

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Inhalt des Gesetzes

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) wurde die Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems für die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser ab 1. Januar 2003 vorgegeben. Die Entwicklung und Bereitstellung des Systems wurde den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft übertragen. Das Vergütungssystem soll sich an einem international bereits eingesetzten System auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientieren. Den Selbstverwaltungspartnern wurde ein zeitlicher Rahmen vorgegeben. Bis zum 30. Juni 2000 sollten die Grundstrukturen des Vergütungssystems und das Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen sowie die Grundzüge des Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems vereinbart werden. Des Weiteren wurde durch § 17 b KHG vorgegeben, die Bewertungsrelationen für das neue System bis Ende 2001 zu vereinbaren. Aufgrund dieser Vorgaben haben die Selbstverwaltungspartner am 27. Juni 2000 beschlossen, die australische AR-DRG-Klassifikation dem in der Bundesrepublik Deutschland einzuführenden Fallpauschalen-Katalog zu Grunde zu legen.

Die Anpassung der Klassifikation an die Versorgungsstrukturen und Besonderheiten in der Bundesrepublik, die Kalkulation der Fallpauschalen sowie deren Einführung und die anschließende Pflege des Systems, die seine ständige Beobachtung und Anpassung an medizinische und medizinisch-technische Entwicklungen und Kostenentwicklungen erfordert, haben den Aufbau neuer institutioneller Strukturen (DRG-Institut) einschließlich der Einstellung von Personal und die Vergabe von Aufträgen an Dritte erforderlich gemacht. Zur Finanzierung dieser Arbeiten hat der Gesetzgeber mit dem DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772) die Rechtsgrundlage für die Erhebung eines DRG-Systemzuschlags pro Krankenhausfall geschaffen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist nicht zu erwarten, dass die von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarte Kalkulation der Fallpauschalen bis Ende 2001 abgeschlossen werden kann. Die zuständigen Spitzenverbände haben sich deshalb inzwischen darauf verständigt, für die Einführung des DRG-Systems zum 1. Januar 2003 zunächst das australische Leistungsverzeichnis zu bewerten und damit die Voraussetzung für eine optionale Einführung im Jahr 2003 zu schaffen. Krankenhäuser, die einen frühen Wechsel in das neue Vergütungssystem wünschen, sollen dieses können. Die obligatorische Einführung des umfassend an die Bedingungen in der Bundesrepublik Deutschland angepassten DRG-Vergütungssystems für alle Krankenhäuser erfolgt zum 1.1.2004.

#### Ziele

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems wird der Weg weg vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer an den Leistun-

gen orientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgeführt. Mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen sollen alle stationären Leistungen in Zukunft über Fallpauschalen vergütet werden. Das seit 1996 praktizierte Mischsystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen für den überwiegenden Teil der Krankenhausleistungen andererseits hat sich nicht bewährt. Die psychiatrischen Leistungen werden ausgenommen, weil eine aufwandbezogene Zuordnung dieser Leistungen infolge der stark variierenden Verweildauer nicht bzw. noch nicht möglich ist.

Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden. Das neue Entgeltsystem soll vor allem auch dazu beitragen, dass die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel abgebaut werden. Das Geld soll den Leistungen folgen können. Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen. Einen besonderen Stellenwert in einem Fallpauschalensystem hat die Qualitätssicherung. Die dazu vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen werden zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen.

### **Lernendes System**

Die Einführung eines nahezu alle voll- und teilstationären Leistungen erfassenden Vergütungssystems kann nur im Rahmen eines lernenden Systems mit stetigen Anpassungsschritten erfolgen. Dazu sind auch systematische Beobachtungen der Auswirkungen der Systemeinführung erforderlich. Für die praktische Funktionsfähigkeit und für die Akzeptanz bei allen Beteiligten sind regelgebundene und transparente Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung des Systems erforderlich. Der Gesetzentwurf trägt diesem Aspekt Rechnung und sieht eine Übergangsphase bis Ende 2006 vor. In diesem Zeitraum werden durch die Vereinbarung von Erlösbudgets und entsprechenden krankenhausindividuellen Basisfallwerten mögliche anfängliche Unzulänglichkeiten bei der Zuordnung und Erfassung der medizinischen Leistungen im Fallpauschalenkatalog aufgefangen.

### **Übergangsphase bis Ende 2006**

Die Effekte des neuen Entgeltsystems werden entscheidend durch den ordnungspolitischen Rahmen bestimmt. Diesen festzulegen, ist Aufgabe des Gesetzgebers. Im Hinblick auf die schrittweise Einführung des Vergütungssystems ist auch bei der Festlegung des ordnungspolitischen Rahmens ein schrittweises Vorgehen sachgerecht, um Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Übergangsphase sammeln zu können. Deshalb werden mit dem Gesetzentwurf die Rahmenbedingungen nur für den Zeitraum bis Ende 2006 festgelegt. Die ab dem Jahr 2007 geltenden Regelungen werden rechtzeitig in einem weiteren Gesetz festzulegen sein.

Für die weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze zu vergütenden psychiatrischen Leistungen wird die bisherige Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) grundsätzlich beibehalten. Für die

nach dem DRG-Fallpauschalensystem zu vergütenden Leistungen wird ein neues Krankenhausentgeltgesetz geschaffen. Dabei wurde darauf geachtet, die Regelungsdichte auf ein unabdingbar erforderliches Maß zu reduzieren. Die Vertragsparteien erhalten damit Freiräume für mehr eigenverantwortliche Gestaltung.

Die Überführung vom budgetorientierten Vergütungssystem in das neue leistungsorientierte Vergütungssystem bewirkt Veränderungen und erfordert Anpassungen, die eine zeitlich ausreichende Übergangsphase erforderlich machen. Dazu sieht der Gesetzentwurf für die Jahre 2003 und 2004 eine budgetneutrale Einführungsphase und für die Jahre 2005 und 2006 eine Angleichungsphase (Konvergenzphase) vor. In der Konvergenzphase werden die Krankenhausbudgets und die krankenhausesindividuellen Vergütungshöhen (Basisfallwert) in ein landesweit einheitliches Preisniveau für die Leistungen überführt.

Die zweijährige „budgetneutrale“ Einführungsphase in den Jahren 2003 und 2004, in der die Höhe der Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Fallpauschalensystem bestimmt wird, ermöglicht es den einzelnen Krankenhäusern, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Krankenhäuser, die erst ab 2004 das neue Entgeltsystem anwenden, haben ein budgetneutrales Jahr zur Verfügung.

Für 2005 wird erstmals ein landesweit gültiger Basisfallwert vereinbart und damit eine entscheidende Größe für den finanziellen Gesamtrahmen wie auch für den Anpassungsbedarf der Krankenhäuser festgelegt. Der landesweit vereinbarte Basisfallwert wird als einheitlicher Festpreis (Einheitspreis) vorgegeben. Die ebenfalls diskutierte Einführung des neuen Systems im Rahmen eines Höchstpreissystems wird damit ausdrücklich nicht vorgegeben.

Ebenfalls für 2005 wird die Verhandlung des Erlösbudgets des einzelnen Krankenhauses auf die neue DRG-Systematik umgestellt. Grundsätzlich gilt die Formel „Menge x Preis“. Bei einem Einheitspreissystem, wie es vorgeschrieben wird, ist demnach hauptsächlich über die Leistungsmengen zu verhandeln. Allerdings wird das so ermittelte DRG-Erlösvolumen nicht sofort für die Krankenhäuser wirksam. Um Krankenhäusern, deren Basisfallwert im Jahr 2005 noch über dem landesweiten Basisfallwert liegt, mehr Zeit für eine Anpassung ihrer Leistungs- und Kostenstrukturen zu geben, werden die Erlösbudgets in den Jahren 2005 und 2006 nur schrittweise auf das neue einheitliche DRG-Preisniveau abgesenkt (sog. Konvergenzphase).

### **Differenzierte Preis- und Leistungsmengensteuerung**

Eine am medizinischen Bedarf orientierte Entwicklung der Gesamtausgaben für voll- und teilstationäre Leistungen, die zugleich auf die begrenzten finanziellen Ressourcen und auf das Erfordernis der Beitragssatzstabilität in der Krankenversicherung Rücksicht nimmt, sind zwei wesentliche Ziele, die durch den ordnungspolitischen Rahmen in Einklang zu bringen sind. Dazu sieht der Gesetzentwurf ein differenziertes Instrumentarium zur Preis- und Leistungsmengensteuerung vor. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist - wie für alle Leistungsbereiche - auch im Krankenhausbereich zu beachten. Direkter Anknüpfungspunkt im neuen System sind aber nicht mehr die Budgetvereinbarungen für das einzelne Krankenhaus, sondern 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. Die Krankenhäuser verhan-

deln mit den Krankenkassen weiterhin ein Gesamtbudget, dessen Zuwachs durch die Grundlohnrate nach § 71 SGB V begrenzt wird und bei dem nur unter den bereits heute geltenden Ausnahmerebedingungen des § 6 Abs. 1 BpflV eine darüber hinausgehende Erhöhung möglich ist. Dazu gehören insbesondere auch die Berücksichtigung von Fallzahlsteigerungen und Leistungsstrukturveränderungen. Der so vereinbarte Gesamtbetrag für das einzelne Krankenhaus unterliegt in der Übergangsphase weiterhin den Mehr- und Mindererlösausgleichen. Um den Krankenhäusern, die bereits im Jahr 2003 nach dem neuen Fallpauschalensystem abrechnen, weitestgehende Sicherheiten hinsichtlich des Erlösvolumens zu geben, werden die Mindererlösausgleiche auf 95 % erhöht; ab dem Jahr 2004 sind wieder die heute geltenden 40 % vorgesehen. Über das vereinbarte Erlösvolumen hinaus erzielte Mehrerlöse werden im Jahr 2003 mit 25 % vergütet, im Jahr 2004 in Höhe von 35 %. Die Vertragsparteien können abweichende Vereinbarungen treffen.

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. Dabei muss im Falle medizinisch notwendiger und begründeter Leistungsmengen- und Leistungsstrukturentwicklungen eine Verständigung erzielt werden. Es wird nur noch das Erlösbudget für Fallpauschalen und Zusatzentgelte verhandelt. Mehr- oder Mindererlöse aus diesem Bereich unterliegen weiterhin den anteiligen Mehr- oder Mindererlösausgleichen. Andere Entgelte, z.B. Zuschläge zu den Fallpauschalen oder Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, werden nicht mehr in ein Budget eingebunden und unterliegen nicht mehr den Mehr- oder Mindererlösausgleichen.

Für die Höhe der Gesamtausgaben der Krankenkassen für Krankenhausleistungen ist in dieser Phase die Höhe des erstmalig auf der Landesebene zu vereinbarenden Basisfallwertes von entscheidender Bedeutung. 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 Krankenhausleistungen auf der anderen Seite Rechnung tragen. Dies sowie die jährliche Fortschreibung der Basisfallwerte soll im Rahmen von differenzierten Verhandlungen auf der Grundlage gesetzlich vorgegebener Kriterien erfolgen.

Ziel auf mittlere Frist sind bundeseinheitliche Basisfallwerte. Im Hinblick auf die Auswirkungen für die Krankenhäuser und die regional organisierten Krankenkassen wird jedoch für die mit diesem Gesetz geregelte Übergangsphase bis Ende 2006 zunächst ein einheitliches DRG-Preisniveau auf Landesebene eingeführt.

### **Flexible Anpassung der Leistungsstrukturen**

Das neue Entgeltsystem wird den Prozess zur Anpassung und Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen der Krankenhäuser und im Krankenhausbereich insgesamt beschleunigen. Die Spezialisierung wird voranschreiten. Medizinische Kompetenzzentren, die sich auf die umfassende Behandlung bestimmter Krankheiten konzentrieren, z.B. Zentren zur Diagnostik und Therapie bestimmter Krebserkrankungen, werden sich herausbilden. Die bessere Abstimmung der Leistungsstrukturen benachbarter Krankenhäuser zur gegenseitigen Verbesserung der Auslastung und zur Förderung der Qualität wird ebenfalls verstärkt weitergehen. Die Möglichkeiten zur integrierten Versorgung durch Zusammenarbeit des Krankenhauses mit vor- und nachgelagerten medizinischen Versorgungsbereichen, d. h. den niedergelassenen Ärzten und den Rehabilitationskliniken, werden zunehmend offensiv genutzt werden.

Auch die Zunahme frei werdender Bettenkapazitäten infolge der Verweildauerverkürzung wird Gegenstand von Anpassungsreaktionen sein. All diese Veränderungen verlangen nach flexiblen Anpassungsmöglichkeiten für die Vertragsparteien unterhalb der z. T. nur groben Rahmenvorgaben der Krankenhauspläne der Länder. Deshalb sieht der Gesetzentwurf eine Änderung von § 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; allerdings stehen die Verträge unter dem Vorbehalt des Einvernehmens mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.

Mit den DRG-Fallpauschalen wird die Schnittstelle zwischen dem Krankenhausbereich und den Rehabilitationseinrichtungen nicht verändert. Der Patient muss entlassungs- oder rehabilitationsfähig sein, wenn er das Krankenhaus verlässt, und darf von Rehabilitationskliniken vor der Rehabilitationsfähigkeit nicht aufgenommen werden.

### **Offen für den medizinischen Fortschritt**

Soweit neue medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (innovative Leistungen) mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog noch nicht sachgerecht abgebildet und vergütet werden können, werden den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen individuelle Vereinbarungsmöglichkeiten eröffnet. Darüber hinaus wird die Berücksichtigung medizinischer Belange durch eine verbesserte Mitwirkungsmöglichkeit der Bundesärztekammer und der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe bei der stetigen Pflege und Weiterentwicklung des Systems sichergestellt. Zusätzlich erhalten die medizinischen Fachgesellschaften sowie die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie ausdrücklich Gelegenheit zur Stellungnahme.

### **Flächendeckende medizinische Versorgung**

Krankenhausleistungen dienen der medizinischen Daseinsvorsorge. Deshalb muss auch in Zukunft eine wohnortnahe stationäre Grundversorgung sichergestellt sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es unter Fallpauschalenbedingungen zu einer Unterfinanzierung und damit zu einer Gefährdung der Sicherstellung bei einzelnen Leistungen oder Leistungsbereichen kommen kann, wenn die sich aus dem regionalen Versorgungsbedarf ergebenden Leistungszahlen unterhalb der betriebswirtschaftlich erforderlichen Anzahl liegen. Für solche Fälle sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit zur Vereinbarung von Zuschlägen zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung vor. In das Verfahren werden die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Konfliktfalle einbezogen.

### **Qualitätssicherung**

Wie auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zutreffend festgestellt hat, bedarf die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems einer umfangreichen und konsequenten Qualitätssicherung. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen bieten dabei eine gute Grundlage, auf der die verantwortlichen Selbstverwaltungspartner effektive Maßnahmen der Qualitätssicherung mit unmittelbarer Wirkung für die Krankenhäuser vereinbaren können. Das bereits auf dieser Grundlage entwickelte Instrumentarium kann auch bei dem neuen DRG-Vergütungssystem weitgehend genutzt werden.

Ergänzt werden diese bereits vorhandenen Regelungen durch wesentliche zusätzliche Vorgaben mit dem Ziel, potentiellen Qualitätsdefiziten bei der Anwendung des neuen Vergütungssystems begegnen zu können.

Insgesamt stellen sich die für Krankenhäuser künftig gültigen Maßnahmen der Qualitätssicherung wie folgt dar:

- Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.
- Die Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen der vergleichenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bei Auffälligkeiten ist eine gezielte Intervention möglich.
- Die Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen sowie die Notwendigkeit der Durchführung entsprechender Leistungen wird auf der Grundlage einheitlicher Kriterien bewertet; dabei kommt aufwändigen medizintechnischen Leistungen eine herausgehobene Bedeutung zu.
- Für Krankheiten, bei denen Hinweise auf eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen, sollen unmittelbar für die Krankenhäuser verbindliche Kriterien auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien erarbeitet werden.
- Krankenhäuser, die sich nicht an den Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen, haben mit massiven finanziellen Abschlägen zu rechnen.
- Krankenhäuser müssen Mindestvoraussetzungen hinsichtlich der Struktur- und Ergebnisqualität erfüllen.
- Für bestimmte medizinische Leistungen wird eine Mindestanzahl an Eingriffen empfohlen.
- Das Krankenhaus hat über den Umfang und die Ergebnisse seiner Qualitätsbemühungen in regelmäßigen Zeitabständen einen Bericht zu veröffentlichen.

## **II. Kosten**

Im Hinblick auf das Umsatzvolumen der Krankenhäuser in Höhe von über 50 Mrd. Euro und die durch das neue Entgeltsystem bewirkte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist nicht zu rechnen. Den Kommunen und Ländern können als Träger von Krankenhäusern zusätzliche Aufwendungen für die Finanzierung der erforderlichen administrativen Infrastruktur insbesondere im Bereich EDV-Ausstattung entstehen. Die damit verbundene Steigerung der Effizienz der Krankenhausverwaltungen dürfte bereits auf mittlere Sicht die Mehraufwendungen überwiegen. Zudem ist der Aufbau EDV-gestützter Leistungs- und Kostenerfassungssysteme unabhängig von der Einführung des neuen Entgeltsystems in den Krankenhäusern notwendig. Bund, Ländern und Gemeinden sowie den Wirtschaftspartnern von Krankenhäusern und Krankenkassen entstehen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten.

## **III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes**

Für die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz.

Die einschlägigen Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes ergeben sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze). Ziel des Fallpauschalengesetzes ist, ein umfassendes leistungsorientiertes und einheitliches Entgeltsystem für die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2003 einzuführen. Hierdurch wird der durch das Grundgesetz umfasste Kompetenzbereich der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze auf neue Grundlagen gestellt. Ferner stützt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (Sozialversicherung). Die Regelungen zum einheitlichen Vergütungssystem dienen auch dazu, die Qualität der Leistungserbringung der Krankenhäuser nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu verbessern. Die gesetzliche Krankenversicherung ist Bestandteil des Sozialversicherungssystems.

Eine bundesgesetzliche Regelung ist für die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und für die Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz). Die neuen Vorschriften gestalten den bisherigen bundeseinheitlichen Rahmen weiter aus. Die in der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Vergütungsregelungen basieren generell auf bundeseinheitlichen Vorgaben. Dies gilt z. B. auch für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, die durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbart werden (§ 87 SGB V); bundeseinheitlich festgelegt werden auch die Vergütungen für zahntechnische Leistungen (§ 88 SGB V). Die Vergütungsstrukturen für die privatärztlichen- und privat Zahnärztlichen Bereiche werden ebenfalls bundeseinheitlich festgelegt. Nur bundeseinheitliche Vergütungsregelungen in allen diesen zentralen Versorgungsbereichen gewährleisten die notwendige Rechtseinheit und die Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet.

## **B. Einzelbegründung**

### **Zu Artikel 1: Änderung des SGB V**

#### **Zu Nummer 1 (§ 60)**

Die Ergänzung stellt klar, dass Fahrtkosten bei Verlegung von einem aufnehmenden in ein nachsorgendes Krankenhaus von den Krankenkassen grundsätzlich nicht zusätzlich zu einer Fallpauschale gezahlt werden, wenn sowohl das abgebende als auch das aufnehmende Krankenhaus an der Erbringung der Fallpauschalenleistung beteiligt sind. Damit soll sichergestellt werden, dass eine Verlegung, die auch aus wirtschaftlichen Interessen der beteiligten Krankenhäuser erfolgt, nicht zu einer zusätzlichen Belastung der Krankenkassen mit Fahrtkosten führt. Verlegungen in ein wohnortnahes Krankenhaus, die insbesondere aus medizinischen Gründen im Interesse des Patienten erforderlich sind, können dagegen von der Krankenkasse zusätzlich übernommen werden, wenn sie der Verlegung vorher zugestimmt hat.

#### **Zu Nummer 2 (§ 71)**

Durch die Streichung wird klargestellt, dass für die Geltung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität im Krankenhausbereich die Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der auf dieser Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen sowie des Krankenhausentgeltgesetzes maßgeblich sind.

#### **Zu Nummer 3 (§ 109 Abs. 1)**

Nummer 3 eröffnet den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam die Möglichkeit, mit einzelnen Krankenhausträgern Verträge zu schließen, mit denen der bestehende Versorgungsauftrag näher abgegrenzt oder verändert wird. Der Begriff „Leistungsstruktur“ zielt auf größere Veränderungen von Leistungsbereichen, z. B. die Bildung neuer Schwerpunkte oder die Aufgabe von Leistungen, die nicht in erforderlichem Umfang wahrgenommen und durch andere Krankenhäuser besser geleistet werden können. Es wird damit also nicht vorgegeben, dass die Länder künftig eine differenzierte Leistungsplanung erstellen sollen.

Diese Vereinbarungen sollten möglichst langfristig geschlossen werden, damit das Krankenhaus eine verlässliche Grundlage für strategische Entscheidungen sowie für Investitionen und deren Finanzierung hat; eine Mindestlaufzeit wird aber nicht gesetzlich vorgegeben.

Die beabsichtigten Veränderungen sind insbesondere mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde abzustimmen, ohne deren Einvernehmen eine Vereinbarung der Vertragsparteien nicht wirksam ist. Ein Anspruch auf Erteilung des Einvernehmens besteht nicht. Vielmehr verbleibt es bei den landesrechtlich geregelten Verfahren zur Änderung der Feststellungsbescheide nach § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Mit der Änderung des § 109 Abs. 1 SGB V wird eine Entwicklung in verschiedenen Ländern aufgegriffen, die die künftigen Aufgaben der Landesplanung eher in einer Begrenzung auf eine Rahmenplanung sieht. In den Ländern werden bereits heute neben den Krankenhäusern auch die Krankenkassen weitgehend in die Planung eingebunden. Kommt bei einem Plankrankenhaus eine Vereinbarung nicht zustande, kann jede Vertragspartei bei der zuständigen Landesbehörde eine entsprechende Änderung des Feststellungsbescheids (Krankenhausplans) anregen.

#### **Zu Nummer 4 (§ 120)**

##### *Zu Buchstabe a*

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

##### *Zu Buchstabe b*

Die im Rahmen von Forschung und Lehre an den Polikliniken 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 dies weiterhin vermieden, dass die Vergütung der Polikliniken durch die innerärztliche Honorarverteilung betroffen wird. Durch Satz 2 erhalten die Träger der Hochschulkliniken das Recht, selbst über die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen zu verhandeln. 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 Polikliniken mit den Vergütungen für vor- und nachstationäre Leistungen soll eine einheitliche Leistungsabrechnung ermöglichen. Satz 4 regelt weiter, dass bei den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen vergütungsmindernd zu berücksichtigen ist, dass die Ermächtigung aus Gründen der Forschung und der Lehre erteilt wird. Anders als nach bisherigem Recht muss die Vergütung jedoch nicht zwingend um 20 % gemindert werden. Die Vertragspartner können den Abschlag flexibel ausgestalten. Der bei Polikliniken an öffentlich geförderten Krankenhäusern vorgesehene Investitionskostenabschlag wird durch Satz 5 beibehalten. Satz 6 stellt klar, dass mit der Herausnahme der Vergütung der von poliklinischen Institutsambulanzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Überführung in direkte Vergütungsverhandlungen zwischen den Trägern der Hochschulkliniken und den Krankenkassen die Gesamtvergütungen entsprechend bereinigt werden müssen. Die Regelung ist notwendig, um eine Doppelbelastung der Krankenkassen zu vermeiden.

##### *Zu Buchstabe c*

Doppelbuchstabe aa: Die gesetzliche Bestimmung eines Abschlages auf die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen ist nunmehr in Absatz 2 geregelt.

Doppelbuchstabe bb: Als notwendige Folge der Veränderungen im Vergütungsbereich ist das Formularwesen für die Abrechnung der im Rahmen von Forschung und Lehre an den

Polikliniken erbrachten Leistungen von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarungen zu vereinbaren.

#### **Zu Nummer 5 (§ 137 Abs. 1)**

##### *Zu Buchstabe a*

Die Ergänzung stellt klar, dass die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl für gesetzlich Versicherte als auch für selbstzahlende Patienten gelten. Die als notwendig erkannten Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen allen Patienten eines Krankenhauses zugute kommen. Es ist nicht sinnvoll und praktikabel, zwischen Patienten nach ihrer Versicherung zu unterscheiden und davon die Anwendung bzw. Nicht-Anwendung entsprechender Maßnahmen abhängig zu machen. So muss z. B. der Katalog nach der neu in den Absatz 1 Satz 3 eingefügten Nummer 3 (Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb) für selbstzahlende Patienten gleichermaßen wie für gesetzlich Versicherte gelten. Es wäre im Interesse der Ergebnisqualität nicht hinnehmbar, dass Krankenhäuser, die den geltenden Qualitätsanforderungen bei bestimmten Leistungen nicht genügen, diese bei selbstzahlenden Versicherten dennoch durchführen dürfen. Dementsprechend sind die Vergütungsabschläge gemäß Nummer 5 auch bei selbstzahlenden Patienten vorgeschrieben.

##### *Zu Buchstabe b*

Durch die Ergänzung des Doppelbuchstaben aa wird klargestellt, dass die Vertragspartner Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung festlegen sollen. Hinsichtlich der Strukturqualität sind vor allem sächliche oder personelle Voraussetzungen (Art und Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation) von Bedeutung. Insbesondere bei bestimmten Fallpauschalen muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer z. B. nicht aus ökonomischen Gründen diese Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität erbringen. Dazu gehört auch, dass den arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen durch ein geeignetes Personalmanagement sowie flexible Arbeitszeitmodelle Rechnung getragen wird. Unzumutbare Arbeitsbedingungen und -zeiten sind auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht akzeptabel. Eine gute Ergebnisqualität ist ein wesentliches Ziel aller Qualitätsbemühungen; deshalb kommt ihr eine herausgehobene Bedeutung zu. Im Rahmen der bisher eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde diesem Umstand noch zu wenig Rechnung getragen. Die Vertragspartner werden durch die Ergänzung dazu aufgefordert, auch Voraussetzungen an die Qualität des Behandlungsergebnisses bei geeigneten Fallpauschalen zu vereinbaren.

Es besteht ein in verschiedenen Studien nachgewiesener Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität des Behandlungsergebnisses, d. h. der Erfahrung bei der Leistungserbringung und im Umgang mit Komplikationen. Doppelbuchstaben bb, Nummer 3, beauftragt die Vereinbarungspartner deshalb, Operationen oder Prozeduren zu suchen und zu bestimmen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Zahl der durchgeführten Eingriffe und der Qualität der Leistung in besonderem Maße vorliegt. Für diese in einem Katalog festzulegenden Leistungen sollen Empfehlungen zu der Mindestanzahl gegeben werden, die als Voraussetzung für eine qualitativ gute Leistung anzusehen ist. Durch Hinweise zur Anwendung der Empfehlungen kann eine sachgerechte Umsetzung er-

reicht werden. Es können erforderliche Voraussetzungen und Besonderheiten berücksichtigt und Übergangsregelungen für besondere Situationen formuliert werden, z. B. Chefarztwechsel, Aufbau neuer Leistungsbereiche.

Doppelbuchstaben cc und dd nehmen redaktionelle Änderungen vor.

In dem Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Kapitel 3.1.4.4.) wird ausführlich der Nutzen von Leistungsberichten der medizinischen Einrichtungen hervorgehoben. Hierzu wurde betont, dass entsprechende Berichte Versicherten, Ärzten und Krankenkassen die wünschenswerte, stärkere Transparenz über die in einer Einrichtung erbrachten Leistungen und Behandlungsergebnisse ermöglichen. Hinzu kommt, dass Leistungsberichte einen geeigneten Ansatz darstellen, auch den Wettbewerb um eine gute Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu stärken. Doppelbuchstabe ee verpflichtet deshalb die Vereinbarungspartner, Anforderungen an entsprechende Berichte der zugelassenen Krankenhäuser festzulegen. Um die notwendige Transparenz über die Qualitätsbemühungen der jeweiligen Einrichtung zu schaffen, soll der Bericht insbesondere die Umsetzung der Anforderungen nach Nummer 1 und 2 aufzeigen. Ein besonderes Gewicht ist dabei auf die Darstellung der Qualität der Behandlungsergebnisse zu legen. Um darüber hinaus einen angemessenen Überblick über das Leistungsgeschehen zu schaffen, ist es erforderlich, dass die Vereinbarungen auch Berichtsinhalte über die personelle und sächliche Ausstattung der Einrichtung, Art und Anzahl der DRG-Fallpauschalen sowie die Anzahl der behandelten Patienten vorsehen. Darüber hinaus haben die Vertragspartner auch die zeitlichen Abstände sowie die Art der Veröffentlichung der Leistungsberichte festzulegen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Berichte für die Versicherten zugänglich sind. Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser keine personenbezogenen Daten enthalten.

#### **Zu Nummer 6 (§ 137c Abs. 2)**

Durch die Änderung wird die Unparteilichkeit des Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus gewährleistet. Mit der Benennung zwei weiterer unparteiischer Mitglieder wird zudem eine numerische Übereinstimmung mit den Bundesausschüssen nach § 91 Abs. 2 SGB V hergestellt. Diese Personen sind neben den bisherigen Vertretern im Ausschuss auf Kassenseite und auf Leistungserbringerseite (jeweils neun Vertreter) zu benennen. Eine funktionierende Zusammenarbeit im Koordinierungsausschuss erfordert einen allseits unparteiischen Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus. Der Ausschuss Krankenhaus folgt in dieser Besetzung den Bundesausschüssen, die im Vorsitz ebenfalls so besetzt sind (vgl. § 91 Abs. 2 SGB V zur Besetzung Bundesausschüsse Ärzte und Krankenkassen/ Zahnärzte und Krankenkassen).

Zur Herstellung einer Übereinstimmung mit der Besetzung der Bundesausschüsse nach § 91 Abs. 2 SGB V ist es zudem geboten, die bisherige Mitgliedschaft des Vorsitzenden des Ausschusses Ärzte und Krankenkassen im Ausschuss Krankenhaus zu streichen und die Besetzung insoweit zu ändern. Hierdurch wird nicht nur eine numerische Übereinstimmung mit den Ausschüssen nach § 91 SGB V, sondern auch eine Gleichstellung der zuständigen Ausschüsse im ambulanten und stationären Bereich insgesamt erreicht. Ein sektorenübergreifendes Handeln wird durch den Koordinierungsausschuss für beide Bereiche nach § 137 e SGB V sichergestellt.

### **Zu Nummer 7 (§ 275a)**

Die in § 275a gesetzlich vorgesehenen Modellvorhaben sind durchgeführt und ausgewertet worden. Die Vorschrift kann daher gestrichen werden.

### **Zu Nummer 8 (§ 301 Abs. 1)**

Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben sich für die Einführung eines DRG-Vergütungssystems in Deutschland auf das australische AR-DRG-System als Ausgangsgrundlage verständigt. Die im Hinblick auf die DRG-Einführung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 erfolgte Erweiterung des Datensatzes nach § 301 SGB V um die Angabe des Geburtsgewichts bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen ist vor dem Hintergrund, dass der Algorithmus des australischen DRG-Systems bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht verwendet, entsprechend anzupassen.

## **Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

### **Zu Nummer 1 (§ 5)**

Der Begriff der Kurkrankenhäuser kann entfallen. Er hat inhaltlich keine eigenständige Bedeutung mehr. Er wird bereits von den Vorsorge- oder 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 Nummer 2 (§ 6 Abs. 3)**

Die Übergangsregelung zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 wird gestrichen.

### **Zu Nummer 3 (§ 17)**

#### *Zu Buchstabe a*

Der neue Absatz 1 fasst die übergreifenden Vorschriften des bisherigen Absatzes 1 zusammen, die sowohl für psychiatrische Krankenhäuser mit tagesgleichen Pflegesätzen als auch für Krankenhäuser mit DRG-Fallpauschalen gelten.

Grundsätzlich gilt für den Krankenhausbereich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V). Auf Grund der Besonderheiten des Entgeltsystems im Krankenhausbereich ist dieser Grundsatz jedoch wie folgt differenziert auszugestalten. Für psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie Krankenhäuser, die im Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen noch nicht anwenden, sind weiterhin Budgets mit

tagesgleichen Pflegesätzen zu vereinbaren. Hierfür gilt die Vorgabe des Absatzes 2 in Verbindung mit § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung, wonach entsprechend dem bisherigen Recht der Grundsatz auf das einzelne Krankenhausbudget bezogen wird; dabei sind Fallzahlerhöhungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren; die Schiedsstelle entscheidet hierüber nicht. Für die Krankenhäuser, die DRG-Fallpauschalen anwenden, gelten in den Jahren 2003 und 2004 entsprechende Vorgaben (§ 3 Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 KHEntgG i.V.m. § 6 BPfIV). Ab dem Jahr 2005 gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Vereinbarung des landesweit geltenden Basisfallwerts (§ 10 KHEntgG). Er wird nicht mehr für das einzelne Krankenhausbudget angewendet.

#### *Zu Buchstabe b*

Absatz 2 übernimmt die Vorschriften des bisherigen Absatzes 1 für psychiatrische Krankenhäuser, die tagesgleiche Pflegesätze abrechnen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass Betriebsvergleiche sich nicht nur auf Krankenhäuser insgesamt, sondern auch auf Abteilungen beziehen können. Bei den großen Unterschieden in der Leistungsstruktur der Krankenhäuser sind häufig nur noch die Abteilungen vergleichbar.

#### *Zu Buchstabe c*

Die Sätze 11 und 12 des Absatzes 2a sind in den neuen Absatz 2 übernommen worden.

#### *Zu Buchstabe d*

Die Vorschriften des bisherigen Absatzes 4a zur Finanzierung der Kosten der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung werden durch den neuen § 17a ersetzt.

#### *Zu Buchstabe e*

Die Vorschrift zur zweckgebundenen Verwendung der Instandhaltungsmittel gilt nur befristet bis zum 31. Dezember 2002. Sie kann deshalb zum 1. Januar 2003 entfallen.

#### *Zu Buchstabe f*

Die Vorschrift stellt klar, dass mit den pauschalierten Entgelten nach § 17b KHG die vergleichbare Vergütung für alle Krankenhäuser sichergestellt ist. Die Vorgaben der Sätze 1 bis 4 des § 17 Abs. 5, die bei einer selbstkostenorientierten Pflegesatzverhandlung den nicht geförderten Krankenhäusern eine zusätzliche Berücksichtigung ihrer Investitionskosten bis zur Obergrenze der Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser zubilligen, können im neuen DRG-Fallpauschalensystem nicht mehr angewandt werden. Sie gilt nur noch für die Krankenhäuser, die noch nach herkömmlichem System tagesgleiche Pflegesätze verhandeln, d. h. für die psychiatrischen Krankenhäuser und die selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

## **Zu Nummer 4 (§ 17b KHG)**

### *Zu Buchstabe a (Absatz 1)*

Doppelbuchstabe aa, neuer Satz 5, bestimmt, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene Maßstäbe dafür vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang zusätzlich zu den Fallpauschalen Zuschläge für die Finanzierung von Vorhaltekosten zu zahlen sind. Demgegenüber ist es Aufgabe der Vertragsparteien „vor Ort“, anhand dieser Maßstäbe im Einzelfall zu prüfen, ob und in welchem Umfang Zuschläge zu vereinbaren sind, um die Versorgung der Bevölkerung mit diesen Leistungen sicherzustellen. Nähere Bestimmungen enthält § 5 Abs. 2 KHEntgG (Artikel 5). Satz 2 übernimmt die bisherige Regelung des § 11 Abs. 4 BPfIV zur Finanzierung der Kosten für Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Durch Doppelbuchstabe bb, neuer Satz 7, wird die derzeit geltende Vorschrift, nach der die Basisfallwerte von den Vertragsparteien auf der Bundesebene vereinbart werden, gestrichen. Künftig sollen die Basisfallwerte für die einzelnen Länder auf der Landesebene vereinbart werden (Artikel 2 Nr. 6 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb). Damit soll der höchst unterschiedlichen Ausgangssituation und den Kostenstrukturen in den Ländern Rechnung getragen werden. Die Einführung des Vergütungssystems mit bundeseinheitlichen Werten würde bei den regional gegliederten Krankenkassen in den Ländern mit günstigen Kostenstrukturen zu höheren Ausgaben führen. Zielsetzung ist jedoch eine mittelfristige Angleichung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert. Eine Entscheidung über diese Angleichung wird zusammen mit den Vorgaben zum ordnungspolitischen Rahmen ab dem Jahr 2007 in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren getroffen.

Nach Doppelbuchstabe cc, neuer Satz 8, wird den Vertragsparteien auf der Bundesebene ermöglicht, bei der Vereinbarung der Relativgewichte der Fallpauschalen nicht nur die Kostendifferenzen der einzelnen Leistungen zu berücksichtigen, sondern auch, bei auffälligen, wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen die Relativgewichte solcher Leistungen gezielt abzusenken. Damit würde eine entsprechende, sonst notwendige Absenkung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG (Artikel 5) vermieden. Beispielsweise würde die Höhe der Fallpauschalen in der nicht mengenanfälligen Geburtshilfe weniger durch Leistungsbereiche mit starken Fallzahlsteigerungen beeinflusst.

In eng begrenzten Fällen werden auch im neuen Fallpauschalensystem ergänzende Zusatzentgelte benötigt. Dementsprechend haben die Vertragsparteien nach § 17b KHG bereits vereinbart, solche Entgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren und die Vergütung von Dialysen vorzusehen. Beide Tatbestände können bei einzelnen Patienten zusätzlich zur normalen Fallpauschalenleistung auftreten und müssen deshalb gesondert vergütet werden. Sie wären ohne eine erhebliche Komplizierung des DRG-Fallpauschalenkatalogs nicht in das System integrierbar. Doppelbuchstabe dd, neue Sätze 9 und 10, ermöglichen die Vereinbarung dieser ergänzenden Zusatzentgelte auf der Bundesebene. Mit dieser Ausnahmenvorschrift sollen weder das bisherige Vergütungssystem nach der Bundespflegesatzverordnung, bei dem die Sonderentgelte bei ergänzenden Leistungen oder Zweitoperationen ein grundsätzlicher Systembestandteil sind, noch das ähnliche österreichische System ermöglicht werden. Vielmehr werden bei dem künftigen DRG-Vergütungssystem die Zusatzentgelte nur noch in eng begrenzten Ausnahmefällen vereinbart werden, in denen eine sachgerechte Lösung von Problembereichen ohne diese Entgelte nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Systemaufwand möglich wäre. Abweichend von den Vorgaben zu den Fallpauschalen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b nicht nur

einen Katalog dieser Entgelte, sondern auch deren Höhe. Dabei kann die Vergütung nach Regionen differenziert werden, z. B. um in den neuen Ländern die noch niedrigeren BAT-Tarifkosten sachgerecht zu berücksichtigen.

Nach Doppelbuchstabe dd, neuer Satz 11, können von den Vertragsparteien „vor Ort“ gesonderte Entgelte für die Leistungen vereinbart werden, die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene noch nicht in das DRG-Fallpauschalensystem einbezogen werden konnten. Die näheren Vorgaben in § 6 Abs. 1 KHEntgG (Artikel 5) begrenzen diese Möglichkeit auf die Jahre 2003 und 2004. Nach § 6 Abs. 2 KHEntgG können die Vertragsparteien „vor Ort“ darüber hinaus ab dem Jahr 2005 gesonderte Entgelte für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinbaren, wenn diese Leistungen mit dem bundesweit geltenden Katalog der Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nicht sachgerecht vergütet werden können. Die Vertragsparteien melden unverzüglich Art und Höhe des vereinbarten Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG auf der Bundesebene. Diese veranlassen eine Bewertung der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

#### *Zu Buchstabe b (Absatz 2)*

Doppelbuchstabe aa, Satz 1, schreibt eine jährliche Weiterentwicklung der Fallpauschalen vor und legt die wichtigsten Kriterien dafür fest.

Nach Doppelbuchstabe bb, neuer Satz 3, sind bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Katalogs auch die Beschlüsse des Ausschusses Krankenhaus (§ 137c SGB V) und des Koordinierungsausschusses (§ 137e SGB V) zu beachten.

Doppelbuchstabe cc, neuer Satz 7, verpflichtet die Vertragsparteien, die Ergebnisse der Kostenerhebungen und der Kalkulationen, d. h. die den Bewertungsrelationen zu Grunde liegenden Daten, in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Beispielhaft kann auf die entsprechenden Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit zum Fallpauschalensystem nach § 17 Abs. 2a KHG verwiesen werden. Diese Kostentransparenz soll die Akzeptanz des Systems erhöhen und den Krankenhäusern ermöglichen, durch Vergleich mit den eigenen Kalkulationen Abweichungsanalysen vorzunehmen und betriebliche Maßnahmen zu ergreifen.

#### *Zu Buchstabe c (Absatz 3)*

Die Vorschrift bestimmt, dass die Vertragsparteien auf Landesebene den Basisfallwert erstmals für das Kalenderjahr 2005 vereinbaren. Er wird in der Konvergenzphase vom 1. Januar 2005 bis zum 1. Januar 2007 als Maßstab für die stufenweise Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte und der Krankenhausbudgets an den landesweiten Basisfallwert benötigt.

#### *Zu Buchstabe d (Absatz 6)*

Der neue Absatz 6 legt den Zeitraum und die Vorgehensweise für die Einführung des neuen DRG-Fallpauschalensystems fest. In den Jahren 2003 und 2004 wird das Vergütungssystem „budgetneutral“ umgesetzt. § 3 des neuen Krankenhausentgeltgesetzes bestimmt hierzu, dass in diesem Zeitraum noch nach den Regeln des derzeit geltenden § 6 BpflV verhandelt wird. Ab dem 1. Januar 2005 wird nach der Systematik des neuen Fallpauschalensystems

verhandelt. Satz 3 gibt drei Schritte zur Angleichung der bisherigen Krankenhausbudgets an den landesweiten Basisfallwert vor.

Der von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG zu vereinbarende, an die deutschen Versorgungsverhältnisse angepasste Fallpauschalen-Katalog wird zum 1. Januar 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt. Zur Erprobung eines DRG-Vergütungssystems unter geschützten Bedingungen können die Krankenhäuser einseitig verlangen, ab dem 1. Januar 2003 den australischen DRG-Katalog, bewertet mit ersten deutschen Kalkulationsergebnissen (Relativgewichten), anzuwenden. Nähere Erläuterungen werden in der Begründung zu § 3 KHEntgG gegeben.

### **Zu Nummer 5 (§ 17c KHG)**

#### *Zu Absatz 1*

Die Vorschrift verpflichtet den Krankenhausträger, durch geeignete Maßnahmen darauf hin zu wirken, dass Fehlbelegungen vermieden werden, vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben und die Abrechnung der Fallpauschalen und sonstigen Entgelte ordnungsgemäß erfolgt. Nach Absatz 2 können die Krankenkassen die Einhaltung dieser Verpflichtungen prüfen.

Nach Nummer 1 beschränkt sich die Fehlbelegungsprüfung künftig grundsätzlich darauf, die Aufnahme von Patienten zu vermeiden, die nicht der stationären Behandlung bedürfen. Die bisherige Prüfung der Verweildauer hat mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems grundsätzlich keine sachliche Bedeutung mehr. Lediglich bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen muss weiterhin die Verweildauer geprüft werden. Dies ist der Fall bei den Entgelten, die nach Überschreitung der Grenzverweildauer zusätzlich zu einer Fallpauschale gezahlt werden, sowie in der Psychiatrie.

Nummer 2 soll vorzeitigen Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen entgegenwirken. Dazu gehören auch Verlegungen zum Zwecke der Anschlussrehabilitation. Bei Verlegungen in eine Rehabilitationseinrichtung muss die Rehabilitationsfähigkeit gegeben sein.

Die Vergütung der Krankenhausleistungen mit DRG-Fallpauschalen macht es erforderlich, die Zuordnung der Patienten zu den DRG-Fallgruppen zu prüfen. Schon leichte Fehler oder Veränderungen bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren können zu höheren Abrechnungsbeträgen führen. Auch in den USA werden deshalb ständig Stichproben von Krankenhausfällen überprüft. Nummer 3 schafft die Rechtsgrundlage für diese Prüfungen.

#### *Zu Absatz 2*

Die Krankenkassen haben, ebenso wie die Krankenhausträger, die Verpflichtung, Fehlbelegungen zu vermeiden. Sie können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit entsprechenden Prüfungen beauftragen. Satz 2 schafft die Voraussetzungen für die Überprüfung der in Absatz 1 genannten Tatbestände. Der MDK ist zu verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfungen befugt. Diese sind unverzichtbarer Systembestandteil. Aufgrund der Erfahrungen mit der Einführung von DRG-Systemen in anderen Ländern ist bekannt, dass der Gefahr verfrühter, medizinisch nicht angezeigter Entlassungen von Patienten und Fehlkodierungen, die zu überhöhten Abrechnungen führen, entgegengewirkt werden

muss. Die Krankenkassen können bei Eingang der Rechnung zwar formal prüfen, ob für die vom Krankenhaus angegebenen Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren (z. B. Operationen) die entsprechende DRG-Fallpauschale abgerechnet wird. Sie können jedoch nicht prüfen, ob die angegebenen Diagnosen dem tatsächlichen Behandlungsfall entsprechen. Schon geringfügig abweichende Hauptdiagnosen oder unzutreffend angegebene Nebendiagnosen können zur Eingruppierung in eine höher bezahlte DRG-Fallgruppe oder einen höher vergüteten Schweregrad führen. Dabei sind Abrechnungsunterschiede von mehreren Tausend Euro möglich. Auf verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen kann deshalb nicht verzichtet werden. Die Betretungsrechte des MDK und die Mitwirkungsverpflichtungen der Krankenhausträger werden gesetzlich festgelegt, um die Rahmenbedingungen für eine wirksame Prüfung sicherzustellen. Die Ärzte des MDK dürfen nach vorheriger Anmeldung die Räume des Krankenhauses zu den genannten Zeiten für Prüfzwecke betreten. Im Einverständnis mit den Versicherten gilt dies auch für ein Betreten der Krankenzimmer.

#### *Zu Absatz 3*

Die Vorschrift bestimmt, wie bei Fehlabbrechnungen zu verfahren ist. Zunächst sind Ursachen und Umfang der Fehlabbrechnungen zu ermitteln. Insbesondere in der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems kann nicht ausgeschlossen werden, dass auf Grund von Organisationsmängeln oder nicht ausreichender Schulung Fehler gemacht werden. Deshalb wird ausdrücklich vorgegeben, dass nicht nur zu hohe, sondern auch zu niedrige Rechnungsstellungen zu ermitteln sind. Um eine Vielzahl von Rückabwicklungen von Einzelrechnungen zu vermeiden, sollen die Vertragsparteien auf der Ortsebene ein vereinfachtes, pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren. Dabei können sie auch vereinbaren, dass die Ausgleichsbeträge über das Erlösbudget und damit die Fallpauschalen des folgenden Kalenderjahres verrechnet werden.

Ergeben die Prüfungen, dass Fallpauschalen wesentlich zu hoch abgerechnet worden sind, z. B. wenn es kaum zu niedrige Fehlabbrechnungen gibt, und wird dies durch den Schlichtungsausschuss nach Absatz 4 bestätigt, so muss das Krankenhaus die zuviel erhaltenen Beträge (Differenz) in doppelter Höhe an die Krankenkasse zahlen.

#### *Zu Absatz 4*

Um eine gerichtliche Auseinandersetzung möglichst zu vermeiden, soll in jedem Land ein Schlichtungsausschuss eingerichtet werden, den sowohl der jeweilige Krankenhausträger als auch die Krankenkassen als Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 anrufen können. Der Ausschuss hat sich mit den Prüfergebnissen des Medizinischen Dienstes und den sich daraus ergebenden Folgen zu befassen sowie den Vertragsparteien einen Vorschlag zur Einigung zu unterbreiten. Der Rechtsweg bleibt unberührt und ist von der Durchführung des Schlichtungsverfahrens unabhängig. Prüfung und Entscheidung des Ausschusses haben aus datenschutzrechtlichen Gründen an Hand fallbezogener Daten zu erfolgen, d. h. die Unterlagen dürfen keine Bezüge auf den Versicherten enthalten.

#### *Zu Absatz 5*

Die Regelung schafft die Rechtsgrundlage für die maschinenlesbare Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V an private Krankenversicherungsunternehmen. Voraussetzung ist, dass der einzelne Versicherte Gebrauch von der Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und privatem Krankenversicherungsunternehmen macht und schriftlich sein Einverständnis zur Datenübermittlung an das Krankenversicherungsunternehmen erklärt hat.

Durch die Vorschrift wird dem Tatbestand Rechnung getragen, dass die Daten nach § 301 SGB V, die für die Entwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG maßgeblich sind, zukünftig grundsätzlich sowohl für private wie gesetzliche Krankenkassen von entscheidender Bedeutung für die Rechnungsprüfung sind. Macht der Patient von der Direktabrechnung nicht Gebrauch, sind nach Satz 1 reduzierte Angaben zusammen mit der Rechnung in Papierform zu liefern.

#### **Zu Nummer 6 (§ 18)**

Die Vorgaben werden an die künftig unterschiedlichen Verhandlungsverfahren nach der Bundespflegesatzverordnung, die für die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen gilt, und nach dem Krankenhausentgeltgesetz, das für den DRG-Bereich gilt, angepasst.

Buchstabe c Doppelbuchstabe bb bestimmt, dass die Höhe der Fallpauschalen wie bisher auf der Landesebene vereinbart wird. Sie wird durch die Vereinbarung des Basisfallwerts bestimmt (§ 10 KHEntgG).

Buchstabe c Doppelbuchstabe cc streicht die Ermächtigungsgrundlage dafür, in der Bundespflegesatzverordnung Voraussetzungen festzulegen, unter denen die Vertragsparteien vor Ort Zu- oder Abschläge für einzelne Krankenhäuser vereinbaren können. Für den zukünftigen Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, Psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen, in dem krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte und keine Fallpauschalen abgerechnet werden, besteht zukünftig kein Bedarf für eine entsprechende Regelung. Soweit Zu- und Abschläge zusätzlich zu den Pflegesätzen abgerechnet werden können, ist dies auf den Bereich des neuen Entgeltsystems begrenzt; die gesetzliche Regelung erfolgt im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes.

#### **Zu Nummer 7 (§ 19)**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenhäuser sollten zu Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser erarbeiten. Zielsetzung war eine bessere Beurteilung des einzelnen Krankenhauses im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen. Die Empfehlungen sind nie zustande gekommen. In einem künftig leistungsorientierten Vergütungssystem besteht kein Bedarf mehr für solche Empfehlungen. § 19 wird deshalb aufgehoben.

#### **Zu Nummer 8 (4. Abschnitt)**

Die Überleitungsvorschriften aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands sind obsolet. Sie werden deshalb aufgehoben.

#### **Zu Nummer 9 (§ 29)**

Die überholten Übergangsvorschriften des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes vom 20. Dezember 1984 werden aufgehoben.

### **Zu Artikel 3: Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Mit diesem Artikel werden weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgenommen, die erst zum 1. Januar 2004 in Kraft treten.

#### **Zu Nummer 1 (§ 17 Abs. 4 KHG)**

Folgeänderung zur Aufhebung des § 18b KHG zum 1. Januar 2004.

#### **Zu Nummer 2 (§ 17a KHG)**

In Folge der Einführung des neuen DRG-Fallpauschalensystems ist eine systematische Neuordnung der Ausbildungsfinanzierung nach dem KHG erforderlich. Dabei entspricht Absatz 1 den Regelungen des bisherigen § 17 Abs. 4a Satz 1 KHG und des § 9 BPflV. Künftig werden die Kosten nach Absatz 1 pauschaliert über einen Zuschlag je Krankenhausfall finanziert, den alle Krankenhäuser erheben. Diese Zuschläge fließen einem Ausbildungsfonds zu, der bei der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft errichtet und verwaltet wird. Die ausbildenden Krankenhäuser erhalten die nach § 17b Abs. 1 Satz 4 auf der Bundesebene vereinbarten pauschalierten Finanzierungsbeträge für die einzelnen Ausbildungsberufe sowie die über Zuschläge zu finanzierenden Mehrkosten der Ausbildungsvergütung direkt aus dem Ausbildungsfonds bei der Landeskrankenhausgesellschaft. Einzelheiten zu diesem Verrechnungsverfahren werden auf Landesebene von den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 vereinbart.

Absatz 3 Satz 2 bestimmt, dass bei der Vereinbarung der pauschalierten Finanzierungsbeträge der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt. Die in § 71 SGB V bestimmte Veränderungsrate darf nicht überschritten werden. Eine Erhöhung der Finanzierungsbeträge über diese Veränderungsrate hinaus ist jedoch möglich, soweit dies erforderlich ist, um die notwendige Ausbildung zu gewährleisten.

Nach Absatz 4 vereinbaren die Beteiligten auf der Landesebene das Verfahren zur Ermittlung des Finanzierungsbedarfs im Land, die Höhe des einheitlich zu erhebenden Ausbildungszuschlags und das Verrechnungsverfahren nach Absatz 5. Dabei haben die Vertragsparteien nicht etwa eigene Bedarfsschätzungen vorzunehmen, sondern von der Zahl der voraussichtlich im folgenden Kalenderjahr vorgehaltenen Ausbildungsplätze auszugehen. Die etwaige Festlegung der bedarfsnotwendigen Ausbildungsplatzkapazitäten fällt in die alleinige Zuständigkeit der Länder.

Absatz 5 gibt das Verfahren für die wettbewerbsneutrale Erhebung des Ausbildungszuschlags sowie dessen Verrechnung mit Hilfe des Ausbildungsfonds zu den ausbildenden Krankenhäusern vor.

Absatz 6 Satz 1 bestimmt, dass der Krankenhausträger einen Nachweis über die erhaltenen Einnahmen aus dem Ausbildungszuschlag und deren Abführung an den Ausbildungsfonds vorzulegen hat. Satz 2 schreibt die zweckgebundene Verwendung der Mittel für die Ausbildungsstätten und die Ausbildungsvergütung vor.

Die Absätze 7 und 8 entsprechen den bisherigen Regelungen in § 9 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 BPfIV.

### **Zu Nummer 3 (§ 17b Abs. 2 KHG)**

Buchstabe a, Satz 4, stärkt die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bundesärztekammer und des Vertreters der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Sie können künftig an den Sitzungen der Vertragsparteien in beratender Weise teilnehmen, ohne jedoch stimmberechtigt zu sein. Die Teilnahme ist – wie das bisherige Recht zur Stellungnahme - auf ärztliche und pflegerische Fragen begrenzt.

Buchstabe b, neuer Satz 5, stellt sicher, dass die fachlichen Belange und Kenntnisse der genannten Organisationen in den Prozess zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems einfließen.

### **Zu Nummer 4 (§ 18b)**

Zielsetzung des § 18b, der zu Zeiten der weitgehenden Selbstkostenfinanzierung eine Vorfinanzierung von Rationalisierungsinvestitionen durch die Krankenkassen ermöglichte und damit die bestehende duale Finanzierung durchbrach, war es, die von den Krankenkassen zu tragenden Betriebskosten nachhaltig abzusenken und damit die Pflegete und die künftige Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mittelfristig zu vermindern. Diese Möglichkeit, entsprechende Investitionsverträge für einzelne Krankenhäuser abzuschließen, ist nur in geringem Umfang genutzt worden. Mit dem Übergang zu einem leistungsorientierten Vergütungssystem mit Einheitspreisen können die Krankenkassen künftig nicht mehr in den mittelfristigen Vorteil einer abgesenkten Kostenfinanzierung gelangen. Darüber hinaus würde ein Investitionsvertrag mit einem einzelnen Krankenhaus einerseits zu Finanzierungsvorteilen, andererseits zu einem Wettbewerbsnachteil wegen erhöhter Fallpauschalen oder entsprechender Zuschläge führen. § 18b wird deshalb zum 1. Januar 2004 aufgehoben.

## **Zu Artikel 4: Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

### **Zu Absatz 1 (§ 137 SGB V)**

Mit Absatz 1 von Artikel 4 wird zum 1. Januar 2003 eine redaktionelle Folgeänderung in § 14 Abs. 13 BPfIV umgesetzt, die sich aus der Einführung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V ergibt.

### **Zu Absatz 2**

In Absatz 2 von Artikel 4 sind die für die Zeit ab 2004 notwendigen Änderungen der Bundespflegesatzverordnung enthalten. Die Bundespflegesatzverordnung gilt künftig nur noch für die Krankenhäuser und Abteilungen, die nicht von dem neuen DRG-Vergütungssystem er-

fasst werden. Dies sind nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG die psychiatrischen Krankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen an Akutkrankenhäusern. Artikel 4 Absatz 2 passt die Verordnung entsprechend an. Insbesondere werden alle Regelungen, die im Zusammenhang mit den derzeit noch geltenden Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 17 Abs. 2a KHG stehen, gestrichen.

#### **Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Die Inhaltsübersicht wird an die vorgenommenen Änderungen, insbesondere die Streichung von Paragraphen, angepasst.

#### **Zu Nummer 2 (§ 1)**

Die Vorschrift passt den Anwendungsbereich der Verordnung an.

#### **Zu Nummer 3 (§ 2 Abs. 2)**

Buchstabe a streicht die Vorschrift zur Finanzierung der besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten. Sie findet bei psychiatrischen Krankenhäusern keine Anwendung.

Bei psychiatrischen Krankenhäusern gehört die Dialyse nicht zu den Krankenhausleistungen. Buchstabe b passt die bereits bisher bestehende Regelung an den neuen Anwendungsbereich der Verordnung an. Auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben keine Dialyseeinrichtung. Wird von Ihnen die Dialyseeinrichtung des Allgemeinkrankenhauses genutzt, so gehört auch dies nicht zur Krankenhausleistung für die Psychiatrie nach § 3 Abs. 2 Satz 3 BPfIV, sondern ist als Leistung des Allgemeinkrankenhauses gesondert in Rechnung zu stellen.

#### **Zu Nummer 4 (§ 3 Abs. 1)**

Artikel 2 Nummer 7 hebt die Empfehlungen nach § 19 KHG auf. Entsprechend wird die Vorschrift der Bundespflegegesetzverordnung angepasst.

#### **Zu Nummer 5 (§ 4)**

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung von § 109 Abs. 1 SGB V.

#### **Zu Nummer 6 (§ 5 Abs. 1)**

Bereits mit Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b wurde klargestellt, dass im Rahmen von Krankenhausvergleichen nicht nur ganze Krankenhäuser, sondern auch Abteilungen verglichen werden dürfen. Entsprechend wird die Vorschrift des § 5 BPfIV zum Krankenhausvergleich geändert.

### **Zu Nummer 7 (§ 6)**

Buchstabe a ist eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 18b KHG zum 1. Januar 2004.

Durch Buchstabe b entfällt die Vorschrift des § 6 Abs. 2 zur Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte. Zudem wird Absatz 4, der nur für die Budgetvereinbarung für das Jahr 2000 anzuwenden war, aufgehoben.

Buchstabe c nimmt redaktionelle Anpassungen vor.

### **Zu Nummer 8 (§ 7)**

Buchstabe a hebt die Vorschrift zum Zuschlag für Instandhaltungskosten bei Fallpauschalen und Sonderentgelten auf, weil diese mangels entsprechender Entgelte bei psychiatrischen Krankenhäusern nicht anwendbar ist.

Buchstabe b streicht Absatz 2 Satz 3 und damit Regelungen, die im Zusammenhang mit den bisherigen Fallpauschalen stehen.

### **Zu Nummer 9 (§ 9)**

§ 9 wird aufgehoben. Die entsprechenden Vorschriften wurden in den neuen § 17a KHG übernommen (Artikel 3 Nummer 2). Auch bei psychiatrischen Krankenhäusern werden künftig die Kosten der in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung über einen Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG finanziert.

### **Zu Nummer 10 (§ 10)**

Die Vorschrift des § 10 zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wird an die Vergütungsregelungen bei psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen angepasst.

### **Zu Nummer 11 (§ 11)**

Die Vorgaben zur Vergütung von Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen und Sonderentgelten werden aufgehoben.

### **Zu Nummer 12 (§ 12)**

In der Vorschrift zur flexiblen Budgetierung der Krankenhäuser werden alle Vorgaben, die sich auf Fallpauschalen und Sonderentgelte beziehen, gestrichen. Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 18b KHG zum 1. Januar 2004.

### **Zu Nummer 13 (§ 13)**

#### *Zu Buchstabe a*

Doppelbuchstabe aa beseitigt die bisherige Einschränkung in Bezug auf Fallpauschalen und Sonderentgelte. Doppelbuchstabe bb hebt die Vorgabe zur Vereinbarung von Pflegesätzen für „besondere Einrichtungen“ auf, die sich bisher nur auf Allgemeinkrankenhäuser bezog.

#### *Zu Buchstabe b*

Die Regelung zur Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung nach § 18 Abs. 3 Satz 3 zweiter Halbsatz KHG ist bisher nicht umgesetzt worden. Sie wird aufgehoben. Entsprechend werden auch die Folgevorschriften in § 13 Abs. 3 Satz 2 und § 16 Abs. 3 aufgehoben.

### **Zu Nummer 14 (§ 14)**

Aus den Vorschriften zur Abrechnung der Pflegesätze werden die Vorgaben gestrichen, die sich auf Fallpauschalen und Sonderentgelte beziehen.

### **Zu Nummer 15 (§ 15)**

Die Vorschriften für Fallpauschalen und Sonderentgelte werden gestrichen. Buchstabe b passt die Regelung an die Streichung der Operationsstatistik für den Bereich der Psychiatrie an; vgl. Nummer 17 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb.

### **Zu Nummer 16 (§ 16)**

Die Vorschrift der Bundespflegesatzverordnung zur Vereinbarungen auf der Landesebene beziehen sich auf Fallpauschalen und Sonderentgelte. Sie werden im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr benötigt und deshalb aufgehoben. Ebenso wird die Regelung zur Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung nach § 18 Abs. 3 Satz 3 zweiter Halbsatz KHG aufgehoben. Sie ist bisher nicht umgesetzt worden.

### **Zu Nummer 17 (§ 17)**

Auch in der Vorschrift zum Verfahren der Budget- und Pflegesatzvereinbarung für das einzelne Krankenhaus werden alle Vorgaben gestrichen, die im Zusammenhang mit den bisherigen Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 17 Abs. 2a KHG stehen.

#### *Buchstabe a*

Satz 1 wird auf die Regelungen zum Budget und zu den tagesgleichen Pflegesätzen begrenzt. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der in der Bundespflegesatzverordnung seit vielen Jahren verwendete Begriff der „Berichtigung“, der sich auf die Korrektur des zuletzt vereinbarten Budgets bezieht, bei der Budgetvereinbarung für den Pflegesatzzeitraum so-

wohl als entsprechende Korrektur des Basisbudgets zu berücksichtigen ist, als auch zu einer zusätzlichen entsprechenden Ausgleichszahlung für die Differenz aus dem zu berichtigenen Zeitraum führt. Im Ergebnis wirkt sich die Berichtigung somit im Folgebudget doppelt aus.

Nach Satz 2 stellen die Vertragsparteien für das einzelne Krankenhaus Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie der Ausbildungsvergütungen als Basis für die Finanzierung durch den Ausbildungsfonds fest.

#### *Buchstabe b*

Doppelbuchstabe aa streicht einen Halbsatz, der die Ausgliederung von Fallpauschalen und Sonderentgelten vorschreibt.

Doppelbuchstabe bb streicht die Verpflichtung zur Vorlage einer Operationsstatistik nach § 301 Abs. 2 SGB V, die für den Psychiatriebereich keine Rolle spielt.

Doppelbuchstabe cc hebt die Sätze 6 und 7 auf, die sich auf Fallpauschalen und Sonderentgelte beziehen.

#### *Buchstabe c*

Absatz 5 Satz 3, der die Vorlage von Unterlagen bei der Ausgliederung von Fallpauschalen und Sonderentgelten betrifft, wird aufgehoben.

#### **Zu Nummer 18 (§ 19)**

Die Vorschrift zur Konfliktlösung durch die Schiedsstelle wird angesichts der Änderungen von Artikel 4 Abs. 2 redaktionell angepasst.

#### **Zu Nummer 19 (§ 20)**

Die Vorschrift zur Genehmigung der Pflegesätze wird angesichts der Änderungen von Artikel 4 Abs. 2 redaktionell angepasst.

#### **Zu Nummer 20 (§ 21)**

Die Vorschrift zur Laufzeit der Pflegesätze wird in Absatz 2 Satz 3 redaktionell angepasst. Die Absätze 3 und 4 mit Vorgaben zu Fallpauschalen und Sonderentgelten werden gestrichen.

#### **Zu Nummer 21 (Fünfter Abschnitt)**

Redaktionelle Folgeänderung. Die Bundespflegesatzverordnung enthält künftig nur noch die besonderen Vorschriften für psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen. Allgemein geltende Vorschriften werden in das neue Krankenhausentgeltgesetz übernommen. Dies gilt auch für die Vorschriften des Fünften Abschnitts zu den gesondert berechenbaren ärztlichen

und anderen Leistungen, insbesondere den Wahlleistungen. Der bisherige Fünfte Abschnitt wird deshalb zum 31. Dezember 2004 aufgehoben.

#### **Zu Nummer 22 (§ 22 neu)**

Zum 1. Januar 2005 werden die Vorschriften zu den gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen, Wahlleistungen und den Belegärzten in das Krankenhausentgeltgesetz übernommen. § 22 verweist auf diese Vorschriften.

#### **Zu Nummer 23 (§ 23)**

Redaktionelle Folgeänderung der Neustrukturierung des Fünften Abschnitts.

#### **Zu Nummer 24 (§ 24)**

Die bisherige Vorgabe zu Modellvorhaben wird an den neuen Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung angepasst. Da bei Vorliegen eines geeigneten Fallpauschalen-Katalogs grundsätzlich auch für den Bereich der Psychiatrie eine Umstellung des Vergütungssystems vorgesehen ist (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG), ermöglicht § 24 entsprechende, zeitlich befristete Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen.

#### **Zu Nummer 25 (Sechster Abschnitt)**

Redaktionelle Folgeänderung der Neustrukturierung des Fünften Abschnitts.

#### **Zu Nummer 26 (§ 25)**

Redaktionelle Folgeänderung der Neustrukturierung des Fünften Abschnitts.

#### **Zu Nummer 27 (§ 26)**

Auch für den Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser und der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wird die Finanzierung der in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen ab dem 1. Januar 2004 über einen Ausbildungsfonds finanziert. Dieser wird bei psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aus einem Zuschlag je Berechnungstag gespeist, den einheitlich alle psychiatrischen Krankenhäuser zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen in Rechnung stellen. Nähere Erläuterungen enthält die Begründung zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 17a KHG). Da diese Ausbildungskosten künftig außerhalb des Budgets nach § 12 BPfIV finanziert werden, muss das Budget grundsätzlich um die Kostenanteile herabgesetzt werden, die derzeit für Kosten der Ausbildungsstätten darin enthalten sind (Abschnitt K 3 Nr. 31 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung). Mit Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 wird ein schrittweiser Übergang von einem im Jahr 2004 budgetneutralen Abzug der Zahlungen aus dem Ausbildungsfonds hin zu der letztlich geltenden Ausgliederung der enthaltenen Kostenanteile vorgegeben. Somit wird

auch bei psychiatrischen Krankenhäusern die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung durch einen dreijährigen Angleichungsprozess abgedeckt.

#### **Zu Nummer 28 (Anlage 1)**

Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung wird um die Vorgaben und Fußnoten bereinigt, die im Zusammenhang mit den bisherigen Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 17 Abs. 2a KHG stehen.

#### **Zu Nummer 29 (Anhang 1)**

Der Katalog der bettenführenden Fachabteilungen dient der Zuordnung von Schlüsselziffern für die Zwecke der Datenverarbeitung im Rahmen von Krankenhausvergleichen in Abschnitt V1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Fußnote \*\*). Der Katalog wird begrenzt auf Fachabteilungen der Psychiatrie und für diesen Bereich weiter untergliedert.

#### **Zu Nummer 30 (Anhang 2)**

Anhang 2 enthält die Fußnoten zu den Formularen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1. Es werden alle Fußnoten und Regelungen aufgehoben, die die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2a KHG betreffen.

#### **Zu Nummer 31 (Anlage 2)**

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe d.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 von Artikel 4 nimmt zum 1. Januar 2005 in § 7 Abs. 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung redaktionelle Folgeänderungen vor, die sich durch die zu diesem Zeitpunkt erfolgende Verlagerung der bisherigen §§ 23 und 24 BPfIV mit den Vorgaben zu den belegärztlichen und wahlärztlichen Leistungen von der Bundespflegesatzverordnung in das neue Krankenhausentgeltgesetz ergeben.

#### **Zu Artikel 5: Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG**

Das Krankenhausentgeltgesetz ersetzt zum 1. Januar 2003 die Bundespflegesatzverordnung bei den Krankenhäusern, die dem neuen DRG-Vergütungssystem nach § 17b KHG unterliegen.

### **Zu § 1: Anwendungsbereich**

Der bisherige § 1 der Bundespflegesatzverordnung wird übernommen. Absatz 2 Satz 1 bezieht nun auch die Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere der Berufsgenossenschaften, ein. Die Bundeswehrkrankenhäuser erhalten für die Behandlung von Zivilpatienten dieselbe leistungsbezogene Vergütung je Krankenhausfall wie alle anderen Krankenhäuser. Für die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gilt das Krankenhausentgeltgesetz, soweit nicht ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Kostenträger ist.

### **Zu § 2: Krankenhausleistungen**

§ 2 der Bundespflegesatzverordnung wird übernommen. Weil die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten nicht bei allen Krankenhäusern anfallen, können sie nicht über die Fallpauschalen finanziert werden. Sie sind nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG über Zuschläge zu finanzieren. Es ist deshalb Aufgabe der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Regelungen für entsprechende Zuschläge zu vereinbaren. Die ausdrückliche Einbeziehung der Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V in die allgemeinen Krankenhausleistungen beruht auf der entsprechenden Änderung des § 39 SGB V durch das SGB IX (Artikel 5) vom 16. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1098); danach umfasst die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Soweit Fragen einer frührehabilitativen Versorgung der Patienten betroffen sind, ist diesen auch in anderen Regelungsbereichen der stationären Versorgung (z. B. Qualitätssicherung) adäquat Rechnung zu tragen.

### **Zu § 3: Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2003 und 2004**

Das DRG-Vergütungssystem wird für die Jahre 2003 und 2004 unter geschützten Bedingungen eingeführt. Die zweijährige „budgetneutrale“ Einführungsphase, in der die Höhe der Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Fallpauschalensystem bestimmt wird, ermöglicht es den einzelnen Krankenhäusern, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Sie gibt jedoch auch den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene ausreichend Zeit, die Abgrenzung und Kalkulation der Fallpauschalen weiter zu verbessern. Wenn zum 1. Januar 2005 zu hohe Krankenhausbudgets in einem ersten Schritt teilweise an das neue, landeseinheitliche Preisniveau angeglichen werden, so liegt bereits die dritte Kalkulation und Anpassung der Fallpauschalen-Kataloge vor. Die budgetneutrale Phase senkt somit deutlich mögliche Risiken der Einführung.

In der Übergangsphase von 2003 bis 2006 wird schrittweise die Systematik der bisherigen Budget- und Pflegesatzverhandlungen auf die Verfahrensweisen bei einem DRG-Fallpauschalensystem umgestellt.

Für die Jahre 2003 und 2004 wird nach den derzeit geltenden Vorgaben weiterhin ein „Gesamtbetrag“ verhandelt (§ 6 Abs. 1 BPfIV), der die gesamten Erlöse des Krankenhauses für pflegesatzfähige Leistungen beinhaltet. Anders als im Jahr 2002 wird dieser Gesamtbetrag nach Einführung des DRG-Vergütungssystem jedoch mit anderen Entgelten (Erlösarten) als bisher gegenüber den Patienten oder ihren Krankenkassen abgerechnet, insbesondere mit Fallpauschalen, Zusatzentgelten, Zuschlägen für die Vorhaltung von Leistungen oder sonstigen Zuschlägen (vgl. § 7). Die Kosten der Ausbildungsstätten werden zum 1. Januar 2004 aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert; sie werden künftig mit Hilfe gesonderter Zuschläge in

Rechnung gestellt und aus einem Ausbildungsfonds finanziert (§ 17a KHG). Für die Summe der Erlöse aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten wird der Begriff „Erlösbudget“ eingeführt; dieses Erlösbudget ist ein Teilbetrag des „Gesamtbetrags“.

Ab dem Jahr 2005 entfällt der Gesamtbetrag. Es wird nur noch das Erlösbudget für Fallpauschalen und Zusatzentgelte verhandelt. Mehr- oder Mindererlöse aus diesem Bereich unterliegen weiterhin den anteiligen Mehr- oder Mindererlösausgleichen. Andere Entgelte, z. B. Zuschläge zu den Fallpauschalen oder Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden nicht mehr in ein Budget eingebunden und unterliegen nicht mehr den Mehr- oder Mindererlösausgleichen.

#### *Zu Absatz 1*

Bei der budgetneutralen Einführung nach Satz 1 ergeben sich die Gesamterlöse des Krankenhauses (Gesamtbetrag) nicht aus den DRG-Fallpauschalen, sondern auf Grund einer Budget- und Pflegesatzvereinbarung, die noch nach „altem“ Recht geführt wird; vgl. die Erläuterungen zu Absatz 2. Der weiterhin krankenhausindividuell vereinbarte Gesamtbetrag macht es erforderlich, dass die DRG-Fallpauschalen zunächst in einer krankenhausindividuellen Höhe eingeführt werden.

Satz 2 ermöglicht die Nutzung der Ergebnisse des Krankenhausvergleichs nach § 5 BPfIV für die Verhandlung von Leistungsveränderungen, d. h. der Leistungsstruktur und der Leistungsmengen.

Dagegen dürfen nach Satz 3 neue Erkenntnisse aus den erstmals vorzulegenden Nachweisen über Art und Anzahl der DRG-Fallpauschalen und des daraus abzuleitenden krankenhausindividuellen Basisfallwerts nicht zu zusätzlichen Budgetabsenkungen führen. Für diese Absenkungen sieht der Gesetzgeber in § 4 eine formelhaft vorgegebene, schrittweise Angleichung der Krankenhausbudgets jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 vor.

Satz 4 lässt entsprechend dem anzuwendenden „alten“ Recht noch die Berücksichtigung höherer BAT-Tarifabschlüsse zu, „soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag des Krankenhauses zu erfüllen“. Seit der Begrenzung auf diesen Ausnahmefall kommt die Regelung nur noch in wenigen Fällen zur Anwendung. Da es ein „Budget nach § 12 BPfIV“ in dem neuen Krankenhausentgeltgesetz nicht mehr gibt, ist bei Anwendung des DRG-Vergütungssystems die BAT-Berichtigung für die Jahre 2003 und 2004 auf den vereinbarten Gesamtbetrag zu berechnen.

#### *Zu Absatz 2*

Die Vorschrift regelt die Einführung des DRG-Vergütungssystems für Krankenhäuser, die von der Wahlmöglichkeit des § 17b Abs. 6 Satz 1 KHG Gebrauch machen und ein DRG-Fallpauschalensystem bereits im Jahr 2003 erproben wollen (Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d). Der von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG zu vereinbarende, an die deutschen Versorgungsverhältnisse angepasste Fallpauschalen-Katalog wird zum 1. Januar 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt. Zur Erprobung unter geschützten Bedingungen können die Krankenhäuser verlangen, ab dem 1. Januar 2003 den australischen DRG-Katalog, bewertet mit ersten deutschen Kalkulationsergebnissen (Relativgewichten), anzuwenden. Die für das DRG-Fallpauschalensystem zuständigen Vertragsparteien nach § 17b

Abs. 2 KHG werden einen entsprechenden DRG-Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2003 vereinbaren.

Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz berücksichtigt, dass die Ausbildungsstätten erst ab dem 1. Januar 2004 über Zuschläge finanziert werden. Bei Krankenhäusern, die im Jahr 2003 wahlweise DRG-Fallpauschalen abrechnen, werden die Ausbildungskosten noch über den krankenhausindividuellen Basisfallwert finanziert.

### *Zu Absatz 3*

Satz 1 bestimmt, dass für das Jahr 2004 noch nach „altem Recht“, d. h. nach den Vorgaben des § 6 Abs. 1 BPfIV zu verhandeln ist.

Satz 2 gibt vor, dass von dem für das Jahr 2003 vereinbarten Gesamtbetrag auszugehen ist. Der Gesamtbetrag für das Jahr 2004 darf grundsätzlich nicht höher sein als der Gesamtbetrag 2003, verändert um die maßgebliche Veränderungsrate nach § 71 SGB V (sog. Grundlohnrate). Diese Obergrenze darf nur in den in § 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV genannten Fällen überschritten werden. Soweit erforderlich, kann der Gesamtbetrag demnach insbesondere bei Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen sowie bei zusätzlichen medizinischen Kapazitäten auf Grund der Krankenhausplanung höher vereinbart werden. Der Gesamtbetrag ist entsprechend abzusenken, soweit dies z. B. auf Grund veränderter Leistungsstrukturen oder verringerter Fallzahlen erforderlich ist.

Satz 3 schreibt die vorzunehmenden Veränderungen dieser Ausgangsbasis vor. Nach Nummer 1 ist der Gesamtbetrag 2003 um Tatbestände zu vermindern, die im Jahr 2004 nicht mehr mit dem Gesamtbetrag finanziert werden. Dies ist nach Buchstabe a z. B. die Psychiatrieabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus, die im Jahr 2004 gesondert nach den Regeln der Bundespflegesatzverordnung finanziert wird. Buchstabe b gliedert die Kosten der Ausbildungsstätten und die anteiligen Ausbildungsvergütungen aus, die ab dem 1. Januar 2004 aus dem Ausbildungsfonds auf Landesebene finanziert werden (§ 17a KHG). Nach Buchstabe c sind Beträge aus Investitionsverträgen nach § 18b KHG abzuziehen, soweit diese Finanzierung im Jahr 2004 ausläuft. Nach Buchstabe d sind anteilige Kosten für Leistungen, die bisher stationär erbracht wurden, aber im Jahr 2004 erstmals z. B. ambulant erbracht werden, abzuziehen; entsprechend den bisherigen Vergütungsregeln im Krankenhausbereich, nach denen zusätzliche Leistungen grundsätzlich nur in Höhe der zusätzlich entstehenden variablen Kosten in die Krankenhausbudgets eingehen durften, werden bei einem Rückgang der Leistungen auch nur die anteiligen variablen Kosten aus dem Budget ausgegliedert. Buchstabe e gibt für Leistungen, die das Krankenhaus weiterhin erbringt und die künftig nach anderen Vorschriften grundsätzlich in voller Höhe (Vollkosten) vergütet werden, eine Ausgliederung in Höhe der vollen Kosten vor. Auf Verlangen des Krankenhauses sind auch die Kostenanteile für Leistungen gegenüber ausländischen Patienten abzuziehen, wenn diese künftig nicht mehr im Rahmen des Gesamtbetrags vergütet werden (Buchstabe f). Der Gesamtbetrag 2003 ist nach Nummer 2 zu erhöhen um die bisherigen Abzüge für vor- und nachstationäre Behandlung, soweit die entsprechenden Entgelte künftig neben den Fallpauschalen nicht mehr in Rechnung gestellt werden können; dies wird künftig grundsätzlich der Fall sein, weil diese Leistungen - wie bei den derzeit abzurechnenden Fallpauschalen nach § 17 Abs. 2a KHG - bereits mit den DRG-Fallpauschalen finanziert werden. Nummer 3 bestimmt, dass die Verfälschungen des Gesamtbetrags 2003, die in Folge von periodenfremden Verrechnungen entstanden sind, mit dem jeweils entgegengesetzten Vorzeichen rückgängig gemacht werden.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der Einführungsphase nicht sämtliche Krankenhausleistungen durch den Fallpauschalenkatalog erfasst sind. Für diese Leistungen erlaubt § 6 Abs. 1 KHEntgG übergangsweise für das Jahr 2004 die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte. Satz 4 schreibt deshalb eine Aufteilung des für das Jahr 2004 vereinbarten Gesamtbetrags auf den Bereich der DRG-Fallpauschalen einerseits und die krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte andererseits vor. Außerdem ist der Anteil des Gesamtbetrags zu bestimmen, der auf die Entgelte entfällt, die nach Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale zusätzlich zu zahlen sind. Für die Erlössumme aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten wird der Begriff „Erlösbudget“ festgelegt.

Satz 5 stellt sicher, dass die vorgeschriebene Verrechnung bestehender Rechtsansprüche durchgeführt werden kann. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der in der Bundespflegegesetzverordnung seit vielen Jahren verwendete Begriff der „Berichtigung“, der sich auf die Korrektur des zuletzt vereinbarten Budgets bezieht, bei der Budgetvereinbarung für das folgende Kalenderjahr sowohl als entsprechende Korrektur des Basisbudgets zu berücksichtigen ist, als auch zu einem zusätzlichen Ausgleich für die Differenz aus dem zu berichtigenen Zeitraum führt. Im Ergebnis wirkt sich eine „Berichtigung“ somit doppelt aus. Die Verrechnung dieser periodenfremden Ansprüche erfolgt über das Erlösbudget und wirkt sich somit auch auf die Höhe des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts aus (Absatz 4).

#### *Zu Absatz 4*

Aus dem Erlösbudget, also dem Teilbetrag des vereinbarten Gesamtbetrags, der auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte entfällt, wird der krankenhausesindividuelle Basisfallwert (vergleichbar dem Punktwert) abgeleitet. Dazu werden von dem Erlösbudget die Erlöse aus Zusatzentgelten abgezogen und die sich ergebende Restsumme durch die mit den Bewertungsrelationen gewichtete Summe aller voraussichtlichen Behandlungsfälle (vergleichbar der Punktzahlsumme) dividiert. Der ermittelte Basisfallwert bestimmt die krankenhausesindividuelle Höhe der Fallpauschalen. Durch den Vergleich mit dem Basisfallwert anderer Krankenhäuser wird – auch wenn in begrenztem Umfang noch Ungenauigkeiten auf Grund von Kodiermängeln oder Schätzfehlern auftreten – der Stand der jeweiligen Krankenhäuser und ihr Anpassungsbedarf an den auf Landesebene vereinbarten Basisfallwert deutlich, der ab dem 1. Januar 2007 einheitlich gilt.

#### *Zu Absatz 5*

Entsprechend der Vorgabe des § 17 Abs. 5 KHG ermöglicht Absatz 5 bei staatlich nicht oder teilweise nicht geförderten Krankenhäusern, bei denen sich ein niedriger Basisfallwert ergibt, die zusätzliche Finanzierung von Investitionskosten. Da ein landeseinheitlicher Basisfallwert erst ab dem 1. Januar 2005 gilt, wird als Obergrenze für die Erhöhung des krankenhausesindividuell ermittelten Basisfallwerts der geschätzte durchschnittliche Basisfallwert vorgegeben. Zusätzlich berücksichtigt werden können nur Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Kosten für bereits abgeschlossene oder noch laufende Investitionsmaßnahmen bereits bei den bisherigen Budget- und Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt worden sind; diese Fälle sollen nicht neu verhandelt werden.

#### *Zu Absatz 6*

Entsprechend den bisherigen Regelungen der §§ 11 Abs. 8 und 12 Abs. 4 BPfIV gibt die Vorschrift die Mehr- oder Mindererlös-Ausgleichsquoten für den Fall vor, dass die tatsächlich eintretenden Erlöse von dem prospektiv vereinbarten und um periodenfremde Ausgleichs-

und Berichtigungen veränderten Gesamtbetrag abweichen. Für das Jahr 2003 werden höhere Ausgleichssätze vorgegeben, um das bei der erstmaligen Ermittlung des Basisfallwerts deutlich erhöhte Schätzfehlerrisiko besser auszugleichen. Allein durch Kodiermängel und Schätzfehler bei der prospektiven Vereinbarung von Art und Menge der DRG-Leistungen können auch bei unverändertem Leistungsgeschehen größere Abweichungen von dem vereinbarten Gesamtbetrag auftreten. Der Mindererlösausgleich in Höhe von 95 % für das Jahr 2003 sichert die Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 das DRG-Vergütungssystem anwenden, zudem weitestgehend gegen Risiken ab, die aus einem noch nicht optimierten DRG-Katalog und einer Erstkalkulation der Relativgewichte entstehen können.

Für das Jahr 2004 gilt bei Mindererlösen wieder die heute geltende Ausgleichsquote. Für Mehrererlöse wird eine pauschalierte Regelung vorgegeben, nach der etwa der durchschnittliche Personalkostenanteil zurückgezahlt werden muss. Um eine Unterfinanzierung bei Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil zu vermeiden, wird den Vertragsparteien die Möglichkeit gegeben, für diese abweichende Mehrerlösquoten zu vereinbaren.

Satz 3 gibt vor, dass Mehrererlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, vollständig auszugleichen sind. Die Regelung stellt eine verursachungsgerechte Berücksichtigung von sogenannten Right- und Upcoding-Effekten im einzelnen Krankenhaus sicher. Sie ist eine notwendige Ergänzung zu der bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts vorzunehmenden Bereinigung, die eine ungerechtfertigte Erlös- und damit auch Ausgabensteigerung vermeidet. Zur Ermittlung der sonstigen (normalen) Mehrererlöse im Bereich der Fallpauschalen bestimmt Satz 6 ein pauschaliertes Berechnungsverfahren, bei dem die zusätzlichen Fälle multipliziert werden mit dem fallbezogenen Mittelwert der Bewertungsrelationen, die der prospektiven Vereinbarung zu Grunde liegen. Für den Fall, dass diese vereinfachte Berechnung im Fallpauschalenbereich dazu führt, dass tatsächlich eingetretene Veränderungen der Leistungsstruktur in ihrer Gesamtsumme nicht sachgerecht erfasst und damit Mehrerlösanteile unberechtigt vollständig ausgeglichen werden, kann das Krankenhaus nach Satz 7 unter Vorlage entsprechender Unterlagen eine individuellere Ermittlung verlangen; dabei sind auch gegenläufige Veränderungen einzubeziehen. Nach Satz 8 werden die vollständig auszugleichenden Mehrerlösanteile auf Grund von Kodiereffekten als Differenz zwischen den gesamten Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich und den pauschaliert ermittelten sonstigen Mehrerlösen aus Fallpauschalen bestimmt.

Satz 9 stellt klar, dass Erlösabweichungen bei Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie Mindererlöse auf Grund von Qualitätssicherungsabschlägen nicht ausgeglichen werden.

#### *Zu Absatz 7*

Leistungen für bestimmte ausländische Patienten können aus dem Gesamtbetrag und damit aus der Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen und den Mehrerlösausgleichen herausgenommen werden. Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Abs. 4 Satz 1 BPfIV.

#### *Zu Absatz 8*

Die Vorschrift ermöglicht bei wesentlichen Änderungen die Neuvereinbarung des Gesamtbetrags. Sie entspricht grundsätzlich dem Gedanken des Wegfalls der Geschäftsgrundlage. Die Regelung wurde aus dem bisherigen § 12 Abs. 7 BPfIV übernommen.

#### **Zu § 4:** Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 und 2006

Zum 1. Januar 2005 wird erstmals ein landesweit gültiger Basisfallwert vereinbart (§ 10) und damit die Orientierungsgröße für die künftige Finanzierung und die entsprechende Angleichung der Krankenhausbudgets festgelegt. Der bisher auf das einzelne Krankenhaus bezogene Grundsatz der Beitragssatzstabilität entfällt. Er wird ersetzt durch eine entsprechende Vorgabe für die Vereinbarung des Basisfallwerts auf der Landesebene (§ 10).

Zum 1. Januar 2005 wird die Verhandlung des Erlösbudgets auf die neue DRG-Systematik umgestellt. Grundsätzlich gilt die Formel „Menge x Preis“. Bei einem Einheitspreissystem (Festpreis), wie es vorgeschrieben wird, ist demnach hauptsächlich über die Leistungsmengen zu verhandeln. Allerdings wird das so ermittelte DRG-Erlösvolumen nicht sofort für die Krankenhäuser wirksam. Um Krankenhäusern, deren Basisfallwert im Jahr 2005 noch über dem landesweiten Basisfallwert liegt, mehr Zeit für eine Anpassung ihrer Leistungs- und Kostenstrukturen zu geben, werden die Erlösbudgets in den Jahren 2005 und 2006 nur schrittweise auf das neue, einheitliche DRG-Preisniveau abgesenkt (sog. Konvergenzphase). Entsprechend werden die Erlösbudgets der Krankenhäuser, deren Basisfallwert unter dem landesweiten Basisfallwert liegt, nur stufenweise angehoben. Für die Angleichung der Basisfallwerte und der Erlösbudgets wird mit den Absätzen 2 bis 6 eine einfache Formel vorgegeben. Das nach der Formel „Menge x Preis“ ermittelte DRG-Erlösvolumen als Zielgröße wird dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget gegenübergestellt. Die sich ergebende Differenz wird durch die noch durchzuführenden Angleichungsstufen dividiert; es ergibt sich der positive oder negative Betrag um den das letzte Erlösbudget des Krankenhauses verändert wird.

Dieser Angleichungsmechanismus bewirkt auch eine nur teilweise Vergütung für neue Leistungsmengen. Im Jahr 2005 geht ein höheres Leistungsvolumen nur zu 1/3 des DRG-Preises in das Erlösbudget des Krankenhauses ein, im Jahr 2006 gehen sie zu 1/2 des DRG-Preises ein. Grundsätzlich entspricht dieser pauschalierte Ansatz der bisherigen Vorgehensweise bei der Vereinbarung der Erlösbudgets, bei der neue Leistungen grundsätzlich nur in Höhe der variablen Kosten berücksichtigt wurden. Diese Begrenzung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses entlastet die Vertragsparteien auf der Landesebene bei der Vereinbarung des Basisfallwerts, bei der der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist (§ 10 Abs. 1 und 2).

#### *Zu Absatz 1*

Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Krankenhausbudget stufenweise an den landesweit geltenden Basisfallwert angeglichen. Zum 1. Januar 2007 gilt dann für alle Krankenhäuser ein landesweiter einheitlicher Basisfallwert und damit ein einheitliches DRG-Preisniveau. Das Erlösbudget wird wie bisher auf der Grundlage der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen vereinbart. Satz 2 ermöglicht es, dabei DRG-Leistungsinformationen anderer Krankenhäuser einzubeziehen.

#### *Zu Absatz 2*

Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets 2005 ist das berichtigte Erlösbudget 2004. Es ist nach Nummer 1 zu vermindern um Kostenanteile für Tatbestände, die in diesem Budget enthalten, jedoch ab dem Jahr 2005 außerhalb des Erlösbudgets finanziert werden.

Nummer 2 ermöglicht die Durchführung vorgeschriebener periodenfremder Verrechnungen auf Grund von Rechtsansprüchen.

#### *Zu Absatz 3*

Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets 2006 ist das Erlösbudget für das Jahr 2005. Es ist nach Nummer 1 zu vermindern um die in Absatz 2 Nr. 1 Buchstaben b bis f genannten Tatbestände. Es ist nach Nummer 2 zu erhöhen um die Fallpauschalen und Zusatzentgelte, die anstelle der im Vorjahr nach § 6 Abs. 2 gezahlten Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gezahlt werden.

#### *Zu Absatz 4*

Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget nach der neuen DRG-Systematik verhandelt. Grundsätzlich gilt die Formel „Menge x Preis“. Das so ermittelte DRG-Erlösvolumen wird jedoch nicht sofort für die Krankenhäuser wirksam, wenn es von dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget abweicht. Vielmehr wird das krankenhausesindividuelle Erlösbudget nach den Vorgaben der Absätze 5 und 6 jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 schrittweise an das neue DRG-Erlösvolumen und damit an das landeseinheitliche Preisniveau angeglichen.

#### *Zu den Absätzen 5 und 6*

Abweichungen zwischen zuletzt vereinbartem Erlösbudget und neu ermitteltem DRG-Erlösvolumen werden in der Konvergenzphase in drei Stufen abgebaut. Das bisherige Erlösbudget wird schrittweise an das später einheitliche DRG-Preisniveau angeglichen. Deshalb ist zunächst die Differenz zwischen dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget und dem DRG-Erlösvolumen zu ermitteln. Diese Differenz wird durch die Zahl der noch durchzuführenden Angleichungsstufen dividiert. Es ergibt sich der Teilbetrag der Differenz, um den das zuletzt vereinbarte Erlösbudget zu erhöhen oder abzusenken ist. Ergebnis der Rechnung ist das neue Erlösbudget des Krankenhauses. Dieser formelhafte Angleichungsmechanismus bewirkt auch, dass neue Leistungen im Jahr 2005 nur zu einem Drittel und im Jahr 2006 nur zur Hälfte des DRG-Preises berücksichtigt werden.

#### *Zu Absatz 7*

Der krankenhausesindividuelle Basisfallwert wird ermittelt, indem der auf die Fallpauschalen entfallende Teil des Erlösbudgets (Satz 1) durch die Summe der Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle (gewichtete Fallzahl) dividiert wird. Wird dieser Basisfallwert mit dem Relativgewicht der DRG-Fallpauschale aus dem Entgeltkatalog multipliziert, ergibt sich der abzurechnende Fallpauschalenbetrag.

#### *Zu Absatz 8*

Entsprechend der Vorgabe des § 17 Abs. 5 KHG ermöglicht Absatz 8 bei nicht oder nur teilweise staatlich geförderten Krankenhäusern, bei denen der krankenhausesindividuelle Basisfallwert niedriger als der auf Landesebene vereinbarte Basisfallwert ist, die zusätzliche Finanzierung von Investitionskosten. Dabei ist der auf Landesebene vereinbarte Fallwert die Obergrenze, die nicht überschritten werden darf. Zusätzlich berücksichtigt werden können nur Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Kosten für bereits abgeschlossene oder noch laufende Investitionsmaßnahmen bereits bei den bisherigen Budget- und Pflegesatzvereinbarungen verhandelt worden sind.

### *Zu Absatz 9*

Entsprechend den bisherigen Regelungen der §§ 11 Abs. 8 und 12 Abs. 4 BPfIV gibt die Vorschrift die Mehr- oder Mindererlös-Ausgleichsquoten für den Fall vor, dass die tatsächlich eintretenden Erlöse aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten von den prospektiv vereinbarten Erlösen abweichen. Für Mindererlöse ist die bereits heute geltende Ausgleichsquote in Höhe von 40 vom Hundert anzuwenden. Für Mehrerlöse wird eine pauschalierte Regelung vorgegeben, nach der etwa der durchschnittliche Personalkostenanteil zurückgezahlt werden muss. Um eine Unterfinanzierung bei Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil zu vermeiden, wird den Vertragsparteien die Möglichkeit gegeben, für diese abweichende Mehrerlösquoten zu vereinbaren.

Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, sind vollständig auszugleichen. Die Sätze 6 und 8 geben hierzu eine Berechnungsformel vor. Nähere Erläuterungen dazu werden in der Begründung zu § 3 Abs. 6 KHEntgG gegeben.

Satz 9 stellt klar, dass Erlösabweichungen bei Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie Mindererlöse auf Grund von Qualitätssicherungsabschlägen nicht ausgeglichen werden.

### *Zu Absatz 10*

Leistungen für bestimmte ausländische Patienten können aus dem Gesamtbetrag und damit aus der Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen und den Mehrerlösausgleichen herausgenommen werden. Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Abs. 4 Satz 1 BPfIV.

### *Zu Absatz 11*

Die Vorschrift ermöglicht bei wesentlichen Änderungen die Neuvereinbarung des Gesamtbetrags. Sie entspricht grundsätzlich dem Gedanken des Wegfalls der Geschäftsgrundlage. Die Regelung wurde aus dem bisherigen § 12 Abs. 7 BPfIV übernommen.

## **Zu § 5: Vereinbarung von Zu- und Abschlägen**

### *Zu Absatz 1*

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG vereinbaren Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge. Mit diesen Regelungen können die Voraussetzungen für Zuschläge bestimmt werden und, soweit möglich, auch die konkrete Höhe des gegenüber den Krankenkassen abzurechnenden Zuschlags. In diesem Fall ist von den Vertragsparteien „vor Ort“ zu prüfen, ob bei dem einzelnen Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zuschlag vorliegen. In anderen Fällen wird zwar ein Finanzierungsbetrag für einen bestimmten Tatbestand vereinbart werden können, jedoch muss die genaue Höhe des abzurechnenden Zuschlags auf eine bestimmte, krankenhausespezifische Bezugsgröße umgerechnet werden (z. B. Zahl der Fälle). Dies können nur die Vertragsparteien „vor Ort“; sie sind dabei an die bundeseinheitliche Vorgabe gebunden.

## *Zu Absatz 2*

In Folge der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems wird das Leistungsangebot sowohl der einzelnen Krankenhäuser als auch in der Region transparenter werden. Veränderungs- und Optimierungsbedarf wird deutlich werden. Bestimmte Leistungsangebote werden sich für einzelne Krankenhäuser wirtschaftlich nicht mehr lohnen. Entsprechende Veränderungen der Leistungsstrukturen sind notwendig und erwünscht. Gleichwohl muss an dem Grundsatz der flächendeckenden Versorgung festgehalten werden. Die Frage, ob ein bestimmtes Versorgungsangebot auch bei geringer Nachfrage in einem bürgernahen Krankenhaus vorgehalten werden soll, wird sich nicht mehr auf ganze Abteilungen richten, sondern für einzelne Leistungen oder Leistungspakete gestellt werden. Leistungen der Notfallversorgung sowie beispielsweise die häufigsten Leistungen der Chirurgie oder Inneren Medizin werden immer bürgernah vorgehalten werden müssen. Dagegen stellt sich bei weniger häufigen, aufwändigen und komplikationsanfälligen Leistungen die Frage, ob diese Leistungen nicht besser schwerpunktmäßig an bestimmten Krankenhäusern zusammengefasst werden. So ist heute weitgehend unbestritten, dass auch aus Gründen der Qualitätssicherung bei vielen Leistungen bestimmte Mindestmengen erbracht werden sollten. Der Gesetzgeber gibt deshalb mit Artikel 1 Nummer 5 den nach § 137 SGB V für die Qualitätssicherung zuständigen Selbstverwaltungspartnern den Auftrag, solche Leistungen und die erforderlichen Mindestmengen zu benennen. Eine Schwerpunktbildung bei bestimmten Leistungsangeboten bedeutet nicht zwangsläufig eine Konzentration bei großen Krankenhäusern. Schwerpunkte können auch bei kleineren Krankenhäusern gebildet werden, z. B. auch, wenn sich benachbarte Krankenhäuser auf unterschiedliche Schwerpunkte einigen.

Nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG sind für Leistungen, die in einem Krankenhaus auf Grund geringer Fallzahlen mit den DRG-Fallpauschalen nicht wirtschaftlich erbracht werden können, Zuschläge für die Vorhaltung dieser Leistungen zu zahlen, soweit dies zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Die für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbaren Maßstäbe, in welchen Fällen solche Zuschläge gezahlt werden sollten und wie die Höhe der Zuschläge grundsätzlich bemessen werden sollte. Die Prüfung, ob ein entsprechender Tatbestand vorliegt und welche Zuschlagshöhe zu zahlen ist, ist Aufgabe der Vertragsparteien „vor Ort“.

Absatz 2 Satz 1 bestimmt ergänzend zu der Grundvorschrift des § 17b Abs. 1 KHG, dass ein Zuschlag für die Vorhaltung von Leistungen nicht gezahlt werden darf, wenn ein anderes geeignetes Krankenhaus – ggf. im gleichen Ort - diese Leistungen ohne Zuschlag erbringen kann. Mit dieser Vorgabe sollen die Zuschläge begrenzt und eine Wettbewerbsverzerrung zwischen Krankenhäusern ausgeschlossen werden. Welches andere Krankenhaus für die Leistungserbringung in Frage kommt, ist u. a. anhand von Entfernungen und Verkehrsverbindungen zu entscheiden. Maßgeblich sind hierbei die Maßstäbe der Vertragsparteien auf Bundesebene. Kommt eine Einigung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde darüber, ob die Erbringung der Leistung bei diesem Krankenhaus erforderlich ist. Dabei hat sie auch die Interessen anderer Krankenhäuser, die keinen Zuschlag erhalten, zu beachten.

## **Zu § 6:** Vereinbarung sonstiger Entgelte

### *Zu Absatz 1*

Es kann derzeit nicht ausgeschlossen werden, dass der Fallpauschalen-Katalog in den Jahren 2003 und 2004 nicht sämtliche Krankenhausleistungen erfasst. Soweit die zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene feststellen, dass bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche nicht abgedeckt sind, erlaubt die Übergangsvorschrift die Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten. Diese Entgelte sind krankenhausesindividuell zu verhandeln. Ein vereinfachtes Erlösabzugsverfahren, wie es bei den bisherigen Fallpauschalen und Zusatzentgelten angewandt wurde, ist bei dem neuen, fast vollständigen Fallpauschalensystem nicht mehr möglich; bei allen Krankenhäusern mit niedrigeren Basisfallwerten würden negative Restbudgets entstehen. Diese Übergangsvorschrift gilt nur für die Jahre 2003 und 2004. Danach sollten grundsätzlich alle Leistungen in den DRG-Fallpauschalenkatalog aufgenommen sein.

### *Zu Absatz 2*

In den Krankenhäusern der Spitzenversorgung werden immer wieder neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Klinikalltag eingeführt. Soweit innovative Leistungen mit den bestehenden Fallpauschalen nicht sachgerecht vergütet werden können, z. B. weil eine neue Methode oder ein neues medikamentöses Behandlungsschema im Fallpauschalenkatalog und in der diesem zu Grunde liegenden Kalkulation nicht abgebildet ist, lässt Absatz 2 die zeitlich befristete Vereinbarung gesonderter Entgelte zu. Diese Entgelte werden zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen „vor Ort“ vereinbart. Somit ist eine Begrenzung auf ausgesuchte Schwerpunktkrankenhäuser möglich. Mit der Aufnahme in den DRG-Fallpauschalenkatalog würden die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von allen Krankenhäusern mit entsprechendem Versorgungsauftrag erbracht und abgerechnet werden können. Eine weitere Begrenzung wird dadurch erreicht, dass die Vereinbarung dieser Entgelte nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen möglich ist; die Schiedsstelle entscheidet nicht. Um die Vergleichbarkeit der vom Krankenhaus vorzulegenden Kalkulation sicherzustellen, beauftragt § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung dieser Entgelte zu vereinbaren. Die Vertragsparteien melden unverzüglich Art und Höhe des vereinbarten Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9 auf der Bundesebene. Diese veranlassen eine Bewertung der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das gesonderte Entgelt kann vereinbart und abgerechnet werden, bis die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode über den bundesweit gültigen Katalog für Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vergütet wird oder bis nach § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V entschieden wird, dass sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden darf.

## **Zu § 7:** Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Die Vorschrift zeigt die Entgelte auf, die bei voll- oder teilstationärer Behandlung in Rechnung gestellt werden können.

## **Zu § 8: Berechnung der Entgelte**

### *Zu Absatz 1*

Satz 1 und 3 entsprechen dem § 14 Abs. 1, die Beschreibung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses dem § 4 der BPfIV. Satz 2 stellt klar, dass bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, der Versorgungsanteil mit den normalen Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet wird. Mehrkosten der Behandlung in Folge der Studien sind über Finanzmittel für Forschung und Lehre oder Drittmittel zu finanzieren.

### *Zu Absatz 2*

In einem DRG-Vergütungssystem wird grundsätzlich eine Fallpauschale je Krankenhausaufenthalt gezahlt. Allerdings ist für verschiedene Besonderheiten des Einzelfalls die zusätzliche Abrechnung ergänzender Vergütungsbestandteile möglich. Absatz 2 führt diese Abrechnungsmöglichkeiten auf. Sie entsprechen weitgehend den bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten.

### *Zu Absatz 3*

Die Vorschrift übernimmt die Abrechnungsvorschrift des Artikel 14 Abs. 3 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes in Verbindung mit dem bisherigen § 14 Abs. 8 BPfIV zur Finanzierung der Investitionskosten in den neuen Ländern.

### *Zu Absatz 4*

Wenn das Krankenhaus seiner Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V nicht nachkommt, sind Vergütungsabschläge von den Fallpauschalen vorzunehmen. Die Vorgabe entspricht dem bisherigen § 14 Abs. 13 BPfIV.

### *Zu Absatz 5*

Satz 1 bestimmt, dass ein Patient, der nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Komplikationen wieder aufgenommen muss, vom Krankenhaus innerhalb der Grenzverweildauer der Fallpauschale ohne Berechnung eines zusätzlichen Entgelts behandelt werden muss. Diese Regelung entspricht dem bisherigen § 14 Abs. 2 Satz 5 BPfIV.

Satz 2 verpflichtet das Krankenhaus, eine Beurlaubung des Patienten auf der Rechnung anzugeben, wenn die Grenzverweildauer der Fallpauschale überschritten und deshalb zusätzliche Entgelte abgerechnet werden. Damit wird der Krankenversicherung die Möglichkeit eröffnet, die Abrechnung zu prüfen.

### *Zu Absatz 6*

Die Vorschrift entspricht der Regelung des bisherigen § 14 Abs. 4 Satz 2 BPfIV.

### *Zu Absatz 7*

Satz 1 bestimmt, dass eine angemessene Vorauszahlung vom Krankenhaus verlangt werden kann, wenn der Patient nicht nachweisen kann, dass ein Krankenversicherungsschutz

besteht. Das Krankenhaus besitzt nach Satz 2 einen Anspruch auf eine Abschlagszahlung als Zahlung auf bereits erbrachte Teilleistungen; die Vorschrift dient der Sicherung der Liquidität des Krankenhauses. Nach Satz 3 können diese Regelungen durch Vereinbarungen der Selbstverwaltung ersetzt werden.

#### *Zu Absatz 8*

Die bisherige Regelung in § 14 Abs. 12 BPfIV zur Unterrichtung der Patienten über die voraussichtlich maßgebenden Pflegesätze wird an die Abrechnung der in § 7 genannten neuen Entgelte angepasst. Insbesondere die maßgebliche Fallpauschale steht häufig im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme noch nicht fest, u. a. weil sie auch maßgeblich durch spätere Nebendiagnosen bestimmt wird, die in Folge von Begleiterkrankungen und Komplikationen erst während des Krankenhausaufenthaltes gestellt werden. Entscheidend für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist freilich, welche Fallpauschale auf Grund der tatsächlich erbrachten Leistungen im DRG-System abzurechnen ist, auch wenn das Krankenhaus seine Mitteilungspflichten verletzt hat.

#### **Zu § 9:** Vereinbarung auf Bundesebene

Die Vorschrift stellt die Vereinbarungen dar, die nach § 17b KHG von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffen sind, und erweitert diese mit Nummer 4 um Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von den Vertragsparteien „vor Ort“ vereinbart werden. Die bereits bisher zu vereinbarende BAT-Berichtigungsrate ist auch für die Jahre 2003 und 2004 noch zu vereinbaren, in denen noch nach herkömmlichem Recht verhandelt wird (§ 6 Abs. 3 BPfIV).

#### **Zu § 10:** Vereinbarung auf Landesebene

Das Preisniveau der DRG-Fallpauschalen wird mit der Vereinbarung des Basisfallwerts auf der Landesebene bestimmt. Aus der Multiplikation von bundeseinheitlich festgelegtem Relativgewicht (Fallpauschalen-Katalog) und dem landesspezifischem Basisfallwert ergibt sich die Höhe der einzelnen Fallpauschale.

#### *Zu Absatz 1*

Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren wie bisher die Höhe der Fallpauschalen, indem sie den Basisfallwert (bisher Punktwert) festlegen. Bei der Vereinbarung sind auch die bei Überschreitung der Grenzverweildauer zu zahlenden Entgelte zu berücksichtigen, z. B. im Rahmen einer Äquivalenzziffernrechnung.

#### *Zu Absatz 2*

Mit der erstmaligen Vereinbarung der Basisfallwerte werden wesentliche Festlegungen für die Höhe der Vergütung der Krankenhausleistungen und damit für das Ausgabenvolumen der Krankenversicherungen getroffen. Es muss sichergestellt werden, dass die Krankenhausaufgaben der Krankenversicherungen durch den bloßen Wechsel von den bis dahin krankenhausesindividuell vereinbarten Basisfallwerten zu landeseinheitlichen Basisfallwerten

nicht erhöht werden. Satz 2 gibt als Maßstab für die Entwicklung der Krankenhausaussgaben im Jahr 2005 die Grundlohnrate nach § 71 SGB V vor. Damit ist bei der prospektiven Festlegung des Basisfallwerts der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in diesem Einstiegsjahr streng umzusetzen. Das tatsächliche Ausgabenvolumen ergibt sich jedoch aus der tatsächlich erbrachten Art und Anzahl der Leistungen in den Krankenhäusern. Fallzahlsteigerungen werden nach Abs. 3 Nr. 4 bei der Fortentwicklung der Basisfallwerte für das folgende Jahr absenkend berücksichtigt.

Satz 3 stellt den Vertragsparteien anheim, sich entweder am voraussichtlichen Ausgabenvolumen für die durch die DRG-Fallpauschalen vergüteten Leistungen oder an den im Jahr 2004 krankenhaushausindividuell vereinbarten, gewichteten Basisfallwerten zu orientieren. Dies ermöglicht, in Abhängigkeit von der Datenlage im Jahre 2004 ein zweckmäßiges Verfahren auszuwählen. Bei der erstmaligen Vereinbarung sind im Jahr 2004 bereits eingetretene und durch das DRG-System im Jahr 2005 zu erwartende Kostensenkungen zu berücksichtigen. Satz 4 konkretisiert die dabei zu berücksichtigenden Tatbestände und verweist dazu auf Absatz 3.

### *Zu Absatz 3*

Für die jährliche Vereinbarung des Basisfallwerts in den Folgejahren gibt Absatz 3 Tatbestände vor, die zu berücksichtigen sind.

Nummer 1 schreibt vor, dass der von den Vertragsparteien auf der Bundesebene ermittelte Umsetzungsbedarf zu berücksichtigen ist. Mit dem DRG-System der Relativgewichte, bei dem die Höhe der einzelnen Fallpauschale nicht mit festen Punktzahlen, sondern als Relation zur Höhe einer Bezugsleistung festgelegt wird, können bei veränderten Kalkulationsergebnissen nur die Einflussfaktoren umgesetzt werden, die sich bei bestimmten Fallpauschalen auswirken und damit deren Relation zur Bezugsleistung verändern. Allgemeine Kostenänderungen, die sich recht gleichmäßig bei allen oder sehr vielen Fallpauschalen auswirken, verändern zwar das Kalkulationsergebnis, ggf. jedoch nicht oder nicht in vollem Umfang die Bewertungsrelationen und damit nicht die Höhe der Fallpauschalen. So führen z. B. Verweildauerverkürzungen oder Kostensenkungen in Folge verbesserter Wirtschaftlichkeit, soweit sie sich über alle Fallpauschalen auswirken, zwar zu einer Absenkung der Kalkulationsergebnisse, aber ggf. nicht oder nicht in vollem Umfang zu einer Veränderung der Relativgewichte, weil auch die Bezugsleistung entsprechend abgesenkt wird; die Relation von Bezugsleistung zur jeweiligen Fallpauschale bleibt trotz abgesenkter Kalkulationsergebnisse gleich. Sich allgemein auswirkende Veränderungen der Kalkulationsergebnisse können somit nur durch eine Veränderung des Grundpreises, d. h. des Basisfallwerts, umgesetzt werden.

Nach Nummer 2 sind bei der Verhandlung voraussichtliche Entwicklungen bei den Personal- und Sachkosten zu berücksichtigen. Nummer 3 ermöglicht auch Verhandlungen über die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die noch nicht von den Kalkulationsergebnissen auf der Bundesebene erfasst worden sind; diese können auch landesspezifisch sein.

In einem System fester Fallpauschalenpreise (Einheitspreise) müssen Fallzahlsteigerungen auch bei Berücksichtigung zusätzlicher variabler Kosten zu einer rechentechnischen Absenkung bei der jährlichen Fortschreibung des Basisfallwertes führen (Kostendegression). Nummer 4 gibt deshalb in Verbindung mit Satz 2 vor, dass zu erwartende Fallzahlsteigerungen, z. B. auf Grund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung, das Finanzierungssystem der Krankenversicherung grund-

sätzlich nicht mit ihrem gesamten Fallwert, sondern nur in Höhe der zusätzlich entstehenden, variablen Fallkosten (anteilige Personal- und Sachkosten) belasten dürfen. Zusätzliche Fälle sollen somit anteilig auch zusätzlich vergütet werden. Allerdings muss sich eine anteilige Berücksichtigung, die immer unterhalb des abzurechnenden vollen Fallpauschalenbetrags liegt, rechnerisch in Richtung auf eine Absenkung des Basisfallwerts auswirken. Diese Absenkungstendenz wirkt z. B. der Erhöhungstendenz allgemeiner Kostenentwicklungen (Nummer 2) entgegen. Die Umsetzung könnte durch eine pauschale Absenkungsquote, die durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene im Rahmen einer Empfehlungsvereinbarung vorgegeben wird, erfolgen.

Nach Satz 3 sind die finanziellen Auswirkungen einer verbesserten Kodierung der Abrechnungsfälle zu neutralisieren. Derzeit werden in den Krankenhäusern noch weniger Nebendiagnosen erfasst, als dies bei richtiger Kodierung für das Fallpauschalensystem erforderlich ist. Auf Grund internationaler Erfahrungen ist damit zu rechnen, dass sich etwa in den ersten vier Jahren nach Einführung des DRG-Systems das Kodierverhalten in den Krankenhäusern ändert und mehr Nebendiagnosen erfasst werden als bisher. Es wird zur Abrechnung höherwertiger Fallpauschalen oder höherer Schweregrade kommen, ohne dass sich das Leistungsgeschehen entsprechend verändert. Um zu vermeiden, dass solche Effekte die Ausgaben erhöhen, ohne dass eine entsprechende Leistungssteigerung dahinter steht, bestimmt Satz 3 deshalb in Übereinstimmung mit einem entsprechenden Vorgehen in ausländischen DRG-Systemen, dass diese Effekte durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen sind. Eine entsprechende Bereinigung ist auch für Mehrerlöse bei Überschreitung der Krankenhausbudgets vorgesehen (§ 3 Abs. 6 und § 4 Abs. 9 KHEntgG).

#### *Zu Absatz 4*

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der bisher nach den Vorgaben des § 6 BPfIV in Verbindung mit § 71 SGB V jeweils bei der Vereinbarung des Erlösbudgets für das einzelne Krankenhaus zu beachten war, ist im DRG-Vergütungssystem bei der Vereinbarung des Basisfallwerts auf der Landesebene zu beachten. Absatz 4 begrenzt die Erhöhung des Basisfallwerts auf die Veränderungsrate nach § 71 SGB V. Hierdurch werden die in Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 genannten allgemeinen Kostenerhöhungen begrenzt. Demgegenüber wirken sich Kostenerhöhungen in Folge des medizinischen und medizinisch technischen Fortschritts grundsätzlich nicht auf den Basisfallwert, sondern auf die Bewertungsrelationen im DRG-Fallpauschalen-Katalog aus.

Die finanziellen Auswirkungen von Fallzahlsteigerungen werden nicht durch Absatz 2 begrenzt, sondern durch die Vorgabe in Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 in Verbindung mit Satz 2, die die Berücksichtigung der Kostendegression vorschreibt.

#### *Zu Absatz 5*

In den neuen Ländern ist bei der Vereinbarung des Basisfallwerts die niedrigere Vergütung des Personals zu berücksichtigen, soweit die Vergütung noch nicht vollständig an die im übrigen Bundesgebiet geltende BAT-Höhe angeglichen ist. Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 16 Abs. 1 Satz 3 BPfIV.

#### *Zu Absatz 6*

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 16 Abs. 5 BPfIV.

**Zu § 11:** Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

Die Verfahrensvorschriften für die Vereinbarung der Erlösbudgets entsprechen weitestgehend den Regelungen des bisherigen § 17 BPfIV. Nach Absatz 1 Satz 2 stellen die Vertragsparteien für das einzelne Krankenhaus Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie der Ausbildungsvergütungen als Basis für die Finanzierung durch den Ausbildungsfonds fest. Nach Absatz 1 Satz 2 stellen die Vertragsparteien insbesondere die Anzahl der im Vereinbarungszeitraum voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze als Grundlage für deren Finanzierung über den Ausbildungsfonds fest. Den Vertragsparteien steht also keine Vereinbarungskompetenz über die vorzuhaltenden Ausbildungsplätze zu (siehe auch Begründung zu § 17a Abs. 4 KHG).

**Zu § 12:** Vorläufige Vereinbarung

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 18 BPfIV.

**Zu § 13:** Schiedsstelle

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 19 Abs. 1 und 2 BPfIV.

**Zu § 14:** Genehmigung

Redaktionelle Anpassung.

**Zu § 15:** Laufzeit

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich dem bisherigen § 21 BPfIV, wurde jedoch an das neue Fallpauschalensystem angepasst. Die Regelungen sind in der Übergangphase erforderlich, weil weiterhin Erlösbudgets für einzelne Krankenhäuser und entsprechende krankenhauserindividuelle Basisfallwerte vereinbart werden. Ist eine Abrechnung der neuen Entgelthöhe zum Jahresbeginn nicht möglich, weil eine Einigung der Vertragsparteien nicht rechtzeitig zustande kam, eine Schiedsstellenentscheidung erforderlich wurde oder die Genehmigung nicht rechtzeitig erteilt werden konnte, so sind die Fallpauschalen zunächst in der für das Vorjahr geltenden Höhe abzurechnen. Absatz 2 bestimmt, dass Differenzen zwischen der abgerechneten Höhe und der letztlich für das Kalenderjahr geltenden Höhe auszugleichen sind.

**Zu § 16:** Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Bis zum 31. Dezember 2004 verweist das Krankenhausentgeltgesetz auf die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung. Ab dem 1. Januar 2005 werden die Regelungen in das Krankenhausentgeltgesetz übernommen.

### **Zu den §§ 17 und 18:** Wahlleistungen und Belegärzte

Die entsprechenden Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung werden im Wesentlichen übernommen.

### **Zu § 19:** Kostenerstattung der Ärzte

Die entsprechenden Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung werden im Wesentlichen übernommen.

Zur Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen bestimmt Absatz 2 die Weitergeltung der bisherigen Kostenerstattung auch für die Jahre 2005 und 2006. Auch für diese Jahre richtet sich die Vergütung der Krankenhausleistungen nach dem Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, das aus dem um die Abzüge nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 und 5 BPfIV abgesenkten Budget des Jahres 2004 abgeleitet wird. Die Systematik des alten Rechts wirkt somit bis Ende 2006 noch fort.

### **Zu § 20:** Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 27 BPfIV.

### **Zu § 21:** Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

Die Vorschrift regelt die näheren Einzelheiten der für Zwecke der DRG-Weiterentwicklung und Steuerung zu übermittelnden Daten sowie deren Nutzung.

#### *Zu Absatz 1*

Das Krankenhaus ist verpflichtet, jährlich bis zum 31. März einen Strukturdatensatz und für jeden voll- und teilstationären Krankenhausfall einen Leistungsdatensatz an eine von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene benannte DRG-Datenstelle, voraussichtlich das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner, zu übermitteln. Erstmals zum 1. Juli 2002 haben alle Krankenhäuser Daten zu übermitteln. Eine Unterscheidung zwischen Krankenhäusern, die bereits zum 1. Januar 2003 das DRG-Vergütungssystem einführen, und den Krankenhäusern, für die ab 2004 das DRG-Vergütungssystem verpflichtend eingeführt wird, erfolgt nicht. In die Datenübermittlung sind mit Ausnahme der Psychiatrie alle voll- und teilstationären Krankenhausfälle des Vorjahres einzubeziehen. Abweichend hiervon ist zum 1. Juli 2002 für die Krankenhausfälle des zweiten Halbjahres 2001 ein um die DRG-Angaben reduzierter Datensatz zu übermitteln, da zu diesem Zeitpunkt das von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Abs. 2 KHG zu entwickelnde DRG-System noch nicht verfügbar ist. Die Datenübermittlung vom einzelnen Krankenhaus an die DRG-Datenstelle hat auf einem Datenträger zu erfolgen. Dabei ist auch eine Übermittlung mittels Datenfernübertragung möglich.

## *Zu Absatz 2*

Das Krankenhaus hat an die DRG-Datenstelle einen Strukturdatensatz und einen Leistungsdatensatz je Krankenhausfall zu übermitteln.

### *Satz 1 Nr. 1 (Strukturdaten des Krankenhauses)*

Die nach Nr. 1 zu übermittelten Daten sind Strukturangaben zum Krankenhaustyp und aggregierte Angaben zu den vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und deren Bewertung. Der Strukturdatensatz ermöglicht Rückschlüsse auf Veränderungen, die bei einzelnen Krankenhausarten und Trägergruppen im Zusammenhang mit der DRG-Einführung eintreten. Für die Berechnung von Zu- und Abschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG werden Merkmale erhoben, die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene teilweise noch zu konkretisieren sind (z. B. für Vorhaltungszuschläge). Für die bereits festgelegten zu- und abschlagsrelevanten Merkmale der Teilnahme an der stationären Notfallversorgung und der Ausbildungsfinanzierung erfolgt eine konkrete Vorgabe der Erhebungsmerkmale. Zur Vereinbarung des Basisfallwerts auf der Landesebene (§ 10 KHEntgG) ist zudem die Übermittlung der Summe der DRG-Fälle, der Summe der Bewertungsrelationen und der Mehr- und Mindererlösausgleiche von großer Bedeutung.

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene benötigen die Angaben für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems (§ 17b Abs. 2 KHG). Die Vertragsparteien auf der Landesebene und die Landesbehörden benötigen entsprechend ihrer Aufgaben Teile dieser Daten. Dies wird im Folgenden im Einzelnen erläutert.

### *Zu Buchstabe a (Institutionskennzeichen, Art des Krankenhauses, Trägerschaft, Anzahl der aufgestellten Betten)*

Diese Daten dienen der Erfassung der einzelnen Krankenhaustypen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (§ 17b KHG) benötigen die Angaben zur Art des Krankenhauses und zur Trägerschaft, um bei der Ausgestaltung des Entgeltsystems auch ggf. den Besonderheiten der Krankenhausarten und jeweiligen Gruppen von Krankenhausträgern Rechnung tragen zu können. Außerdem können die Vertragsparteien auf Bundesebene damit die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Krankenhausstruktur beobachten und entsprechend bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems berücksichtigen. Diesem Ziel dienen auch die Angaben zur Entwicklung der Zahl der Krankenhausbetten.

Die Übermittlung des Institutionskennzeichen benötigen die Vertragsparteien auf Bundesebene zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass bei der Weiterentwicklung der Fallgruppen regelmäßig und in größerem Umfang direkte Abstimmungen zwischen den für die Weiterentwicklung des DRG-Systems verantwortlichen Stellen und den Krankenhäusern von Nutzen sind. Insbesondere in den ersten Jahren der Einführung in Deutschland ist eine enge Abstimmung mit den Krankenhäusern unverzichtbar, um auszuschließen, dass auf Grund systematischer Fehler bei der Datenerfassung eine Fehlanpassung des DRG-Systems für Deutschland erfolgt. Außerdem ist diese Angabe notwendig, um Auswirkungen des Entgeltsystems z. B. auf hochspezialisierte Krankenhäuser feststellen und ggf. entsprechend bei der Weiterentwicklung berücksichtigen zu können.

Die Länder benötigen die Daten nach Buchstabe a für ihre Krankenhausplanung. Sie können damit mögliche Auswirkungen des neuen Entgeltsystems in ihrer Krankenhausplanung, die sich stets auch auf einzelne Standorte bezieht, berücksichtigen.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene erhalten entsprechende Daten nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

*Zu Buchstabe b (Merkmale für die Vereinbarung von Zu- und Abschläge, Angaben zur Teilnahme an der Notfallversorgung)*

Diese Daten sind die Grundlage für die Vereinbarung der Regelungen für Zu- und Abschläge durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene. Nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge, insbesondere für die Notfallversorgung, eine zur Sicherstellung der Versorgung notwendige Vorhaltung von Leistungen sowie für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und –vergütungen zu vereinbaren.

Die Zu- und Abschläge sind für besondere Versorgungsleistungen des Krankenhauses bestimmt, die durch die Krankenhausplanung vorgegeben bzw. in engem Zusammenhang zur Landesplanung stehen. Daher sind diese Daten auch für die Länder erforderlich.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene erhalten entsprechende Daten nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

*Zu Buchstabe c (Angaben zu Art, Umfang und Kosten der Ausbildung)*

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigen diese Daten als Grundlage für die Vereinbarung der Durchschnittskosten je Ausbildungsplatz und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach § 17a Abs. 3 KHG.

Die Länder benötigen die Daten für planerische Zwecke, z. B. für die Planung der Einrichtung von Ausbildungsstätten.

Den Vertragsparteien auf der Landesebene werden die Daten als Grundlage zur Vereinbarung der Höhe der Zuschläge nach § 17a Abs. 4 KHG übermittelt.

*Zu Buchstabe d (Summe der DRG-Fälle, der Bewertungsrelationen und der Ausgleichsbeträge)*

Diese Angaben beziehen sich auf statistische Aggregate zur Gesamtmenge der DRG-Leistungen, der Leistungsbewertungen und der Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die Vertragsparteien auf Bundesebene benötigen diese Angaben zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b Abs. 2 KHG. Dabei sind die Vertragsparteien auch gefordert, Leistungsschwerpunkte der einzelnen Krankenhausarten angemessen zu berücksichtigen. Insbesondere kann damit vermieden werden, dass die Fallgruppierung zu einer systematischen Benachteiligung von Krankenhäusern bestimmter Versorgungsstufen führt. Die Übermittlung der Summe der DRG-Fälle, die nicht nach Art und Anzahl zu differenzieren ist, kann zudem im Rahmen der Plausibilitätsprüfung genutzt werden.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene erhalten für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts nach § 10 KHEntgG die entsprechenden Daten für das jeweilige Land.

Die Landesbehörden erhalten entsprechende Daten nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

#### *Zu Satz 1 Nr. 2 (Leistungsdaten je Krankenhausfall)*

Durch die fallbezogenen Leistungsdatensätze kann zusammen mit den von den Selbstverwaltungspartnern in einer Stichprobe von Krankenhäusern erhobenen Daten eine Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Bundesebene erfolgen (z. B. Festlegung der Bewertungsrelationen je DRG-Fallpauschale). Zur Kalkulation der Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte beabsichtigen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG in einer Stichprobe von Krankenhäusern Strukturdaten sowie fallbezogene Daten über Leistungen und Kosten zu erheben. Eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation besteht dabei nicht. Auf Grund der freiwilligen Teilnahme der Krankenhäuser erfolgt keine gesetzliche Regelung der Stichprobe.

Die für die Eingruppierung von Krankenhausfällen in DRG-Systemen maßgeblichen Kriterien wie Diagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Aufnahmegewicht, Aufnahme- und Entlassungsgrund sind für die Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Bundesebene fallbezogen zu erheben. Zusätzlich sind Art und Höhe der im Einzelfall abgerechneten Entgelte an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Da das System außerdem gesonderte Zusatzentgelte für Überschreitungen der Verweildauer vorsieht, sind zusätzliche Angaben über die Verweildauer erforderlich.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene benötigen diese Angaben wie dargelegt für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems (§ 17b Abs. 2 KHG). Die Vertragsparteien auf der Landesebene und die Landesbehörden benötigen entsprechend ihrer Aufgaben nur Teile dieser Daten. Dies wird im Folgenden im Einzelnen erläutert.

#### *Zu Buchstabe a (Krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles)*

Die Angabe des krankenhausinternen Kennzeichens des Behandlungsfalles ist notwendig zur Prüfung der Plausibilität der Datensätze, so dass das Krankenhaus bei Unklarheiten auf Rückfragen Auskunft geben kann. Diese Angabe wird nicht an die Vertragsparteien auf Landes- und Bundesebene sowie an die Landesbehörden weitergeleitet, so dass nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich ist.

#### *Zu Buchstabe b (Institutionskennzeichen des Krankenhauses)*

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigen das Institutionskennzeichen des Krankenhauses für direkte Rückfragen und Abstimmungen mit einzelnen Krankenhäusern. Auch wird die erforderliche länderbezogene Zusammenstellung der Daten ermöglicht. Auf die Ausführungen zur Nr. 1 Buchstabe a wird verwiesen.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene und die Landesbehörden erhalten diese Angaben nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

#### *Zu Buchstabe c (Institutionskennzeichen der Krankenkasse)*

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigen das Institutionskennzeichen der Krankenkasse, um entstehende veränderte Ausgabenbelastungen zwischen den Kostenträgern analysieren und bewerten zu können.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene und die Landesbehörden erhalten diese Angaben nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

*Zu Buchstabe d (Geburtsjahr, -monat, Geschlecht des Patienten, dreistellige Postleitzahl)*

Die Angabe des Geburtsjahres dient zur Feststellung des Patientenalters. Auf die Übermittlung des Geburtsdatums muss aus datenschutzrechtlichen Gründen verzichtet werden. Die Kenntnis der Altersstruktur der Patienten in den jeweiligen Fallgruppen ist unverzichtbar, da sich daraus Folgerungen für den Behandlungsaufwand der Patienten ergeben können. Der Behandlungsaufwand ist maßgeblich für die Fallgruppierung.

Die Angabe des Geburtsmonats ist erforderlich für die Einstufung von Kindern bis zu einem Jahr im DRG-System. Die Übermittlung der Angaben wird auf diese Fälle begrenzt.

Die Angabe des Geschlechts des Patienten ist ein notwendiges Kriterium für die korrekte Fallzuordnung im Entgeltsystem, weil bestimmte Fallgruppen geschlechtsspezifisch definiert sind. Auch bei der Weiterentwicklung der Fallgruppen kann sich aus der geschlechtsbezogenen Differenzierung neuer Anpassungsbedarf ergeben.

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigen diese Angaben für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b KHG. Die Landesbehörden benötigen die Angaben für Planungszwecke, z. B. für Kapazitätsplanungen in der Geriatrie oder der Geburtshilfe.

Die Einführung des neuen Entgeltssystems soll zu einer stärker am Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind daher gefordert, Veränderungen in der Patientenwanderung bei der Weiterentwicklung des Entgeltssystems zu berücksichtigen, da dies Auswirkungen auf die Spezialisierung der Krankenhausversorgung in bestimmten Leistungsbereichen bzw. Fallgruppen haben kann. Diese Angaben sind ggf. für die Anpassung der Fallgruppen und Bewertungsrelationen sowie für die Festlegung von bundesweiten Regelungen für Zu- und Abgänge (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG) von erheblicher Bedeutung. Daher ist die Übermittlung der dreistelligen Postleitzahl an die Vertragsparteien auf der Bundesebene erforderlich.

Für die Landesbehörden ist die Angabe der dreistelligen Postleitzahl der behandelten Patienten von zentraler Bedeutung für ihre Planungsentscheidungen über regionale Standorte und regionale Verteilung von Leistungsangeboten. Hierdurch kann die Krankenhausplanung ggf. notwendige Strukturanpassungen in Zusammenhang mit dem neuen Entgeltsystem durchführen.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene erhalten die Angaben nach Buchstabe d nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

*Zu Buchstabe e (Daten zu Aufnahme, Entlassung, Verlegung)*

Angaben zu Aufnahme, Entlassung und Verlegung sind für die Bestimmung der Verweildauer der Patienten erforderlich. Die Angabe der Verweildauer ist grundlegende Voraussetzung für die Bestimmung der Fallgruppen.

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigen die Angaben zu Aufnahmegrund und -anlass, zur aufnehmenden Abteilung und zur Hauptbehandlungsabteilung, um eine valide

Gruppierung der Behandlungsfälle in Fallgruppen vorzunehmen. Insbesondere für die Weiterentwicklung des DRG-Systems ist die Kenntnis über die Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen einzelner Krankenhäuser von Interesse. Da in den Fallgruppen des Entgeltsystems die Patientenkarrieren im Krankenhaus nicht abgebildet werden, reicht für die Zwecke des Entgeltsystems die Angabe der aufnehmenden Abteilung und der Hauptbehandlungsabteilung, also der Abteilung mit der längsten Verweildauer des Patienten bzw. der operierenden Fachabteilung aus.

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigen die Angabe des Aufnahmegewichts in Gramm bei Kleinkindern bis zu einem Jahr für die Einstufung der Behandlungsfälle.

Die Landesbehörden benötigen die Angaben nach Buchstabe e zur Vorbereitung von Maßnahmen im Rahmen der Krankenhausplanung.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene benötigen die Angaben nach Buchstabe e nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

#### *Zu Buchstabe f (Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren)*

Auch diese Angaben sind Grundlage für die Einstufung der Fälle in die Fallgruppen des Entgeltsystems. Sie werden daher von den Vertragsparteien auf der Bundesebene zur Weiterentwicklung des DRG-Systems benötigt. Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Angabe dieser Daten nach den amtlichen Schlüsseln ergibt sich aus § 301 SGB V.

Die Landesbehörden benötigen diese Daten für Zwecke der Krankenhausplanung. Die Fallgruppen des Entgeltsystems sind zwar eine ebenfalls notwendige Datengrundlage. Für eine differenzierte Planung sind jedoch ergänzende Angaben über Diagnosen und durchgeführte Operationen und Prozeduren erforderlich.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene benötigen die Angaben nach Buchstabe f nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

#### *Zu Buchstabe g (Art der abgerechneten Entgelte)*

Die Angabe der Art der abgerechneten Entgelte ist unerlässliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems, da die Gruppenbildung aufwandshomogen erfolgen soll. Beispielsweise sind Angaben zu Entgelten für Überschreitungen der Grenzverweildauer oder über Zuschläge wichtige Informationen zur Anpassung der Gruppenbildung. Daher werden diese Angaben von den Vertragsparteien auf der Bundesebene benötigt.

Die Vertragsparteien auf der Landesebene benötigen die Angaben als Grundlage für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts nach § 10 KHEntgG.

Die Landesbehörden benötigen die Angaben für Zwecke der Krankenhausplanung und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Entscheidung über die Notwendigkeit von Sicherstellungszuschlägen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG (vgl. hierzu auch die Begründung zu Buchstabe f).

### *Zu Buchstabe h (Höhe der abgerechneten Entgelte)*

Die Angabe der Höhe der abgerechneten Entgelte ist ebenfalls unerlässliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems, da die Gruppenbildung aufwandshomogen erfolgen soll (vgl. hierzu auch die Begründung zu Buchstabe g).

Die Vertragsparteien auf der Landesebene benötigen die Angaben als Grundlage für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts nach § 10 KHEntgG.

Die Landesbehörden erhalten die Daten nicht, da diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht erforderlich sind.

### *Zu Absatz 3*

Die Datenannahme der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Datensätze erfolgt durch die DRG-Datenstelle auf der Bundesebene. Sie prüft die Daten zunächst auf Plausibilität. Unstimmige Daten sind in Zusammenarbeit mit dem einzelnen Krankenhaus aufzuklären. Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung leitet die DRG-Datenstelle bis zum 1. Juli die Daten an die Datenempfänger weiter. Dies sind zum einen die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, die die Daten zur Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems erhalten; ferner die Vertragsparteien auf der Landesebene, die die Daten zur Vereinbarung des Basisfallwertes auf der Landesebene benötigen; schließlich die Länder, die die Daten für Zwecke der Krankenhausplanung erhalten. Welcher der genannten Empfänger welche Daten erhält, ist ausführlich in der Begründung zu Absatz 2 dargelegt. Zeitgleich zur Datenübermittlung an die genannten Empfänger hat eine Veröffentlichung der zusammengefassten Ergebnisse zu erfolgen. Dabei ist nach bundes- und landesweiten Ergebnissen zu differenzieren. Bei der erstmaligen Datenübermittlung im Jahr 2002 ist der in diesem Jahr reduzierte Datensatz zum 1. Oktober 2002 an die in Satz 1 genannten Empfänger zu übermitteln und nach Satz 3 zu veröffentlichen. Da ein Basisfallwert auf der Landesebene erstmals für das Jahr 2005 vereinbart wird, hat die erstmalige Übermittlung der Daten an die Vertragsparteien auf der Landesebene zum 1. Juli 2004 zu erfolgen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann für seine Belange Auswertungen von der DRG-Datenstelle anfordern.

Nach Satz 6 hat die DRG-Datenstelle zu gewährleisten, dass für die in Satz 1 genannten Zwecke keine Daten übermittelt oder nach Satz 3 veröffentlicht werden, bei denen von Dritten ein Patientenbezug hergestellt werden kann. Zudem darf nach Satz 7 eine Verarbeitung und Nutzung der Daten zu anderen als den genannten Zwecken nicht erfolgen.

### *Zu Absatz 4*

Soweit § 21 KHEntgG keine Vorgaben enthält, haben die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene Einzelheiten der Datenübermittlung zu vereinbaren. Neben der technischen Festlegung des Datensatzes ist von den Selbstverwaltungspartnern dabei insbesondere ein praktikables Datenübermittlungsverfahren zu wählen, das eine flächendeckende maschinenlesbare Datenübermittlung zum genannten Zeitpunkt sicherstellt. Durch die Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) und das Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) wird eine den Stand der Technik berücksichtigende angemessene Ausgestaltung des Verfahrens der Datenübermittlung gewährleistet. Die Regelung stellt zudem die Zuständigkeit von BfD und BSI klar. Dies erscheint im Blick auf die unbe-

rührt bleibende, teilweise abweichende Zuständigkeit für die Datenschutzkontrolle bei den beteiligten Stellen geboten.

### **Zu Artikel 6: Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

Die Entsteinerungsklausel ermöglicht es, die auf diesem Gesetz beruhenden Änderungen der Bundespflegesatzverordnung später durch Rechtsverordnung zu ändern.

### **Zu Artikel 7: Inkrafttreten**

Die Änderungen des SGB V, die überwiegende Zahl der Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes und die durch Artikel 4 Abs. 1 erfolgende redaktionelle Folgeänderung der Bundespflegesatzverordnung treten am 1. Januar 2003 in Kraft (Absatz 1).

Nach Absatz 2 Satz 1 treten die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes zur Übermittlung und Nutzung von Daten an die DRG-Datenstelle bereits am Tag nach der Verkündung in Kraft. Im übrigen tritt das Krankenhausentgeltgesetz am 1. Januar 2003 in Kraft; die Verlagerung der bisherigen §§ 22 bis 24 BPfIV mit den Vorgaben zu den wahlärztlichen und belegärztlichen Leistungen von der Bundespflegesatzverordnung in das neue Krankenhausentgeltgesetz wird erst zum 1. Januar 2005 wirksam.

Nach Absatz 3 werden zum 1. Januar 2004 die Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz auf eine Zuschlagsfinanzierung umgestellt (Artikel 3 Nr. 2). Zu diesem Zeitpunkt werden auch 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 gestärkt (Artikel 3 Nr. 3). Die Möglichkeit zum Abschluss von Investitionsverträgen nach § 18b KHG entfällt zum 1. Januar 2004 (Artikel 3 Nr. 4). Die in Artikel 4 Abs. 2 enthaltenen Änderungen der Bundespflegesatzverordnung treten ebenfalls am 1. Januar 2004 in Kraft.

Absatz 4 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).