

**Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen
im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004
(Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004
- FPVBE 2004)**

**Amtliche Begründung zum Referentenentwurf,
angepasst an den Verordnungstext vom 19. Dezember 2003**

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt der Verordnung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), das sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), beauftragt worden, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Die Vertragsparteien haben sich am 27. Juni 2000 auf das australische AR-DRG-System geeinigt und in der Folgezeit die Arbeiten zur Übersetzung der Fallpauschalen-Kataloge und der zugehörigen Kodierrichtlinien durchgeführt.

Mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 und dem Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 wurden die Einführungsbedingungen für das neue Vergütungssystem konkretisiert. Für das Jahr 2003 wurde der australische DRG-Katalog vorgegeben, erstmals kalkuliert mit den Verweildauer- und Kostendaten aus deutschen Krankenhäusern. Die Krankenhäuser konnten freiwillig entscheiden, ob sie auf dieser Grundlage das neue Vergütungssystem einführen wollen (Optionsmodell 2003).

Ab dem 1. Januar 2004 sind die DRG-Fallpauschalen von allen Krankenhäusern verbindlich einzuführen. Für dieses Jahr ist nach § 17b Abs. 6 KHG eine erste Fassung eines deutschen Fallpauschalen-Katalogs vorzugeben. Dieser soll schrittweise an die Besonderheiten der deutschen Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst werden. Da der erste Anpassungsschritt noch nicht in allen Fällen eine leistungsorientierte Vergütung sicherstellen kann, gilt für die Krankenhäuser auch im Jahr 2004, dass das neue Vergütungssystem „budgetneutral“ eingeführt wird. Dies bedeutet, dass die Höhe der DRG-Vergütung sich grundsätzlich noch nicht auf die Höhe des Krankenhausbudgets auswirkt.

Für den Fall, dass die Selbstverwaltungspartner sich bei der Entwicklung und Einführung des Fallpauschalensystems auf Teilbereiche nicht einigen können, bestimmt § 17b Abs. 7 KHG, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Vorschriften zu diesen Teilbereichen erlassen kann. Voraussetzung ist, dass eine der Vertragsparteien, d. h. die DKG allein oder die Krankenkassenseite mehrheitlich, für einen Teilbereich oder insgesamt das Scheitern erklärt.

Nachdem das Bundesministerium bereits die Fallpauschalen-Kataloge und die Abrechnungsregeln für die Jahre 2003 und 2004 im Wege einer solchen Ersatzvornahme jeweils durch Rechtsverordnung vorgeben musste, hat die DKG mit Schreiben vom 30. September 2003 erneut gegenüber dem Bundesministerium das Scheitern der Selbstverwaltungspartner erklärt. Die Partner konnten sich nicht darauf einigen, welche besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG zeitlich befristet für das Jahr 2004 von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden sollten.

Das BMGS hat den Sachverhalt mit einer Gruppe unabhängiger Sachverständiger beraten und die Verordnung unter Berücksichtigung der engen Zeitspanne bis zur verbindlichen Einführung der DRG-Fallpauschalen zum 1. Januar 2004 kurzfristig erarbeitet. Mit der Verordnung werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Ausnahme von Krankenhäusern oder Teilbereichen von Krankenhäusern, die auf Grund der Besonderheit der Fälle mit dem jetzigen Entwicklungsstand des DRG-Fallpauschalen-Katalogs ggf. noch nicht sachgerecht vergütet werden können,
- Begrenzung der Ausnahmen auf gravierende Fälle.

Bei der vom Gesetzgeber vorgegebenen schrittweisen Entwicklung des Fallpauschalen-Katalogs und der besonderen Absicherung der Krankenhäuser durch die „budgetneutrale Einführung“ nach § 3 des Krankenhausentgeltgesetzes kann die Einführung des neuen DRG-System bei weniger gravierenden Fällen im Jahr 2004 nicht zur Beeinträchtigung der Versorgung oder zu wirtschaftlich unzumutbaren Folgen für das Krankenhaus führen. Das Budget der Krankenhäuser wird für das Jahr 2004 wie bisher noch nach dem Recht der Bundespflegeverordnung verhandelt, also in seiner Höhe noch nicht von den DRG-Fallpauschalen bestimmt. Die Fallpauschalen haben im Jahr 2004 lediglich den Charakter von Abschlagszahlungen auf das herkömmlich vereinbarte Budget. Es ist für die Systementwicklung von besonderer Bedeutung, dass möglichst viele Krankenhäuser dieses Jahr nutzen, um die notwendigen Erfahrungen mit dem neuen Vergütungssystem zu sammeln. Ein in Teilbereichen noch nicht ausreichend differenzierter Fallpauschalen-Katalog kann vor dem Hintergrund der budgetneutralen Einführung nicht zu einer Ausnahme von Krankenhäusern in weniger gravierenden Fällen führen.

Durch die Ausnahme eines Krankenhauses oder eines Teils eines Krankenhauses aus dem DRG-Vergütungssystem wird der ausgenommene Bereich von der Abrechnung der Fallpauschalen im Jahr 2004 befreit. Das Krankenhausbudget verändert sich durch diese Ausnahme nicht.

Da die DKG das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner nur für das Jahr 2004 erklärt hat, gibt die Verordnung nur Regelungen für das Jahr 2004 vor. Welche befristeten Ausnahmen für das Jahr 2005 im Hinblick auf den dann nochmals weiterentwickelten Fallpauschalen-Katalog 2005 ggf. erforderlich sind, entscheiden entsprechend dem gesetzlichen Auftrag weiterhin die für die DRG-Einführung zuständigen Selbstverwaltungspartner (§ 17b Abs. 2 KHG).

Mit der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wird das Ziel einer leistungsorientierten pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen verfolgt. Dies gilt auch gleichstellungspolitisch, da der Fallpauschalen-Katalog geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnostik und Therapie Rechnung trägt. Für besondere Einrichtungen wird das Ziel einer leistungsorientierten Vergütung von Krankenhausleistungen nicht generell aufgegeben. Die Anwendung der Entgeltkataloge wird bei ihnen nur zeitlich befristet ausgesetzt, um im Einzelfall eine sachgerechtere Vergütung zu ermöglichen. Die Entgelte sind in diesem Fall krankenhausesindividuell zu vereinbaren.

II. Kosten

Die Verordnung legt durch eine Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 KHG für bestimmte Ausnahmefälle fest, welche Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern für das Jahr 2004 von der ansonsten für alle Krankenhäuser verbindlichen Einführung des Vergütungssystems ausgenommen werden. Hierdurch entstehen keine zusätzlichen Kosten. Zudem wird der Verordnungsgeber im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich nicht einigen konnten. Da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung und stetigen Weiterentwicklung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden, entstehen durch diese Verordnung für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben.

Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler infolge der Schiedsregelungen ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen.

B. Einzelbegründung

Zu § 1: Ausnahme von besonderen Einrichtungen

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt den durch gesetzliche Vorgabe bestimmten Rahmen der Ausnahmemöglichkeiten wieder.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt, dass ganze Krankenhäuser als besondere Einrichtungen von der DRG-Anwendung ausgenommen werden können, wenn sie die vorgegebenen Voraussetzungen erfüllen.

Eine grundsätzliche Herausnahme von Teilen eines Krankenhauses ist insbesondere auf Grund der Komplexität eines DRG-Fallpauschalensystems und wegen der bei internen Verlegungen von Patienten oder Patientinnen entstehenden Vergütungsproblematik derzeit nur mit einem höheren Verwaltungsaufwand durchführbar. Im Falle von internen Verlegungen müsste der in der ausgenommenen besonderen Einrichtung, zum Beispiel einer Fachabteilung, durchgeführte Behandlungsanteil mit krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelten und die Weiterbehandlung in einer anderen Abteilung mit einer ggf. zu kürzenden DRG-Fallpauschale vergütet

werden. Derzeit fehlen entsprechende fallbezogene Datengrundlagen aus den Krankenhäusern, um die Auswirkungen solcher Vorgaben abschätzen zu können.

Im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen budgetneutralen Einführung im Jahr 2004 kann und muss die Ausnahme aus der DRG-Vergütung deshalb grundsätzlich auf ganze Krankenhäuser begrenzt werden. Ausgenommen werden sollen grundsätzlich nur spezialisierte Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und mit dem Vergütungssystem nicht sachgerecht abgebildet werden. Die Krankenhäuser werden nur für das Jahr 2004 ausgenommen (§ 1 Abs. 1). Für das Jahr 2005 ist die Ausnahmeregelung auf der Grundlage eines bis dahin nochmals zu überarbeitenden Fallpauschalen-Katalogs ggf. neu zu fassen. Die Ausnahme von Teilen eines Krankenhauses aus der DRG-Vergütung regeln die Absätze 3 und 4. Soweit somatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, wird für diese Abteilungen ein gesondertes Budget nach § 3 KHEntgG verhandelt; dieser dem KHEntgG unterliegende Bereich ist als „Krankenhaus“ im Sinne dieser Verordnung anzusehen.

Eine Ausnahme macht in der Regel auch nur in gravierenden Fällen Sinn, in denen die Krankenhäuser oder bestimmte Patientengruppen durch eine noch nicht sachgerechte Vergütung benachteiligt würden. Krankenhäuser, die das Jahr 2004 nicht zur DRG-Einführung und damit nicht zur Einübung der Abrechnung mit den Kostenträgern nutzen, müssen im Jahr 2005 zu den dann geltenden gesetzlichen Vorgaben, d. h. ohne den Schutz eines budgetneutralen Jahres, auf das neue Vergütungssystem umstellen. Die Entscheidung, ob ein Krankenhaus für das Jahr 2004 auf eigenen Wunsch ausgenommen wird (§ 4 Abs. 1 Satz 1), muss deshalb eigenverantwortlich der Krankenhausträger treffen.

Ein Krankenhaus kann aus dem DRG-Vergütungssystem herausgenommen werden, wenn die mit Absatz 2 vorgegebenen Voraussetzungen vorliegen und das Krankenhaus zusätzlich nachweist, dass es besondere Patientengruppen behandelt (§ 2). Absatz 2 gibt einfach zu ermittelnde Maßstäbe vor, mit denen auffällige Krankenhäuser beschrieben werden.

Bei einer pauschalierten Vergütung sollte die Verweildauer der Patienten und Patientinnen idealerweise normalverteilt sein. Dabei würde jeweils die Hälfte der Fälle unterhalb und oberhalb der mittleren, der Kalkulation zu Grunde liegenden Verweildauer, liegen. Nummer 1 gibt als Maßstab für ein besonders belastetes Krankenhaus vor, dass mehr als Dreiviertel der Inlier-Fälle oberhalb der mittleren Verweildauer liegen, demnach nur bis zu einem Viertel der Inlier-Fälle unterhalb des Mittelwerts. Durch diese Kennzahl sollen insbesondere die Krankenhäuser als besondere Einrichtungen definiert werden, die einen hohen Anteil von Patienten oder Patientinnen mit einer über dem Mittelwert liegenden Verweildauer behandeln, deren Verweildauer aber nicht die obere Grenzverweildauer erreicht (rechtsschiefe Verteilung).

Nummer 2 zeigt dagegen die Belastung mit langliegenden Fällen auf, deren Verweildauer außerhalb des Normalbereichs der Fallpauschalen liegt und für die zusätzlich zur Fallpauschale tagesbezogene Entgelte gezahlt werden (Langlieger).

Grundlage für die Prüfung der Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 sind die im Jahr 2003 entlassenen Fälle des Krankenhauses; dabei werden die sog. Überlieger nicht abgezogen.

Zu Absatz 3

Die Ausnahmemöglichkeit nach Satz 1 ist eng begrenzt auf besondere Leistungsangebote eines Krankenhauses, bei denen infolge der ständigen Leistungsbereitschaft der Einrichtung hohe Vorhaltekosten entstehen, unabhängig davon, ob dieses Leistungsangebot überhaupt oder von nur wenigen Patienten in Anspruch genommen wird. Es geht somit insbesondere um die Sicherstellung von Behandlungsmöglichkeiten für den Fall, dass bestimmte, in der Regel seltene Erkrankungen kurzfristig behandelt werden müssen. Die Kosten dieser Vorhaltung können unter dem Gesichtspunkt einer leistungsgerechten Vergütung kaum verursachungsgerecht der Behandlung des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin zugerechnet werden. Auch für das Krankenhaus und die Krankenkassen ergeben sich erhebliche Finanzierungsrisiken, wenn hohe Vorhaltekosten auf eine sehr geringe Fallzahl verrechnet werden. Bereits eine geringe Über- oder Unterschreitung der bei der Budgetvereinbarung unterstellten Fallzahl führt zu erheblichen Mehr- oder Mindererlösen und entsprechenden finanziellen Risiken. Mit der Nennung der Beispiele „Isolierstationen“ oder „Einrichtungen für Schwerbrandverletzte“ hat der Verordnungsgeber klargestellt, welche Art von Einrichtungen unter diese Öffnungsklausel fallen sollen.

Auf Grund der Voraussetzungen nach Satz 1 können mit der Vorschrift normale Abteilungen oder Einrichtungen, die lediglich schlecht ausgelastet sind, nicht ausgenommen werden. Sie erfüllen die Voraussetzung „sehr niedrige Fallzahl“ im Sinne dieser Verordnung nicht. Darüber hinaus können auch bei schlecht ausgelasteten Abteilungen die Fallzahlen grundsätzlich ebenso verlässlich kalkuliert werden, wie bei besser ausgelasteten Abteilungen. Zudem sind die Leistungsangebote normaler Abteilungen oder Einrichtungen in der Regel nicht „zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung“ erforderlich, weil entsprechende Versorgungsangebote anderer Krankenhäuser wahrgenommen werden können. Die Finanzierung schlecht ausgelasteter Versorgungsangebote regelt § 17b Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 KHEntgG; für sie kann unter den dort genannten Voraussetzungen ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden.

Satz 2 erster Halbsatz stellt klar, dass diese Öffnungsklausel schon auf Grund ihrer Voraussetzungen nicht für normale Intensivabteilungen gilt. Soweit sich Abbildungsprobleme in diesem Bereich zeigen sollten, sind diese im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu lösen, nicht über eine Ausnahmeregelung.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Öffnungsklausel für Fälle, in denen die Besonderheit einer Einrichtung für die Krankenkassen als örtliche Vertragspartei ersichtlich ist, sich diese jedoch nicht ausreichend in den Maßstäben des Absatzes 2 niederschlägt. Dies ist nur für besondere Leistungsstrukturen denkbar, z. B. für Spezialkliniken. Auch im Hinblick auf die budgetneutrale Einführung der DRG-Fallpauschalen ist diese Ausnahmemöglichkeit auf seltene Ausnahmefälle begrenzt. Ergänzende Kriterien können z. B. ein vergleichsweise sehr hoher Basisfallwert oder die knappe Verfehlung der Voraussetzungen nach Absatz 2 sein.

Zu § 2: Nachweis besonderer Patientengruppen

§ 1 gibt die formalen Voraussetzungen für eine auf das Jahr 2004 befristete Ausnahme aus dem DRG-Vergütungssystem vor. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen hat die besondere

Einrichtung eine Anspruch darauf, ausgenommen zu werden. Das Krankenhaus muss jedoch in den Fällen des § 1 Abs. 2 oder 4 zusätzlich erläutern, welche besonderen Patientengruppen es behandelt und mit welchen Fallpauschalen diese Behandlung vergütet würde. Der Nachweis der besonderen Patientengruppen hat grundsätzlich DRG-bezogen durch Darlegung der Diagnosen und Prozeduren zu erfolgen. Außerdem ist darzulegen, dass die langen Verweildauern auf die besondere Patientengruppe zurückzuführen und somit medizinisch erforderlich sind. Auf dieser Grundlage entscheiden die Vertragsparteien der örtlichen Ebene oder im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle. Besonderheiten, die mit Diagnosen oder Prozeduren nicht hinreichend abgebildet werden, sind anderweitig zu begründen, z. B. durch den Nachweis von Funktionseinschränkungen oder Behinderungen von Patientinnen und Patienten.

Zu § 3: Entgelte für besondere Einrichtungen

Zu Absatz 1

Satz 1 verweist auf die Vorgabe des § 6 Abs. 1 KHEntgG, wonach für ausgenommene Bereiche krankenhausespezifische Fallpauschalen oder Tagessätze vereinbart werden können. Satz 2 stellt klar, dass dabei auch die DRG-Fallpauschalen übernommen und mit einer abweichenden Entgelthöhe vereinbart werden können. Auch in diesem Falle handelt es sich begrifflich um die Vereinbarung krankenhausespezifischer Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 des KHEntgG zuzuordnen sind. Der Begriff „DRG-Fallpauschale“ darf nur für die Entgelte des bundeseinheitlichen Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 der Fallpauschalenverordnung 2004 verwendet werden, die dem Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG zuzuordnen sind.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Abgrenzung und die Kalkulationsinhalte der krankenhausespezifischen Entgelte, die für Einrichtungen nach § 1 Abs. 3 vereinbart werden. Nach Satz 1 werden die bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten entstehenden variablen Kosten (fallabhängige Kosten) mit einer krankenhausespezifischen Fallpauschale oder einem Tagessatz abgerechnet. Die hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten der Einrichtungen sollen nicht bei dem einzelnen Behandlungsfall in Rechnung gestellt, sondern über einen Zuschlag finanziert werden, der bei allen Patienten und Patientinnen des Krankenhauses zusätzlich abgerechnet wird. Damit wird sichergestellt, dass die Vorhaltekosten finanziert werden, auch wenn die besondere Einrichtung nicht oder nur für wenige Behandlungsfälle genutzt wird.

Zu § 4: Vereinbarungen über besondere Einrichtungen

Zu Absatz 1

Eine Vereinbarung über die Ausnahme einer besonderen Einrichtung setzt neben den Anforderungen nach den §§ 1 und 2 voraus, dass das Krankenhaus einen entsprechenden Antrag stellt (Satz 1). Sind alle Voraussetzungen erfüllt, können die Vertragsparteien der örtlichen Budgetvereinbarung eine Einrichtung von der Anwendung des Vergütungssystems ausnehmen. Im Falle der Nichteinigung entscheidet wie üblich die Schiedsstelle. Dies gilt jedoch nicht für die Ausnahmemöglichkeit nach § 1 Abs. 4, die nur bei ausdrücklicher Zustimmung der Krankenkassen umsetzbar ist.

Zu Absatz 2

Die Sätze 1 und 2 verweisen auf die Vorgaben des § 6 KHEntgG insbesondere zur Vorlage von Verhandlungsunterlagen und zur Vereinbarung von Entgelten. Für ausgenommene Einrichtungen gelten nach § 6 Abs. 3 KHEntgG nicht die Vergütungsregeln des Krankenhausentgeltgesetzes, sondern weiterhin die Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Wird ein ganzes Krankenhaus aus der DRG-Vergütung ausgenommen, ist ein entsprechendes Budget nach § 6 Abs. 1 BPfIV zu vereinbaren. Wird als besondere Einrichtung lediglich ein Teil eines Krankenhauses ausgenommen (§ 1 Abs. 3 oder 4), sind die dafür vereinbarten Entgelte in die Erlössumme einzubeziehen, die nach § 6 Abs. 3 KHEntgG für krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte zu bilden ist. Diese Erlössumme ist von dem Krankenhausbudget (Gesamtbetrag nach § 3 KHEntgG) abzuziehen, verringert dieses also.

Satz 3 bestimmt für besondere Einrichtungen nach § 1 Abs. 3 oder 4, die Teil eines Krankenhauses sind, dass die Ausgliederung der Einrichtung anhand ihrer Kosten vorzunehmen ist. Diese Kosten sind sachgerecht abzugrenzen und zu kalkulieren, soweit möglich also z. B. unter Heranziehung der Kostenstellenrechnung und ergänzender Kalkulationen zu den Personal- und Sachkosten. Die Kalkulationsunterlagen sind den Krankenkassen als Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Budgetvereinbarung vorzulegen.

Zu § 5: Informationen über besondere Einrichtungen

Für die Weiterentwicklung und Verbesserung des DRG-Vergütungssystems ist die konstruktive Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften am strukturierten Dialog mit dem DRG-Institut und die Teilnahme von Krankenhäusern am Kalkulationsverfahren erforderlich. Dies gilt um so mehr für medizinische Bereiche, die sich durch das Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet sehen. Die befristete Ausnahme aus dem System wird deshalb mit der Verpflichtung zur Vorlage von Informationen verknüpft, die für die Systementwicklung benötigt werden.

Zu Absatz 1

Satz 1 gibt die zu liefernden Informationsinhalte vor. Die Informationen werden von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG übermittelt, also auch von den Krankenkassen, die damit die Richtigkeit der Angaben bestätigen. Nummer 4 verpflichtet zu einer Begründung, weshalb die Vergütung nicht sachgerecht ist; dabei werden besondere Leistungen der Einrichtung oder besondere Kosten zu benennen sein. Nummer 4 schreibt jedoch nicht die Vorlage einer Kostenkalkulation vor. Die Informationen sind unverzüglich nach den entsprechenden Budgetvereinbarung zu übermitteln.

Satz 2 bestimmt, dass das Krankenhaus zeitgleich die Datensätze nach § 21 KHEntgG übermitteln muss, die dem DRG-Institut eine nähere Analyse und einen Vergleich mit den Kalkulationsgrundlagen und -ergebnissen zum Fallpauschalen-Katalog ermöglichen.

Zu Absatz 2

Satz 1 verpflichtet das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner, die Informationen über besondere Einrichtungen zu prüfen und daraus Möglichkeiten zur Verbesserung des Vergütungssystems abzuleiten. Das Institut kann nach Satz 2 ergänzend oder an Stelle der nach Absatz 1

Satz 2 zu liefernden Datensätze die bereits vom Krankenhaus nach § 21 KHEntgG gelieferten Daten verwenden. In diesem Falle kann das DRG-Institut das Krankenhaus von der nochmaligen Lieferung der Daten befreien.

Satz 3 bestimmt, dass das DRG-Institut die für das Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartner und das die Ersatzvornahmen durchführende Bundesministerium über Art und Umfang der Ausnahmen und deren Begründung unterrichtet und Lösungsmöglichkeiten aufzeigt. Damit soll die Grundlage für Systementscheidungen geschaffen werden.

Zu § 6: Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft, damit auch besondere Einrichtungen zeitnah Budgetvereinbarungen für das Jahr 2004 treffen können. Da die Geltungsdauer der Verordnung auf das Jahr 2004 beschränkt ist, tritt sie mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.