser keinen Einfluss, da sie die Tarifverträge nicht selbst mit den Gewerkschaften aushandeln können.

Die Universitätsklinika können diese enormen Kostensteigerungen keinesfalls ohne Leistungskürzungen ausgleichen. Bleibt eine Anpassung der Leistungsentgelte aus, sind negative Auswirkungen auf die Krankenversorgung nur dadurch zu vermeiden, dass die Universitätsklinika eigentlich für Forschung und Lehre vorgesehene Mittel für die Krankenversorgung zweckentfremden. Dies ginge letztlich zulasten des Forschungs- und Wissenschaftsstandortes Deutschland.

Deshalb ist im Krankenhausfinanzierungsrecht dringend ein Refinanzierungstatbestand für deutlich oberhalb der Veränderungsrate liegende Personalkostensteigerungen erforderlich.

3. Öffnung der Hochschulambulanzen für Krankenversorgung jenseits des für Forschung und Lehre Notwendigen

Seit Jahren betreibt der Gesetzgeber die ambulante Öffnung der Krankenhäuser. Zu diesem Zweck hat er zahlreiche gesetzliche Öffnungstatbestände geschaffen. Die Ziele dabei sind:

- Mehr Effizienz an der Schnittstelle ambulant und stationär durch bessere Verzahnung der Leistungserbringung
- Schließen von Versorgungslücken im vertragsärztlichen Bereich insbesondere bei seltenen und komplexen Krankheiten
- Ganzheitliche Fallbetrachtung
- Behandlung aus einer Hand.

Die dringend notwendige Öffnung der Krankenhäuser kommt nur langsam voran. In einigen Bereichen ist sie bisher sogar vollständig gescheitert. Dazu gehört die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen,

seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Erkrankungsverlauf nach § 116 b SGB V.

Dieser Paragraph soll im Zuge der Gesundheitsreform neu geregelt werden. Demnach sollen künftig geeignete Krankenhäuser im Rahmen der Landeskrankenhausplanung unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation für die genannten Leistungen geöffnet werden können. Dabei ist das Einvernehmen der an der Landesplanung Beteiligten anzustreben.

Wie schon die vorhergehende Regelung wird auch diese Neufassung des § 116b SGB V an den Realitäten scheitern. Aus folgenden Gründen wird die Versorgung Schwerstkranker, für deren Verbesserung § 116b SGB V von besonderer Bedeutung wäre, weiterhin suboptimal bleiben:

- Die Vermischung von Landesplanung und Vertragsärzteplanung wird in der Praxis an den notwendigen Abstimmungsprozessen scheitern.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss bliebe weiter für die Entwicklung des Katalogs von 116b-Leistungen zuständig. Dieses Verfahren ist gerade für Innovationen zu langsam und zu schwerfällig.
- Das Kriterium „Eignung“ ist als unbestimmter Rechtsbegriff für die Auswahl von leistungsberechtigten Krankenhäusern politisch anfällig. Es besteht die Gefahr, dass auch Krankenhäuser ohne entsprechende Eignung für die ambulante Versorgung Schwerstkranker geöffnet werden.

Da die Universitätsklinika schon heute zu einem großen Teil die Versorgung Schwerstkranker übernehmen, schlägt der VUD vor, die Hochschulambulanzen der Universitätsklinika gezielt für diese Patientengruppe zu öffnen. Rechtlich umsetzen ließe sich das, indem der Gegenstandsbereich des § 116b SGB V in den § 117 SGB V zu den Hochschulambulanzen integriert wird. Entsprechend müsste der Gesetzgeber die bisherige Beschränkung des Versorgungsspektrums der Hochschulambulanzen auf das für Forschung und Lehre Notwendige um einzelne Tatbestände ergänzen.

Ein Formulierungsvorschlag für die Neufassung des § 117 SGB V ist dieser Stellungnahme beigelegt (**Anlage**). Der Vorschlag beinhaltet weitere Öffnungstatbestände und sieht ein Einkaufsmodell durch die Kassen vor. Dieser Ansatz hat folgende Vorteile:

- Die Kassen behalten die volle Kontrolle über die Kosten und das Ausmaß der Öffnung.
- 33 Universitätsklinika könnten modellhaft die Auswirkungen einer weitgehenden Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung erproben (anstatt einer sofortigen Öffnung für alle 2100 Krankenhäuser). Dabei könnten sie auf bereits etablierten und erprobten Strukturen aufsetzen.

- Statt des bisherigen Flickenteppichs gesetzlicher Ermächtigungsgrundlagen für ambulante Krankenhausbehandlung käme nur eine Rechtsgrundlage zur Anwendung. Die Folge wären weniger Bürokratie und eine bessere Steuerbarkeit des Leistungsgeschehens.

4. Zweitmeinungen

Von Zweitmeinungsregelungen sind die Universitätsklinik an zwei Stellen betroffen:

1. Der G-BA soll auf eine sektorübergreifende Qualitätssicherung ausgerichtet werden. Entsprechend sollen die Rahmenbedingungen für das bereits heute existierende Verfahren verändert werden, mit dem der G-BA nach § 137 SGB V Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen festlegen kann:
 - Zum einen werden künftig die Kassen im Verhältnis zu den Leistungserbringern eine dominante Rolle im G-BA innehaben. Denn der Kassenbank steht eine heterogene Leistungserbringerbank aus Krankenhausvertretern und Vertretern des niedergelassenen Bereichs gegenüber. Künftig muss diese heterogene Leistungserbringerseite gemeinsam über ambulante und stationäre Regelungen entscheiden.
 - Zum anderen müssen künftig Bundesärztekammer und die Berufsorganisationen der Krankenpfleger nicht mehr an der Beschlussfassung bei Qualitätssicherungsmaßnahmen im G-BA beteiligt werden.
2. Gleichzeitig will der Gesetzgeber § 73d SGB V für die vertragsärztliche Versorgung bei hochwirksamen, neuen Arzneimitteltherapien und Verfahren ein vom G-BA zu beschließendes Zweitmeinungsverfahren etablieren. Dies betrifft insbesondere ermächtigte Chefärzte in den Universitätsklinik. Außerdem werden in der Gesetzesbegründung als Anwendungsbereich für diese Regelung insbesondere „gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel ... z.B. zur Behandlung von Autoimmun- oder Tumorerkrankungen“ genannt. Diese hochinnovativen Therapieansätze kommen heute zu einem großen Teil in der stationären und ambulanten Behandlung an Universitätsklinik zum Einsatz.

Das nun geplante Zweitmeinungsverfahren für den vertragsärztlichen Bereich wird deshalb die Versorgung in den Hochschulambulanzen unmittelbar berühren. Zahlreiche Beispiele belegen, dass für den vertragsärztlichen Bereich entwickelte Regelungen Präjudizcharakter für die ambulante Versorgung an Krankenhäusern aber auch für die stationäre Versorgung³ haben. Deshalb ist davon auszugehen,

³ Siehe bspw. den Versuch, die Regelungen der Arzneimittelrichtlinien zum Off-Label Use auch in den Bereich der stationären Behandlung zu übertragen.

dass Vorgaben nach § 73d SGB V über das modifizierte Verfahren nach § 137 SGB V letztlich auch die stationäre Hochleistungsmedizin erreichen werden.

Die große Sorge der Universitätsklinik ist, dass beide Zweitmeinungsverfahren zwar formal als Qualitätssicherungsinstrumente verpackt werden, sie faktisch aber im künftigen G-BA zu einem Mengenbegrenzungsinstrument für zugelassene GKV-Leistungen zweckentfremdet werden.

Da die Zweitmeinungsverfahren insbesondere auf innovative Therapien abzielen, besteht ein reales Risiko, das für GKV-Patienten der Zugang zu Innovationen massiv erschwert wenn nicht sogar verhindert wird. Dass diese Sorge begründet ist, zeigt die Begründung zu § 137 SGB V im Gesetzentwurf. Dort heißt es, dass die Zweitmeinung nicht etwa zur Sicherung des medizinischen Ergebnisses eingesetzt werden soll, sondern zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Behandlung.

Dazu kommt, dass insbesondere im Bereich der hochinnovativen Therapien die Universitätsklinik stets interdisziplinär abgestimmt und auf dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft behandeln. Die Universitätsklinik sind der Innovationsmotor in der Krankenversorgung.

Der G-BA hat weder die fachliche Kompetenz noch ist er aufgrund der schwerfälligen Verfahren und Abstimmungsprozesse in der Lage, zeitnah qualifizierte Zweitmeinungserfordernisse für hochinnovative Therapien zu formulieren. Ein G-BA-getriebenes Zweitmeinungsverfahren würde deshalb dem Fortschritt ständig hinterher hinken und in der Hochschulmedizin mit Sicherheit als massive Innovationsbremse wirken.

Deshalb muss dieses Instrument behutsam entwickelt werden. Die im Allgemeinen international ausgewiesenen Spezialisten an den Universitätsklinik müssen die Freiheit behalten, im Rahmen der Budgets für ihre schwerstkranken Patienten nach eigenem Beurteilungsvermögen Innovationen anzuwenden. Nur so ist therapeutischer Fortschritt weiterhin möglich. Werden GKV-Patienten von diesem Fortschritt abgekoppelt, dann führt dies in der Krankenhausversorgung zwangsläufig in die Zweiklassenmedizin.

Ein behutsames Vorgehen ist auch deshalb angebracht, weil der Gesetzentwurf an keiner Stelle die offenen Fragen angeht, die bei den bereits heute existierenden Zweitmeinungsvorschriften in § 137 SGB V die Umsetzung verhindert haben. Ungeklärte juristische, aber auch finanzielle Fragen werden durch die derzeit vorliegende Neufassung des Gesetzes nicht gelöst. So ist zum Beispiel unklar, wie die sehr aufwendige Erstellung einer Zweitmeinung im stationären Bereich finanziert werden soll. Außerdem ist völlig offen, welche Verbindlichkeit eine Zweitmeinung hat und wie sich dies auf haftungsrechtliche Fragen auswirkt.

Der VUD schlägt deshalb folgendes vor:

1. Universitätsklinika sollten unter der Bedingung von der Zweitmeinungserfordernis freigestellt werden, dass in der Klinik interdisziplinär besetzte Gremien Behandlungsstandards auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand definieren. Will der behandelnde Arzt von diesen Standards abweichen, dann benötigt er die Zustimmung des entsprechenden Gremiums. Für Kliniken, die keine Standards definieren, greifen in vollem Umfang die Zweitmeinungsbestimmungen.
2. Insoweit für die vertragsärztliche Versorgung und die stationäre Grund- und Regelversorgung Zweitmeinungsverfahren für innovative Therapien entwickelt werden, sollte erwogen werden, die Universitätsklinika in ihrer Funktion als Speerspitze des medizinischen Fortschritts mit der Innovationssteuerung zu betrauen.

ANLAGE: Formulierungsvorschlag § 117 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,

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.⁴

(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.⁵

(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.

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

⁵ § 113 Abs. 4 kann somit entfallen.

§ 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