

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 15/614 –

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 15/897 –

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

A. Problem

Nach Ansicht der Initianten sind die Rahmenbedingungen zur fristgerechten Einführung und Weiterentwicklung eines diagnose-orientierten DRG-Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups) in Deutschland noch verbesserungsbedürftig. Auch würden flexiblere Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Zusammenhang mit der erforderlichen Anpassung der australischen DRG-Klassifikation an deutsche Versorgungsverhältnisse benötigt. Dies gelte sowohl für die sachgerechte Abbildung einzelner Leistungen (z. B. Epilepsie, Geriatrie, Pädiatrie, Behandlung von schwerstbehinderten Menschen) als auch für die Leistungen besonderer Einrichtungen (Spezialkliniken). Ziel des Fallpauschalenänderungsgesetzes sei die sachgerechte Weiterentwicklung der bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung im Sinne des mit dem Fallpauschalengesetz angekündigten lernenden Systems.

B. Lösung

Verbesserung der Möglichkeiten zur zielgerichteten Aufhebung von Entscheidungsblockaden der Selbstverwaltungspartner durch Ministerverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Eröffnung zusätzlicher Handlungsmöglichkeiten, um sachgerechte Vergütungsregelungen für die

Leistungen einzelner Fachgebiete und besonderer Einrichtungen zu ermöglichen.

Einstimmige Annahme des Gesetzentwurfs der Koalitionsfraktionen und Erledigungserklärung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen nach Meinung der Antragsteller mit dem Gesetzentwurf keine zusätzlichen Ausgaben, da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 getroffen seien.

E. Sonstige Kosten

Zusätzliche Ausgaben seien auch nicht für die Unternehmen zu erwarten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für Beitragszahler sei aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auch sei eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus aufgrund des Gesetzentwurfs nicht zu erwarten.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/614 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
2. den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/897 für erledigt zu erklären.

Berlin, den 19. Mai 2003

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

Klaus Kirschner
Vorsitzender

Dr. Heinrich L. Kolb
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) – Drucksache 15/614 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss)

Entwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch die Artikel 2 und 3 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), wird wie folgt geändert:

1. § 17a wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2004“ durch die Angabe „2005“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden.“
 - c) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz angefügt:
„(9) Für ausbildende Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c zu übermitteln sind.“
2. § 17b wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt,“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 14 wird folgender Satz angefügt:
„Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden.“

Beschlüsse des 13. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch die Artikel 2 und 3 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), wird wie folgt geändert:

1. **u n v e r ä n d e r t**
2. § 17b wird wie folgt geändert:
 - a) **u n v e r ä n d e r t**

Entwurf

Beschlüsse des 13. Ausschusses

- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „lassen“ das Komma gestrichen und folgende Wörter eingefügt:
- „oder das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet.“
- bb) Satz 2 wird gestrichen.
- cc) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium.“
- c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
- „(7) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates
1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insofern 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,
 2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,
 3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 14 und 15 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Ent-

- a1) **In Absatz 4 Satz 8 wird der abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:**

„auch für diese Krankenhäuser gelten die Vorgaben des Artikels 5 Satz 2 des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung und des § 3 Abs. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das ganze Jahr 2003.“

- b) **unverändert**

- c) **unverändert**

Entwurf

gelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen.“

Artikel 2**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 werden nach dem Wort „Gesetz“ die Wörter „und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz“ eingefügt.
2. In § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 wird Buchstabe b aufgehoben.
3. In § 4 Abs. 2 zweiter Halbsatz wird in Nummer 1 nach Buchstabe f folgender Buchstabe g angefügt:

„g) die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen; steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen; eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen.“
4. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Beschlüsse des 13. Ausschusses

Artikel 2**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422) wird wie folgt geändert:

1. unverändert
- 1a. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,“.
2. § 3 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 Nr. 1 wird Buchstabe b aufgehoben.
 - b) Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„zu den Fallpauschalen gehören auch die Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie die um Abschläge verminderten Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und bei Verlegungen,“.
 - bb) Nummer 2 wird aufgehoben.
3. unverändert
4. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Entwurf

„(1) Für Leistungen, die

1. in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden oder
2. in den Jahren 2005 und 2006 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können,

und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder Zusatzentgelte“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden die Angabe „30. September“ durch die Angabe „31. Oktober“ ersetzt und nach dem Wort „Fallpauschalen“ das Wort „sachgerecht“ eingefügt.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Vereinbarungen nach Absatz 1 für besondere Einrichtungen gilt die Bundespflegesatzverordnung entsprechend, insbesondere die Vorschriften für die Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6, die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 12 und die vorzulegenden Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 die Schiedsstelle nicht. Soweit Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vereinbart werden, gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und die Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung der Bundespflegesatzverordnung. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann in einer Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichende Regelungen treffen.“

5. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Beschlüsse des 13. Ausschusses

„(1) Für Leistungen, die

1. in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden oder
2. in den Jahren 2005 und 2006 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können,

und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind.“

b) u n v e r ä n d e r t

c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze angefügt:

„(3) Werden krankhausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Für die Vereinbarung dieser Erlössumme gilt die Bundespflegesatzverordnung entsprechend, insbesondere die Vorschriften für die Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6, die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 12 und die vorzulegenden Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 die Schiedsstelle nicht. Soweit Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vereinbart werden, gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und die Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung der Bundespflegesatzverordnung entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann in einer Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichende Regelungen treffen.“

(4) Sind Erlösanteile nach Absatz 3 bei der letzten Budgetvereinbarung noch in dem Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 oder § 4 enthalten gewesen, ist das Erlösbudget entsprechend zu vermindern. Werden Erlösanteile nach Absatz 3 bei der nächsten Budgetvereinbarung nicht mehr vereinbart, ist das Erlösbudget entsprechend zu erhöhen.“

5. u n v e r ä n d e r t

Entwurf

- a) In Nummer 4 wird die Angabe „ab dem 1. Januar 2004,“ durch das Wort „und“ ersetzt.
- b) In Nummer 5 wird die Angabe „in den Jahren 2003 und 2004“ gestrichen.

6. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:
 „6. bis zum 31. August 2003 den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1.“
- b) In Absatz 2 erster Halbsatz wird die Angabe „Nr. 4 und 5“ durch die Angabe „Nr. 4 bis 6“ ersetzt.

7. § 11 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird die Angabe „die Jahre 2003 und 2004“ durch die Angabe „das Jahr 2003“ ersetzt sowie nach dem Wort „Bundeswehrkrankenhäuser“ die Wörter „und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ eingefügt.
- bb) Die Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 - „2. für das Jahr 2004 die Abschnitte E1, E2 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes sowie mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegegesetzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung mit Aus-

Beschlüsse des 13. Ausschusses

5a. § 8 Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

„Wird ein Patient, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, im Zeitraum von der Entlassung bis zur Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschale wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, darf eine Fallpauschale nicht erneut berechnet werden; nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer dürfen die entsprechenden belegungstagesbezogenen Entgelte berechnet werden. Wurden bei der Abrechnung der Fallpauschale Abschläge wegen Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer vorgenommen, darf für jeden Belegungstag ab Wiederaufnahme ein Betrag in Höhe des Abschlagsbetrags nachberechnet werden, höchstens jedoch bis zur Summe der beim ersten Aufenthalt vorgenommenen Abschläge. Wird ein Patient beurlaubt, ist dies im Falle der Überschreitung der Grenzverweildauer auf der Rechnung auszuweisen. Die Regelungen der Sätze 1 bis 3 können durch eine abweichende Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine abweichende Vorgabe durch eine Rechtsverordnung nach § 17 b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ersetzt werden.“

6. un verändert

7. § 11 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) un verändert

bb) Die Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. für das Jahr 2004 die Abschnitte E1 **bis E3** und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes sowie mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegegesetzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung mit Aus-

Entwurf

nahme von Anlage 1 Abschnitt V2 Spalten 3 bis 6, Abschnitt V3 Spalten 3 bis 8 und Abschnitt K7; Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 das DRG-Vergütungssystem angewendet haben, brauchen auch die Abschnitte V1 bis V3, L4, L5 und K6 nicht vorzulegen.“

cc) *Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.*

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen; soweit dazu noch keine Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 getroffen worden sind, gelten die Vereinbarungen nach § 15 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.“

8. Dem § 21 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Kommt eine Vereinbarung nach den Absätzen 4 und 5 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Das Benehmen nach Absatz 4 ist entsprechend herzustellen.“

Artikel 3

Änderung des Fallpauschalengesetzes

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Beschlüsse des 13. Ausschusses

nahme von Anlage 1 Abschnitt V2 Spalten 3 bis 6, Abschnitt V3 Spalten 3 bis 8 und Abschnitt K7; Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 das DRG-Vergütungssystem angewendet haben, brauchen auch die Abschnitte V1 bis V3, L4, L5 und K6 nicht vorzulegen.“

cc) **Folgende Nummer wird angefügt:**

„3. für die Jahre ab 2005 die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“

b) *unverändert*

8. *unverändert*

9. **Anlage 1 zum Krankenhausentgeltgesetz wird wie folgt geändert:**

a) **In der Übersicht zur Anlage 1 wird nach der Angabe**

„E2 Aufstellung der Zusatzentgelte“

folgende Angabe eingefügt:

„E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhaushausindividuell verhandelten Entgelte“.

b) **Die Abschnitte der Anlage 1 werden wie folgt gefasst:**

*[siehe ANLAGE
am Ende der Zusammenstellung]*

Artikel 3

unverändert

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

01. **§ 6 wird wie folgt geändert:**

a) **In Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:**

Entwurf

Beschlüsse des 13. Ausschusses

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,
2. einen Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung nach § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für jeden Behandlungsfall.“

b) In Absatz 2 wird Satz 2 aufgehoben.

2. Nach § 25 wird folgender § 26 angefügt:

„§ 26
Übergangsvorschriften

(1) Das Budget nach § 12 für das Jahr 2005 wird um die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen vermindert. Steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen. Eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Budgets 2005 und als zusätzliche Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen.

(2) Weichen die Zahlungen nach Absatz 1 Satz 1 von den Kosten der Ausbildungsstätten ab, die nach Nummer 31 des Abschnitts K 3 der Anlage 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung in dem Budget für das Jahr 2005 enthalten sind, ist der Unterschiedsbetrag zu ermitteln. Dazu werden die Kosten von den Zahlungen abgezogen. Der Unterschiedsbetrag ist unter Beachtung des Vorzeichens von den Budgets der Jahre 2005 bis 2007 zu jeweils einem Drittel abzuziehen oder hinzuzuzählen.“

Artikel 5**Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung**

In § 1 Abs. 2 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987

„Der Gesamtbetrag ist zusätzlich pauschal um 1,1 vom Hundert für Instandhaltungskosten gemäß § 17 Abs. 4b Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für den Pflegesatzzeitraum zu erhöhen, in dem die bisher vom Land gewährte Förderung der Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wegfällt.“

b) In Absatz 5 Satz 4 wird das Komma nach dem Wort „Gesamtbetrags“ durch einen Punkt ersetzt und der folgende Halbsatz gestrichen.

1. unverändert

2. unverändert

Artikel 5

unverändert

Entwurf

(BGBl. I S. 1046), die zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist, wird in Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und das Wort „oder“ sowie folgende Nummer 3 angefügt:

„3. die Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.“

Artikel 6**Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

Die auf Artikel 4 beruhenden Teile der Bundespflegeverordnung und auf Artikel 5 beruhenden Teile der Krankenhaus-Buchführungsverordnung können auf Grund der einschlägigen Ermächtigungen durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 7**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt – vorbehaltlich *des Satzes 2* – am Tag nach der Verkündung in Kraft. Artikel 4 tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.

Beschlüsse des 13. Ausschusses

Artikel 5a**Gesetz zur Vereinbarung von Entgelten für die Behandlung von Blutern im Jahr 2003**

Abweichend von Artikel 5 Satz 1 des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt die Veränderungsrate von Null vom Hundert für das Jahr 2003 nicht für die Vereinbarung von Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren. Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und von § 4 Satz 1 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser können Krankenhäuser, die im Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen abrechnen, krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren für das Jahr 2003 vereinbaren.

Artikel 5b**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

In § 285 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. April 2003 (BGBl. I S. 1412), wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:

„Die nach Absatz 1 Nr. 6 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten dürfen den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 17 a Röntgenverordnung übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist.“

Artikel 6

unverändert

Artikel 7**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich **der Sätze 2 und 3** am Tag nach der Verkündung in Kraft. **Artikel 5a tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2003 in Kraft. Artikel 2 Nr. 9 und Artikel 4 treten** am 1. Januar 2004 in Kraft.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus *) 1) 2)

DRG Nr.	Fallzahl (Anzahl der DRG) ³⁾	Bewertungs- relation nach Fallpauschalen- Katalog	Summe der Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Sp. 2x3)	davon Verlegungen				davon Kurzlieger				davon Langlieger				Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Sp. 4 - (Sp. 8+12) + Sp. 16)
				Anzahl der Verlegungs- fälle	Anzahl der Tage mit Abschlag bei Verlegung	Bewertungs- relation je Tag bei Verlegung	Summe der Abschläge für Verlegungen (Sp. 6x7)	Anzahl der Kurzlieger- fälle	Anzahl der Tage mit uGVD- Abschlag	Bewertungs- relation je Tag bei uGVD- Abschlag	Summe der uGVD- Abschläge (Sp. 10x11)	Anzahl der Langlieger- fälle	Anzahl der Tage mit oGVD- Zuschlag	Bewertungs- relation je Tag bei oGVD- Zuschlag	Summe der oGVD- Zuschläge (Sp. 14x15)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Summe:																

*) Musterblatt; EDV - Ausdrücke möglich.
 1) Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:
 - für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten,
 - für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses.
 Die Daten für beide Zeiträume sind unter Anwendung der für den Vereinbarungszeitraum geltenden Version des DRG-Fallpauschalen-Katalogs und des Groupers zu ermitteln. Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen.
 2) Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahrs sind alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 5-6, 8-10, 12-14 und 16 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.
 3) Ohne Überlieger am Jahresbeginn.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E2 Aufstellung der Zusatzentgelte für das Krankenhaus *)

Nr.	Abgerechnete Anzahl im abgelaufenen Kalenderjahr	Vereinbarte Anzahl für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum		
			Anzahl	Entgelthöhe	Erlössumme
1	2	3	4	5	6
Insgesamt:					

*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntG krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte *) 1)2)

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte

Entgelt nach § 6 KHEntG	Untere Grenzwertdauer: Erster Tag mit Abschlag	Mittlere Verweildauer	Obere Grenzwertdauer: Erster Tag zusätzliches Entgelt	Fallzahl	Entgelthöhe	Bruttoerlössumme ohne Zu- und Abschläge (Sp. 5x6)	davon Verlegungen				davon Kurzlieger				davon Langlieger				Nettoerlössumme inkl. Zu- und Abschläge (Sp. 7 - (Sp. 11+15) + Sp. 19)
							Anzahl der Verlegungsfälle	Anzahl der Tage mit Abschlag bei Verlegung	Bewertungsrelation je Tag bei Verlegung	Summe der Abschläge für Verlegungen (Sp. 9x10)	Anzahl der Kurzliegerfälle	Anzahl der Tage mit uGVD-Abschlag	Bewertungsrelation je Tag bei uGVD-Abschlag	Summe der uGVD-Abschläge (Sp. 13x14)	Anzahl der Langliegerfälle	Anzahl der Tage mit oGVD-Zuschlag	Bewertungsrelation je Tag bei oGVD-Zuschlag	Summe der oGVD-Zuschläge (Sp. 17x18)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Summe:																			

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntG	Anzahl	Entgelthöhe	Erlössumme (Sp. 2x3)
1	2	3	4
Summe:			

E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte

Entgelt nach § 6 KHEntG	Fallzahl	Tage	Entgelthöhe	Erlössumme (Sp. 3x4)
1	2	3	4	5
Summe:				

*) Musterblatt; EDV - Ausdrucke möglich.

1) Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:
- für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten,
- für den Vertragszeitraum die Forderung des Krankenhauses.
Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen.

2) Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahrs sind alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vertragszeitraums brauchen die markierten Spalten 8-9, 11-13, 15-17 und 19 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B1 Gesamtbetrag und Basisfallwert nach § 3 KHEntgG für das Kalenderjahr 2003 oder 2004

Ifd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
	Anpassung des Gesamtbetrags (§ 3 Abs. 2 oder 3):			
1	Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 BPflV für das Ifd. Jahr			
2	./ BPflV-Bereiche (§ 3 Abs. 3 Nr. 1a; 2003 oder 2004)			
3	(aufgehoben)			
4	./ entfallende Beträge nach § 18b KHG (Nr. 1c)			
5	./ Leistungsverlagerungen (Nr. 1d)			
6	./ Integrationsverträge, Modelle (Nr. 1e)			
7	./ Ausgliederung ausländ. Patienten (Nr. 1f)			
8	+ entfallende vor- u. nachstat. Behandlung (Nr. 2)			
9	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 3)			
10	= Ausgangsbetrag für Vereinbarung nach § 3			

hier: Verhandlung des Gesamtbetrags für den Vereinbarungszeitraum

11	Gesamtbetrag für den Vereinbarungszeitraum			
12	+/- neue Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre *)			
13	= Veränderter Gesamtbetrag (§ 3 Abs. 3 Satz 5)			
14	davon: verändertes Erlösbudget (§ 3 Abs. 3 Satz 5) **)			
15	(aufgehoben)			
16	davon: Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG			

	Ermittlung des Basisfallwerts:			
17	Erlösbudget aus Ifd. Nr. 14 **)			
18	./ Erlöse aus Zusatzentgelten			
19	./ Erlöse aus Zusammenarbeits-Fallpauschalen n. § 14 Abs. 11 BPflV			
20	./ Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
19	= Summe Fallpauschalen einschl. Ifd. Nr. 12			
20	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen			
21	= krankenhausindividueller Basisfallwert			
22	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen			

*) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.

**) Erlösbudget einschließlich der Erlöse bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und der Abschläge bei Verlegungen.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

**B2 Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntgG
für das Kalenderjahr 2005 oder 2006**

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
	Ermittlung des Ausgangswerts (Abs. 2 oder 3):			
1	Erlösbudget für das laufende Jahr			
2	./. Kosten für Zuschlags-Tatbestände (Nr. 1a; nur 2005)			
3	+/- Veränderung Entgelte § 6 (Nrn. 1b und 3)			
4	./. entfallende Beträge nach § 18b KHG (Nr. 1c)			
5	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1d)			
6	./. Integrationsverträge, Modelle (Nr. 1e)			
7	./. Ausgliederung ausländ. Patienten (Nr. 1f)			
7a	./. Zahlungen für Ausbildung (Nr. 1g; nur für 2005)			
8	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2; nur 2005)			
9	= Ausgangswert des Vorjahres			

10	DRG-Erlösvolumen nach Absatz 4 Satz 1			
11	./. Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (Abs. 4 Satz 2)			
12	= Zielwert: DRG-Erlösvolumen (Abs. 4)			

	Ermittlung des Angleichungsbetrags:			
13	Zielwert aus lfd. Nr. 12			
14	./. Ausgangswert des Vorjahres aus lfd. Nr. 9			
15	= Differenzbetrag			
16	: 3 für das Jahr 2005 (oder : 2 für das Jahr 2006)			
17	= Angleichungsbetrag (Abs. 5 Satz 1 oder Abs. 6 Satz 1)			

	Ermittlung des Erlösbudgets:			
18	Ausgangswert aus lfd. Nr. 9			
19	+/- Angleichungsbetrag aus lfd. Nr. 17			
20	+ BAT-Angleichung (Abs. 5 Satz 2, 2. Halbsatz oder Abs. 6 Satz 2, 2. Halbsatz)			
21	= Erlösbudget (Abs. 5 Satz 2 oder Abs. 6 Satz 2)			

	Ermittlung des Basisfallwerts (Abs. 7)			
22	Erlösbudget aus lfd. Nr. 21			
23	./. Erlöse aus Zusatzentgelten			
23a	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
24	+/- neue Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre *)			
25	= Verändertes Erlösbudget (Abs. 7 Satz 1)**)			
26	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen			
27	= krankenhausindividueller Basisfallwert			
28	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen			

*) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.

***) Erlösbudget einschließlich der Erlöse bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und der Abschläge bei Verlegungen.

Bericht des Abgeordneten Dr. Heinrich L. Kolb

A. Allgemeiner Teil

I. Beratungsverlauf

Der Deutsche Bundestag hat die Vorlage auf **Drucksache 15/614** in seiner 34. Sitzung am 19. März 2003 beraten und an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zur federführenden Beratung und an den Verteidigungsausschuss und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Auf seiner 43. Sitzung am 8. Mai 2003 hat der Deutsche Bundestag den gleich lautenden Entwurf der Bundesregierung auf **Drucksache 15/897** beraten und ebenfalls an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zur federführenden Beratung und an den Verteidigungsausschuss und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Der **Bundesrat** hat in seiner 787. Sitzung am 11. April 2003 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 15/897 Stellung genommen und dabei eine Reihe von Änderungsvorschlägen vorgenommen. Die Bundesregierung hat den meisten Änderungsvorschlägen zugestimmt. Nicht gefolgt wurde der geforderten Nachmeldefrist für die Krankenhäuser zur Teilnahme an der freiwilligen DRG-Abrechnung bereits im Jahr 2003 (Optionsmodell), da eine entsprechende Regelung zwischenzeitlich schon mit dem 12. SGB V-Änderungsgesetz eingeführt wurde. Die von der Bundesregierung unterstützen Vorschläge des Bundesrates sind von dem federführenden Ausschuss im Rahmen von Änderungsanträgen zu dem Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen auf Drucksache 15/614 aufgegriffen worden.

Der **Verteidigungsausschuss** hat auf seiner 14. Sitzung am 7. Mai 2003 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/614 zu empfehlen. Mit Schreiben des Vorsitzenden vom 15. Mai 2003 wurde mitgeteilt, dass dieses Votum sich auch auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 15/897 erstreckt.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat auf seiner 12. Sitzung am 7. Mai 2003 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP und bei Nichtbeteiligung der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/614 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu empfehlen. Der Vorsitzende des federführenden Ausschusses hat mit Schreiben vom 9. Mai 2003 an die Vorsitzende erklärt, dass der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung dieses Votum auch auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 15/897 bezieht.

Der **Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung** hat die Beratung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 15/614 in seiner 13. Sitzung am 2. April 2003 aufgenommen. In seiner 12. Sitzung am 20. März 2003 hat der Ausschuss beschlos-

sen, zu der Vorlage eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen. Diese Anhörung fand als 15. Sitzung am 9. April 2003 statt.

Zu ihr waren der AOK-Bundesverband, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Bundesverband Deutscher Privat-Krankenanstalten e. V., der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V., der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., der ver.di Bundesvorstand, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. – Bundesverband –, der Deutsche Pflegerat – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen –, der Verband der Schädel-Hirn-Patienten in Not e. V., die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund, der Deutsche Landkreistag, der VHitG-Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e. V. geladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen. Die Fortsetzung der Beratungen erfolgte in der 17. Sitzung am 7. Mai 2003. Der Abschluss der Beratungen erfolgte auf der 20. Sitzung am 21. Mai 2003. Der Ausschuss hat mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/614 in der Fassung der Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen auf Ausschussdrucksachen 15/152 und 15/152a zu empfehlen.

Der Ausschuss hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 15/897 in seiner 20. Sitzung am 19. Mai 2003 beraten und empfiehlt ebenfalls mit den Stimmen aller Fraktionen, den Gesetzentwurf für erledigt zu erklären.

Die Fraktion der CDU/CSU legte auf Ausschussdrucksache 15/198 folgende Änderungsanträge vor, die gegen die Stimmen der antragstellenden Fraktion mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP abgelehnt wurden.

In Artikel 4 ist der Nummer 1 folgende Nummer voranzustellen:

01. In § 6 Absatz 1 werden nach Satz 5 folgende Sätze eingefügt:

„Der Gesamtbetrag ist zusätzlich pauschal um 1,1 vom Hundert für Instandhaltungskosten gemäß § 17 Abs. 4b Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für den Pflegesatzzeitraum zu erhöhen, indem die bisher vom

Land gewährte Förderung der Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wegfällt. Für bereits abgeschlossene oder genehmigte Pflegesatzvereinbarungen gilt § 12 Abs. 7.“

Begründung

Bereits mit Beschluss vom 31. Mai hat der Bundesrat die Bundesregierung gebeten, die Bundespflegesatzverordnung zu ändern. Eine dem Beschluss vom 31. Mai entsprechende Änderung erfolgte bisher jedoch nicht. Durch die Ergänzung kann dieser Beschluss nunmehr berücksichtigt werden. Der Bezug auf § 12 Abs. 7 ist erforderlich, um eine Berücksichtigung für den Pflegesatzzeitraum 2003 zu ermöglichen.

Artikel 7 ist wie folgt zu fassen:

*„Artikel 7
Inkrafttreten*

Dieses Gesetz tritt – vorbehaltlich der Sätze 2 bis 3 – am Tag nach der Verkündung in Kraft. Artikel 4 tritt mit Ausnahme der Nummer 01 am 1. Januar 2004 in Kraft. Artikel 4 Nummer 01 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft.“

Begründung

Die Bestimmung zum Erhaltungsaufwand muss rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft treten, um eine Berücksichtigung für den Pflegesatzzeitraum 2003 zu ermöglichen.

Die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP legten auf Ausschussdrucksache 15/189 neu folgende Änderungsanträge vor, die gegen die Stimmen Mitglieder der antragstellenden Fraktionen mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt wurden.

Artikel 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„(1) Für Leistungen, die in den Jahren 2003 bis 2006 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind.“

b) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt geändert:

In Satz 3 wird die Angabe „30. September“ durch die Angabe „31. Oktober“ ersetzt, nach dem Wort „Fallpauschalen“ das Wort „sachgerecht“ eingefügt und das Wort „abgerechnet“ durch „vergütet“ ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Bereits heute zeichnet sich ab, dass bestimmte medizinische Leistungen und Bereiche mit den DRG-Fallpauschalen noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Leistungen und besondere Einrichtungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, können ab dem Jahr 2003 aus dem DRG-System ausgenommen werden. Die Erfahrungen aus dem Optionsmodell haben gezeigt, dass von dem System bereits in der budgetneutralen Phase merkliche Steuerungswirkungen ausgehen. Die Sachgerechtigkeit des Vergütungssystems ist daher bereits in den ersten Jahren der Systemeinführung eine elementare Voraussetzung, um ungewollte Fehlsteuerungen mit der daraus resultierenden Gefahr einer Beeinträchtigung der Patientenversorgung zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Änderungen werden lediglich redaktionell ergänzt. Durch den Austausch des Wortes „abgerechnet“ durch „vergütet“ werden die in § 6 verwendeten Begriffe vereinheitlicht, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Zu Artikel 2 (§ 3 und § 4 KHEntgG)

a) Nach Artikel 2 Nr. 2 wird folgende Nummer eingefügt:

„2b. In § 3 Abs. 6 werden die Sätze 2 bis 8 durch folgende Sätze ersetzt:

„1. Mindererlöse werden im Jahr 2003 zu 95 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Im Bereich der Fallpauschalen gelten diese Ausgleichssätze auch dann, wenn der Mittelwert der Bewertungsrelationen je Fall (Case-Mix-Index, CMI) im Vergleich zu dem bei der Budgetvereinbarung zu Grunde gelegten CMI verändert ist.

2. Mehrererlöse werden im Jahr 2003 zu 75 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 65 vom Hundert ausgeglichen; die Vertragsparteien können im Voraus einen abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere bei Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Soweit diese Mehrererlöse im Bereich der Fallpauschalen entstanden sind,

a) gelten diese Ausgleichssätze, soweit der CMI im Vergleich zu dem bei der Budgetvereinbarung zu Grunde gelegten CMI unverändert geblieben oder gesunken ist oder soweit der CMI infolge der Erbringung zusätzlicher Fallpauschalenleistungen mit höheren Bewertungsrelationen oder einer Veränderung der Leistungsstruktur erhöht worden ist,

b) sind sie in dem Umfang vollständig auszugleichen, in dem der CMI infolge einer verbesserten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Vergleich zu dem bei der Budgetvereinbarung zu Grunde gelegten CMI erhöht ist.“

b) Nach Artikel 2 Nr. 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„3b. In § 4 Abs. 9 werden die Sätze 2 bis 8 durch folgende Sätze ersetzt:

„1. Mindererlöse werden zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Im Bereich der Fallpauschalen gelten diese Ausgleichssätze auch dann, wenn der Mittelwert der Bewertungsrelationen je Fall (Case-Mix-Index, CMI) im Vergleich zu dem bei der Budgetvereinbarung zu Grunde gelegten CMI verändert ist.

2. Mehrererlöse werden zu 65 vom Hundert ausgeglichen; die Vertragsparteien können im Voraus einen abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere bei Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Soweit diese Mehrererlöse im Bereich der Fallpauschalen entstanden sind,

a) gelten diese Ausgleichssätze, soweit der CMI im Vergleich zu dem bei der Budgetvereinbarung zu Grunde gelegten CMI unverändert geblieben oder gesunken ist oder soweit der CMI infolge der Erbringung zusätzlicher Fallpauschalenleistungen mit höheren Bewertungsrelationen oder einer Veränderung der Leistungsstruktur erhöht worden ist,

b) sind sie in dem Umfang vollständig auszugleichen, in dem der CMI infolge einer verbesserten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Vergleich zu dem bei der Budgetvereinbarung zu Grunde gelegten CMI erhöht ist.“ “

Begründung

Die Änderungen entsprechen der Intention des bestehenden Gesetzes. Soweit eine Erhöhung des CMI auf eine verbesserte Kodierung zurückzuführen ist, sind die Mehrererlöse vollständig auszugleichen. Ist eine Erhöhung des CMI beispielsweise durch Veränderungen der Leistungsstruktur bedingt, hat das Krankenhaus die daraus erzielten Mehrererlöse nicht in vollem Umfang auszugleichen. Auch die bisher vorgesehenen Ausgleichssätze bleiben unverändert. Die Neufassung ist erforderlich, um die Praktikabilität der Vorgaben zu gewährleisten. Die mit der formelhaften Ermittlung der Mehrererlöse verbundenen Probleme bei der Ermittlung der Mehrererlösausgleiche werden mit der Neufassung vermieden.

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 17 b KHG)

In Artikel 1 Nr. 2 wird nach Buchstabe aa folgender Buchstabe eingefügt:

„aa1) Satz 5 wird gestrichen.“

Nach Buchstabe c wird folgender Buchstabe eingefügt:

„d) Dem § 17 b wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren. Zur Finanzierung der Aufgaben gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1, 1. Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2

tes Buch Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2

1. einen Zuschlag für jede DRG-Fallpauschale, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege sowie die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1, 1. Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch finanziert werden (Qualitätssicherungszuschlag – Bund). Der Zuschlag dient insofern der Finanzierung der auf Bundesebene notwendigen Entwicklungs- und Auswertungsaufgaben, der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes Institut (BQS) wahrnehmen lassen sowie der Finanzierung des Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern,
2. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien.

Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG. Satz 2 gilt entsprechend für die Finanzierung der Infrastruktur auf Landesebene. Kommt eine Vereinbarung auf Landesebene nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1.“

Begründung

Durch diese Änderungen wird es ermöglicht, die notwendigen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1, 1. Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Analogie zum DRG-Systemzuschlag (Finanzierung der Kosten zur Entwicklung und Pflege der DRG-Fallpauschalen) zu finanzieren. Mit dieser Finanzierung wird Bürokratie in den Krankenhäusern und in der Selbstverwaltung abgebaut und damit die Akzeptanz des Verfahrens durch die administrative Vereinfachung erheblich verbessert. Die Finanzierung der Infrastruktur auf Bundes- und Landesebene erfolgt unabhängig von den einbezogenen Maßnahmen. Damit kann flexibler auf notwendige Veränderungen bei den einbezogenen Leistungen reagiert und auch Stichprobenerhebungen anstelle von Vollerhebungen durchgeführt werden. Der Zuschlag setzt sich wie bisher aus drei Komponenten zusammen. Neben der Finanzierung der Infrastrukturkosten auf Bundes- und Landesebene ist auch eine teilweise Finanzierung des Dokumentationsaufwandes in Krankenhäusern enthalten. Es findet keine Erhöhung des bisherigen Finanzvolumens statt, sondern eine vereinfachte Art der Aufbringung.

Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 7 KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 5 wird nach Buchstabe b folgender Buchstabe eingefügt:

„c) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4,“ “

Begründung

Folgeänderung zu den vorgeschlagenen Änderungen zu § 17 b KHG (siehe Artikel 1 Nr. 2).

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage und Änderungsvorschläge des federführenden Ausschusses

Mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz sollen im Sinne eines lernenden Systems die Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems zum 1. Januar 2004 verbessert werden.

Dazu ist u. a. die nachfolgende Weiterentwicklung des bisherigen gesetzlichen Rahmens vorgesehen:

- Die grundlegende Umstellung der Ausbildungsfinanzierung für Schüler soll vom 1. Januar 2004 auf den 1. Januar 2005 mit dem Ziel verschoben werden, die Selbstverwaltungspartner auf der Bundes- und Landesebene zu entlasten und damit die Arbeitskräfte auf die Entwicklung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2004 und die flächendeckende Einführung der DRG zum 1. Januar 2004 zu konzentrieren.
- Stärkung der Handlungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, um die fristgerechte Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems sicherzustellen, insbesondere durch frühere Einwirkungsmöglichkeiten vor Erlass einer Rechtsverordnung und die Bestimmung von Leistungsbereichen, die noch nicht sachgerecht mit dem neuen System vergütet werden können.
- Einführung einer Konfliktlösung durch die Schiedsstelle auf Bundesebene für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner über die Erhebung von DRG-Leistungsdaten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht einigen können.

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

- Ganzjährige Ausnahme von der Nullrate für Optionskrankenhäuser sowie ganzjährige Geltung der Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz;
- Erweiterung der bislang auf Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte begrenzten Auflistung des Umfangs der allgemeinen Krankenhausleistungen auf weitere Zentren und Schwerpunkte;
- Erweiterung der Fallpauschalendefinition durch Zuordnung der Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer sowie bei Verlegungen zum Fallpauschalenbereich;
- Bildung einer Erlössumme für krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte mit Anwendung der Regelungen der Bundespflegesatzverordnung;
- Präzisierung der Abrechnungsregel zur „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“;
- Überarbeitung der Unterlagen für die Budgetverhandlungen;
- Gesamtbetragserhöhung für bayerische Krankenhäuser wegen Übergang der Finanzierung der Instandhaltungskosten auf die Krankenkassen;
- Verbesserung des Anspruchs auf Finanzmittel zur Optimierung der Arbeitszeitbedingungen im Jahr 2004;
- Aufhebung der Nullraten-Geltung und Einführung einer krankenhausesindividuellen Verhandlungsmöglichkeit für

Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren.

III. Ausschussberatung

Die Vertreter der **Fraktion der SPD** und der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärten, mit der im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 entschiedenen Einführung eines möglichst vollständigen pauschalierten Entgeltsystems im Krankensektor werde ein zukunftsweisendes, auch international zu findendes Vergütungssystem geschaffen. Mit dem Fallpauschalensystem rücke der Patient in den Mittelpunkt des Betriebsablaufs der Krankenhäuser, er werde intensiv betreut und versorgt. Die bisherigen Erfahrungen mit dem neuen Vergütungssystem hätten allerdings gezeigt, dass es einer weiteren Differenzierung bei den Fallpauschalen bedürfe. Deshalb sollen Regelungen auch für neue Bereiche zugelassen werden, wie z. B. Epilepsie, Geriatrie, Pädiatrie und die Behandlung von schwerstbehinderten Menschen. Auch müssten Konfliktlösungsmechanismen im Gesetz geändert werden, um eine gegenseitige Blockierung der Selbstverwaltung zu verhindern. Sie wiesen auch darauf hin, dass die ganzjährige Befreiung der Optionskrankenhäuser von der Nullrunde mit der Erwartung einer möglichst frühzeitigen tatsächlichen Abrechnung von DRG-Fallpauschalen verknüpft sei. Die Krankenkassen seien aufgefordert, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um so schnell wie möglich die Budgetvereinbarungen abzuschließen. Dazu seien die Optionskrankenhäuser unverzüglich zur Vorlage der erforderlichen Verhandlungsunterlagen, insbesondere über Art und Anzahl der voraussichtlich abzurechnenden DRG-Fallpauschalen, aufzufordern. Soweit erforderlich sollte bei Nichtvorlage der Unterlagen unter Hinweis auf die Sechswochenfrist des § 18 Abs. 4 KHG i. V. m. § 11 Abs. 3 KHEntG eine Entscheidung der Schiedsstelle herbeigeführt werden, dass eine fristgerechte Pflegesatzvereinbarung nicht zu erreichen sei und somit das Krankenhaus nicht die Voraussetzungen für ein Optionskrankenhaus erfülle. Sie erklärten, sie würden in der Abgrenzung zwischen einer von der ursprünglichen Fallabrechnung erfassten Behandlungsfortsetzung und einer neuen Fallabrechnung bei teilstationären oder ambulanten Wiederaufnahmen ein erhebliches Problem für die Praxis sehen. Die Fraktion äußerte die Bitte, nach der Klärung der Datenlage einen Bericht des Ministeriums zu erhalten und den Ausschuss mit diesem Thema erneut zu befassen.

Die Vertreter der **Fraktion der CDU/CSU** übten grundsätzlich Kritik an der flächendeckenden Einführung der Fallpauschalen. Diese würden ohne Rücksicht auf die Abbildbarkeit der einzelnen Indikationen in den DRGs eingeführt. Gleichwohl wurde begrüßt, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf und den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen Erleichterungen für die Krankenhäuser geschaffen würden. Dennoch hielten sie diese Maßnahmen für unzureichend und forderten mit weiteren Änderungsanträgen Nachbesserungen, unter anderem Ausnahmen im DRG-Fallpauschalensystem, um krankenhausesindividuelle Verhandlungen zu ermöglichen, Qualitätssicherungsmaßnahmen auf eine solide Finanzierungsbasis zu stellen sowie Mehrerlösausgleiche sachgerecht in den Budgetverhandlungen berücksichtigen zu können. Damit würde wesentlichen Bedenken, gerade auch aus der Praxis, bezüglich der sachgerechten Abbildung und der Finanzierung der Mehrerlöse bei veränderten Case-Mix-Indices Rechnung getragen. Festzustellen

sei auch, dass die notwendige Arbeitszeitregelung und die Berücksichtigung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit in dem Fallpauschalensystem nicht angegangen werde. Eine Regelung sei notwendig, weil sich in der Bewertungsrelation zwischen Diagnosen und Prozeduren, wo Nachdienstzeiten bei der Kostengewichtung eine große Rolle spielten, nochmals erhebliche Veränderungen gegenüber den Diagnosen oder Prozeduren ergeben würden, wo dies nicht der Fall sei. Um die von den Koalitionsfraktionen vorgenommenen Verbesserungen für die Krankenhäuser nicht zu gefährden, stimmte die Fraktion der CDU/CSU trotz erheblicher Bedenken dem Gesetzentwurf und den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen zu.

Die Vertreter der **Fraktion der FDP** stimmten dem Gesetzentwurf zu, weil sie das Fallpauschalensystem für einen grundsätzlich richtigen Ansatz hielten. Allerdings habe die Fraktion der FDP schon im Herbst letzten Jahres darauf aufmerksam gemacht, dass eine Reihe von Einzelheiten nicht sachgerecht geregelt seien. Nach wie vor werde es für richtig und wichtig gehalten, dass die Budgetierung so schnell wie möglich durch ein Preissystem ersetzt werde. Erforderlich sei es ferner, Übergangseinrichtungen zu schaffen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, weil es Fälle gebe, wo Patienten zwar noch nicht in der Lage seien, sich zu Hause alleine zu versorgen, andererseits aber auch nicht mehr stationär behandelt werden müssten. Die Fraktion der FDP hoffe, dass mit der Zeit auch bei diesen beiden Punkten die Einsicht bei der Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen wachse. Der Gesetzentwurf wäre deutlich verbessert, wenn den gemeinsamen Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gefolgt worden wäre. Abgelehnt werde, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung weitgehende Regelungskompetenzen erhalte. Die Fraktion der FDP hätte anderen Wegen, die Selbstverwaltung in die Pflicht zu nehmen, den Vorzug gegeben.

B. Besonderer Teil

Zur Begründung der einzelnen Vorschriften wird – soweit sie im Verlauf der Ausschussberatungen nicht geändert oder ergänzt wurden – auf den Gesetzentwurf verwiesen. Hinsichtlich der vom Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung geänderten Vorschriften ist Folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a1

Die Budgets der Krankenhäuser sind jeweils prospektiv für ein Jahr zu verhandeln. Dementsprechend beziehen sich die pflegesatzrechtlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsrechts jeweils auf diesen Zeitraum. Die Ergänzung des § 17b Abs. 4 Satz 8 KHG stellt klar, dass dies auch für die Krankenhäuser gilt, die bis zur Nachfrist am 31. Dezember 2002 ihre Teilnahme am Optionsmodell 2003 erklärt haben und im Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen abrechnen. Diese Krankenhäuser sind ganzjährig von der Veränderungsrate „Null vom Hundert“ befreit. Ebenso werden die Vorschriften zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen nach dem Krankenhausentgeltgesetz ganzjährig angewendet. Dabei ist für die Frage, ob ein Mehr- oder Mindererlös vorliegt eine Gesamtbetrachtung anzustellen, bei der das gesamte Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) den Gesamterlösen des

Krankenhauses gegenübergestellt wird. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, unter Hinweis auf die Sechswochenfrist nach § 18 Abs. 4 KHG frühzeitig zu Budgetverhandlungen aufzufordern und die unverzügliche Vorlage der Verhandlungsunterlagen zu verlangen.

Zu Artikel 2 Nr. 1a

Die bisher auf Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte begrenzte, abschließende Aufzählung wird für weitere Zentren und Schwerpunkte in anderen medizinischen Fachbereichen geöffnet, beispielsweise für geriatrische Zentren. Zu den besonderen Aufgaben – die zum Teil in regional unterschiedlicher Ausprägung erbracht werden – gehören insbesondere Konsile, interdisziplinäre Video-Fallkonferenzen einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, besondere Dokumentationsleistungen z. B. für klinische Krebsregister und Nachsorgeempfehlungen, Fortbildungsaufgaben und ggf. Aufgaben der Qualitätssicherung.

Zu Artikel 2 Nr. 2

Die Streichung des Satzes 3 Nr. 1 Buchstabe b ist eine Folgeänderung, mit der die Verschiebung des Beginns der pauschalierten Ausbildungsfinanzierung nach § 17a KHG auf das Jahr 2005 technisch umgesetzt wird (siehe Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a).

Satz 4 bestimmt die Aufteilung des zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbarten Gesamtbetrags (Krankenhausbudgets) auf unterschiedliche Teilbereiche. Infolge der differenzierteren Abrechnungsregeln, die mit der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vorgegeben wurden, wird die bisherige Nummer 2 aufgehoben. Die bisher gesondert ausgewiesenen Entgelte nach Überschreitung der oberen Grenzwelldauer sowie die Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzwelldauer und die Abschläge bei Verlegungen werden dem Fallpauschalenbereich nach Nummer 1 zugeordnet.

Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a

Buchstabe a nimmt eine redaktionelle Anpassung gegenüber dem Gesetzentwurf vor.

Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe c

Absatz 3 entspricht inhaltlich dem Gesetzentwurf. Leistungen besonderer Einrichtungen, die aus dem DRG-Vergütungssystem ausgenommen sind, werden weiterhin nach den Regeln der Bundespflegesatzverordnung verhandelt. Satz 1 bestimmt nun, dass auch die aus dem DRG-Vergütungssystem ausgenommenen Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 nach der BPflV zu verhandeln sind. Zu diesem Zweck werden die Erlöse der ausgenommenen Einrichtungen und die Erlöse der Leistungen in einer gemeinsamen Erlössumme zusammengefasst.

Für den Fall, dass Erlösanteile aus dem DRG-Bereich im Folgejahr in den Bereich verlagert werden, der nach BPflV-Regeln zu verhandeln ist, gibt Absatz 4 vor, dass die Erlössummen beider Bereiche entsprechend verändert werden. Gleiches gilt auch für den Fall einer Verlagerung von nach BPflV-Regeln zu verhandelnden Erlösanteilen in den DRG-Bereich.

Zu Artikel 2 Nr. 5a – neu –

Satz 1 fasst die Vorgabe des geltenden § 8 Abs. 5 KHEntgG klarer. Zielsetzung ist es, im Hinblick auf mögliche Komplikationen zu frühe Entlassungen der Patienten zu vermeiden, zumindest keinen finanziellen Anreiz in diese Richtung zu geben. Da mit der Fallpauschale die Behandlung eines Patienten bis zur festgelegten Grenzverweildauer vergütet wird, muss das Krankenhaus auch bei der Wiederaufnahme eines Patienten wegen einer Komplikation in diesem Zeitraum seine Leistungen grundsätzlich ohne zusätzliche Vergütung erbringen. Das Krankenhaus trägt somit das Risiko von auftretenden Komplikationen.

Wurden bei einem ersten Aufenthalt nach den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen Abschläge von der Fallpauschale vorgenommen, kann nach Satz 2 bei einer Fortsetzung der Behandlung nach Wiederaufnahme eine Nachberechnung erfolgen. Es wird somit für den gesamten Behandlungsfall bis zur Grenzverweildauer höchstens die vollstationäre Fallpauschale gezahlt. Wird nach der Wiederaufnahme die Grenzverweildauer überschritten, können zusätzlich die entsprechenden belegungstagesbezogenen Entgelte berechnet werden. Wird ein Patient nach Ablauf des Zeitraums bis zur Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschalen wegen Komplikationen wieder aufgenommen, kann eine neue Fallpauschale nach den Regeln des DRG-Systems berechnet werden.

Satz 3 zum Ausweis von Beurlaubungstagen entspricht der bisherigen Vorgabe.

Satz 4 ermächtigt die für das DRG-Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartner und ersatzweise das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, im Rahmen der Abrechnungsbestimmungen für das DRG-System abweichende Regelungen festzulegen und somit das System weiterzuentwickeln.

Zu Artikel 2 Nr. 7 Buchstabe a Doppelbuchstaben bb und cc

Durch die Doppelbuchstaben bb und cc werden die Krankenhäuser verpflichtet, ab dem Jahr 2004 auch den neu eingeführten Abschnitt E3 für die Pflegesatzverhandlungen vorzulegen. E3 enthält Informationen über nach § 6 KHEntgG krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte.

Zu Artikel 2 Nr. 9 – neu –

Mit der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser vom 19. September 2002 wurden die Abrechnungsbestimmungen für das neue Fallpauschalensystem vorgegeben. Dabei wurden Abschläge bei Verlegungen und Abschläge bei sehr kurzen Verweildauern unterhalb der unteren Grenzverweildauer neu eingeführt. Insbesondere infolge dieser Vorgaben ist eine Änderung der Verhandlungsunterlage für die Budgetverhandlungen (AEB) erforderlich, die diese neuen Tatbestände berücksichtigt. Anstelle der Summe der Bewertungsrelationen nach dem DRG-Fallpauschalenkatalog ist die Summe der vom Krankenhaus tatsächlich abrechenbaren (effektiven) Bewertungsrelationen unter Berücksichtigung der Abschläge und der zusätzlichen Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zu ermitteln. Auf Grund der Änderungen werden die Formblätter insgesamt neu vorgegeben.

Der erweiterte Abschnitt E1 der AEB berücksichtigt diese Differenzierungen. Er ist bei der Darstellung der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres für jede DRG vollständig auszufüllen. Bei der Schätzung der voraussichtlich abrechenbaren Fallpauschalen für das kommende Budgetjahr (Vereinbarungszeitraum) werden die Abschläge und die zusätzlichen Entgelte bei Grenzverweildauer-Überschreitung jeweils nur als Summe insgesamt geschätzt.

Abschnitt E2 der AEB bleibt unverändert.

Neu eingeführt wird Abschnitt E3, mit dem die Entgelte darzustellen sind, die noch krankenhaushausindividuell verhandelt werden. Dies sind Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können und deshalb von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Abs. 2 KHG oder ersatzweise vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit zeitlich befristet von der DRG-Vergütung ausgenommen worden sind.

In den Abschnitten B1 und B2 der AEB werden Folgeänderungen und Klarstellungen vorgenommen, insbesondere zur Berücksichtigung von Entgelten für Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus verbringen, und zur Verschiebung der Einführung der pauschalierten Ausbildungsfinanzierung in das Jahr 2005.

Zu Artikel 4 Nr. 01 – neu –

Buchstabe a folgt dem Beschluss des Bundesrates vom 31. Mai 2002 zu dem Antrag des Freistaates Bayern vom 2. Mai 2002; vgl. Bundesratsdrucksache 398/02 (Beschluss). Er betrifft die Finanzierung des Erhaltungsaufwandes der Krankenhäuser.

Die „großen“ Instandhaltungsmaßnahmen an Gebäuden und Außenanlagen der Krankenhäuser (sog. Erhaltungsaufwand) werden mittlerweile in allen Bundesländern – bis auf Bayern – über eine Instandhaltungspauschale in Höhe von 1,1 % auf die Budgets sowie die Fallpauschalen und Sonderentgelte durch die Krankenkassen finanziert (§ 17 Abs. 4b KHG).

Bis 1992 wurden derartige Maßnahmen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung von den Ländern gefördert. Auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1993 haben sich die Bundesländer – mit Ausnahme Bayerns – zur Entlastung ihrer Haushalte aus der Finanzierung der Instandhaltungsmaßnahmen zurückgezogen, so dass die Krankenhäuser in 15 Bundesländern von 1993 bis 1996 ganz auf die Finanzierung derartiger Instandhaltungsmaßnahmen verzichten mussten. Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 wurden die genannten Instandhaltungskosten pflegesatzfähig gemäß § 17 Abs. 4b KHG, und zwar mit Wirkung vom 1. Januar 1997 (Instandhaltungspauschale von 1,1 %). Die entsprechenden Beträge wurden in die Krankenhausbudgets einbezogen. Nach § 17 Abs. 4b Satz 4 KHG entfällt die Pflegesatzfähigkeit der genannten Instandhaltungskosten für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt. Der Freistaat Bayern beabsichtigt nunmehr, diese Förderung einzustellen.

Nach der geltenden Rechtslage kann bei einem Wegfall der Förderung in Bayern ein Ausnahmefall für die Erhöhung der Budgets der bayerischen Krankenhäuser über den Anstieg der Grundlohnsumme nicht angenommen werden. § 6 Abs. 1 BPflV enthält keine Möglichkeit für die Krankenhäuser, eine Erhöhung des Gesamtbetrages über die maßgebliche Veränderungsrate hinaus zur Berücksichtigung des sog. Erhaltungsaufwandes in Höhe der Pauschale von 1,1 v. H. nach § 17 Abs. 4b Satz 3 KHG zu erreichen, wenn das Land die Förderung nach § 17 Abs. 4b Satz 4 KHG einstellt.

Die Ergänzung von § 6 Abs. 1 BPflV ermöglicht deshalb ab dem Jahr 2004 die Erhöhung des Gesamtbetrages über die maßgebliche Veränderungsrate hinaus für den Pflegesatzzeitraum, in dem eine bisher vom Land gewährte Förderung des Erhaltungsaufwandes nach § 17 Abs. 4b Satz 4 KHG wegfällt. Die vorgesehene Regelung bewirkt insofern eine Gleichstellung der Krankenhäuser in Bayern mit den Krankenhäusern in den 15 übrigen Bundesländern und vermeidet Wettbewerbsnachteile.

Um Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Krankenhäusern zu unterstützen, werden mit Buchstabe b für das Jahr 2004 Finanzmittel unter den gleichen Voraussetzungen zur Verfügung gestellt wie für das Jahr 2003. Die bisher vorgeschriebenen zusätzlichen Voraussetzungen für das Jahr 2004 – Verweildauerverkürzungen oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit mit der Möglichkeit einer entsprechenden Absenkung des Gesamtbetrags – entfallen.

Zu Artikel 5a – neu –

Die Entgelte für die Behandlung von Blutern werden außerhalb der Krankenhausbudgets gezahlt, weil im Einzelfall sehr hohe Behandlungskosten anfallen können. Insbesondere weil im Jahr 2002 Vergütungsvereinbarungen auf der Landesebene oder bei einzelnen Krankenhäusern zum Teil nicht zustande gekommen sind, werden die Begrenzungen durch das Beitragssatzsicherungsgesetz sowie infolge von § 4 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser aufgehoben. Anstelle der Veränderungsrate von Null vom Hundert gelten die nach § 71 SGB V Abs. 3 vom Bundesministerium für Gesundheit für das Jahr 2003 festgestellten Veränderungsrate (alte Bundesländer: 0,81 %; neue Bundesländer: 2,09 %).

Zu Artikel 5b – neu –

Die Qualitätsprüfung von Röntgenuntersuchungen findet sowohl durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach den Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV im Rahmen von § 135 ff. SGB V) als auch im Rahmen der Gewerbeaufsicht (Qualitätsprüfung im

Zweijahresturnus nach § 17a der Röntgenverordnung durch die in der Regel bei den Ärztekammern angesiedelten „Ärztlichen Stellen“) statt.

Die bisherige Erfahrung mit dieser sich überschneidenden Prüftätigkeit zeigt, dass mit einer verstärkten Koordinierung beider Prüfinstanzen Synergieeffekte erzielt werden könnten. Zu diesem Zweck sollte den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eröffnet werden, die bei ihren Qualitätsprüfungen gewonnenen Daten (Daten zur Bildqualität, zur Indikationsstellung und zum Befund) an die „Ärztlichen Stellen“ weiterzuleiten. Der Bundesgesetzgeber hat bereits mit der Änderung der Röntgenverordnung im Jahr 2002 die gleiche Zielrichtung verfolgt. So ist aus der Begründung zu § 17a dieser Verordnung die Absicht erkennbar, zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen, zur Kostendämpfung und im Interesse der zu überprüfenden Ärzte, den „Ärztlichen Stellen“ einen Zugriff auf Unterlagen anderer Stellen, wie z. B. auf die Unterlagen der Röntgenkommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermöglichen.

Rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten dürfen gemäß § 285 Abs. 3 SGB V für Zwecke der Aufgabenerfüllung nach § 285 Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt, d. h. auch weitergegeben werden. Zu diesen Aufgaben gehört auch die Durchführung von Qualitätsprüfungen gemäß § 136 SGB V. Die Weitergabe von Daten für Zwecke außerhalb von § 285 Abs. 1 Nr. 6 SGB V setzt allerdings voraus, dass sie durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches ausdrücklich angeordnet oder erlaubt ist.

Da das bestehende Sozialversicherungsrecht eine entsprechende datenschutzrechtliche Bestimmung nicht vorsieht, ergibt sich daraus die Notwendigkeit, durch die Aufnahme einer klarstellenden Regelung im SGB V eine gesicherte Rechtsgrundlage für diese Weitergabe an die Gewerbeaufsicht zu schaffen.

Zu Artikel 7

Das Gesetz tritt grundsätzlich am Tag nach der Verkündung in Kraft. Damit die Entgelte für die Behandlung von Blutern im Jahr 2003 bis zur Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht werden können, tritt der entsprechende Artikel 5a rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft. Die Änderungen in den Unterlagen für die Budgetverhandlungen, insbesondere die differenziertere Darstellung der DRG-Entgelte und die angepassten Unterlagen zur Budgetermittlung treten für den Pflegesatzzeitraum 2004 in Kraft. Ab dem Jahr 2004 können die Budgets der Krankenhäuser in Bayern zusätzlich um 1,1 v. H. für die von den Krankenkassen zu tragende Instandhaltungspauschale erhöht werden. Auch die in Artikel 4 vorgenommenen Anpassungen bei der Ausbildungsfinanzierung treten zum 1. Januar 2004 in Kraft.

Berlin, den 20. Mai 2003

Dr. Heinrich L. Kolb
Berichtersteller

