

28.02.03

G - Fz - In - K

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)**A. Problem und Ziel**

Die Rahmenbedingungen zur fristgerechten Einführung und Weiterentwicklung eines diagnose-orientierten DRG-Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups) in Deutschland sind noch verbesserungsbedürftig. Dies ist vor dem Hintergrund der für den Fallpauschalen-Katalog 2004 vorzunehmenden Anpassung der australischen Ausgangsgrundlage an deutsche Versorgungsverhältnisse erforderlich. Zudem werden flexiblere Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Zusammenhang mit der erforderlichen Anpassung der australischen DRG-Klassifikation an deutsche Versorgungsverhältnisse benötigt. Dies gilt sowohl für die sachgerechte Abbildung einzelner Leistungen (z. B. Epilepsie, Geriatrie, Pädiatrie, Behandlung von schwerstbehinderten Menschen) als auch für die Leistungen besonderer Einrichtungen (Spezialkliniken). Ziel des Fallpauschalenänderungsgesetzes ist die sachgerechte Weiterentwicklung der bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung im Sinne des mit dem Fallpauschalengesetz angekündigten lernenden Systems.

B. Lösung

Mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz werden insbesondere die Möglichkeiten zur zielgerichteten Aufhebung von Entscheidungsblockaden der Selbstverwaltungspartner durch Ministerverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung verbessert. Zusätzliche Handlungsmöglichkeiten werden eröffnet, um sachgerechte Vergütungsregelungen für die Leistungen einzelner Fachgebiete und besonderer Einrichtungen zu ermöglichen.

C. Alternativen

Keine.

Fristablauf: 11.04.03

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen mit dem Gesetzentwurf keine zusätzlichen Ausgaben, da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden. Entsprechendes gilt für die Unternehmen. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auch ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzentwurfs nicht zu erwarten.

E. Sonstige Kosten

Keine.

Bundesrat

Drucksache 131/03

28.02.03

G - Fz - In - K

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

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

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Berlin, den 28. Februar 2003

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Prof. Dr. Wolfgang Böhmer

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes den von der
Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Mit freundlichen Grüßen



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

Vom 2003

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

**Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

1. § 17a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2004“ durch die Angabe „2005“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden.“
- c) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz angefügt:
„(9) Für ausbildende Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c zu übermitteln sind.“

2. § 17b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt,“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 14 wird folgender Satz angefügt:
„Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht ver-

gütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „lassen“ das Komma gestrichen und folgende Wörter eingefügt:

„oder das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet.“

bb) Satz 2 wird gestrichen.

cc) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium.“

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,
3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 14 und 15 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

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

Artikel 2
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

1. In § 1 Abs. 1 werden nach dem Wort „Gesetz“ die Wörter „und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz“ eingefügt.
2. In § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 wird Buchstabe b aufgehoben.
3. In § 4 Abs. 2 zweiter Halbsatz wird in Nummer 1 nach Buchstabe f folgender Buchstabe g angefügt:
 - „g) die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen; steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen; eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen,“.
4. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für Leistungen, die

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder Zusatzentgelte“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Angabe „30. September“ durch die Angabe „31. Oktober“ ersetzt und nach dem Wort „Fallpauschalen“ das Wort „sachgerecht“ eingefügt.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

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

5. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird die Angabe „ab dem 1. Januar 2004,“ durch das Wort „und“ ersetzt.

b) In Nummer 5 wird die Angabe „in den Jahren 2003 und 2004“ gestrichen.

6. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. bis zum 31. August 2003 den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1.“

b) In Absatz 2 erster Halbsatz wird die Angabe „Nr. 4 und 5“ durch die Angabe „Nr. 4 bis 6“ ersetzt.

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

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „die Jahre 2003 und 2004“ durch die Angabe „das Jahr 2003“ ersetzt sowie nach dem Wort „Bundeswehrkrankenhäuser“ die Wörter

„und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ eingefügt.

bb) Die Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. für das Jahr 2004 die Abschnitte E1, E2 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes sowie mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung mit Ausnahme von Anlage 1 Abschnitt V2 Spalten 3 bis 6, Abschnitt V3 Spalten 3 bis 8 und Abschnitt K7; Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 das DRG-Vergütungssystem angewendet haben, brauchen auch die Abschnitte V1 bis V3, L4, L5 und K6 nicht vorzulegen,“.

cc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

8. Dem § 21 wird folgender Absatz 6 angefügt:

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

Artikel 3

Änderung des Fallpauschalengesetzes

In Artikel 4 Abs. 2 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) werden die Nummern 10 und 27 gestrichen.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

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

b) In Absatz 2 wird Satz 2 aufgehoben.

2. Nach § 25 wird folgender § 26 angefügt:

„§ 26 Übergangsvorschriften

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

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

Artikel 5 Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung

In § 1 Abs. 2 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1046), die zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist, wird in Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und das Wort „oder“ sowie folgende Nummer 3 angefügt:

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

Artikel 6
Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

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

Artikel 7
Inkrafttreten

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

Begründung

A. Allgemeiner Teil**I. Inhalt des Gesetzes**

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) wurde die Entscheidung getroffen, zum 1. Januar 2003 ein möglichst vollständiges pauschalierendes Entgeltsystem einzuführen. Dieses soll sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) orientieren. Die Vergütung der Krankenhausleistungen, die bis dahin noch zu rd. 77 Prozent mit tagsgleichen Pflegesätzen erfolgte, sollte kurzfristig auf eine möglichst vollständige Finanzierung mit DRG-Fallpauschalen umgestellt werden. Damit sollten bisherige fehlsteuernde Anreize beseitigt, die Krankenhäuser leistungsgerechter vergütet und die im internationalen Vergleich noch zu hohe Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern verkürzt werden, soweit dies medizinisch vertretbar ist.

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben, insbesondere zur budgetneutralen Einführung in den Jahren 2003 und 2004, zur stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau vom 1.1.2005 bis zum 1.1.2007, zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene.

Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt, d. h. die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie entschieden sich am 27. Juni 2000 für die australische DRG-Klassifikation als Ausgangsbasis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Fallpauschalen-Katalogs.

Nachdem sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf Abrechnungsregeln für das neue Vergütungssystem einigen konnten und eine fristgerechte Einführung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2003 durch die Selbstverwaltungspartner kaum noch Aussicht auf Erfolg hatte, erklärte die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 24. Juni 2002 das Scheitern der Verhandlungen.

Wie gesetzlich vorgesehen, gab das Bundesministerium für Gesundheit kurzfristig mit der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002 (BGBl. I S. 3674) an Stelle der Selbstverwaltungspartner die Abrechnungsregeln und den DRG-Fallpauschalen-Katalog 2003 vor. Auf dieser Grundlage können Krankenhäuser bereits im Jahr 2003 das neue DRG-Vergütungssystem freiwillig einführen (Optionsmodell 2003). Zum 1. Januar 2004 führen alle Krankenhäuser das DRG-System verbindlich ein (Ausnahme: Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin).

Das neue Vergütungssystem wird unter schützenden Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser als lernendes System eingeführt. Es wird auf Grund der ständig wachsenden Erfahrungen aller Beteiligten jährlich weiter entwickelt und an die Besonderheiten der Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland angepasst. Mit diesem Fallpauschalenänderungsgesetz werden im Sinne eines lernenden Systems die Rahmenbedingungen zur Sicher-

stellung der flächendeckenden Einführung des Systems zum 1. Januar 2004 verbessert. Dazu wird der bisherige gesetzliche Rahmen wie folgt weiterentwickelt:

- Die grundlegende Umstellung der Ausbildungsfinanzierung für Schüler wird vom 1. Januar 2004 auf den 1. Januar 2005 verschoben mit dem Ziel, die Selbstverwaltungspartner auf der Bundes- und Landesebene zu entlasten und damit die Arbeitskräfte auf die Entwicklung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2004 und die flächendeckende Einführung der DRG zum 1.1. 2004 zu konzentrieren. Die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung kann weitgehend im Jahr 2004 vorbereitet werden.
- Stärkung der Handlungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, um die fristgerechte Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems sicherzustellen, insbesondere durch frühere Einwirkungsmöglichkeiten vor Erlass einer Rechtsverordnung und die Bestimmung von Leistungsbereichen, die noch nicht sachgerecht mit dem neuen System vergütet werden können.
- Einführung einer Konfliktlösung durch die Schiedsstelle auf Bundesebene für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner über die Erhebung von DRG-Leistungsdaten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht einigen können.

II. Kosten

Mit dem Gesetz werden die Entscheidungsmechanismen zur DRG-Einführung und Weiterentwicklung optimiert. Die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wurden bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen, so dass durch dieses Gesetz für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben entstehen. Entsprechendes gilt für die Unternehmen. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auch ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a des Grundgesetzes. Der Bund kann diese Gesetzgebungskompetenz nach Art. 72 Abs. 2 GG in Anspruch nehmen. Das DRG-Vergütungssystem wird bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eingeführt und weiterentwickelt. Mit diesem Gesetz werden die Entscheidungsmechanismen optimiert, indem die Handlungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung verbessert werden für den Fall, dass eine Einigung der Selbstverwaltungspartner nicht zustande kommt und das Ministerium zur Sicherstellung der fristgerechten Einführung und Weiterentwicklung des Vergütungssystems von der gesetzlich vorgesehenen Konfliktlösung durch Rechtsverordnung (§ 17b Abs. 7 KHG) Gebrauch machen muss. Dies ist durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen. Darüber hinaus geht es darum, die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene und in allen Ländern durch eine Verschiebung der Umstellung der Ausbildungsfinanzierung für Schüler zu entlasten. Ferner soll eine Konfliktlösung für Streitigkeiten über das Verfahren zur flächendeckenden Erhebung von DRG-Leistungsdaten geschaffen werden. Dazu ist ein Bundesgesetz erforderlich. Dass das Fallpauschalensystem flächendeckend eingeführt werden kann, ist notwendig, um in den Krankenhäusern unter der Geltung dieses neuen Vergütungssystems bundesweit den Fortbestand eines einheitlichen

Standards der Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Daran haben sowohl der Bund als auch alle Länder Interesse.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 17a KHG)

Die Betriebskosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen werden derzeit im Rahmen der Krankenhausbudgets und damit auch über die tagesgleichen Pflegesätze finanziert. Mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen, bei denen eine Unterscheidung nach ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern nicht praktikabel ist, soll nach § 17a KHG die Finanzierung der Ausbildung zum 1. Januar 2004 grundlegend umgestellt werden. Künftig sollen je Ausbildungsplatz und Beruf einheitliche Beträge aus einem Ausbildungsfonds auf Landesebene gezahlt werden. Die krankenhausesindividuelle Finanzierung der Ausbildung wird somit durch eine pauschalierte Finanzierung abgelöst. Das Krankenhaus erhält die Beträge außerhalb des Krankenhausbudgets und muss diese zweckentsprechend verwenden. Der Ausbildungsfonds wird durch einen Ausbildungszuschlag, der von allen Krankenhäusern zusätzlich zur DRG-Fallpauschale erhoben wird, gespeist. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sind gesetzlich beauftragt, die Finanzierungsbeträge je Ausbildungsplatz und Mehrkosten der Ausbildungsvergütung zu kalkulieren und zu vereinbaren. Auf der Landesebene müssen die Selbstverwaltungspartner einen Ausbildungsfonds einrichten sowie Vereinbarungen über die Erhebung der Ausbildungszuschläge und die Zahlungen an auszubildende Krankenhäuser treffen.

Im Hinblick auf den derzeitigen Stand der Vorbereitungen und die hohe Belastung aller Beteiligten durch die Vorbereitung der flächendeckenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems zum 1. Januar 2004 verschiebt Nummer 1 Buchstabe a die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung auf den 1. Januar 2005. Dies erlaubt es den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene, sich auf die Entwicklung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2004 zu konzentrieren. Den Selbstverwaltungspartnern auf der Landesebene wird mehr Zeit für die Schaffung der erforderlichen Finanzierungsstrukturen gegeben. Eine Umstellung der Ausbildungsfinanzierung ist erst zum 1. Januar 2005 zwingend erforderlich, weil ab diesem Zeitpunkt die erste Stufe der schrittweisen Angleichung der Krankenhausbudgets greift.

Buchstabe b ermöglicht den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene, die Zuschläge für die Ausbildungsfinanzierung regional zu differenzieren, z. B. um unterschiedliche rechtliche Vorgaben in den Bundesländern berücksichtigen zu können.

Buchstabe c gibt vor, dass die für die Ermittlung der Finanzierungsbeträge benötigten Struktur- und Kostendaten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a und c KHEntgG auch von Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, an die DRG-Datenstelle zu liefern sind.

Zu Nummer 2: (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a

Da die Bundespflegesatzverordnung ab dem Jahr 2004 nur noch für Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin gilt, wird mit Doppelbuchstabe aa in Absatz 1 Satz 1 der bisherige Bezug auf die Bundespflegesatzverordnung gestrichen.

Es zeigt sich zunehmend, dass die von den Selbstverwaltungspartnern als Ausgangsbasis für die DRG-Einführung ausgewählte australische DRG-Klassifikation in einer Reihe von Leistungsbereichen noch an die speziellen Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst werden muss. Dies ist insbesondere für die Bereiche Dermatologie, Epilepsie, Frührehabilitation, Geriatrie, HIV, Pädiatrie, Multiple Sklerose, Rheuma und Unfallchirurgie und für die Behandlung von schwerstbehinderten Menschen zu prüfen. Soweit die DRG-Fallpauschalen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Katalogs besondere Versorgungsstrukturen noch nicht ausreichend berücksichtigen und deshalb eine Beeinträchtigung der Versorgung der Patienten zu befürchten ist, müssen Leistungsbereiche oder auch spezialisierte Einrichtungen kurzfristig aus dem Fallpauschalensystem ausgeklammert werden können. Doppelbuchstabe bb ermöglicht den Selbstverwaltungspartnern und in Verbindung mit Absatz 7 (vgl. Buchstabe c) auch dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die zeitlich befristete Ausklammerung solcher Einrichtungen. Für diese Einrichtungen sind krankenhausespezifische Entgelte zu vereinbaren. Die Einrichtungen verhandeln – wie die aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommenen psychiatrischen Krankenhäuser – weiterhin nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung; vgl. Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe c.

Zu Buchstabe b

Die Kosten der DRG-Entwicklung auf der Bundesebene werden nach § 17b Abs. 5 KHG durch einen DRG-Zuschlag finanziert, der je Behandlungsfall zusätzlich zu der DRG-Fallpauschale in Rechnung gestellt und an die Selbstverwaltungspartner abgeführt wird. Aus diesen Mitteln werden das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner sowie z. B. Unteraufträge an Forschungsinstitute oder der Kauf von Software finanziert. Buchstabe b bestimmt klarer als die bisherige Regelung, dass aus diesen Mitteln die entsprechenden Kosten auch dann zu finanzieren sind, wenn im Falle einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 KHG das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung an Stelle der Selbstverwaltungspartner tätig wird und z. B. Kalkulationsaufträge vergibt. Die Klarstellungen sollen im Hinblick auf die jährlich bis zum Herbst erforderliche Anpassung des Fallpauschalen-Katalogs (DRG-Klassifikation und Neukalkulation) und den dafür im Falle einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung äußerst knappen Zeitraum ein unverzügliches Tätigwerden des Bundesministeriums ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift des § 17b Abs. 7 KHG zum Erlass einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Falle einer Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner wird erweitert.

Nummer 1 entspricht der Vorgabe des bisherigen Absatzes 7. Das Bundesministerium kann über Bereiche, in denen eine Einigung der Selbstverwaltungspartner nicht zustande gekom-

men ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat, durch Rechtsverordnung Regelungen erlassen.

Verzögerungen bei Entscheidungen auf der Seite der Selbstverwaltungspartner verkürzen die für eine Konfliktlösung durch Rechtsverordnung zur Verfügung stehende Zeitspanne und gefährden die jährliche schrittweise Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems. So haben die Selbstverwaltungspartner im Jahr 2002 das Scheitern erst zum 24. Juni erklärt. Dem Bundesministerium für Gesundheit verblieben somit lediglich zweieinhalb Monate für ein umfangreiches Kalkulationsprojekt, die Vorgabe von Abrechnungsregeln und das entsprechende Verordnungsverfahren. Nummer 2 ermöglicht es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Ablauf der von ihm vorgegebenen Fristen auch dann tätig zu werden, wenn ein Scheitern von Seiten der Selbstverwaltungspartner noch nicht formal erklärt ist.

Es zeigt sich zunehmend, dass die von den Selbstverwaltungspartnern als Ausgangsbasis für die DRG-Einführung ausgewählte australische DRG-Klassifikation in einer Reihe von Leistungsbereichen noch an die speziellen Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst werden muss. § 17b Abs. 1 Satz 14 und 15 KHG erlaubt deshalb, bestimmte Leistungen oder besondere Einrichtungen zeitlich befristet aus dem Fallpauschalensystem auszunehmen (vgl. Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a). Nummer 3 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, anstelle oder ergänzend zu den für das DRG-Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene entsprechende Leistungen oder besondere Einrichtungen zu bestimmen. Es kann darüber hinaus auch nähere Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zur Vorlage von Verhandlungsunterlagen erlassen, z. B. hinsichtlich der Anwendung der Bundespflegegesetzverordnung für besondere Einrichtungen.

Die Eingangsformel „wird ermächtigt“ bedeutet, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung selbst entscheiden kann, ob und in welchem Umfang es an Stelle der Vertragsparteien handelt. Mit der Zielsetzung, eine Entscheidung durch Verordnung zu vermeiden, kann das Bundesministerium z. B. auch ein vom ihm geleitetes Schlichtungsverfahren vorschalten. Das Bundesministerium kann auch Verordnungen, die nach Satz 1 erlassen wurden, ändern oder in einer gesonderten Rechtsvorschrift zur Abrechnung von Entgelten zusammenfassen, ohne dass die Selbstverwaltungspartner zuvor formal ein Scheitern erklären müssen. Auf Grund der allgemeinen Gültigkeit dieser Grundsätze ist eine ausdrückliche Klarstellung im Gesetzestext nicht erforderlich.

Nach Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bei seinen Entscheidungen von bestehenden Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner abweichen, soweit dies für die von ihm vorzugebenden Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Mit dieser Vorschrift wird nicht die weiterhin bestehende Zuständigkeit der Selbstverwaltungspartner für die Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems in Frage gestellt. Im Rahmen eines lernenden Systems, bei dem Vereinbarungen und Vorgaben an einen neueren Erkenntnis- und Entwicklungsstand angepasst werden müssen, ist diese Vorschrift erforderlich, um im Einzelfall sachgerechte Vorgaben erlassen zu können.

Die Sätze 3 und 4 entsprechen weitgehend der bisherigen Vorgabe des § 17b Abs. 7 Satz 3 KHG. Satz 3 verpflichtet wie bisher das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner, das auf gesetzlicher Grundlage (§ 17b Abs. 5 KHG) durch einen Zuschlag zur DRG-Fallpauschale finanziert wird und den professionellen Kern der DRG-Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bilden soll, zur Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bei der Vorbereitung der nach Satz 1 zu regelnden Themen.

Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 1 KHEntgG)

Das Krankenhausentgeltgesetz regelt die Vereinbarung und Abrechnung der stationären Krankenhausentgelte für Krankenhäuser, die dem neuen DRG-Vergütungssystem unterliegen. Nummer 1 stellt klar, dass auch für diese Krankenhäuser weiterhin die allgemeinen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, z. B. zur dualen Finanzierung, zur Abgrenzung der pflegesatzfähigen Kosten, zur Ausbildungsfinanzierung und zur Prüfung der Abrechnung der Pflegesätze, gelten.

Zu den Nummern 2 und 3: (§§ 3 und 4 KHEntgG)

Infolge der Entscheidung, die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen erst im Jahr 2005 umzustellen (vgl. Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a), sind auch die Krankenhausbudgets erst im Jahr 2005 um diese Tatbestände zu entlasten. Die entsprechende Vorschrift muss deshalb aus dem § 3 in den § 4 verlagert werden.

Zu Nummer 4: (§ 6 KHEntgG)

Das DRG-Vergütungssystem wird als lernendes System eingeführt. Ausgehend von der australischen DRG-Klassifikation wird das System jedes Jahr stufenweise weiterentwickelt. Dabei werden sowohl die ständig verbesserte Diagnosen- und Prozeduren-Kodierung und die immer differenziertere Kalkulation in den Krankenhäusern als auch die zunehmende Erfahrung aller Beteiligten zu einer immer besseren Abbildung der Krankenhausleistungen und damit zur Entwicklung einer leistungsorientierten Vergütung beitragen. Bereits heute zeichnet sich ab, dass bestimmte medizinische Leistungsbereiche mit den DRG-Fallpauschalen noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner hat im Dezember 2002 dazu aufgerufen, den Änderungsbedarf möglichst genau zu benennen, damit eine entsprechende Prüfung vorgenommen werden kann (www.g-drg.de). Eine sachgerechte Differenzierung der Vergütung kann grundsätzlich durch eine Splittung einzelner DRG, die Einführung weiterer Schweregrade oder in Ausnahmefällen die zusätzliche Vergütung über ergänzende Zusatzentgelte vorgenommen werden. § 17b Abs. 1 Satz 14 und 15 KHG enthält für die Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems die notwendigen Öffnungsklauseln, die es erlauben, bestimmte Leistungen oder Einrichtungen zeitlich befristet aus dem DRG-Vergütungssystem auszunehmen. Die Entgelte für diese Krankenhausleistungen sind krankenhausspezifisch zu vereinbaren.

Zu Buchstabe a

Die Erstkalkulation des DRG-Fallpauschalen-Katalogs für das Jahr 2003 hat gezeigt, dass fast alle Leistungen nach der DRG-Systematik über Diagnosen- und Prozeduren-Kodes „erfasst“ werden können. Nummer 1 bestimmt wie die bisherige Vorgabe des Satzes 1, dass Leistungen, die in die bundesweit geltenden Fallpauschalen- oder Zusatzentgeltkataloge aufgenommen worden sind, in den Jahren 2003 und 2004 auch dann abgerechnet werden, wenn diese Entgelte noch keine sachgerechte Vergütung darstellen. In diesen budgetneutralen Jahren wird das Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) noch nicht durch die Höhe der DRG-

Fallpauschalen bestimmt, sondern herkömmlich nach den Regeln der Bundespflegesatzverordnung verhandelt. Die Fallpauschalen stellen grundsätzlich lediglich Abschlagszahlungen auf dieses Budget dar. Ungenauigkeiten bei der Höhe der Fallpauschalen können somit hingenommen werden.

Ab dem Jahr 2005 werden die Krankenhausbudgets in drei Schritten an das landeseinheitliche DRG-Preisniveau angeglichen (§ 4 Abs. 5 und 6 KHEntgG). Sie beginnen unmittelbar ökonomisch zu wirken. Nummer 2 ermöglicht deshalb die Abrechnung krankenhausesindividueller Entgelte dann, wenn eine „sachgerechte Vergütung“ noch nicht möglich ist. Sie verlängert die bestehende Öffnungsklausel bis zum Jahr 2006.

Krankenhausindividuelle Entgelte können darüber hinaus für besondere, z. B. spezialisierte Einrichtungen vereinbart werden, deren Leistungen mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können (vgl. Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb).

Die Leistungen oder Einrichtungen, die nicht mit dem DRG-System vergütet werden und für die deshalb krankenhausesindividuelle Vereinbarungen getroffen werden können, bestimmen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG oder z. B. im Falle einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung; vgl. Anlage 2 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002.

Neben der Vereinbarung von fall- oder tagesbezogenen Entgelten wird auch die Vereinbarung von Zusatzentgelten zugelassen. Die Notwendigkeit einer solchen Öffnungsklausel hat sich bei der Konfliktlösung durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2002 gezeigt, bei der für die Zusatzentgelte für die Dialyse und die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren mangels einer entsprechenden Öffnungsklausel auf die Vorjahresentgelte zurückgegriffen werden musste (vgl. § 4 KFPV).

Zu Buchstabe b

§ 6 Abs. 2 KHEntgG enthält eine Öffnungsklausel, nach der zeitlich befristet krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden können, soweit neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach den bundeseinheitlichen Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Doppelbuchstabe aa sieht neben fallbezogenen Entgelten nun auch die Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zusatzentgelten vor. Voraussetzung für die Vereinbarung solcher Entgelte ist, dass die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene oder ihr DRG-Institut bestätigen, dass die neue Methode mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog noch nicht vergütet werden kann. Da die überarbeiteten DRG-Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkataloge voraussichtlich erst im September jeden Jahres veröffentlicht werden, verschiebt Doppelbuchstabe bb den Termin für die Einholung dieser Information vom 30. September auf den 31. Oktober.

Zu Buchstabe c

Nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG können besondere Einrichtungen, deren Leistungen noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Vergütungssystem vergütet werden können, zeitlich befristet aus dem System ausgenommen werden; vgl. Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb. Für diese Einrichtungen können krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden; vgl. Buchstabe a. Im Hinblick auf die Zielsetzung, ein möglichst durchgängiges pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen (vgl. § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG), müssen ökonomische Fehl-

reize vermieden werden. Es wird deshalb bestimmt, dass für die ausgenommenen Einrichtungen weiterhin die Vergütungsregelungen der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden sind. Für diese Einrichtungen gelten deshalb insbesondere die Vorgaben zur Budgetbegrenzung nach § 6 BPfIV weiter. Ebenso werden anstelle der verbesserten Mehrerlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz die entsprechenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung angewendet. Eine solche Vorgabe ist erforderlich, weil krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ab dem Jahr 2005 weder einer Budgetbegrenzung noch den Mehrerlösausgleichen unterliegen. Ausgenommene Einrichtungen würden somit besser gestellt als die Krankenhäuser, die den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegen.

Zu Nummer 5: (§ 7 KHEntgG)

Redaktionelle Änderungen infolge der auf den 1. Januar 2005 verschobenen Umstellung der Ausbildungsfinanzierung (vgl. Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a) und der Verlängerung der Öffnungsklausel in § 6 Abs. 1 (vgl. Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a).

Zu Nummer 6: (§ 9 KHEntgG)

Mit § 11 Abs. 4 wird vorgeschrieben, die Unterlagen für die Budgetverhandlungen auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen (vgl. Nummer 7). Mit Buchstabe a werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bis zum 31. August 2003 entsprechende Vereinbarungen zum Aufbau der Datensätze und zum Übermittlungsverfahren zu treffen. Die Vorschrift entspricht der des § 15 Abs. 2 BPfIV. Buchstabe b nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor.

Zu Nummer 7: (§ 11 KHEntgG)

Buchstabe a fasst die Vorgaben zur Vorlage von Verhandlungsunterlagen für die Budgetverhandlungen differenzierter. Die Krankenkassen erhalten für Vergleichszwecke grundsätzlich die Ist-Daten und die Daten der letzten Budgetvereinbarung. Auf Angaben, die für die Budgetvereinbarung nach dem DRG-Vergütungssystem nicht benötigt werden, wie z. B. die prospektive Schätzung von Art und Anzahl der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung oder die Ermittlung von tagesgleichen Pflegesätzen, wird ausdrücklich verzichtet. Krankenhäuser der Bundeswehr und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bleiben von der Vorlagepflicht der LKA-Daten ausgenommen.

Buchstabe b verpflichtet die Krankenhäuser, die für die Budgetverhandlungen vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Dabei ist auch eine Übermittlung mittels Datenfernübertragung möglich. Die Vorschrift entspricht der des § 17 Abs. 4 Satz 5 BPfIV.

Zu Nummer 8: (§ 21 KHEntgG)

Für die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarungen zur Lieferung von DRG-Leistungsdaten und Daten zu den Ausbildungsstätten wird eine Konfliktlösung eingeführt. Im Falle der Nichteinigung entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei

die Schiedsstelle auf Bundesebene. Auch im Falle einer Schiedsstellenentscheidung ist das Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik herzustellen.

Zu Artikel 3: Änderung des Fallpauschalengesetzes

Artikel 4 ändert Vorschriften, die erst am 1. Januar 2004 in Kraft treten sollten. Es ist deshalb rechtstechnisch erforderlich, diese Vorschriften mit Artikel 3 aufzuheben und mit Artikel 4 neu vorzugeben.

Zu Artikel 4: Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nummer 1 ändert in § 10 Abs. 1 BPfIV in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung die Bezugsgröße für die Erhebung des Zuschlags zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser. Anstelle der Bezugsgröße „Berechnungstag“ wird die Bezugsgröße „Behandlungsfall“ vorgegeben, die auch im Bereich der DRG-Krankenhäuser gilt.

Nummer 2 passt die Vorgaben des § 26 in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung redaktionell an die zeitliche Verschiebung bei der Ausbildungsfinanzierung an; vgl. Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a.

Zu Artikel 5: Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung

Die Regelung nimmt wie bisher auch zukünftig die Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vom Anwendungsbereich der Krankenhaus-Buchführungsverordnung aus.

Zu Artikel 6: Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die Entsteinerungsklausel ermöglicht es, diese durch ein Gesetz eingeführten Vorschriften später durch Rechtsverordnung zu ändern oder aufzuheben.

Zu Artikel 7: Inkrafttreten

Das Gesetz tritt grundsätzlich am Tag nach der Verkündung in Kraft. Lediglich die Änderungen zur Ausbildungsfinanzierung durch Artikel 4 treten am 1. Januar 2004 in Kraft.