

## **Änderungsanträge**

**zum Fallpauschalenänderungsgesetz**

## **Änderungsantrag 1**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

### Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 17b KHG)

- Optionskrankenhäuser: ganzjährige Befreiung von der Nullrate und ganzjährige Geltung der Erlösausgleiche

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

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

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

### Begründung:

Die Budgets der Krankenhäuser sind jeweils prospektiv für ein Jahr zu verhandeln. Dem entsprechend beziehen sich die pflegesatzrechtlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsrechts jeweils auf diesen Zeitraum. Die Ergänzung des § 17b Abs. 4 Satz 8 KHG stellt klar, dass dies auch für die Krankenhäuser gilt, die bis zur Nachfrist am 31. Dezember 2002 ihre Teilnahme am Optionsmodell 2003 erklärt haben und im Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen abrechnen. Diese Krankenhäuser sind ganzjährig von der Veränderungsrate „Null vom Hundert“ befreit. Ebenso werden die Vorschriften zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen nach dem Krankenhausentgeltgesetz ganzjährig angewendet. Dabei ist für die Frage, ob ein Mehr- oder Mindererlös vorliegt eine Gesamtbetrachtung anzustellen, bei der das gesamte Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) den Gesamterlösen des Krankenhauses gegenüber gestellt wird. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, unter Hinweis auf die Sechswochenfrist nach § 18 Abs. 4 KHG frühzeitig zu Budgetverhandlungen aufzufordern und die unverzügliche Vorlage der Verhandlungsunterlagen zu verlangen.

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 1a – neu - (§ 2 KHEntgG)

Finanzierung von Zentren  
und Schwerpunkten

Nach Artikel 2 Nr. 1 wird folgende Nummer eingefügt:

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

„4. die besonderen Leistungen von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Leistungen von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,“ “

### Begründung:

Die bisher auf Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte begrenzte, abschließende Aufzählung wird für weitere Zentren und Schwerpunkte in anderen medizinischen Fachbereichen geöffnet, beispielsweise für geriatrische Zentren.

## **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 2 – neu - (§ 3 KHEntgG)

- Definition des Begriffs  
„Fallpauschalen“

Artikel 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. § 3 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 Nr. 1 wird Buchstabe b aufgehoben.

b) Satz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„zu den Fallpauschalen gehören auch die Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie die um Abschläge verminderten Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und bei Verlegungen,“

bb) Nummer 2 wird aufgehoben.“

### Begründung:

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

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

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 4 – neu - (§ 6 KHEntgG)

Ausnahmen vom DRG-Fallpauschalensystem; krankenhaushausindividuelle Verhandlung

Artikel 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a wird die Angabe „Nr. 4“ durch die Angabe „Nr. 3“ ersetzt.
- b) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze angefügt:

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

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

### Begründung:

Buchstabe a nimmt eine redaktionelle Anpassung gegenüber dem Gesetzentwurf vor.

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

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

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 5a – neu - (§ 8 Abs. 5 KHEntgG)

Wiederaufnahme wegen  
Komplikationen

Nach Artikel 2 Nr. 5 wird folgende Nummer eingefügt:

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

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

### Begründung:

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

Wurden bei einem ersten Aufenthalt nach den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen Abschläge von der Fallpauschale vorgenommen, kann nach Satz 2 bei einer Fortsetzung der Behandlung nach Wiederaufnahme eine Nachberechnung erfolgen. Es wird somit für den gesamten Behandlungsfall bis zur Grenzverweildauer höchstens die vollstationäre Fallpau-

schale gezahlt. Wird nach der Wiederaufnahme die Grenzverweildauer überschritten, können zusätzlich die entsprechenden belegungstagesbezogenen Entgelte berechnet werden. Wird ein Patient nach Ablauf des Zeitraums bis zur Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschalen wegen Komplikationen wieder aufgenommen, kann eine neue Fallpauschale nach den Regeln des DRG-Systems berechnet werden.

Satz 3 zum Ausweis von Beurlaubungstagen entspricht der bisherigen Vorgabe.

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

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 11 Abs. 4 KHEntgG)

Redaktionelle Folgeänderungen zu  
den Änderungen der Aufstellung der  
Entgelte und Budgetermittlung (AEB)

In Artikel 2 Nr. 7 wird Buchstabe a wie folgt geändert:

- a) In Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „E1, E2“ durch die Angabe „E1 bis E3“ ersetzt.
- b) Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:  
„cc) Folgende Nummer wird angefügt:  
„3. für die Jahre ab 2005 die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“ “

### Begründung:

Durch die Buchstaben a und b werden die Krankenhäuser verpflichtet, ab dem Jahr 2004 auch den neu eingeführten Abschnitt E3 für die Pflegesatzverhandlungen vorzulegen. E3 enthält Informationen über nach § 6 KHEntgG krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte.

## **Änderungsantrag 7**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 9 – neu – (Anlage 1 zum KHEntgG)

Unterlage für Budget-  
verhandlungen: AEB

Nach Artikel 2 Nr. 8 wird folgende Nummer eingefügt:

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

- a) In der Übersicht zur Anlage 1 wird nach der Angabe  
„E2 Aufstellung der Zusatzentgelte“ folgende Angabe eingefügt:  
  
„E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhausesindividuell verhandelten  
Entgelte“
- b) Die Abschnitte der Anlage 1 werden wie folgt gefasst:

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus \*)<sup>1) 2)</sup>

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

\*) Musterblatt; EDV - Ausdrucke möglich.

1) Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:

- für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten,
- für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses.

Die Daten für beide Zeiträume sind unter Anwendung der für den Vereinbarungszeitraum geltenden Version des DRG-Fallpauschalen-Katalogs und des Groupers zu ermitteln. Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen.

2) Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahrs sind alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 5-6, 8-10, 12-14 und 16 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.

3) Ohne Überlieger am Jahresbeginn.



Krankenhaus:

Seite:

Datum:

E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhausindividuell verhandelten Entgelte \*)<sup>1) 2)</sup>

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte

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

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte

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

E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte

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

\*) Musterblatt; EDV - Ausdrücke möglich.

1) Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:

- für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten,
- für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses.

Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen.

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

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

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

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

**hier: Verhandlung des Gesamtbetrags für den Vereinbarungszeitraum**

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

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

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

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

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

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

Ifd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
	<b>Ermittlung des Ausgangswerts (Abs. 2 oder 3):</b>			
1	Erlösbudget für das laufende Jahr			
2	/ . Kosten für Zuschlags-Tatbestände (Nr. 1a; nur 2005)			
3	+/- Veränderung Entgelte § 6 (Nrn. 1b und 3)			
4	/ . entfallende Beträge nach § 18b KHG (Nr. 1c)			
5	/ . Leistungsverlagerungen (Nr. 1d)			
6	/ . Integrationsverträge, Modelle (Nr. 1e)			
7	/ . Ausgliederung ausländ. Patienten (Nr. 1f)			
7a	/ . Zahlungen für Ausbildung (Nr. 1g; nur für 2005)			
8	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2; nur 2005)			
9	<b>= Ausgangswert des Vorjahres</b>			
10	DRG-Erlösvolumen nach Absatz 4 Satz 1			
11	/ . Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (Abs. 4 Satz 2)			
12	<b>= Zielwert: DRG-Erlösvolumen (Abs. 4)</b>			
	<b>Ermittlung des Angleichungsbetrags:</b>			
13	Zielwert aus Ifd. Nr. 12			
14	/ . Ausgangswert des Vorjahres aus Ifd. Nr. 9			
15	= Differenzbetrag			
16	: 3 für das Jahr 2005 (oder : 2 für das Jahr 2006)			
17	<b>= Angleichungsbetrag (Abs. 5 Satz 1 oder Abs. 6 Satz 1)</b>			
	<b>Ermittlung des Erlösbudgets:</b>			
18	Ausgangswert aus Ifd. Nr. 9			
19	+/- Angleichungsbetrag aus Ifd. Nr. 17			
20	+ BAT-Angleichung (Abs. 5 Satz 2, 2. Halbsatz oder Abs. 6 Satz 2, 2. Halbsatz)			
21	<b>= Erlösbudget (Abs. 5 Satz 2 oder Abs. 6 Satz 2)</b>			
	<b>Ermittlung des Basisfallwerts (Abs. 7)</b>			
22	Erlösbudget aus Ifd. Nr. 21			
23	/ . Erlöse aus Zusatzentgelten			
23a	/ . Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
24	+/- neue Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre *)			
25	= Verändertes Erlösbudget (Abs. 7 Satz 1) **)			
26	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen			
27	<b>= Krankenhausindividueller Basisfallwert</b>			
28	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen			

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

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

### Begründung:

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

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

Abschnitt E2 der AEB bleibt unverändert.

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

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

## Änderungsantrag 8

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

### Zu Artikel 4 Nr. 01 – neu - (§ 6 BPfIV)

- Instandhaltungskosten in Bayern
- Finanzmittel 2004 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen

Vor Artikel 4 Nr. 1 wird folgende Nummer eingefügt:

„01. § 6 wird wie folgt geändert:

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

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

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

### Begründung:

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

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

Bis 1992 wurden derartige Maßnahmen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung von den Ländern gefördert. Auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1993 haben sich die Bundesländer – mit Ausnahme Bayerns – zur Entlastung ihrer Haushalte aus der Finanzierung der Instandhaltungsmaßnahmen zurückgezogen, so dass die Krankenhäuser in 15 Bundesländern von 1993 bis 1996 ganz auf die Finanzierung derartiger Instandhaltungsmaßnahmen verzichten mussten. Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 wurden die genannten Instandhaltungskosten pfl-

gesatzfähig gemäß § 17 Abs. 4b KHG, und zwar mit Wirkung vom 1. Januar 1997 (Instandhaltungspauschale von 1,1%). Die entsprechenden Beträge wurden in die Krankenhausbudgets einbezogen. Nach § 17 Abs. 4b Satz 4 KHG entfällt die Pflegesatzfähigkeit der genannten Instandhaltungskosten für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt. Der Freistaat Bayern beabsichtigt nunmehr, diese Förderung einzustellen.

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

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

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

## **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

### Artikel 5a (neu)

Verhandlungsmöglichkeit für Zusatz-  
entgelte für die Behandlung von Blutern

Nach Artikel 5 wird folgender Artikel eingefügt:

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

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

### Begründung:

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

## Änderungsantrag 10

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

### Artikel 5b (neu)

Zusammenarbeit der KVen mit den Gewerbeaufsichtsämtern bei der Qualitätsprüfung von Röntgenuntersuchungen,  
datenschutzrechtliche Klarstellung

Nach Artikel 5a wird folgender Artikel eingefügt:

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

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

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

### Begründung:

Die Qualitätsprüfung von Röntgenuntersuchungen findet sowohl durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV im Rahmen von §§ 135 ff. SGB V) als auch im Rahmen der Gewerbeaufsicht (Qualitätsprüfung im Zweijahresturnus nach § 17a der Röntgenverordnung durch die in der Regel bei den Ärztekammern angesiedelten „Ärztlichen Stellen“) statt.

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

z. B. auf die Unterlagen der Röntgenkommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermöglichen.

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

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

## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

### Zu Artikel 7

Inkrafttreten

Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

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

### Begründung:

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

(13) Ausschuss für Gesundheit

und Soziale Sicherung

Ausschussdrucksache

0152 A

Eingang am 19.05.03

zu TOP 1a der TO am 19.05.03

15. Wahlperiode

**Änderungsantrag 2 - neu -**

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)  
(BT-Drucksache 15/614)

Zu Artikel 2 Nr. 1a – neu - (§ 2 KHEntgG)

Finanzierung von Zentren  
und Schwerpunkten

Nach Artikel 2 Nr. 1 wird folgende Nummer eingefügt:

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

- „4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,“

Begründung:

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