

Bericht*)

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6893 –

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

2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7421, 14/7461 –

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

Bericht des Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 189. Sitzung am 26. September 2001 den Gesetzentwurf auf Drucksache 14/6893 in erster Lesung beraten und dem Ausschuss für Gesundheit zur federführenden Beratung und dem Verteidigungsausschuss, dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung sowie dem Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen. Den Gesetzentwurf auf Drucksachen 14/7421, 14/7461 hat der Deutsche Bundestag in seiner 201. Sitzung am 15. November 2001 in erster Lesung beraten und dem Ausschuss für Gesundheit zur federführenden Beratung und dem Verteidigungsausschuss, dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung sowie dem Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

II. Inhalt der Gesetzentwürfe

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 wurde ein leistungsorientiertes

Entgeltsystem für die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser ab 1. Januar 2003 vorgegeben. Es soll sich an einem international bereits eingesetzten System auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientieren. Mit dem Fallpauschalensystem erfolgt die Zuordnung der Mittel entsprechend den Leistungen. Es wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen.

Die Einführung eines nahezu alle voll- und teilstationären Leistungen erfassenden leistungsorientierten Vergütungssystems bewirkt Veränderungen und erfordert Anpassungen, die eine zeitlich ausreichende Übergangsphase erforderlich machen. Der Gesetzentwurf trägt diesem Aspekt Rechnung und sieht bis Ende 2006 eine Übergangsphase vor, die für die Jahre 2003 und 2004 aus einer budgetneutralen Einführungsphase und für die Jahre 2005 und 2006 aus einer Angleichungsphase (Konvergenzphase) besteht. Auch bei der Festlegung des ordnungspolitischen Rahmens ist ein schrittweises Vorgehen sachgerecht, um Erfahrungen aus der Übergangsphase ziehen zu können. Deshalb werden mit

*) Die Beschlussempfehlung wurde als Drucksache 14/7824 verteilt.

dem Gesetzentwurf die Rahmenbedingungen nur für den Zeitraum bis Ende 2006 festgelegt.

Der Gesetzentwurf sieht ein differenziertes Instrumentarium zur Preis- und Leistungsmengensteuerung vor. Direkter Anknüpfungspunkt im neuen System sind die auf der Landesebene zu vereinbarenden Basisfallwerte, mit denen das Preisniveau der Fallpauschalenleistungen festgelegt wird. In den Jahren 2003 und 2004 vollzieht sich die Preis- und Leistungsmengensteuerung im Wesentlichen noch auf der Grundlage des bisherigen Rechts. Ab dem Jahr 2005 vereinbart das Krankenhaus mit den Krankenkassen das zu erwartende Leistungsvolumen auf der Grundlage des DRG-Fallpauschalenkatalogs und der dort vorgesehenen Bewertungsrelationen. Es werden nur noch das Erlösbudget für Fallpauschalen und Zusatzentgelte verhandelt. Mehr- oder Mindererlöse aus diesem Bereich unterliegen weiterhin den anteiligen Mehr- oder Mindererlösausgleichen. Für die erstmalige Vereinbarung der Basisfallwerte auf Landesebene sind gesetzliche Vorgaben vorgesehen, die den Erfordernissen betriebswirtschaftlich leistungsgerechter Vergütungen auf der einen und einer möglichst beitragsstabilen Gesamtausgabenentwicklung für Krankenhausesleistungen auf der anderen Seite Rechnung tragen. Dies soll im Rahmen von differenzierten Verhandlungen auf der Grundlage gesetzlich vorgeschriebener Kriterien erfolgen. Auf mittlere Frist sind bundeseinheitliche Basisfallwerte das Ziel; für die mit diesem Gesetz geregelte Übergangsphase wird bis Ende 2006 jedoch zunächst ein einheitliches DRG-Preisniveau auf Landesebene eingeführt.

Das neue Entgeltsystem wird den Prozess zur Anpassung und Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen der Krankenhäuser insgesamt beschleunigen, die Spezialisierung wird voranschreiten, die bessere Abstimmung der Leistungsstrukturen benachbarter Krankenhäuser zur gegenseitigen Verbesserung der Auslastung und zur Förderung der Qualität wird verstärkt weitergehen und auch die Zunahme frei werdender Bettenkapazitäten infolge der Verweildauerverkürzung wird Gegenstand von Anpassungsreaktionen sein. Da all diese Veränderungen nach flexiblen Anpassungsmöglichkeiten verlangen, sieht der Gesetzentwurf eine Änderung des § 109 SGB V vor. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Träger der Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, Verträge zu schließen, mit denen der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses verändert werden kann.

Bezüglich neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen individuelle Vereinbarungsmöglichkeiten eröffnet. Um auch in Zukunft eine wohnortnahe stationäre Grundversorgung sicherzustellen, sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit zur Vereinbarung von Zuschlägen zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung vor. Die bereits bestehenden gesetzlichen Grundlagen für eine konsequente Qualitätssicherung werden durch wesentliche zusätzliche Vorgaben mit dem Ziel ergänzt, potenziellen Qualitätsdefiziten bei der Anwendung des neuen Vergütungssystems begegnen zu können. Die Krankenhäuser sind hiernach verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen, sich an Maßnahmen der vergleichenden Qualitätssicherung zu beteiligen und über den Umfang und die Ergebnisse der Qualitätsbemühungen einen

Bericht zu veröffentlichen. Die Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen wird auf der Grundlage einheitlicher Kriterien bewertet, Krankenhäuser müssen Mindestvoraussetzungen hinsichtlich der Struktur- und Ergebnisqualität erfüllen und für bestimmte medizinische Leistungen wird eine Mindestanzahl an Eingriffen empfohlen. Des Weiteren wird eine Erhöhung der Transparenz verfolgt, so dass Ärzte und Versicherte von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informiert werden können.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der Verteidigungsausschuss hat in seiner 87. Sitzung am 7. November 2001 die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 14/6893 – unter Berücksichtigung des Änderungsantrags der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 890 des Verteidigungsausschusses – mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der CDU/CSU, bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP und Abwesenheit der Fraktion der PDS empfohlen. In seiner 91. Sitzung am 12. Dezember 2001 hat der Verteidigungsausschuss die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 14/7421, 14/7461 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP bei Abwesenheit der Fraktion der PDS empfohlen.

Der Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung hat in seiner 110. Sitzung am 12. Dezember 2001 die Annahme der Gesetzentwürfe auf Drucksache 14/6893 und Drucksachen 14/7421, 14/7461 – in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksachen 14/1936 und 14/1944 des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung – mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, der FDP und der PDS empfohlen.

Der Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung hat in seiner 57. Sitzung am 12. Dezember 2001 die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 14/7421, 14/7461 – in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksachen 14/530 und 14/531 des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung – mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, der FDP und der PDS empfohlen. Der Gesetzentwurf auf Drucksache 14/6893 wurde für erledigt erklärt.

IV. Beratung im Ausschuss für Gesundheit

1. Allgemeiner Teil

1.1. Anhörung

Der federführende **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 107. Sitzung am 27. September 2001 beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen, und hat die Beratung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 14/6893 in seiner 108. Sitzung am 10. Oktober 2001 auf-

genommen. Die Anhörung fand in der 109. Sitzung am 10. Oktober 2001 statt.

Als Verbände waren hierzu der AOK-Bundesverband, die Bundesärztekammer, die Bundesknappschaft, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V., der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V., die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., der Deutsche Landkreistag, der Deutsche Pflegerat, der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund, der IKK-Bundesverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Marburger Bund, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., der Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e.V., der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V., der ver.di Bundesvorstand geladen, als Einzelsachverständige Herr Joachim Finklenburg, Herr Dr. rer. pol. Rudolf Kösters, Herr PD Dr. Hagen Kühn, Herr Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Herr Heinz Lohmann, Herr PD Dr. med. Thomas Mansky, Prof. Dr. Günter Neubauer, Herr Prof. Dr. Stefan Sell, Herr Dipl.-Kfm. Dipl.-Pol. Rüdiger Strehl. Auf das Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten schriftlichen Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

1.2. Beratungsverlauf

Der Ausschuss für Gesundheit hat die Beratung in der 113. Sitzung am 7. November 2001 und in der 117. Sitzung am 14. November 2001 fortgesetzt. In seiner 120. Sitzung am 12. Dezember 2001 hat er die Beratung auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 14/7421, 14/7461 erstreckt und abgeschlossen.

Der Ausschuss hat im Wesentlichen Änderungen zu den folgenden Regelungsbereichen beschlossen:

- keine Einbeziehung von Einrichtungen der Psychosomatik und -therapie in das Fallpauschalensystem;
- Erleichterung der Kalkulationen für die DRG-Einführung durch hilfsweise Nutzung australischer Bewertungsrelationen;
- Einführung einer DRG-Umsatzuntergrenze als Voraussetzung zur Nutzung des Optionsmodells 2003;
- Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit statt der Bundesschiedsstelle zur Konfliktlösung (insbesondere Fallpauschalenkatalog, Bewertungsrelationen und Abrechnungsregeln);
- ab 2004 Vorgabe verbindlicher Mindestmengen für planbare Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistungen und der Qualität besteht;
- Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben zu den verpflichtend zu veröffentlichenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser;

- ergänzende oder abweichende Vorgaben der Länder für die Vereinbarung des Sicherstellungszuschlages;
- Einführung eines Schiedsstellenverfahrens für die Vereinbarung der Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden;
- Erweiterung der Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung im Rahmen von Forschung und Lehre auf alle Hochschulambulanzen sowie Vergütung dieser Leistungen unmittelbar durch die Krankenkassen;
- Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zum Verfahren für die Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen;
- Einführung eines Vergütungsabschlages bei Nicht-Lieferung von Daten an die DRG-Datenstelle.

Die Mitglieder der Fraktionen **SPD** und **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonten, dass die Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems logische Konsequenz der politischen Diskussionen der letzten Jahre sei. Es führe eine leistungsgerechte Vergütung im stationären Versorgungsbereich ein. Der Gesetzentwurf verfolge das Ziel, ein möglichst umfassendes Fallpauschalensystem einzuführen. Zugleich sei Sorge getragen, dass nicht in der DRG-Systematik abbildbare Erkrankungen auch in Zukunft zuverlässig und im notwendigen finanziellen Umfang vergütet würden. Die neue Fallpauschalensystematik sei in Rücksicht auf Kliniken und Krankenkassen als „lernendes System“ angelegt. Es verschaffe den Vertragsparteien durch eine Langzeit-Einführungsphase ausreichend Zeit, sich mit dem System vertraut zu machen und dieses auf Fehlanreize hin zu beobachten. Der Gesetzentwurf verfolge das Ziel, die Chancengleichheit der Krankenhäuser im Wettbewerb sowie eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Der abschließende organisationsrechtliche Rahmen ab dem Jahr 2007 werde im vorliegenden Gesetz in Hinblick auf die in der praktischen Anwendung gewonnenen Erfahrungen bewusst nicht geregelt. Dieses müsse bis 2007 in einem ergänzenden Folgegesetz vollzogen werden. Die Koalitionsfraktionen hoben hervor, dass die Einführung des DRG-Systems einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik darstelle. In Zukunft führe ein fester Preis für eine erbrachte Leistung zu mehr Gerechtigkeit und Transparenz in der medizinischen Versorgung und zu höherer Planungssicherheit auf der Seite der Leistungserbringer. Ein festes Preissystem berge den Anreiz der Versorgungsqualitätsminderung in Form von medizinisch nicht indizierter „Fallvermehrung“, sowie der verfrühten Entlassung in sich. Um den Patienteninteressen und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Sorge zu tragen, beinhalte der Gesetzentwurf eine Vielzahl stringenter Qualitätssicherungsinstrumente wie die Fixierung von zu erbringenden „Mindestfallmengen“ durch die Partei der Leistungserbringer, verpflichtende durch die Kliniken vorzulegende Qualitätsberichte, bundeseinheitliche Kriterien für die Prüfdienste, sowie eine stetige Begleitforschung.

Die Mitglieder der Fraktion der **CDU/CSU** äußerten sich dahingehend, dass hier ein Hilfssystem eingeführt werde, um den Prestigezeitpunkt 1. Januar 2003 halten zu können. Es würden australische Relativgewichte für ein nicht abgeschlossenes deutsches System eingeführt, mit dem die

Krankenhäuser arbeiten sollen. Es sei daher nicht abzuschätzen, welche negativen Auswirkungen für die Krankenhäuser in der Praxis daraus folgten. Wenn das System schon eingeführt werden sollte, sei es sachgerechter, im Jahre 2004 mit einem umfassenden System zu beginnen. Weitere Kritikpunkte waren die nicht auf die Kapazitätsplanung der Länder abgestimmte Leistungsstrukturentwicklung unter den Bedingungen des DRG-Systems, die Nichteinbeziehung der Leistungsverdichtung durch Abbau von Betten bei eher steigenden Patientenzahlen und die Nichtberücksichtigung der Kosten für ärztliches Personal, die auf Grund der jüngsten Rechtsprechung steigen. Des Weiteren wurde kritisiert, dass die mit der Einführung des Fallpauschalensystems verbundenen Effekte dazu führten, dass vor- und nachgelagerte nicht akutstationäre Bereiche vermehrt belastet würden und der Gesetzentwurf keine Ansätze erkennen lasse, diesem Problem im Komplementärbereich zu begegnen.

Die Mitglieder der Fraktion der **FDP** hielten die Zielrichtung des Vorhabens grundsätzlich für richtig, kritisierten jedoch, dass kein echtes Preissystem installiert werde, sondern lediglich ein krankenhausesinternes Verteilungssystem. Das rechtfertige den großen Aufwand nicht. Zudem liege man gegenüber dem bisherigen Zeitplan zurück, Kalkulationsgrundlagen bzw. -schemata seien noch nicht erarbeitet und noch sei nicht bekannt, mit welchen Bewertungsrelationen am Ende umzugehen sei. Zudem lasse es sich nicht mit einem „lernenden System“ vereinbaren, dass es nur für die Jahre 2002 bis 2004 für Diagnosen und Prozeduren, die nicht im DRG-System vorgesehen seien, für die Krankenhäuser ein Restbudget gebe, obwohl Fachleute davon ausgingen, dass dieses Problem auch 2005 nicht erledigt sei. Die FDP-Fraktion hob hervor, dass sich durch den Abbau von Betten eine Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern einstellen werde, die sich in den Diagnosen und Prozeduren des neuen Systems abbilden müsse, und somit die Krankenhausplanung der Länder von Kapazitätsplanung auf Leistungsstrukturen umgestellt werden müsse, wozu es aber keinen Ansatz im vorliegenden Gesetzentwurf gebe. Für die Krankenhäuser sei keine eindeutige Planungssicherheit gegeben. Zudem sei eine monistische Finanzierung aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu präferieren.

Die Mitglieder der Fraktion der **PDS** sahen in dem Übergang zu einer Vergütung mittels diagnosebezogener Fallpauschalen einen grundlegenden Einschnitt für die medizinische Arbeit in den Krankenhäusern. Sie wiesen darauf hin, dass der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses dann vor allem davon abhängen würde, in wie weit es gelinge, Kosten und Leistungen zu minimieren. Die damit verbundene durchgreifende und einseitige Ökonomisierung des medizinischen Handelns lehnten sie ab. Die Patienten würden tendenziell einem Unterversorgungsrisiko ausgesetzt. Darüber hinaus kritisierten sie, dass eine fast flächendeckende Krankenhausvergütung nach Fallpauschalen vorgenommen werde, gleichzeitig aber sehr knappe Zeitspannen für die Einführung vorgesehen seien. Vor diesem Hintergrund bleibe unbefriedigend, dass das Gesetz – trotz der noch eingebrachten Änderungen – keine ausreichenden Regelungen enthalte, die gewährleisten würden, dass es in den Krankenhäusern weder zu Qualitätsabstrichen noch zu Risikoselektionen komme, und dass unzumutbare Arbeitsbelastungen überwunden würden. Nach ihrer Auffassung seien diese Vo-

raussetzungen aber für eine humane, fachlich hoch stehende und zugleich effektive Arbeit in den Krankenhäusern notwendig.

1.3. Abstimmungsergebnisse

Mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, der FDP und der PDS hat der Ausschuss für Gesundheit beschlossen, dem Bundestag die Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6893 – in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksachen 1211, 1244 und 1256 des Ausschusses für Gesundheit – zu empfehlen.

Einstimmig hat der Ausschuss für Gesundheit weiterhin beschlossen, dem Bundestag zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 14/7421, 14/7461 für erledigt zu erklären.

2. Besonderer Teil

Hinsichtlich der Einzelbegründung der vorgesehenen Regelungen wird auf den Gesetzentwurf auf Drucksache 14/6893 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit beschlossenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken, wobei sich die Zuordnung im Einzelnen aus dem Bericht als Anlage beigefügten Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen ergibt:

2.1. Zu Artikel 1 Nrn. 1a, 1b, 1c (neu) FPG (§§ 63, 64, 69 SGB V)

Folgeänderungen zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

2.2. Zu Artikel 1 Nr. 3 FPG (§ 109 SGB V)

Die Ergänzung des § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V beruht auf dem Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

2.3. Zu Artikel 1 Nr. 3a (neu) FPG (§ 117 SGB V)

Durch die Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung in § 117 SGB V werden den Hochschulkliniken die für Forschung und Lehre in der ambulanten Versorgung erforderlichen Patienten zugewiesen. Zu diesem Zweck waren nach bisherigem Recht lediglich die poliklinischen Institutsambulanzen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zur ambulanten Versorgung ermächtigt. Dies entspricht nicht mehr der Versorgungswirklichkeit, da auch in den übrigen, meist spezialisierten Instituten, Ambulanzen und Abteilungen der Hochschulkliniken Forschung und Lehre betrieben wird. Der Anspruch auf Ermächtigung wird daher auch auf diese Einrichtungen ausgedehnt, allerdings weiterhin beschränkt auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Wegen der größeren Sachnähe können künftig die Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ermächtigungen beantragen und die Verträge nach Satz 3 über die Ausgestaltung der Ermächtigung abschließen. Absatz 2 ist eine Folgeänderung für die Ambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sowie an Ausbildungsstätten nach § 6 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten (PsychThG). Nicht von der Vorschrift erfasst sind die nicht zu den Hochschulkliniken zählenden sogenannten Lehrkrankenhäuser, in denen in Zusammenarbeit mit den Hochschulkliniken ebenfalls medizinische Lehre und Ausbildung stattfindet.

2.4. Zu Artikel 1 Nr. 4 FPG (§ 120 SGB V)

Zu § 120 Abs. 1

Die Streichungen sind erforderlich, da die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre von den Hochschulambulanzen erbrachten Leistungen durch Absatz 2 geregelt wird.

Zu § 120 Abs. 2

Die im Rahmen von Forschung und Lehre von den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen werden nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte vergütet. Diese Änderung ist geboten, um die Gesamtvergütung von solchen Leistungen zu entlasten, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Durch die Neuregelung in Satz 1 wird des Weiteren vermieden, dass die Vergütung der Hochschulkliniken durch die innerärztliche Honorarverteilung betroffen wird. Durch Satz 2 erhalten die Hochschulen oder Hochschulkliniken das Recht, selbst die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Dies ist zur Gewährleistung einer die besonderen Umstände der Leistungserbringung berücksichtigenden Vergütung erforderlich. Satz 3 entspricht geltendem Recht. Die in Satz 4 vorgesehene Abstimmung der Vergütung der Leistungen der Hochschulkliniken mit den Vergütungen für vergleichbare Leistungen soll eine einheitliche Leistungsbewertung ermöglichen. Solche Leistungsbereiche sind insbesondere vor- und nachstationäre Leistungen. Satz 5 stellt klar, dass Investitionskosten – etwa für die von den Ländern zu tragenden Investitionskosten für Forschung und Lehre – bei der Vergütungshöhe zu berücksichtigen sind. Dies gilt auch für die Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sowie für die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG). Für die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 folgt dies unmittelbar aus § 120 Abs. 2 und 3. Für die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 2 und die Ambulanzen an Ausbildungsstätten ergibt sich diese Rechtsfolge aus § 117 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. § 120 Abs. 2 und 3. Satz 6 stellt klar, dass mit der Herausnahme der Vergütung der von Hochschulambulanzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und unmittelbaren Vergütung dieser Leistungen an die Hochschulen oder Hochschulkliniken die Gesamtvergütungen entsprechend bereinigt werden müssen. Die Regelung ist notwendig, um eine Doppelbelastung der Krankenkassen zu vermeiden.

Zu § 120 Abs. 3

Die Änderung durch Doppelbuchstabe aa (Satz 1) stellt klar, dass die Vergütung der Hochschulambulanzen pauschaliert werden kann.

Nach Doppelbuchstabe bb (Satz 2) ist eine Minderung der Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen gesetzlich nicht mehr vorgesehen, weil in den nach Absatz 2 Satz 4 als Vergleich heranzuziehenden Leistungsentgelten kein Aufwand für Forschung und Lehre berücksichtigt ist. Aufwendungen für Forschung und Lehre sind danach auch künftig nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen.

Doppelbuchstabe cc (Satz 4) trägt der Tatsache Rechnung, dass als notwendige Folge der Veränderungen im Vergütungsbereich das Formularwesen für die Abrechnung der im Rahmen von Forschung und Lehre an den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarungen zu vereinbaren ist.

2.5. Zu Artikel 1 Nr. 5 FPG (§ 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Zu § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3, Satz 4 SGB V

Nummer 1 Buchstabe a (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) ändert in Verbindung mit Nummer 2 (§ 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V) die im Gesetzentwurf vorgesehenen Empfehlungen in Vorgaben von Mindestmengen für planbare Leistungen und macht diese ab 2004 verbindlich; bei ihrer Unterschreitung darf die Leistung nicht erbracht werden. Es sind Ausnahmetatbestände festzulegen, bei deren Vorliegen von der Mindestmenge abgewichen werden kann, z. B. beim Wechsel des behandelnden Arztes oder beim Aufbau eines Leistungsbereiches durch einen bereits erfahrenen Arzt.

Zu § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

Nummer 1 Buchstabe b (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V) konkretisiert den zeitlichen Abstand für die regelmäßige Vorlage des Qualitätsberichts auf zwei Jahre und bestimmt als erstmaligen Berichtszeitraum das Jahr 2004. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Transparenz ist auch aufzunehmen, inwieweit die Regelungen der neuen Nummer 3 des § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu der je Arzt oder Krankenhaus erforderlichen Mindestmenge an erbrachten Leistungen beachtet werden. Um einen Überblick über das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses zu ermöglichen, muss der Bericht auch Angaben über die erbrachten DRG-Fallpauschalen sowie jeweils deren Anzahl enthalten. Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Hinblick auf Fehlbelegungen, frühzeitige Verlegungen oder Entlassungen und Fehlabbrechnungen geprüft (§ 17c Abs. 2 KHG).

Zu § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V

Nummer 2 gibt mit § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V vor, dass Krankenhäuser bei Unterschreitung der Mindestmengen für planbare Leistungen, die nach Satz 3 Nr. 3 aus Gründen der Qualitätssicherung zu vereinbaren sind, die Leistungen nicht mehr erbringen dürfen. Dabei ist im Rahmen der Erlösbudgetverhandlungen die voraussichtlich erreichbare Zahl der Leistungen maßgeblich. Der neue Satz 5 soll zu einer Erhöhung der Transparenz bei der Qualität der stationären Versorgung führen. Diese ist in erster Linie für die Versicherten von großer Bedeutung. Aber auch die einwei-

senden Ärzte haben wegen ihrer häufig auch beratenden Funktion gegenüber dem Versicherten bei der Wahl des Krankenhauses einen Bedarf an übersichtlich aufbereiteten Informationen über die Qualität der Krankenhäuser. Das Recht des Versicherten, das Krankenhaus zu wählen, bleibt unberührt.

2.6. Zu Artikel 1 Nr. 6a (neu) FPG (§ 140b SGB V)

Folgeänderungen zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

2.7. Zu Artikel 1 Nr. 6b (neu) FPG (§ 275 SGB V)

Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den Medizinischen Dienst geprüft werden kann. Das Verfahren wird ausdrücklich begrenzt auf Fälle, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben. Die Krankenkassen müssen in diesen Fällen die Möglichkeit haben, abgerechnete Leistungen vom Medizinischen Dienst überprüfen zu lassen. Dies gilt z. B. für Leistungen, die vor der Behandlung genehmigt wurden oder für die eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, aber auch für Leistungen, die nicht genehmigungsbedürftig sind. Diese Prüfung in Einzelfällen ist im Krankenhausbereich unabhängig von der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach dem neuen § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

2.8. Zu Artikel 1 Nr. 8 FPG (§ 301 SGB V)

Zu § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) übernimmt die Vorgabe der bisherigen Nummer 8. Doppelbuchstabe bb ergänzt als Folgeänderung zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes den § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SGB V.

Zu § 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Buchstabe b (§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V) nimmt eine Folgeänderung vor. Er hebt den Verweis auf die Fachabteilungsgliederung nach der Bundespflegesatzverordnung, die künftig entfällt, auf.

2.9. Zu Artikel 1 Nr. 8a (neu) FPG (§ 313a SGB V)

Folgeänderung zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

2.10. Zu Artikel 2 Nr. 01 (neu) FPG (§ 3 KHG)

Zu § 3 Satz 1 Nr. 1 KHG

Buchstabe a (§ 3 Satz 1 Nr. 1 KHG) gibt vor, dass die Bundeswehrkrankenhäuser als einzige Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, durch Aufhebung von § 3 Satz 1 Nr. 1 grundsätzlich in das Krankenhausfinanzierungsgesetz einbezogen werden. Es handelt sich um eine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser in das Fallpauschalensystem, soweit diese Zivilpatienten behandeln (Artikel 5 § 1 Abs. 2 KHEntgG). Insbesondere gilt § 17b KHG auch für die Vergütung der Behandlung von Zivilpatienten in Bundeswehrkrankenhäusern, da nunmehr insoweit das Krankenhausfinanzierungsgesetz in Folge der

Aufhebung der Nummer 1 „Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist“ grundsätzlich gilt. Ausgenommen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 9 ist die Investitionsförderung nach dem KHG; die Bundeswehrkrankenhäuser sind Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften (Artikel 87a Abs. 1 des Grundgesetzes) vorgehalten werden.

Buchstabe b bestimmt, dass die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Änderung von § 3 Satz 1 Nr. 4 ebenfalls grundsätzlich in das Krankenhausfinanzierungsgesetz einbezogen werden, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten der jeweiligen Behandlung trägt. Es handelt sich um eine Änderung im Hinblick auf die entsprechende Einbeziehung in das Fallpauschalensystem (Artikel 5 § 1 Abs. 2 KHEntgG).

2.11. Zu Artikel 2 Nr. 1 FPG (§ 5 KHG)

Zu § 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG

Buchstabe a (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG) streicht den Begriff der Kurkrankenhäuser. Er kann entfallen, weil er inhaltlich keine eigenständige Bedeutung mehr hat. Die sogenannten Kurkrankenhäuser werden bereits von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfasst. Weiter wird eine terminologische Übereinstimmung mit dem SGB V herbeigeführt, da mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 der Begriff der Kur im SGB V entfallen ist.

Zu § 5 Abs. 1 Nr. 11 KHG

Nach Buchstabe b (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 KHG) gilt für die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zwar nunmehr grundsätzlich das Krankenhausfinanzierungsgesetz, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt (§ 3 Nr. 4 KHG). Ausgenommen wird jedoch gemäß § 5 Nr. 11 KHG die Investitionsförderung nach dem KHG, die somit generell für diese Gruppe von Krankenhäusern nicht gewährt wird.

2.12. Zu Artikel 2 Nr. 4 FPG (§ 17b KHG)

Zu § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG

Um der Gefahr von medizinisch nicht indizierten Verlegungen an den Schnittstellen von Psychosomatik und Psychotherapeutischer Medizin zur Psychiatrie, die vorerst von dem neuen Entgeltsystem ausgeklammert ist, vorzubeugen, nimmt Nummer 1 (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) auch Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin von dem DRG-Fallpauschalensystem aus.

Zu § 17b Abs. 1 Satz 4 bis 8 KHG siehe 2.13.

Zu § 17b Abs. 3 Satz 4 KHG

Nummer 2 Doppelbuchstabe aa (§ 17b Abs. 3 Satz 4 KHG) nimmt redaktionelle Folgeänderungen auf Grund der neuen Absätze 4 und 6 vor. Doppelbuchstabe bb (§ 17b Abs. 3 Satz 5 KHG) entspricht der bisherigen Vorgabe von Buchstabe c.

Zu § 17b Abs. 4 KHG

Die Krankenhäuser können sich im Rahmen der budgetneutralen Einführungsphase entscheiden, bereits im Jahr 2003

das neue DRG-Fallpauschalensystem einzuführen. Sie gewinnen dadurch ein zweites Jahr, in dem sie unter besonders geschützten Bedingungen Erfahrungen sammeln und sich auf notwendig werdende Veränderungen einstellen können. Nummer 3 (§ 17b Abs. 4 KHG) konkretisiert die Vorgaben für das Optionsmodell mit dem Ziel, eine zeitgerechte und möglichst umfassende Einführung der Fallpauschalen zu erreichen. Für das Optionsmodell wird ein vorläufiger Fallpauschalenkatalog vereinbart, der weitgehend dem australischen Katalog entspricht. Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen soll dieser Katalog möglichst mit Bewertungsrelationen (Relativgewichten) versehen werden, die auf der Grundlage von Kostenerhebungen in deutschen Krankenhäusern ermittelt werden. Bei dieser von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbarten Kalkulation könnten jedoch im Jahr 2003 DRG-Fallgruppen nicht bewertet werden, weil die Fallzahlen bei den beteiligten Krankenhäusern zu gering sind. Die Vertragsparteien werden deshalb beauftragt, diese Lücken im Fallpauschalenkatalog durch näherungsweise ermittelte Relativgewichte auf der Grundlage der australischen Bewertungsrelationen zu schließen. Dies kann durch iterative (schrittweise) Rechenverfahren, z. B. durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern, das Ersetzen bestimmter Kostenbausteine oder eine Interpolation benachbarter Werte erfolgen. Die Vertragsparteien werden beauftragt, die Arbeiten an einer solchen näherungsweise Festlegung von Relativgewichten bereits zu beginnen, wenn absehbar ist, dass im Rahmen der Kostenerhebungen in deutschen Krankenhäusern bei Fallgruppen „voraussichtlich“ eine zu geringe Zahl von Fällen erfasst wird. Dies wird sich relativ früh abzeichnen.

Voraussetzung für die Ausübung des Optionsrechtes durch ein Krankenhaus ist, dass es mindestens 90 Prozent seines DRG-fähigen Umsatzes mit den Fallpauschalen abrechnen kann. Mit dieser Vorgabe sollen schwierig zu handhabende Mischsysteme aus DRG-Fallpauschalen und krankenhaushausindividuell verhandelten Entgelten begrenzt werden. Um flexibel auf besondere Situationen reagieren zu können, wird eine Einführung des neuen Vergütungssystems auch unterhalb dieses Prozentsatzes für den Fall zugelassen, dass die Krankenkassen zustimmen. Darüber hinaus wird festgelegt, für welchen Zeitraum die Krankenhäuser eine DRG-Statistik als Verhandlungsunterlage für die Budgetvereinbarungen vorzulegen haben.

Zu § 17b Abs. 5 KHG

Nummer 4 Buchstabe e (§ 17b Abs. 5 KHG) nimmt redaktionelle Anpassungen, insbesondere in Folge des neuen Krankenhausentgeltgesetzes vor.

Zu § 17b Abs. 6 KHG

Nummer 4 Buchstabe f bestimmt zu Absatz 6 Satz 1, dass das neue Vergütungssystem zum 1. Januar 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt wird. Satz 2 übernimmt die Vorgabe des neuen Absatzes 4 Satz 3, nach der auf der Grundlage australischer Bewertungsrelationen näherungsweise ermittelte Relativgewichte verwendet werden sollen, soweit es noch nicht gelingt, die Relativgewichte mit deutschen Kosten zu kalkulieren. Diese Näherungswerte sollen entsprechend der Vereinbarung der Selbstverwal-

tungspartner in den Folgejahren durch kalkulierte deutsche Werte ersetzt werden. Die Sätze 3 und 4 entsprechen dem bisherigen Inhalt des Absatzes 6.

Zu § 17b Abs. 7 KHG

Der neue Absatz 7 ersetzt die bisherige Schiedsstelle zur Konfliktlösung durch die Möglichkeit einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit. Bei den bisher von den Selbstverwaltungspartnern durchgeführten Arbeiten zur Einführung des neuen Vergütungssystems ist deutlich geworden, dass es bei den Konflikten vornehmlich um konzeptionelle Fragen von grundsätzlicher gesundheitspolitischer Bedeutung geht, die ein grundsätzlich auf Konsensfindung ausgerichtetes Schiedsstellenverfahren überfordern würden. Das Bundesministerium kann über eine Ersatzvornahme entscheiden, z. B. auch darüber, ob es zunächst ein vom ihm geleitetes Schlichtungsverfahren vorschaltet.

Zu § 17b Abs. 8 KHG

Absatz 8 beauftragt die Selbstverwaltungspartner, eine Begleitforschung zu dem neuen Vergütungssystem durchzuführen. Neben Strukturveränderungen soll insbesondere die Qualität der Versorgung beobachtet werden. Eine Abstimmung mit dem Bundesministerium ist erforderlich, um insbesondere Fragestellungen zu gesundheitspolitischen Themen, zu Veränderungen im Zusammenwirken der Versorgungssektoren und zur Akzeptanz des Vergütungssystems insbesondere auch bei Patienten einzubringen sowie die Koordinierung mit der Forschung der Bundesministerien sicherzustellen.

2.13. Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a FPG

(§ 17b Abs. 1 KHG)

und Artikel 5 § 5 FPG (§ 5 KHEntgG)

Zu § 17b Abs. 1 Satz 4 bis 8 KHG

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 9. November 2001 (Bundesratsdrucksache 701/01 – Beschluss) eine stärkere Berücksichtigung der Belange der Krankenhausplanung der Länder gefordert. Die Neufassung von § 17b Abs. 1 Satz 4 bis 8 KHG durch Nummer 1 greift diese Forderung auf. Satz 7 lässt für die Vereinbarung eines Zuschlags zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung Vorgaben der Länder zu, die die Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ergänzen oder von ihnen abweichen können. Damit können landesspezifische Belange der Krankenhausplanung eingebracht und berücksichtigt werden. Es wird jedoch an einer leistungsbezogenen Entscheidungsfindung festgehalten. Auch sind die Interessen anderer Krankenhäuser, die im Wettbewerb stehen und ggf. die Leistungen ohne Zuschlag erbringen könnten, zu berücksichtigen.

Zu § 5 Abs. 2 KHEntgG

Die Regelungen stellen sicher, dass für notwendige Versorgungsangebote, die auf Grund geringer Fallzahlen mit den vorwiegend aus Fallpauschalen erzielten Erlösen allein nicht finanzierbar sind, Zuschläge vereinbart werden können. § 5 Abs. 2 KHEntgG gibt dementsprechend vor, dass von den Vertragsparteien „vor Ort“ zu prüfen ist, ob ein an-

deres geeignetes Krankenhaus diese Leistungen ohne Zuschlag erbringen kann.

Die Entscheidung über einen Zuschlag ist anhand der Maßstäbe und Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 KHG zu treffen. Im Konfliktfall entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Die Regelungen insgesamt geben den Ländern ausreichend Möglichkeiten, die Besonderheiten der Krankenhausplanung zur Geltung zu bringen sowie im Einzelfall sachgerechte Entscheidungen zu treffen.

2.14. Zu Artikel 2 Nr. 5 FPG (§ 17c KHG)

Zu § 17c Abs. 2 Satz 8 KHG

Nach Nummer 1 (§ 17c Abs. 2 Satz 8 KHG) sind Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht fristgerecht vorlegen, verstärkt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu prüfen.

Zu § 17c Abs. 3 Satz 3 KHG

Nummer 2 Buchstabe a (§ 17c Abs. 3 Satz 3 KHG) streicht die Befristung für das pauschalierte Ausgleichsverfahren zur Korrektur von Fehlrechnungen. Der Ausgleich soll bis zum Ende der Konvergenzphase, d. h. bis Ende 2006, über das Budget des Folgejahres und nicht über eine teilweise Rückabwicklung einzelner Rechnungen vorgenommen werden.

Zu § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG

Die Krankenhäuser sollen zu sorgfältiger Erfüllung ihrer Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen angehalten werden. Fehlerhafte Abrechnungen würden das Fallpauschalensystem insgesamt gefährden. Nummer 2 Buchstabe b (§ 17c Abs. 3 Satz 4 KHG) bestimmt deshalb als Voraussetzung für die vorgesehene finanzielle Sanktion ein grob fahrlässiges Fehlverhalten, das zu der zu hohen Abrechnung geführt hat. Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die für die Abrechnung von Krankenhausleistungen erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße außer acht gelassen worden ist (vgl. §§ 276, 277 BGB). Demgegenüber würde die Voraussetzung einer vorsätzlichen Falschabrechnung, also insbesondere das Wissen und Wollen des rechtswidrigen Erfolges – bewusste Erzielung unrechtmäßig hoher Einnahmen –, dem gewollten Erfordernis der Sorgfalt nicht genügend Rechnung tragen. Liegt eine vorsätzliche Falschabrechnung vor, dürfte regelmäßig ohnehin der Straftatbestand des Betrugs nach § 263 des Strafgesetzbuches vorliegen, also eine strafrechtliche Sanktion eingreifen. Auch wenn eine zu hohe Abrechnung nicht auf grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz beruht, muss das Krankenhaus den nicht gerechtfertigten, von der Krankenkasse aber bereits bezahlten Differenzbetrag wegen ungerechtfertigter Bereicherung zurückzahlen.

Zu § 17c Abs. 4 Satz 1 KHG, § 17c Abs. 4 Satz 8 bis 11 KHG

Nummer 3 Buchstabe a (§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG) nimmt eine redaktionelle Klarstellung vor. Buchstabe b (§ 17c Abs. 4 Satz 8 bis 11 KHG) gibt vor, dass das Nähere zum Prüfverfahren im Rahmen einer partnerschaftlichen Vereinbarung durch die Beteiligten im Schlichtungsausschuss fest-

zulegen ist. Die Vereinbarung muss sich auch auf die erforderliche Qualifikation der Prüfer des Medizinischen Dienstes beziehen. Damit das Prüfverfahren im Jahr 2003 angewendet werden kann, ist es bis zum 31. März 2003 zu vereinbaren. Satz 2 beauftragt die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, entsprechende Empfehlungen zu vereinbaren. Sie sollen zu einer weitgehenden Einheitlichkeit der Prüfverfahren in wesentlichen Grundzügen führen, ohne jedoch die Vereinbarungsmöglichkeiten der Landesebene einzuengen. Die Empfehlungen gelten kraft Gesetzes bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Schlichtungsausschuss auf Landesebene. Kommt eine Einigung über die Empfehlungen nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene.

2.15. Zu Artikel 4 FPG (BPflV)

Zu § 6 Abs. 5 BPflV

Nummer 1 Buchstabe a (§ 6 Abs. 5 BPflV) gibt einen finanziellen Spielraum für Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen, insbesondere zur Einhaltung von Ruhezeiten und zur Überführung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienste. Dabei werden den einzelnen Krankenhäusern und deren Arbeitnehmervertretungen Gestaltungsspielräume für die Neuorganisation der betrieblichen Arbeitszeiten gegeben. Im Hinblick auf die angespannte finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung werden für das Jahr 2003 einmalig Mittel in Höhe von rd. 100 Mio. Euro zusätzlich bereitgestellt. Für das Jahr 2004 können Mittel in gleicher Höhe eingesetzt werden, soweit die Krankenhäuser diesen Betrag durch Verkürzungen der Verweildauer der Patienten oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit selbst erwirtschaften. Die Krankenhäuser können von den Regelungen für die einzelnen Jahre oder kumulativ Gebrauch machen. Diese zusätzlichen Finanzierungsmittel gehen in das Erlösbudget des Krankenhauses für das Jahr 2005 ein (§ 4 Krankenhausentgeltgesetz) und werden mit diesem stufenweisen an das neue DRG-Vergütungsniveau angeglichen. Buchstabe b ändert die Verweisung in § 14 Abs. 13 BPflV.

Zu Anlage 1 Anhang 1 BPflV

Nummer 2 (Anlage 1 Anhang 1 zur BPflV) ist eine Folgeänderung zur Herausnahme der Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin aus dem DRG-Fallpauschalensystem (§ 17b Abs. 1 KHG).

2.16. Zu Artikel 5 § 1 FPG (§ 1 KHEntgG)

Zu § 1 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG

Buchstabe a nimmt in § 1 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG redaktionelle Folgeänderungen auf Grund der Änderungen des § 3 und des § 17b Abs. 4 KHG vor. Der durch Buchstabe b gestrichene Satzteil wird durch Buchstabe c als neue Nummer 4 vorgegeben. Damit wird klargestellt, dass im Jahr 2003 – mit Ausnahme der Datenübermittlungspflicht nach § 21 KHEntgG – die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes für Krankenhäuser, die keinen Gebrauch vom Optionsmodell nach § 17b Abs. 4 KHG machen, keine Anwendung finden. Ab 2004 ist das Krankenhausentgeltgesetz für alle Krankenhäuser und Abteilungen, die in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind, maßgeblich.

2.17. Zu Artikel 5 § 3 FPG (§ 3 KHEntgG)**Zu § 3 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG**

Für die mit DRG-Fallpauschalen finanzierten Leistungen wird mit § 4 eine schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Budgets an ein einheitliches Preisniveau gesetzlich vorgegeben. Insoweit kann der Betriebsvergleich nach § 5 der Bundespflegesatzverordnung nur eingeschränkt angewendet werden. Nummer 1 (§ 3 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG) stellt jedoch klar, dass der Vergleich bei Leistungen, die noch nicht in das Fallpauschalensystem einbezogen sind, auch der Höhe nach angewendet werden darf.

Zu § 3 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG

Nummer 2 (§ 3 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor, die auf Grund der geänderten Fassung des § 17b Abs. 4 KHG erforderlich ist.

Zu § 3 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG

Nummer 3 (§ 3 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG) gibt mehr Raum für die Verhandlung von Budgetveränderungen, falls Leistungen in andere Versorgungsbereiche verlagert werden.

Zu § 3 Abs. 4 und 6 KHEntgG

Mit Nummer 4 und Nummer 5 Buchstabe a wird klargestellt, dass bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts in Absatz 4 und der sonstigen Erlöse in Absatz 6 jeweils die vereinbarten Behandlungsfälle maßgeblich sind.

Zu § 3 Abs. 6 Satz 7 KHEntgG

Nummer 5 Buchstabe b (§ 3 Abs. 6 Satz 7 KHEntgG) ermöglicht, für beide Vertragsparteien, bei nicht zutreffender Ermittlung der auszugleichenden Kodiereffekte durch das pauschalierte Ermittlungsverfahren eine krankenhausindividuelle Korrektur der Mehrerlösausgleiche zu veranlassen.

Zu § 3 Abs. 6 Satz 10 KHEntgG

Um die Umsetzung der Vorgaben zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen abzusichern und auf Grund einiger derzeit vor Gericht anhängiger Verfahren bestimmt Nummer 5 Buchstabe c (§ 3 Abs. 6 Satz 10 KHEntgG), dass die dem Ausgleich unterliegenden Erlössummen von neutraler Stelle zu bestätigen sind.

2.18. Zu Artikel 5 § 4 FPG (§ 4 KHEntgG)**Zu § 4 Abs. 2 Nr. 1d und Nr. 3 KHEntgG**

Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 4 Abs. 2 Nr. 1d KHEntgG) gibt mehr Raum für die Verhandlung von Budgetveränderungen, falls Leistungen in andere Versorgungsbereiche verlagert werden.

Buchstabe c (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG) stellt sicher, dass der Erlösbetrag für Leistungen nach § 6 Abs. 1, die im Jahr 2004 noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst wurden, im Jahr 2005 in das Erlösbudget eingliedert wird.

Zu § 4 Abs. 3 KHEntgG

Nummer 2 (§ 4 Abs. 3 KHEntgG) entspricht grundsätzlich der Fassung des Gesetzentwurfs, stellt jedoch den Bezug auf das Erlösbudget 2005 klar und streicht die nicht benötigte Bereinigung um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre.

Zu § 4 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG

Nummer 3 (§ 4 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG) bezieht die Zusatzentgelte in das „DRG-Erlösvolumen“ ein, weil diese in der Vergleichsgröße für die Budgetangleichung in der Konvergenzphase ebenfalls enthalten sind (Ausgangswert; Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1).

Zu § 4 Abs. 7 Satz 2 KHEntgG

Nummer 4 (§ 4 Abs. 7 Satz 2 KHEntgG) stellt klar, dass bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts jeweils die vereinbarten Behandlungsfälle maßgeblich sind.

Zu § 4 Abs. 9 Satz 6 Nr. 2, Satz 7 und Satz 10 KHEntgG

Mit Nummer 5 Buchstabe a (§ 4 Abs. 9 Satz 6 Nr. 2 KHEntgG) wird klargestellt, dass für die Ermittlung der sonstigen Erlöse in Absatz 9 die vereinbarten Behandlungsfälle maßgeblich sind. Buchstabe b (§ 4 Abs. 9 Satz 7 KHEntgG) ermöglicht für beide Vertragsparteien, bei nicht zutreffender Ermittlung der auszugleichenden Kodiereffekte durch das pauschalierte Ermittlungsverfahren, eine krankenhausindividuelle Korrektur der Mehrerlösausgleiche zu veranlassen. Um die Umsetzung der Vorgaben zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen abzusichern und auf Grund einiger derzeit vor Gericht anhängiger Verfahren bestimmt Buchstabe c (§ 4 Abs. 9 Satz 10 KHEntgG), dass die dem Ausgleich unterliegenden Erlössummen von neutraler Stelle zu bestätigen sind.

Zu § 4 Abs. 12 KHEntgG

Nummer 6 (§ 4 Abs. 12 KHEntgG) übernimmt eine in der Stellungnahme des Bundesrates geforderte Regelung. Falls für den Zeitraum 2007 das angekündigte Gesetz zum endgültigen ordnungspolitischen Rahmen für das neue Fallpauschalensystem wider Erwarten nicht rechtzeitig in Kraft treten kann, vereinbaren die örtlichen Vertragsparteien das Erlösbudget ab dem Jahr 2007 nach den Vorgaben für die Vereinbarung des Zielwertes in den Jahren 2005 und 2006 (Menge × Preis). Im Übrigen gelten die Vorgaben zu den Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre.

Zu Artikel 5 § 5 FPG (§ 5 KHEntgG) siehe 2.13.**2.19. Zu Artikel 5 § 6 FPG (§ 6 KHEntgG)****Zu § 6 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG**

Die Kalkulationsempfehlungen der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sollen nach Nummer 1 (§ 6 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG) nicht nur bei den krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sondern auch bei den Entgelten für Leistungen, die noch nicht in den DRG-Fallpauschalenkatalog aufgenommen worden sind, beachtet werden.

Zu § 6 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG

Nummer 2 (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) übernimmt einen Änderungsantrag des Bundesrates und lässt bei der Vereinbarung gesonderter Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine Konfliktlösung durch die Schiedsstelle zu.

Zu § 6 Abs. 2 Satz 3 bis 6 KHEntgG

Buchstabe b bestimmt als Voraussetzung für die Vereinbarung eines gesonderten Entgelts die Bestätigung, dass die Leistung mit einer bestehenden Fallpauschale nicht sachgerecht vergütet werden kann. Die nach der bisherigen Vorgabe im Gesetzentwurf in jedem Fall zu veranlassende Bewertung der Methode nach § 137c SGB V soll nur noch dann durchgeführt werden, wenn die für den Fallpauschalenkatalog zuständigen Vertragsparteien auf der Bundesebene dies für erforderlich halten. Unabhängig davon können wie bisher die Bundesärztekammer oder einzelne Verbände der Krankenkassen und Krankenhäuser eine Überprüfung veranlassen (§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V). Nach Satz 6 kann die Schiedsstelle vor ihrer Entscheidung ein Votum des Ausschusses Krankenhaus einholen. Damit werden die Voraussetzungen für fundierte und den medizinischen Sachverstand berücksichtigende Entscheidungen geschaffen.

2.20. Zu Artikel 5 § 7 FPG (§ 7 Satz 1 Nr. 4, Nr. 7 KHEntgG)

Die Nummern 1 (§ 7 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG) und 2 (§ 7 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG) nehmen redaktionelle Folgeänderungen durch die geänderte Abfassung des § 17b Abs. 1 KHG vor.

2.21. Zu Artikel 5 § 9 FPG (§ 9 KHEntgG)**Zu § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG**

Nummer 1 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG) stellt klar, dass die Aufzählung der Vereinbarungen auf Bundesebene nicht abschließend ist.

Zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

Nummer 2 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor und berücksichtigt den Fall, dass von den Vertragsparteien auf Bundesebene eine untere Grenzverweildauer und Abschläge bei kürzerer Verweildauer oder Verlegungen vereinbart werden.

Zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

Die Änderung nach Nummer 3 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der geänderten Abfassung des § 17b Abs. 1 KHG vor.

Zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

Die Änderung nach Nummer 4 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG) gibt vor, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene nicht nur Kalkulationsempfehlungen für die nach § 6 Abs. 2 KHEntgG krankenhausespezifisch zu verhandelnden Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinbaren, sondern auch für die Leistun-

gen, die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht mit dem DRG-Katalog abgedeckt sind.

2.22. Zu Artikel 5 § 10 FPG (§ 10 KHEntgG)

Zur Absicherung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird vorgegeben, dass Ausgabenentwicklungen oberhalb der Veränderungsrate in den nicht oder noch nicht von den DRG-Fallpauschalen erfassten Leistungsbereichen bei der Vereinbarung des Basisfallwerts auf Landesebene absenkend zu berücksichtigen sind. Zu diesen Bereichen gehören die Zuschläge nach § 5, sonstige Entgelte nach § 6, Zusatzentgelte z. B. für die Dialyse oder die Behandlung von Blutern sowie die Entgelte nach Überschreitung der Grenzverweildauer.

2.23. Zu Artikel 5 § 11 FPG (§ 11 KHEntgG)

Redaktionelle Anpassung an die Vorschrift des neuen § 4 Abs. 12 KHEntgG zur Systemsicherung ab dem Jahr 2007.

2.24. Zu Artikel 5 § 21 FPG (§ 21 KHEntgG)**Zu § 21 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG**

Nummer 1 (§ 21 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG) sieht als Grundlage für die erstmalige Datenübermittlung die Daten des ersten Halbjahres 2002 vor, da zum 1. Januar 2002 die von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten Kodierregeln verbindlich werden. Die auf dieser Grundlage kodierten Daten sind erstmals zum 1. August 2002 an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Zudem wird klargestellt, dass nur Daten von entlassenen Patienten zu übermitteln sind.

Zu § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b KHEntgG

Nummer 2 Buchstabe a (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der geänderten Abfassung des § 17b Abs. 1 KHG vor.

Zu § 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe e KHEntgG

Durch Buchstabe b (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe e KHEntgG) werden statt der zunächst vorgesehenen, begrenzten Übermittlung der Angaben zur aufnehmenden und entlassenden Abteilung sowie der Hauptbehandlungsabteilung die Angaben zu sämtlichen Fachabteilungen übermittelt, die Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes durchlaufen haben. Die Übermittlung aller behandelnden Abteilungen einschließlich der jeweiligen Aufnahme- sowie Entlassungs- und Verlegungsdaten stellt den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG für die Weiterentwicklung des DRG-Systems differenziertere Daten zur Verfügung. In Fällen erheblicher Kostenvarianzen kann der Gesamtüberblick über einen Behandlungsfall Hinweise für eine verbesserte Erkennung der Ursachen ermöglichen und damit zu einer Optimierung der Kostenhomogenität bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems dienen.

Zu § 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe f KHEntgG

Um eine differenzierte Weiterentwicklung des DRG-Systems zu gewährleisten, sind nach Buchstabe c (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe f KHEntgG) die Beatmungszeiten als Indikator für hohen Ressourcenaufwand zu übermitteln. Als sachgerechte Definitionsgrundlage werden die Deutschen

Kodierrichtlinien der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG zu Grunde gelegt. Um zu differenzierten Bewertungsansätzen bei belegärztlichen Leistungen gelangen zu können, ist zudem die Angabe zu übermitteln, ob Leistungen durch Belegoperateur, Beleganästhesist und/oder Beleghebamme erbracht wurden.

Zu § 21 Abs. 5 KHEntgG

Für die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems werden flächendeckende Daten der Krankenhäuser insbesondere über Art und Anzahl der Entgelte benötigt. Nach Nummer 3 (§ 21 Abs. 5 KHEntgG) haben die Selbstverwaltungspartner für den Fall einer nicht oder nicht vollständig sowie einer nicht rechtzeitig erfolgenden Datenübermittlung Abschlüsse von den Fallpauschalen zu vereinbaren. Während der Ein- und Überführungsphase ist der Abschlag auf den krankenhausindividuellen Basisfallwert zu beziehen.

2.25. Zu Artikel 5 Anlage 1 (Anlage 1 des KHEntgG)

Zu Abschnitt E1

Nummer 1 ermöglicht für den Fall, dass die Selbstverwaltungspartner eine Aufteilung von Fallpauschalen bei einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern (Verlegungsfall) vereinbaren, den getrennten Ausweis von Erlösanteilen.

Zu Abschnitt B1 lfd. Nummern 12, 22 und Fußnote

Nummer 2 Buchstaben a und c gibt vor, dass die Ausgleichs- und Berichtigungen detaillierter auszuweisen sind.

Nummer 2 Buchstabe b und Nummer 3 Buchstabe c bestimmen, dass zusätzlich der Basisfallwert ohne Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge auszuweisen ist. Eine solche Bereinigung ist für den Vergleich der Basisfallwerte verschiedener Krankenhäuser erforderlich.

Zu Abschnitt B2 lfd. Nummern 3, 8, 24, 28 und Fußnote

Nummer 3 Buchstabe a und die durch Buchstabe e erfolgende Aufhebung des bisherigen Fußnotentextes stellen klar, dass alle Veränderungen bei den nicht durch das Fallpauschalensystem abgebildeten Entgelten nach § 6 zu berücksichtigen sind. Buchstabe b stellt klar, dass die Bereinigung um enthaltene Ausgleichs- und Berichtigungen nur im Jahr 2005 vorzunehmen ist; für das Jahr 2006 gilt eine veränderte Systematik. Buchstabe c und der durch Buchstabe e neugefasste Fußnotentext geben vor, dass die Ausgleichs- und Berichtigungen detaillierter auszuweisen sind.

2.26. Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Nach Absatz 1 tritt die überwiegende Zahl der Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Artikel 2), des Krankenhausentgeltgesetzes (Artikel 5) und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1) am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft. Entsprechendes gilt für einzelne redaktionelle Änderungen der Bundespflegesatzver-

ordnung (Artikel 4 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 5). Ausnahmen stellen im SGB V die Ermächtigung und Vergütung der Hochschulambulanzen (§§ 117, 120 SGB V), die geänderte Besetzung des Ausschusses Krankenhaus (§ 137c SGB V) und die Änderung der Einzelfallprüfung (§ 275 SGB V) dar. Sie treten am 1. Januar 2003 in Kraft. Im KHG sind die Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in das KHG (§ 3 KHG), die Änderung bei den nicht förderungsfähigen Einrichtungen (§ 5 KHG), die Durchführung der Stichprobenprüfung (§ 17c KHG) und die Streichung der Vereinbarung der Höhe der Sonderentgelte auf der Landesebene (§ 18 Abs. 3 Satz 3 KHG) ausgenommen. Bis auf die Vorgabe zur Vereinbarung der Sonderentgelthöhe auf der Landesebene, die durch Absatz 2 zum 1. Januar 2004 gestrichen wird, treten diese Regelungen durch Absatz 4 zum 1. Januar 2003 in Kraft.

Absatz 2 bestimmt das Inkrafttreten von Regelungen zum 1. Januar 2004. Die Beteiligungsrechte der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe sowie das Recht zur Stellungnahme für die medizinischen Fachgesellschaften, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und die Industrie für Medizinprodukte werden gestärkt (Artikel 3 Nr. 3). Die Möglichkeit zum Abschluss von Investitionsverträgen nach § 18b KHG entfällt (Artikel 3 Nr. 1 und 4). Mit Ausnahme der durch Absatz 1 bereits am Tag nach der Verkündung geänderten Verweisungen in § 4 BPfIV auf den neu gefassten § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V treten die in Artikel 4 Abs. 2 enthaltenen Änderungen der Bundespflegesatzverordnung zum 1. Januar 2004 in Kraft.

Absatz 3 nimmt zum 1. Januar 2005 redaktionelle Folgeänderungen der Bundespflegesatzverordnung vor, die sich aus der Verlagerung der Vorschriften zur Vergütung von belegärztlichen und wahlärztlichen Leistungen ergeben (Artikel 4 Abs. 3). Gleichzeitig werden die bisherigen §§ 22 bis 24 BPfIV mit den Vorgaben zu den wahlärztlichen und belegärztlichen Leistungen von der Bundespflegesatzverordnung in das neue Krankenhausentgeltgesetz verlagert.

Nach Absatz 4 treten alle anderen Regelungen, die in den Absätzen 1 bis 3 nicht genannt werden, am 1. Januar 2003 in Kraft. Dies gilt für bestimmte Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie für die Folgeänderung der Bundespflegesatzverordnung nach Artikel 4 Abs. 1. Auch die Vorgaben zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nach § 17a KHG, die zum 1. Januar 2004 auf eine Zuschlagsfinanzierung umgestellt wird (Artikel 3 Nr. 2), treten bereits zum 1. Januar 2003 in Kraft, damit die erforderlichen Arbeiten zum Aufbau der notwendigen Strukturen fristgerecht durchgeführt werden können. Folge dieser neuen Regelung ist auch, dass der heutige § 17a KHG (Abbau von Fehlbelegungen) zum 1. Januar 2003 aufgehoben wird; er wird durch die ab 1. Januar 2003 anzuwendende neue Stichprobenprüfung nach § 17c KHG ersetzt.

Berlin, den 13. Dezember 2001

Dr. Hans Georg Faust
Berichterstatter

Änderungsanträge

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Bundestagsdrucksache 14/6893) (in systematischer Reihenfolge)

Zu Artikel 1 Nrn. 1a, 1b, 1c (neu) FPG (§§ 63, 64, 69 SGB V)

Redaktionelle Änderungen bei den Vorschriften zu Modellvorhaben

Nach Artikel 1 Nr. 1 werden folgende Nummern 1a, 1b und 1c eingefügt:

„1a. In § 63 Abs. 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „, des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.“

„1b. In § 64 Abs. 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundespfllegesatzverordnung“ die Wörter „oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.“

„1c. In § 69 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ die Wörter „, dem Krankenhausentgeltgesetz“ eingefügt.“

Begründung

Folgeänderungen zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Artikel 1 Nr. 3 FPG (§ 109 SGB V)

Redaktionelle Änderung zu Versorgungsverträgen

Artikel 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

1. Der Eingangssatz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„3. § 109 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:“

2. Folgender Buchstabe wird angefügt:

„b) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „, des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.“

Begründung

Die Ergänzung des § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V beruht auf dem Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Artikel 1 Nr. 3a (neu) FPG (§ 117 SGB V)

Ermächtigung der Hochschulambulanzen

In Artikel 1 ist nach Nummer 3 folgende Nummer einzufügen:

„3a) § 117 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch die Wörter „der Hochschulambulanzen“ ersetzt und nach den Wörtern „Umfangs und“ werden die Wörter „der Ambulanzen“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch die Wörter „der Hochschulambulanzen“ ersetzt.“

Begründung

Zu Nummer 3a (§ 117)

Durch die Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung in § 117 SGB V werden den Hochschulkliniken die für Forschung und Lehre in der ambulanten Versorgung erforderlichen Patienten zugewiesen. Zu diesem Zweck waren nach bisherigem Recht lediglich die poliklinischen Institutsambulanzen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zur ambulanten Versorgung ermächtigt. Dies entspricht nicht mehr der Versorgungswirklichkeit, da auch in den übrigen, meist spezialisierten Instituten, Ambulanzen und Abteilungen der Hochschulkliniken Forschung und Lehre betrieben wird. Der Anspruch auf Ermächtigung wird daher auch auf diese Einrichtungen ausgedehnt, allerdings weiterhin beschränkt auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Wegen der größeren Sachnähe können künftig die Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ermächtigungen beantragen und die Verträge nach Satz 3 über die Ausgestaltung der Ermächtigung abschließen. Absatz 2 ist eine Folgeänderung für die Ambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sowie an Ausbildungsstätten nach § 6 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG). Nicht von der Vorschrift erfasst sind die nicht zu den Hochschulkliniken zählenden sogenannten Lehrkrankenhäuser, in denen in Zusammenarbeit mit den Hochschulkliniken ebenfalls medizinische Lehre und Ausbildung stattfindet.

Zu Artikel 1 Nr. 4 FPG (§ 120 SGB V)*Vergütung der Hochschulambulanzen*

Artikel 1 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „, Polikliniken und sonstiger“ durch das Wort „und“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, 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 gemeinsam und einheitlich 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. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen. Bei Hochschulambulanzen an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütungen nach § 85 für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die für Leistungen der Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Polikliniken“ durch das Wort „Hochschulambulanzen“ ersetzt.

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

cc) In Satz 4 werden im ersten Halbsatz nach den Wörtern „wird für“ die Wörter „die Hochschulambulanzen,“ eingefügt und im zweiten Halbsatz die Wörter „Polikliniken und“ gestrichen.“

*Begründung**Zu Nummer 4 (§ 120)**Zu Buchstabe a (Absatz 1)*

Die Streichungen sind erforderlich, da die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre von den Hochschulambulanzen erbrachten Leistungen durch Absatz 2 geregelt wird.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Die im Rahmen von Forschung und Lehre von den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen werden nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte vergütet. Diese Änderung ist geboten, um die Gesamtvergütung von solchen Leistungen zu entlasten, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wer-

den. Durch die Neuregelung in Satz 1 wird des Weiteren vermieden, dass die Vergütung der Hochschulkliniken durch die innerärztliche Honorarverteilung betroffen wird. Durch Satz 2 erhalten die Hochschulen oder Hochschulkliniken das Recht, selbst die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Dies ist zur Gewährleistung einer die besonderen Umstände der Leistungserbringung berücksichtigenden Vergütung erforderlich. Satz 3 entspricht geltendem Recht. Die in Satz 4 vorgesehene Abstimmung der Vergütung der Leistungen der Hochschulkliniken mit den Vergütungen für vergleichbare Leistungen soll eine einheitliche Leistungsbewertung ermöglichen. Solche Leistungsbe- reiche sind insbesondere vor- und nachstationäre Leistungen. Satz 5 stellt klar, dass Investitionskosten – etwa für die von den Ländern zu tragenden Investitionskosten für Forschung und Lehre – bei der Vergütungshöhe zu berücksichtigen sind. Dies gilt auch für die Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sowie für die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG). Für die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 folgt dies unmittelbar aus § 120 Abs. 2 und 3. Für die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 2 und die Ambulanzen an Ausbildungsstätten ergibt sich diese Rechtsfolge aus § 117 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. § 120 Abs. 2 und 3. Satz 6 stellt klar, dass mit der Herausnahme der Vergütung der von Hochschulambulanzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und unmittelbaren Vergütung dieser Leistungen an die Hochschulen oder Hochschulkliniken die Gesamtvergütungen entsprechend bereinigt werden müssen. Die Regelung ist notwendig, um eine Doppelbelastung der Krankenkassen zu vermeiden.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Die Änderung durch Doppelbuchstabe aa stellt klar, dass die Vergütung der Hochschulambulanzen pauschaliert werden kann.

Nach Doppelbuchstabe bb ist eine Minderung der Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen gesetzlich nicht mehr vorgesehen, weil in den nach Absatz 2 Satz 4 als Vergleich heranzuziehenden Leistungsentgelten kein Aufwand für Forschung und Lehre berücksichtigt ist. Aufwendungen für Forschung und Lehre sind danach auch künftig nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen.

Doppelbuchstabe cc trägt der Tatsache Rechnung, dass als notwendige Folge der Veränderungen im Vergütungsbereich das Formularwesen für die Abrechnung der im Rahmen von Forschung und Lehre an den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarungen zu vereinbaren ist.

Zu Artikel 1 Nr. 5 FPG (§ 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Verbindliche Vorgabe von Mindestmengen für Leistungen, Qualitätsbericht des Krankenhauses

Artikel 1 Nr. 5 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe b wird wie folgt geändert:

a) In Doppelbuchstabe bb wird Nummer 3 wie folgt gefasst:

„3. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,“

b) In Doppelbuchstabe ee wird Nummer 6 wie folgt gefasst:

„6. Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Nummer 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.“

2. Folgender Buchstabe c wird angefügt:

„c) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Wenn die nach Satz 3 Nr. 3 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.““

Begründung

Nummer 1 Buchstabe a (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) ändert in Verbindung mit Nummer 2 (§ 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V) die im Gesetzentwurf vorgesehenen Empfehlungen in Vorgaben von Mindestmengen für planbare Leistungen und macht diese ab 2004 verbindlich; bei ihrer Unterschreitung darf die Leistung nicht erbracht werden. Es sind Ausnahmetatbestände festzulegen, bei deren Vorliegen von der Mindestmenge abgewichen werden kann, z. B. beim Wechsel des behandelnden Arztes oder beim Aufbau eines Leistungsbereiches durch einen bereits erfahrenen Arzt.

Nummer 1 Buchstabe b (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V) konkretisiert den zeitlichen Abstand für die regelmäßige Vorlage des Qualitätsberichts auf zwei Jahre und bestimmt als erstmaligen Berichtszeitraum das Jahr 2004. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Transparenz ist auch aufzunehmen, inwieweit die Regelungen der neuen Nummer 3 des § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu der je Arzt oder Kran-

kenhaus erforderlichen Mindestmenge an erbrachten Leistungen beachtet werden. Um einen Überblick über das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses zu ermöglichen, muss der Bericht auch Angaben über die erbrachten DRG-Fallpauschalen sowie jeweils deren Anzahl enthalten. Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Hinblick auf Fehlbelegungen, frühzeitige Verlegungen oder Entlassungen und Fehlabbrechnungen geprüft (§ 17c Abs. 2 KHG).

Nummer 2 gibt mit § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V vor, dass Krankenhäuser bei Unterschreitung der Mindestmengen für planbare Leistungen, die nach Satz 3 Nr. 3 aus Gründen der Qualitätssicherung zu vereinbaren sind, die Leistungen nicht mehr erbringen dürfen. Dabei ist im Rahmen der Erlösbudgetverhandlungen die voraussichtlich erreichbare Zahl der Leistungen maßgeblich. Der neue Satz 5 soll zu einer Erhöhung der Transparenz bei der Qualität der stationären Versorgung führen. Diese ist in erster Linie für die Versicherten von großer Bedeutung. Aber auch die einweisenden Ärzte haben wegen ihrer häufig auch beratenden Funktion gegenüber dem Versicherten bei der Wahl des Krankenhauses einen Bedarf an übersichtlich aufbereiteten Informationen über die Qualität der Krankenhäuser. Das Recht des Versicherten, das Krankenhaus zu wählen, bleibt unberührt.

Zu Artikel 1 Nr. 6a (neu) FPG (§ 140b SGB V)

Redaktionelle Änderung bei den Vorschriften zur integrierten Versorgung

Nach Artikel 1 Nr. 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. § 140b Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „, des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bundespflege-satzverordnung“ die Wörter „oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.““

Begründung

Folgeänderungen zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Artikel 1 Nr. 6b (neu) FPG (§ 275 SGB V)

Einzelfallprüfung des MDK bei Abrechnungen

Nach Artikel 1 Nr. 6a (neu) wird folgende Nummer 6b eingefügt:

„6b. In § 275 Abs. 1 Satz 1 wird Nummer 1 wie folgt gefasst:

- „1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,““

Begründung

Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den Medizinischen Dienst geprüft werden kann. Das Verfahren wird ausdrücklich be-

grenzt auf Fälle, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben. Die Krankenkassen müssen in diesen Fällen die Möglichkeit haben, abgerechnete Leistungen vom Medizinischen Dienst überprüfen zu lassen. Dies gilt z. B. für Leistungen, die vor der Behandlung genehmigt wurden oder für die eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, aber auch für Leistungen, die nicht genehmigungsbedürftig sind. Diese Prüfung in Einzelfällen ist im Krankenhausbereich unabhängig von der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach dem neuen § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Artikel 1 Nr. 8 FPG (§ 301 SGB V)

Übermittlung von Leistungsdaten

Artikel 1 Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

„8. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ durch die Wörter „bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmealter,“ ersetzt.

bb) In Nummer 9 werden nach den Wörtern „sowie nach“ die Wörter „dem Krankenhausentgeltgesetz und“ eingefügt.

b) Absatz 2 Satz 4 wird aufgehoben.“

Begründung

Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) übernimmt die Vorgabe der bisherigen Nummer 8. Doppelbuchstabe bb ergänzt als Folgeänderung zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes den § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SGB V.

Buchstabe b (§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V) nimmt eine Folgeänderung vor. Er hebt den Verweis auf die Fachabteilungs-gliederung nach der Bundespflegesatzverordnung, die künftig entfällt, auf.

Zu Artikel 1 Nr. 8a (neu) FPG (§ 313a SGB V)

Redaktionelle Änderungen bei den Vorschriften zum Risikostrukturausgleich

Nach Artikel 1 Nr. 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

„8a. In § 313a Abs. 3 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ die Wörter „, des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.“

Begründung

Folgeänderung zum Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Artikel 2 Nr. 01 (neu) FPG (§ 3 KHG)

Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in das Fallpauschalensystem

In Artikel 2 wird vor Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:

„01. § 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird aufgehoben.

b) In Nummer 4 wird das Wort „oder“ nach dem Wort „Angestellten“ durch die Wörter „und, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger“ ersetzt.“

Begründung

Buchstabe a (§ 3 Satz 1 Nr. 1 KHG) gibt vor, dass die Bundeswehrkrankenhäuser als einzige Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, durch Aufhebung von § 3 Satz 1 Nr. 1 grundsätzlich in das Krankenhausfinanzierungsgesetz einbezogen werden. Es handelt sich um eine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser in das Fallpauschalensystem, soweit diese Zivilpatienten behandeln (Artikel 5 § 1 Abs. 2 KHEntG). Insbesondere gilt § 17b KHG auch für die Vergütung der Behandlung von Zivilpatienten in Bundeswehrkrankenhäusern, da nunmehr insoweit das Krankenhausfinanzierungsgesetz in Folge der Aufhebung der Nummer 1 „Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist“ grundsätzlich gilt. Ausgenommen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 9 ist die Investitionsförderung nach dem KHG; die Bundeswehrkrankenhäuser sind Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften (Artikel 87a Abs. 1 des Grundgesetzes) vorgehalten werden.

Buchstabe b bestimmt, dass die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Änderung von § 3 Satz 1 Nr. 4 ebenfalls grundsätzlich in das Krankenhausfinanzierungsgesetz einbezogen werden, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten der jeweiligen Behandlung trägt. Es handelt sich um eine Änderung im Hinblick auf die entsprechende Einbeziehung in das Fallpauschalensystem (Artikel 5 § 1 Abs. 2 KHEntG).

Zu Artikel 2 Nr. 1 FPG (§ 5 KHG)

Nicht förderungsfähige Einrichtungen

Artikel 2 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. § 5 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 7 werden die Wörter „Kurkrankenhäuser sowie“ gestrichen.

b) In Nummer 10 wird der Punkt nach dem Wort „sind“ durch ein Komma ersetzt. Folgende Nummer wird angefügt:

„11. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen.“

Begründung

Buchstabe a (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG) streicht den Begriff der Kurkrankenhäuser. Er kann entfallen, weil er inhaltlich keine eigenständige Bedeutung mehr hat. Die so genannten Kurkrankenhäuser werden bereits von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfasst. Weiter wird eine terminologische Übereinstimmung mit dem SGB V herbeigeführt, da mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 der Begriff der Kur im SGB V entfallen ist.

Nach Buchstabe b (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 KHG) gilt für die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zwar nunmehr grundsätzlich das Krankenhausfinanzierungsgesetz, soweit nicht die gesetzliche Unfallversiche-

zung die Kosten trägt (§ 3 Nr. 4 KHG). Ausgenommen wird jedoch gemäß § 5 Nr. 11 KHG die Investitionsförderung nach dem KHG, die somit generell für diese Gruppe von Krankenhäusern nicht gewährt wird.

Zu Artikel 2 Nr. 4 FPG (§ 17b KHG)

- Herausnahme von Psychosomatik und -therapie aus den DRG
- Hilfsweise Nutzung australischer Bewertungsrelationen
- Ersatzvornahmen durch das Bundesministerium für Gesundheit

Artikel 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe a wird wie folgt geändert:

- a) Vor Doppelbuchstabe aa wird folgender Doppelbuchstabe eingefügt:

„a0) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin“ eingefügt.“

2. Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „Zum 1. Januar 2003“ durch die Wörter „Nach Maßgabe von Absatz 4 und Absatz 6“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart.“

3. Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Kann eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden, ist dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren; Absatz 1 Satz 13 bleibt unberührt. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus voraussichtlich mindestens 90 vom Hundert des Gesamtbetrags nach dem Krankenhausesentgeltgesetz, der um Zusatzentgelte, Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen vermindert ist, mit Fallpauschalen abrechnen kann. Wird dieser Vomhundertsatz nicht erreicht, wird das Vergütungssystem auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt, wenn die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 zustimmen; die Schiedsstelle entscheidet nicht. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bis zum 31. Oktober 2002 den anderen Vertragsparteien

nach § 11 schriftlich mitzuteilen. Es hat eine Aufstellung über Art und Anzahl der DRG-Leistungen im ersten Halbjahr 2002 vorzulegen; bei ausreichender Kodierqualität können ergänzend Daten des zweiten Halbjahres 2001 vorgelegt werden.“

4. Folgende Buchstaben werden angefügt:

„e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 5“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird wie folgt geändert:

aaa) Im ersten Halbsatz werden nach dem Wort „Bundespflugesatzverordnung“ die Wörter „oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.

bbb) Im zweiten Halbsatz werden das Wort „sowie“ durch das Wort „und“ ersetzt und nach dem Wort „Bundespflugesatzverordnung“ die Wörter „sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.

f) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze angefügt:

„(6) Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend; die auf Grundlage australischer Bewertungen vereinbarten Relativgewichte sind in den folgenden Jahren durch Relativgewichte auf der Grundlage deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen. Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an den nach Absatz 3 Satz 5 krankenhausesübergreifend festgelegten Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.“

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Teilbereiche zu erlassen, in denen eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat. Die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen und zur Vorbereitung seiner Entscheidungen das DRG-Institut der Vertragsparteien beauftragen, nähere Auskünfte zu geben sowie Lösungsvorschläge zu erarbeiten oder erarbeiten zu lassen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Sie schreiben dazu For-

schungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen.“

Begründung

Um der Gefahr von medizinisch nicht indizierten Verlegungen an den Schnittstellen von Psychosomatik und Psychotherapeutischer Medizin zur Psychiatrie, die vorerst von dem neuen Entgeltsystem ausgeklammert ist, vorzubeugen, nimmt Nummer 1 (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) auch Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin von dem DRG-Fallpauschalensystem aus.

Nummer 2 Doppelbuchstabe aa (§ 17b Abs. 3 Satz 4 KHG) nimmt redaktionelle Folgeänderungen auf Grund der neuen Absätze 4 und 6 vor. Doppelbuchstabe bb (§ 17b Abs. 3 Satz 5 KHG) entspricht der bisherigen Vorgabe von Buchstabe c.

Die Krankenhäuser können sich im Rahmen der budgetneutralen Einführungsphase entscheiden, bereits im Jahr 2003 das neue DRG-Fallpauschalensystem einzuführen. Sie gewinnen dadurch ein zweites Jahr, in dem sie unter besonders geschützten Bedingungen Erfahrungen sammeln und sich auf notwendig werdende Veränderungen einstellen können. Nummer 3 (§ 17b Abs. 4 KHG) konkretisiert die Vorgaben für das Optionsmodell mit dem Ziel, eine zeitgerechte und möglichst umfassende Einführung der Fallpauschalen zu erreichen. Für das Optionsmodell wird ein vorläufiger Fallpauschalenkatalog vereinbart, der weitgehend dem australischen Katalog entspricht. Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen soll dieser Katalog möglichst mit Bewertungsrelationen (Relativgewichten) versehen werden, die auf der Grundlage von Kostenerhebungen in deutschen Krankenhäusern ermittelt werden. Bei dieser von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbarten Kalkulation könnten jedoch im Jahr 2003 DRG-Fallgruppen nicht bewertet werden, weil die Fallzahlen bei den beteiligten Krankenhäusern zu gering sind. Die Vertragsparteien werden deshalb beauftragt, diese Lücken im Fallpauschalenkatalog durch näherungsweise ermittelte Relativgewichte auf der Grundlage der australischen Bewertungsrelationen zu schließen. Dies kann durch iterative (schrittweise) Rechenverfahren, z. B. durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern, das Ersetzen bestimmter Kostenbausteine oder eine Interpolation benachbarter Werte erfolgen. Die Vertragsparteien werden beauftragt, die Arbeiten an einer solchen näherungsweisen Festlegung von Relativgewichten bereits zu beginnen, wenn absehbar ist, dass im Rahmen der Kostenerhebungen in deutschen Krankenhäusern bei Fallgruppen „voraussichtlich“ eine zu geringe Zahl von Fällen erfasst wird. Dies wird sich relativ früh abzeichnen.

Voraussetzung für die Ausübung des Optionsrechtes durch ein Krankenhaus ist, dass es mindestens 90 Prozent seines DRG-fähigen Umsatzes mit den Fallpauschalen abrechnen kann. Mit dieser Vorgabe sollen schwierig zu handhabende Mischsysteme aus DRG-Fallpauschalen und krankenhausspezifisch verhandelten Entgelten begrenzt werden. Um

flexibel auf besondere Situationen reagieren zu können, wird eine Einführung des neuen Vergütungssystems auch unterhalb dieses Prozentsatzes für den Fall zugelassen, dass die Krankenkassen zustimmen. Darüber hinaus wird festgelegt, für welchen Zeitraum die Krankenhäuser eine DRG-Statistik als Verhandlungsunterlage für die Budgetvereinbarungen vorzulegen haben.

Nummer 4 Buchstabe e (§ 17b Abs. 5 KHG) nimmt redaktionelle Anpassungen, insbesondere in Folge des neuen Krankenhausentgeltgesetzes vor:

Nummer 4 Buchstabe f bestimmt zu Absatz 6 Satz 1, dass das neue Vergütungssystem zum 1. Januar 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt wird. Satz 2 übernimmt die Vorgabe des neuen Absatzes 4 Satz 3, nach der auf der Grundlage australischer Bewertungsrelationen näherungsweise ermittelte Relativgewichte verwendet werden sollen, soweit es noch nicht gelingt, die Relativgewichte mit deutschen Kosten zu kalkulieren. Diese Näherungswerte sollen entsprechend der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner in den Folgejahren durch kalkulierte deutsche Werte ersetzt werden. Die Sätze 3 und 4 entsprechen dem bisherigen Inhalt des Absatzes 6.

Der neue Absatz 7 ersetzt die bisherige Schiedsstelle zur Konfliktlösung durch die Möglichkeit einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit. Bei den bisher von den Selbstverwaltungspartnern durchgeführten Arbeiten zur Einführung des neuen Vergütungssystems ist deutlich geworden, dass es bei den Konflikten vornehmlich um konzeptionelle Fragen von grundsätzlicher gesundheitspolitischer Bedeutung geht, die ein grundsätzlich auf Konsensfindung ausgerichtetes Schiedsstellenverfahren überfordern würden. Das Bundesministerium kann über eine Ersatzvornahme entscheiden, z. B. auch darüber, ob es zunächst ein vom ihm geleitetes Schlichtungsverfahren vorschaltet.

Absatz 8 beauftragt die Selbstverwaltungspartner, eine Begleitforschung zu dem neuen Vergütungssystem durchzuführen. Neben Strukturveränderungen soll insbesondere die Qualität der Versorgung beobachtet werden. Eine Abstimmung mit dem Bundesministerium ist erforderlich, um insbesondere Fragestellungen zu gesundheitspolitischen Themen, zu Veränderungen im Zusammenwirken der Versorgungssektoren und zur Akzeptanz des Vergütungssystems insbesondere auch bei Patienten einzubringen sowie die Koordinierung mit der Forschung der Bundesministerien sicherzustellen.

Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a FPG (§ 17b Abs. 1 KHG)

und Artikel 5 § 5 FPG (§ 5 KHEntG)

Abweichende Vorgaben der Länder zum Sicherstellungszuschlag

1. Artikel 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

„aa) Satz 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzie-

run- gungstatbestand nicht in allen Kranken- häusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu ver- einbaren, insbesondere für die Notfallver- sorgung, für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungs- stätten und Ausbildungsvergütungen und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Kranken- hausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Bu- ches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fall- pauschalen eingerechnet werden. Zur Si- cherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzier- bar ist, sind bundeseinheitliche Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Vorausset- zungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Um- fang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die für die Krankenhaus- planung zuständige Landesbehörde kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinhei- ten zu gewährleisten; dabei sind die Inter- essen anderer Krankenhäuser zu berück- sichtigen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge.““

bb) In Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

cc) In Doppelbuchstabe cc wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

2. Artikel 5 § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 ist nach dem Wort „Abschläge“ die Angabe „nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG“ einzufügen.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpau- schalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Anwendung der Maßstäbe und Einhaltung der Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 des Krankenhausfinanzierungs- gesetzes Sicherstellungszuschläge. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeigne- tes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits er-

bringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags.“

Begründung

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 9. Novem- ber 2001 (Bundesratsdrucksache 701/01 – Beschluss) eine stärkere Berücksichtigung der Belange der Krankenhaus- planung der Länder gefordert. Die Neufassung von § 17b Abs. 1 Satz 4 bis 8 KHG durch Nummer 1 greift diese For- derung auf. Satz 7 lässt für die Vereinbarung eines Zu- schlags zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung Vorgaben der Länder zu, die die Vereinbarungen der Selbst- verwaltungspartner auf Bundesebene ergänzen oder von ihnen abweichen können. Damit können landesspezifische Belange der Krankenhausplanung eingebracht und berück- sichtigt werden. Es wird jedoch an einer leistungsbezogenen Entscheidungsfindung festgehalten. Auch sind die Interes- sen anderer Krankenhäuser, die im Wettbewerb stehen und ggf. die Leistungen ohne Zuschlag erbringen könnten, zu berücksichtigen.

Die Regelungen stellen sicher, dass für notwendige Versor- gungsangebote, die auf Grund geringer Fallzahlen mit den vorwiegend aus Fallpauschalen erzielten Erlösen allein nicht finanzierbar sind, Zuschläge vereinbart werden könn- en. § 5 Abs. 2 KHEntG gibt dementsprechend vor, dass von den Vertragsparteien „vor Ort“ zu prüfen ist, ob ein an- deres geeignetes Krankenhaus diese Leistungen ohne Zu- schlag erbringen kann.

Die Entscheidung über einen Zuschlag ist anhand der Maß- stäbe und Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 KHG zu treffen. Im Konfliktfall entscheidet die für die Krankenhaus- planung zuständige Landesbehörde. Die Regelungen insge- samt geben den Ländern ausreichend Möglichkeiten, die Besonderheiten der Krankenhausplanung zur Geltung zu bringen sowie im Einzelfall sachgerechte Entscheidungen zu treffen.

Zu Artikel 2 Nr. 5 FPG (§ 17c KHG)

Vereinbarung des Prüfverfahrens

Artikel 2 Nr. 5 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich ge- prüft.“

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Wörter „für die Jahre 2003 und 2004“ gestrichen.

b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in dersel- ben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.“

3. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Prüfergebnisse“ die Wörter „nach Absatz 2 und 3“ eingefügt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

„Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. Kommen Empfehlungen bis zum 31. Januar 2003 nicht zustande, bestimmt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren.“

Begründung

Nach Nummer 1 (§ 17c Abs. 2 Satz 8 KHG) sind Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht fristgerecht vorlegen, verstärkt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu prüfen.

Nummer 2 Buchstabe a (§ 17c Abs. 3 Satz 3 KHG) streicht die Befristung für das pauschalierte Ausgleichsverfahren zur Korrektur von Fehlabbildungen. Der Ausgleich soll bis zum Ende der Konvergenzphase, d. h. bis Ende 2006, über das Budget des Folgejahres und nicht über eine teilweise Rückabwicklung einzelner Rechnungen vorgenommen werden.

Die Krankenhäuser sollen zu sorgfältiger Erfüllung ihrer Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen angehalten werden. Fehlerhafte Abrechnungen würden das Fallpauschalensystem insgesamt gefährden. Nummer 2 Buchstabe b (§ 17c Abs. 3 Satz 4 KHG) bestimmt deshalb als Voraussetzung für die vorgesehene finanzielle Sanktion ein grob fahrlässiges Fehlverhalten, das zu der zu hohen Abrechnung geführt hat. Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die für die Abrechnung von Krankenhausleistungen erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße außer acht gelassen worden ist (vgl. §§ 276, 277 BGB). Demgegenüber würde die Voraussetzung einer vorsätzlichen Falschabrechnung, also insbesondere das Wissen und Wollen des rechtswidrigen Erfolges – bewusste Erzielung unrechtmäßig hoher Einnahmen –, dem gewollten Erfordernis der Sorgfalt nicht genügend Rechnung tragen. Liegt eine vorsätzliche Falschabrechnung vor, dürfte regelmäßig ohnehin der Straftatbestand des Betrugs nach § 263 des Strafgesetzbuches vorliegen, also eine strafrechtliche Sanktion eingreifen. Auch wenn eine zu hohe Abrechnung nicht auf grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz beruht, muss das Krankenhaus den nicht gerechtfertigten, von der Krankenkasse aber bereits bezahlten Differenzbetrag wegen ungerechtfertigter Bereicherung zurückzahlen.

Nummer 3 Buchstabe a (§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG) nimmt eine redaktionelle Klarstellung vor. Buchstabe b (§ 17c Abs. 4 Satz 8 bis 11 KHG) gibt vor, dass das Nähere zum

Prüfverfahren im Rahmen einer partnerschaftlichen Vereinbarung durch die Beteiligten im Schlichtungsausschuss festzulegen ist. Die Vereinbarung muss sich auch auf die erforderliche Qualifikation der Prüfer des Medizinischen Dienstes beziehen. Damit das Prüfverfahren im Jahr 2003 angewendet werden kann, ist es bis zum 31. März 2003 zu vereinbaren. Satz 2 beauftragt die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, entsprechende Empfehlungen zu vereinbaren. Sie sollen zu einer weitgehenden Einheitlichkeit der Prüfverfahren in wesentlichen Grundzügen führen, ohne jedoch die Vereinbarungsmöglichkeiten der Landesebene einzuengen. Die Empfehlungen gelten kraft Gesetzes bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Schlichtungsausschuss auf Landesebene. Kommt eine Einigung über die Empfehlungen nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene.

Zu Artikel 4 FPG (BPfIV)

Arbeitszeitbedingungen, Folgeänderung zur Psychosomatik und -therapie

Artikel 4 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Bundespflegegesetzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) In § 6 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für das Jahr 2003 einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrags. Voraussetzungen sind, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind, und dass die für den Arbeitsschutz zuständige Behörde festgestellt hat, dass die Einhaltung des Arbeitszeitrechts durch die Anwendung der Vereinbarung sichergestellt ist. Der zusätzliche Betrag ist im Gesamtbetrag zu berücksichtigen; er kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 zu einer entsprechenden Überschreitung der Veränderungsrate führen. Für das Jahr 2004 vereinbaren die Vertragsparteien unter den Voraussetzungen nach Satz 1 erstmals oder zusätzlich einen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrags, soweit Verweildauerverkürzungen oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit ansonsten zu einer entsprechenden Absenkung des Gesamtbetrags führen würden. Der Betrag wird zu dem nach den Vorgaben des Absatzes 1 verhandelten Gesamtbetrag hinzugerechnet; dabei darf abweichend von Absatz 1 Satz 4 die Veränderungsrate überschritten werden. Die für die Jahre 2003 und 2004 vereinbarten Beträge verbleiben in den Folgejahren im Gesamtbetrag und unterliegen mit dem Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 der schrittweisen Budget-

angleichung. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.“

- b) In § 14 Abs. 13 wird die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4“ durch die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5“ ersetzt.“

2. In Absatz 2 wird Nummer 29 wie folgt gefasst:

„29. Anhang 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt gefasst:

lfd. Nr.	Bettenführende Fachabteilungen*)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
3	Psychosomatik
4	Psychotherapeutische Medizin
5	Sonstige

*) Nur Abteilungen, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet werden und die für dieses Fachgebiet überwiegend genutzt werden.“

Begründung

Nummer 1 Buchstabe a (§ 6 Abs. 5 BPfIV) gibt einen finanziellen Spielraum für Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, insbesondere zur Einhaltung von Ruhezeiten und zur Überführung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienste. Dabei werden den einzelnen Krankenhäusern und deren Arbeitnehmervertretungen Gestaltungsspielräume für die Neuorganisation der betrieblichen Arbeitszeiten gegeben. Im Hinblick auf die angespannte finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung werden für das Jahr 2003 einmalig Mittel in Höhe von rd. 100 Mio. Euro zusätzlich bereitgestellt. Für das Jahr 2004 können Mittel in gleicher Höhe eingesetzt werden, soweit die Krankenhäuser diesen Betrag durch Verkürzungen der Verweildauer der Patienten oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit selbst erwirtschaften. Die Krankenhäuser können von den Regelungen für die einzelnen Jahre oder kumulativ Gebrauch machen. Diese zusätzlichen Finanzierungsmittel gehen in das Erlösbudget des Krankenhauses für das Jahr 2005 ein (§ 4 Krankenhausentgeltgesetz) und werden mit diesem stufenweisen an das neue DRG-Vergütungsniveau angeglichen. Buchstabe b ändert die Verweisung in § 14 Abs. 13 BPfIV.

Nummer 2 (Anlage 1 Anhang 1 zur BPfIV) ist eine Folgeänderung zur Herausnahme der Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin aus dem DRG-Fallpauschalensystem (§ 17b Abs. 1 KHG).

Zu Artikel 5 § 1 FPG (§ 1 KHEntgG)

Redaktionelle Folgeänderungen

Artikel 5 § 1 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „Nr. 1 bis 4“ gestrichen.

- b) In Nummer 3 werden nach dem Wort „sind“ der restliche Satzteil gestrichen und der Punkt durch ein Komma ersetzt.

c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. das Jahr 2003 für Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 4 Satz 4 bis 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das DRG-Vergütungssystem noch nicht anwenden; § 21 ist auch von diesen Krankenhäusern anzuwenden.“

Begründung

Buchstabe a nimmt in § 1 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG redaktionelle Folgeänderungen auf Grund der Änderungen des § 3 und des § 17b Abs. 4 KHG vor. Der durch Buchstabe b gestrichene Satzteil wird durch Buchstabe c als neue Nummer 4 vorgegeben. Damit wird klargestellt, dass im Jahr 2003 – mit Ausnahme der Datenübermittlungspflicht nach § 21 KHEntgG – die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes für Krankenhäuser, die keinen Gebrauch vom Optionsmodell nach § 17b Abs. 4 KHG machen, keine Anwendung finden. Ab 2004 ist das Krankenhausentgeltgesetz für alle Krankenhäuser und Abteilungen, die in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind, maßgeblich.

Zu Artikel 5 § 3 FPG (§ 3 KHEntgG)

Krankenhausvergleich, redaktionelle Folgeänderung, Klarstellungen, Testat über Erlöse des Krankenhauses

Artikel 5 § 3 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen und zur Beurteilung der Höhe der nicht mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten finanzierten Leistungen nach § 6 ist der Krankenhausvergleich nach § 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden.“

2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 17b Abs. 6 Satz 1“ durch die Angabe „§ 17b Abs. 4 Satz 4 bis 7“ ersetzt.

3. In Absatz 3 Satz 3 Buchstabe d wird das Wort „variable“ gestrichen.

4. In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „aller voraussichtlich anfallenden“ durch die Wörter „der vereinbarten“ ersetzt.

5. Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 6 Nr. 2 werden die Wörter „voraussichtlich anfallenden“ durch das Wort „vereinbarten“ ersetzt.

b) In Satz 7 werden nach den Wörtern „das Krankenhaus“ die Wörter „oder eine andere Vertragspartei“ und nach den Wörtern „zu niedrig“ die Wörter „oder zu hoch“ eingefügt.

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach Absatz 3 Satz 4 vorzulegen.“

Begründung

Für die mit DRG-Fallpauschalen finanzierten Leistungen wird mit § 4 eine schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Budgets an ein einheitliches Preisniveau gesetzlich vorgegeben. Insoweit kann der Betriebsvergleich nach § 5 der Bundespflegesatzverordnung nur eingeschränkt angewendet werden. Nummer 1 (§ 3 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG) stellt jedoch klar, dass der Vergleich bei Leistungen, die noch nicht in das Fallpauschalensystem einbezogen sind, auch der Höhe nach angewendet werden darf.

Nummer 2 (§ 3 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor, die auf Grund der geänderten Fassung des § 17b Abs. 4 KHG erforderlich ist.

Nummer 3 (§ 3 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG) gibt mehr Raum für die Verhandlung von Budgetveränderungen, falls Leistungen in andere Versorgungsbereiche verlagert werden.

Mit Nummer 4 und Nummer 5 Buchstabe a wird klargestellt, dass bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts in Absatz 4 und der sonstigen Erlöse in Absatz 6 jeweils die vereinbarten Behandlungsfälle maßgeblich sind.

Nummer 5 Buchstabe b (§ 3 Abs. 6 Satz 7 KHEntgG) ermöglicht, für beide Vertragsparteien, bei nicht zutreffender Ermittlung der auszugleichenden Kodiereffekte durch das pauschalierte Ermittlungsverfahren eine krankenhausindividuelle Korrektur der Mehrerlösausgleiche zu veranlassen.

Um die Umsetzung der Vorgaben zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen abzusichern und auf Grund einiger derzeit vor Gericht anhängiger Verfahren bestimmt Nummer 5 Buchstabe c (§ 3 Abs. 6 Satz 10 KHEntgG), dass die dem Ausgleich unterliegenden Erlössummen von neutraler Stelle zu bestätigen sind.

Zu Artikel 5 § 4 FPG (§ 4 KHEntgG)

Klarstellungen der Rechensystematik für die Erlösbudgets 2005 und 2006; Testat über Erlöse des Krankenhauses; Systemsicherung 2007

Artikel 5 § 4 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe d wird das Wort „variable“ gestrichen.

bb) In Buchstabe f wird das Wort „und“ gestrichen.

b) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

c) Folgende Nummer wird angefügt:

„3. erhöht um den Erlösbetrag nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 3.“

2. Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2006 ist das Erlösbudget 2005 nach Absatz 5 Satz 2; dieses wird

1. vermindert um die Tatbestände nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstaben b bis f,

2. erhöht um die voraussichtlichen Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2, soweit bisher nach § 6 Abs. 2 vergütete Leistungen in das DRG-Vergütungssystem einbezogen werden.“

3. In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „bewertet werden“ die Wörter „und die ermittelte Erlössumme um die voraussichtliche Erlössumme aus Zusatzentgelten erhöht wird; Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern werden nicht einbezogen“ eingefügt.

4. In Absatz 7 Satz 2 wird das Wort „aller“ durch die Wörter „der vereinbarten“ ersetzt.

5. Absatz 9 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 6 Nr. 2 werden die Wörter „voraussichtlich anfallenden“ durch das Wort „vereinbarten“ ersetzt.

b) In Satz 7 werden nach den Wörtern „das Krankenhaus“ die Wörter „oder eine andere Vertragspartei“ und nach den Wörtern „zu niedrig“ die Wörter „oder zu hoch“ eingefügt.

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen.“

6. Folgender Absatz wird angefügt:

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

Begründung

Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 4 Abs. 2 Nr. 1d KHEntgG) gibt mehr Raum für die Verhandlung von Budgetveränderungen, falls Leistungen in andere Versorgungsbereiche verlagert werden. Buchstabe c (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG) stellt sicher, dass der Erlösbetrag für Leistungen nach § 6 Abs. 1, die im Jahr 2004 noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst wurden, im Jahr 2005 in das Erlösbudget eingegliedert wird.

Nummer 2 (§ 4 Abs. 3 KHEntgG) entspricht grundsätzlich der Fassung des Gesetzentwurfs, stellt jedoch den Bezug auf das Erlösbudget 2005 klar und streicht die nicht benötigte Bereinigung um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre.

Nummer 3 (§ 4 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG) bezieht die Zusatzentgelte in das „DRG-Erlösvolumen“ ein, weil diese in der Vergleichsgröße für die Budgetangleichung in der Konvergenzphase ebenfalls enthalten sind (Ausgangswert; Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1).

Nummer 4 (§ 4 Abs. 7 Satz 2 KHEntgG) stellt klar, dass bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts jeweils die vereinbarten Behandlungsfälle maßgeblich sind.

Mit Nummer 5 Buchstabe a (§ 4 Abs. 9 Satz 6 Nr. 2 KHEntgG) wird klargestellt, dass für die Ermittlung der sonstigen Erlöse in Absatz 9 die vereinbarten Behandlungsfälle maßgeblich sind. Buchstabe b (§ 4 Abs. 9 Satz 7 KHEntgG) ermöglicht für beide Vertragsparteien, bei nicht

zutreffender Ermittlung der auszugleichenden Kodiereffekte durch das pauschalierte Ermittlungsverfahren, eine krankenhausindividuelle Korrektur der Mehrerlösausgleichs zu veranlassen. Um die Umsetzung der Vorgaben zu den Mehr- und Mindererlösausgleichs abzusichern und auf Grund einiger derzeit vor Gericht anhängiger Verfahren bestimmt Buchstabe c (§ 4 Abs. 9 Satz 10 KHEntgG), dass die dem Ausgleich unterliegenden Erlössummen von neutraler Stelle zu bestätigen sind.

Nummer 6 (§ 4 Abs. 12 KHEntgG) übernimmt eine in der Stellungnahme des Bundesrates geforderte Regelung. Falls für den Zeitraum 2007 das angekündigte Gesetz zum endgültigen ordnungspolitischen Rahmen für das neue Fallpauschalensystem wider Erwarten nicht rechtzeitig in Kraft treten kann, vereinbaren die örtlichen Vertragsparteien das Erlösbudget ab dem Jahr 2007 nach den Vorgaben für die Vereinbarung des Zielwertes in den Jahren 2005 und 2006 (Menge × Preis). Im Übrigen gelten die Vorgaben zu den Ausgleichs und Berichtigungen für Vorjahre.

Zu Artikel 5 § 6 FPG (§ 6 KHEntgG)

Kalkulationsempfehlungen

Artikel 5 § 6 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten.“

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „können die Vertragsparteien“ durch die Wörter „sollen die Vertragsparteien“ ersetzt.

b) Die Sätze 3 bis 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis zum 30. September von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Nach Vereinbarung eines Entgelts melden die Vertragsparteien Art und Höhe an die Vertragsparteien nach § 9. Diese können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Ausschusses Krankenhaus nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden.“

Begründung

Die Kalkulationsempfehlungen der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sollen nach Nummer 1 (§ 6 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG) nicht nur bei den krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sondern auch bei den Entgelten für Leistungen, die noch nicht in den DRG-Fallpauschalenkatalog aufgenommen worden sind, beachtet werden.

Nummer 2 (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) übernimmt einen Änderungsantrag des Bundesrates und lässt bei der Vereinba-

rung gesonderter Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine Konfliktlösung durch die Schiedsstelle zu. Buchstabe b bestimmt als Voraussetzung für die Vereinbarung eines gesonderten Entgelts die Bestätigung, dass die Leistung mit einer bestehenden Fallpauschale nicht sachgerecht vergütet werden kann. Die nach der bisherigen Vorgabe im Gesetzentwurf in jedem Fall zu veranlassende Bewertung der Methode nach § 137c SGB V soll nur noch dann durchgeführt werden, wenn die für den Fallpauschalenkatalog zuständigen Vertragsparteien auf der Bundesebene dies für erforderlich halten. Unabhängig davon können wie bisher die Bundesärztekammer oder einzelne Verbände der Krankenkassen und Krankenhäuser eine Überprüfung veranlassen (§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V). Nach Satz 6 kann die Schiedsstelle vor ihrer Entscheidung ein Votum des Ausschusses Krankenhaus einholen. Damit werden die Voraussetzungen für fundierte und den medizinischen Sachverstand berücksichtigende Entscheidungen geschaffen.

Zu Artikel 5 § 7 FPG (§ 7 KHEntgG)

Redaktionelle Folgeänderungen bei der Vorschrift zu den abrechenbaren Entgelten

Artikel 5 § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 4 wird nach der Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4“ die Angabe „und 6“ eingefügt.

2. In Nummer 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

Begründung

Die Nummern 1 (§ 7 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG) und 2 (§ 7 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG) nehmen redaktionelle Folgeänderungen durch die geänderte Abfassung des § 17b Abs. 1 KHG vor.

Zu Artikel 5 § 9 FPG (§ 9 KHEntgG)

Regelung zur Grenzverweildauer, redaktionelle Folgeänderung, Kalkulationsempfehlungen

Artikel 5 § 9 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach der Angabe „§ 11“ wird das Wort „insbesondere“ eingefügt.

2. Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„einen Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs. 1 Satz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge,“

3. In Nummer 2 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 11“ ersetzt.

4. In Nummer 4 werden die Wörter „Abs. 2 zeitlich befristet“ gestrichen.

Begründung

Nummer 1 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG) stellt klar, dass die Aufzählung der Vereinbarungen auf Bundesebene nicht abschließend ist.

Nummer 2 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor und berücksichtigt den Fall, dass von den Vertragsparteien auf Bundesebene eine untere Grenzverweildauer und Abschlüsse bei kürzerer Verweildauer oder Verlegungen vereinbart werden.

Die Änderung nach Nummer 3 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der geänderten Abfassung des § 17b Abs. 1 KHG vor.

Die Änderung nach Nummer 4 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG) gibt vor, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene nicht nur Kalkulationsempfehlungen für die nach § 6 Abs. 2 KHEntgG krankenhausindividuell zu verhandelnden Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinbaren, sondern auch für die Leistungen, die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht mit dem DRG-Katalog abgedeckt sind.

Zu Artikel 5 § 10 FPG (§ 10 KHEntgG)

Vereinbarung des Basisfallwerts auf Landesebene

Artikel 5 § 10 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt geändert:

a) In Nr. 4 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nr. 5 wird angefügt:

„5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nicht einbezogen.“

Begründung

Zur Absicherung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird vorgegeben, dass Ausgabenentwicklungen oberhalb der Veränderungsrate in den nicht oder noch nicht von den DRG-Fallpauschalen erfassten Leistungsbereichen bei der Vereinbarung des Basisfallwerts auf Landesebene absenkend zu berücksichtigen sind. Zu diesen Bereichen gehören die Zuschläge nach § 5, sonstige Entgelte nach § 6, Zusatzentgelte z. B. für die Dialyse oder die Behandlung von Blutern sowie die Entgelte nach Überschreitung der Grenzverweildauer.

Zu Artikel 5 § 11 FPG (§ 11 KHEntgG)

Entfristung von Regelungen

Artikel 5 § 11 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „in den Jahren 2003 bis 2006“ gestrichen.

2. In Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 werden die Wörter „für die Jahre 2005 und 2006“ durch die Wörter „für die Jahre ab 2005“ ersetzt.

Begründung

Redaktionelle Anpassung an die Vorschrift des neuen § 4 Abs. 12 KHEntgG zur Systemsicherung ab dem Jahr 2007.

Zu Artikel 5 § 21 FPG (§ 21 KHEntgG)

Datenübermittlung zur DRG-Datenstelle der Selbstverwaltungspartner

Artikel 5 § 21 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Erstmals sind zum 1. August 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des ersten Halbjahres 2002 zu übermitteln.“

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 Buchstabe b wird nach der Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4“ die Angabe „und 8“ eingefügt.

b) Nummer 2 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„e) Aufnahmedatum, Aufnahmegrund und -anlass, aufnehmende Fachabteilung, bei Verlegung die der weiter behandelnden Fachabteilungen, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahmegewicht in Gramm,“

c) In Nummer 2 Buchstabe f werden nach der Angabe „Versionen,“ folgende Worte angefügt:

„bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Angabe, ob durch Belegoperateur, -anästhesist oder Beleghebamme erbracht,“

3. Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren einen Abschlag von den Fallpauschalen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Die DRG-Datenstelle unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 über Verstöße. Die Vertragsparteien nach § 11 berücksichtigen den Abschlag in den Jahren 2003 bis 2006 bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts.“

Begründung

Nummer 1 (§ 21 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG) sieht als Grundlage für die erstmalige Datenübermittlung die Daten des ersten Halbjahres 2002 vor; da zum 1. Januar 2002 die von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten Kodierregeln verbindlich werden. Die auf dieser Grundlage kodierten Daten sind erstmals zum 1. August 2002 an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Zudem wird klargestellt, dass nur Daten von entlassenen Patienten zu übermitteln sind.

Nummer 2 Buchstabe a (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b KHEntgG) nimmt eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der geänderten Abfassung des § 17b Abs. 1 KHG vor. Durch Buchstabe b (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe e KHEntgG) werden statt der zunächst vorgesehenen, begrenzten Übermittlung der Angaben zur aufnehmenden und entlassenden Abteilung sowie der Hauptbehandlungsabteilung die Angaben zu sämtlichen Fachabteilungen übermittelt, die Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes

durchlaufen haben. Die Übermittlung aller behandelnden Abteilungen einschließlich der jeweiligen Aufnahme- sowie Entlassungs- und Verlegungsdaten stellt den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG für die Weiterentwicklung des DRG-Systems differenziertere Daten zur Verfügung. In Fällen erheblicher Kostenvarianzen kann der Gesamtüberblick über einen Behandlungsfall Hinweise für eine verbesserte Erkennung der Ursachen ermöglichen und damit zu einer Optimierung der Kostenhomogenität bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems dienen.

Um eine differenzierte Weiterentwicklung des DRG-Systems zu gewährleisten, sind nach Buchstabe c (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe f KHEntgG) die Beatmungszeiten als Indikator für hohen Ressourcenaufwand zu übermitteln. Als sachgerechte Definitionsgrundlage werden die Deutschen Kodier Richtlinien der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG zu Grunde gelegt. Um zu differenzierten Bewertungsansätzen bei belegärztlichen Leistungen gelangen zu können, ist zudem die Angabe zu übermitteln, ob Leistungen durch Belegoperateur, Beleganästhesist und/oder Beleghebamme erbracht wurden.

Für die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems werden flächendeckende Daten der Krankenhäuser insbesondere über Art und Anzahl der Entgelte benötigt. Nach Nummer 3 (§ 21 Abs. 5 KHEntgG) haben die Selbstverwaltungspartner für den Fall einer nicht oder nicht vollständig sowie einer nicht rechtzeitig erfolgenden Datenübermittlung Abschlüsse von den Fallpauschalen zu vereinbaren. Während der Ein- und Überführungsphase ist der Abschlag auf den krankenhausindividuellen Basisfallwert zu beziehen.

Zu Artikel 5 Anlage 1 (Anlage 1 des KHEntgG)

Detailregelungen zur Verhandlungsunterlage für 2005 und 2006

Artikel 5 Anlage 1 wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt E1 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird nach dem Zeichen „*“ das Zeichen „**“ angefügt.
- b) Folgende Fußnote wird angefügt:

„** Ist in den Abrechnungsbestimmungen für den Fall einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern im Verlegungsfall bestimmt, dass die Fallpauschale zwischen den beteiligten Krankenhäusern aufzuteilen ist, so trägt jedes Krankenhaus in den Spalten 5 und 6 seinen voraussichtlichen Erlösanteil ein.“

2. Abschnitt B1 wird wie folgt geändert:

- a) In „lfd. Nr.“ 12 wird das Zeichen „*“ angefügt.
- b) Nach „lfd. Nr.“ 21 wird folgende Zeile angefügt:
„22 nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleichs- und Berichtigungen“
- c) Folgende Fußnote wird angefügt:
„* Die Ausgleichs- und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.“

3. Abschnitt B2 wird wie folgt geändert:

- a) Die „lfd. Nr.“ 3 wird wie folgt gefasst:
„+/- Veränderung Entgelte § 6 (Nrn. 1b und 3)“
- b) In „lfd. Nr.“ 8 wird hinter die Angabe „Nr. 2“ die Angabe „; nur 2005“ eingefügt.
- c) In „lfd. Nr.“ 24 wird das Zeichen „*“ angefügt.
- d) Nach „lfd. Nr.“ 27 wird folgende Zeile angefügt:
„28 nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleichs- und Berichtigungen“
- e) Die Fußnote „*“ wird wie folgt gefasst:
„* Die Ausgleichs- und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.“

Begründung

Nummer 1 ermöglicht für den Fall, dass die Selbstverwaltungspartner eine Aufteilung von Fallpauschalen bei einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern (Verlegungsfall) vereinbaren, den getrennten Ausweis von Erlösanteilen.

Nummer 2 Buchstaben a und c gibt vor, dass die Ausgleichs- und Berichtigungen detaillierter auszuweisen sind.

Nummer 2 Buchstabe b und Nummer 3 Buchstabe c bestimmen, dass zusätzlich der Basisfallwert ohne Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge auszuweisen ist. Eine solche Bereinigung ist für den Vergleich der Basisfallwerte verschiedener Krankenhäuser erforderlich.

Nummer 3 Buchstabe a und die durch Buchstabe e erfolgende Aufhebung des bisherigen Fußnotentextes stellen klar, dass alle Veränderungen bei den nicht durch das Fallpauschalensystem abgebildeten Entgelten nach § 6 zu berücksichtigen sind. Buchstabe b stellt klar, dass die Bereinigung um enthaltene Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge nur im Jahr 2005 vorzunehmen ist; für das Jahr 2006 gilt eine veränderte Systematik. Buchstabe c und der durch Buchstabe e neugefasste Fußnotentext geben vor, dass die Ausgleichs- und Berichtigungen detaillierter auszuweisen sind.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Inkrafttreten der gesetzlichen Vorgaben

Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 7
Inkrafttreten

(1) Artikel 1 mit Ausnahme von Nr. 3a, 4, 6 sowie 6b, Artikel 2 mit Ausnahme von Nr. 01, 1 und 5 § 17c Abs. 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Nr. 6 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb, Artikel 4 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 5, Artikel 5 mit Ausnahme der §§ 17 bis 19 des Krankenhausentgeltgesetzes und Artikel 6 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 Nr. 6 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb, Artikel 3 mit Ausnahme von Nr. 2 und Artikel 4 Abs. 2 mit Ausnahme von Nr. 5 treten am 1. Januar 2004 in Kraft.

(3) Artikel 4 Abs. 3 und Artikel 5 §§ 17 bis 19 des Krankenhausentgeltgesetzes treten am 1. Januar 2005 in Kraft.

(4) Im Übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 2003 in Kraft.“

Begründung

Nach Absatz 1 tritt die überwiegende Zahl der Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Artikel 2), des Krankenhausentgeltgesetzes (Artikel 5) und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1) am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft. Entsprechendes gilt für einzelne redaktionelle Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (Artikel 4 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 5). Ausnahmen stellen im SGB V die Ermächtigung und Vergütung der Hochschulambulanzen (§§ 117, 120 SGB V), die geänderte Besetzung des Ausschusses Krankenhaus (§ 137c SGB V) und die Änderung der Einzelfallprüfung (§ 275 SGB V) dar. Sie treten am 1. Januar 2003 in Kraft. Im KHG sind die Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in das KHG (§ 3 KHG), die Änderung bei den nicht förderungsfähigen Einrichtungen (§ 5 KHG), die Durchführung der Stichprobenprüfung (§ 17c KHG) und die Streichung der Vereinbarung der Höhe der Sonderentgelte auf der Landesebene (§ 18 Abs. 3 Satz 3 KHG) ausgenommen. Bis auf die Vorgabe zur Vereinbarung der Sonderentgelthöhe auf der Landesebene, die durch Absatz 2 zum 1. Januar 2004 gestrichen wird, treten diese Regelungen durch Absatz 4 zum 1. Januar 2003 in Kraft.

Absatz 2 bestimmt das Inkrafttreten von Regelungen zum 1. Januar 2004. Die Beteiligungsrechte der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpfleger sowie das Recht zur Stellungnahme für die medizinischen Fachgesellschaften, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und die Industrie für Medizinprodukte werden gestärkt (Artikel 3 Nr. 3). Die Möglichkeit

zum Abschluss von Investitionsverträgen nach § 18b KHG entfällt (Artikel 3 Nr. 1 und 4). Mit Ausnahme der durch Absatz 1 bereits am Tag nach der Verkündung geänderten Verweisungen in § 4 BpflV auf den neu gefassten § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V treten die in Artikel 4 Abs. 2 enthaltenen Änderungen der Bundespflegesatzverordnung zum 1. Januar 2004 in Kraft.

Absatz 3 nimmt zum 1. Januar 2005 redaktionelle Folgeänderungen der Bundespflegesatzverordnung vor, die sich aus der Verlagerung der Vorschriften zur Vergütung von belegärztlichen und wahlärztlichen Leistungen ergeben (Artikel 4 Abs. 3). Gleichzeitig werden die bisherigen §§ 22 bis 24 BpflV mit den Vorgaben zu den wahlärztlichen und belegärztlichen Leistungen von der Bundespflegesatzverordnung in das neue Krankenhausentgeltgesetz verlagert.

Nach Absatz 4 treten alle anderen Regelungen, die in den Absätzen 1 bis 3 nicht genannt werden, am 1. Januar 2003 in Kraft. Dies gilt für bestimmte Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie für die Folgeänderung der Bundespflegesatzverordnung nach Artikel 4 Abs. 1. Auch die Vorgaben zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nach § 17a KHG, die zum 1. Januar 2004 auf eine Zuschlagsfinanzierung umgestellt wird (Artikel 3 Nr. 2), treten bereits zum 1. Januar 2003 in Kraft, damit die erforderlichen Arbeiten zum Aufbau der notwendigen Strukturen fristgerecht durchgeführt werden können. Folge dieser neuen Regelung ist auch, dass der heutige § 17a KHG (Abbau von Fehlbelegungen) zum 1. Januar 2003 aufgehoben wird; er wird durch die ab 1. Januar 2003 anzuwendende neue Stichprobenprüfung nach § 17c KHG ersetzt.

