

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)

A. Problem und Ziel

Im Rahmen der DRG-Einführung werden die Krankenhausbudgets bis zum 1. Januar 2009 an landesweit einheitliche Preise angeglichen (Konvergenzphase). Bereits bei dem Beschluss, ein DRG-Vergütungssystem für die Bundesrepublik Deutschland einzuführen, hat der Gesetzgeber sich auf gesetzliche Regelungen bis zum Ende der Konvergenzphase beschränkt. Auch bei der Investitionsfinanzierung besteht Anpassungsbedarf, um für die Krankenhäuser verlässlichere Rahmenbedingungen und solidere Kalkulationsgrundlagen für die Planung und Durchführung notwendiger Investitionsmaßnahmen zu schaffen. Dementsprechend sollen mit diesem Gesetzentwurf die künftigen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vorgegeben werden. Darüber hinaus erfordert die aktuelle wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser gesetzliche Anpassungen, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Insgesamt wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser durch die mit diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen wesentlich verbessern.

B. Lösung

Zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und zur Weiterentwicklung des Finanzierungssystems sind schwerpunktmäßig folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Hierzu erfolgt die Vergabe eines Entwicklungsauftrags, um bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln;
- für das Jahr 2009 wird eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009 ermöglicht;
- Beauftragung des Statistischen Bundesamtes einen Orientierungswert zu ermitteln, der zeitnah die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfasst und voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise dienen kann;
- planmäßiger Wegfall des Abschlags in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (GKV-Rechnungsabschlag);

- Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern; in drei Jahren schrittweiser Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst sowie Möglichkeit zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen;
- schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor im Zeitraum von 2010 bis 2014;
- Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2013, verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung;
- im Rahmen des DRG-Vergütungssystems Überprüfung der Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen;
- Sicherstellung der Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege und der Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

In einem technisch orientierten Teil des Gesetzentwurfes werden

- Regelungen zu der zum Jahresende 2008 ablaufenden DRG-Einführungs- und Konvergenzphase aufgehoben und
- die verbleibenden Regelungen für den künftigen Regelbetrieb des DRG-Vergütungssystems aktualisiert und ergänzt.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Maßnahmen dieses Gesetzes Mehrausgaben in Höhe von insgesamt rd. 2 Mrd. Euro. Die mit dem Gesetz ab dem Jahr 2009 verbundenen Mehrausgaben bei den gesetzlichen Krankenkassen, die rechnerisch einer Größenordnung von 0,2 Beitragssatzpunkten entsprechen, sind bei der Kalkulation des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes im Rahmen der Rechtsverordnung der Bundesregierung nach § 241 SGB V zu berücksichtigen und in der Regel zu gleichen Teilen von den Mitgliedern der Krankenkassen und deren Arbeitgebern zu tragen.

Im Einzelnen resultieren die Mehrausgaben insbesondere aus folgenden Maßnahmen:

- Anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009	1,35 Mrd. €
- Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals	0,22 Mrd. €
- Wegfall des GKV-Rechnungsabschlags	0,23 Mrd. €
- Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie	0,06 Mrd. €
- Finanzierung der Praxisanleitung bei der Ausbildungsfinanzierung	0,15 Mrd. €

Die Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors wird wegen der Korridorlösung für die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht vollständig budgetneutral auszugestalten sein. Ob die Einführung in den Jahren 2010 bis 2015 für die Krankenkassen zu Mehr- oder Minderausgaben führen wird, ist schwer vorherzusagen, da eine Modellrechnung stark von den Voraussetzungen abhängt (z. B. Kosten-, Grundlohn-, Fallzahlentwicklung). Wegen der Änderungen im Preisniveau für akutstationäre Krankenhausleistungen wird es zu einer Umverteilung der Ausgaben der Krankenkassen zwischen den einzelnen Ländern kommen. Die Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors wird außerdem zur Folge haben, dass die Krankenhausentgelte für selbstzahlende Patientinnen und Patienten in einigen Ländern fallen, in anderen Ländern werden sie erhöht.

Die nach diesem Gesetz vorgesehene Möglichkeit zur Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ist für die Länder nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Für den Bund als Beihilfeträger entstehen durch höhere Entgelte für stationäre Behandlung Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise ca. 11 Mio. Euro pro Jahr, für die Tarifbeschäftigten wird der Bund durch den aus den gestiegenen Entgelten resultierenden höher festzulegenden Beitragssatz voraussichtlich mit weiteren 8 Mio. Euro pro Jahr belastet. Die mit diesem Gesetz verbundenen Maßnahmen führen ab dem Jahr 2009 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres zu einer finanziellen Mehrbelastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte in Höhe von rund 22 Mio. Euro.

Die mit diesem Gesetz verbundenen Mehrausgaben, die in der gesetzlichen Krankenversicherung rechnerisch einer Größenordnung von ca. 0,2 Beitragssatzpunkten entsprechen, sowie die zu erwartenden höheren Ausgaben für Privatversicherte und Beihilfen führen außerdem für den Bund unmittelbar zu Mehrbelastungen im Bereich des SGB II für Arbeitslosengeld-II-Bezieher und Personalkosten. Hier ist mit Mehrbelastungen in Höhe von mindestens 75 Mio.

Euro jährlich zu rechnen. Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeld-Bezieher (BA-Haushalt SGB III) werden auf jährlich rd. 36 Mio. Euro geschätzt. Für die Rentenversicherung bedeuten diese Mehrausgaben eine jährliche Mehrbelastung bei den Aufwendungen zur Krankenversicherung der Rentner in Höhe von rd. 200 Mio. Euro.

Mit Steuermindereinnahmen ist im Jahr 2009 im Arbeitnehmerbereich wegen weitgehend ausgeschöpfter Höchstgrenzen allenfalls in geringem Umfang zu rechnen, auf Unternehmensebene fallen Mindereinnahmen in Höhe von 300 Mio. Euro an. Ab dem Jahr 2010 dürften die Mindereinnahmen allerdings insgesamt 600 Mio. Euro erreichen, da durch die Umsetzung des Urteils des BVerfG zur vollen steuerlichen Berücksichtigung der Aufwendungen für eine Krankenversicherung dann auch im Arbeitnehmerbereich mit Mindereinnahmen in Höhe von 300 Mio. Euro zu rechnen ist.

Insgesamt werden im Jahr 2009 Bund, Länder und Gemeinden in ihrer Funktion als Arbeitgeber durch die paritätische Finanzierung des allgemeinen Beitragssatzes, die höheren Entgelte für akutstationäre Behandlung im Bereich der Beihilfe, Mehrausgaben in den verschiedenen sozialen Sicherungssystemen sowie Steuermindereinnahmen voraussichtlich mit rd. 730 Mio. Euro belastet. Auf der anderen Seite werden Bund, Länder und Gemeinden durch viele Maßnahmen des Gesetzes als Krankenhausträger finanziell entlastet, insbesondere durch die anteilige Refinanzierung der aktuellen Tarifierhöhungen für die Beschäftigten der Krankenhäuser. Da rund ein Drittel der Krankenhäuser mit etwa der Hälfte der Betten in öffentlicher Trägerschaft geführt werden, kann angesichts der mit diesem Gesetz verbundenen Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von 2 Mrd. Euro mit einer Entlastung der öffentlichen Träger in der Größenordnung von rd. 1 Mrd. Euro gerechnet werden.

Gesetzlich Krankenversicherte sind durch Mehrausgaben dieses Gesetzes und daraus resultierenden Veränderungen des Beitragssatzniveaus insgesamt in gleichem Umfang betroffen wie die Arbeitgeber. Darüber hinausgehend werden die in diesem Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen auch zu einer Anhebung der Krankenhausentgelte für privat versicherte Personen in einem geschätzten Finanzvolumen von ca. 200 Mio. Euro führen, die von Selbstzahlern, Beihilfe und privaten Krankenversicherern zu tragen sind. Diese 200 Mio. Euro kommen als zusätzliche Einnahmen bei den Krankenhäusern an, deren Mehreinnahmen durch dieses Gesetz damit insgesamt 2,2 Mrd. Euro betragen.

E. Sonstige Kosten

Die mit diesem Gesetz verbundenen Mehrausgaben führen für die Unternehmen als Arbeitgeber insofern zu Mehrbelastungen, als diese Mehrausgaben zu einer Veränderung des Beitragssatzniveaus der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer hälftig beitragen. Die Mehrausgaben entsprechen rechnerisch einer Größenordnung von 0,2 Beitragssatzpunkten. Die gesetzliche Unfallversicherung rechnet mit Mehrkosten von rd. 1 Mio. Euro, welche durch eine nachträgliche Beitragsanhebung auf die Arbeitgeber umgelegt werden wird und somit die Wirtschaft mit zusätzlichen Abgaben belastet.

Weitere Belastungen für Wirtschaft und insbesondere auch für mittelständische Unternehmen entstehen mit dem Gesetzentwurf nicht.

Die veranschlagte Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von ca. 2 Mrd. Euro ist bei Festlegung des von der Bundesregierung festzulegenden einheitlichen Beitragssatzes erhöhend zu berücksichtigen. Für die private Krankenversicherung ist eine Mehrbelastung in Höhe von ca. 150 Mio. Euro zu erwarten. Die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und insbesondere das Verbraucherpreisniveau dürften moderat ausfallen.

F. Bürokratiekosten

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden insgesamt sieben neue Informationspflichten eingeführt, zwei bestehende Informationspflichten (Artikel 2 Nr. 5 Buchstabe d - § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG und Anlage 1 Abschnitt B2 des Krankenhausentgeltgesetzes) werden geändert und dadurch bürokratischer Aufwand vermindert. Insgesamt wird der Gesetzentwurf voraussichtlich zu Bürokratiekosten in Höhe von ca. 1,759 Mio. Euro pro Jahr führen. Die Bürokratiekosten wurden überwiegend auf Basis einer ex ante Abschätzung mit Hilfe von Zeitwerten und unter Berücksichtigung der Tariftabelle des Statistischen Bundesamtes und auf Basis der vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Bürokratiekostenmessung der Krankenhäuser ermittelt. Die Bürokratiekosten verteilen dabei sich wie folgt auf die einzelnen Informationspflichten:

- Jährliche Übermittlung von Abrechnungsdaten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und der psychiatrischen Institutsambulanzen an das DRG-Institut sowie patientenbezogene Einstufung nach der Psychiatrie-Personalverordnung ca. 4.020.000 €

- Jährlicher Nachweis des Krankenhauses über eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzliches Pflegepersonal	ca. 19.000 €
- Jährliche Vorlage einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung	ca. 9.000 €
- Ausweis der Zu- und Abschläge in der Rechnung	-
- Vorzulegende Unterlagen für besondere Einrichtungen	-
- Meldung wichtiger Vereinbarungswerte beim Landesbasisfallwert an das DRG-Institut	ca. 1.000 €
- Übermittlung von Ausbildungskostendaten an das DRG-Institut	-
- Änderung der Anlage 1 Abschnitt B2 des Krankenhausentgeltgesetzes	ca. -2.300.000 €
- Jährlicher Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über zusätzlich eingestellte Pflegekräfte	ca. 10.000 €

Für die Bürgerinnen und Bürger sowie für Unternehmen außerhalb des Krankenhausbereiches entstehen aus diesem Gesetz keine zusätzlichen Informationspflichten.

**Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 –
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)**

Vom 2008

Der Bundestag hat 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 Artikel 18 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

(1) Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b erhalten, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Dafür werden bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens legen Bund und Länder fest. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

(2) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investi-

onsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen ihr DRG-Institut, bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend.“

2. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Für die mit pauschalierten Pflegesätzen vergüteten voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen gelten im Bereich der DRG-Krankenhäuser die Vorgaben des § 17b und im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Vorgaben des § 17d.“

b) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „gefördert werden,“ die Wörter „sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger“ eingefügt.

3. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 17a

Finanzierung von Ausbildungskosten“ .

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses in Folge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxis-

anleitung in Folge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (Ausbildungskosten)“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 sind bei einer Anrechnung nach den Sätzen 3 und 4 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu finanzieren.“

c) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 wird das Wort „Ausbildungsstätten“ durch das Wort „Ausbildung“ ersetzt.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch das Wort „Ausbildungskosten“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „sowie die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen“ gestrichen.

e) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Kosten der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch das Wort „Ausbildungskosten“ ersetzt.

f) In Absatz 4a werden die Wörter „die Kosten der Ausbildungsstätten, die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „die Ausbildungskosten“ ersetzt.

g) In Absatz 4b Satz 1 werden Wörter „Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „sonstigen Ausbildungskosten“ ersetzt.

4. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 17b

**Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
für DRG-Krankenhäuser“ .**

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin“ durch die Wörter „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.“

c) Absatz 4 Satz 3 und 5 bis 9 wird aufgehoben.

d) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach der Angabe „Absätzen 1 und 3“ die Wörter „sowie § 10 Abs. 2 und § 17d“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „den Absätzen 1 und 3“ durch die Wörter „diesem Absatz“ ersetzt.

e) Absatz 6 Satz 2 wird aufgehoben.

f) In Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 werden die Wörter „Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch das Wort „Ausbildungskosten“ ersetzt.

5. Nach § 17c wird folgender § 17d eingefügt:

„§ 17d

**Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Krankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern (psychiatrische Einrichtungen) und für selbständige, gebietsärztlich geleitete Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Die Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 für Richtwerte nach § 17a Abs. 4b und Regelungen für Zu- und Abschläge sowie § 17b Abs. 1 Satz 15 und 16 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen gelten entsprechend. Für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gelten § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9 und § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem

zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das DRG-Institut. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 sind entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische Fragen betroffen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Sie vereinbaren bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.

(5) Für die Finanzierung der den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragenen Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 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 nach Absatz 2 Satz 3 oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4 zu bestimmen, die mit dem neuen 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.

Das Bundesministerium kann von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Es kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. § 17b Abs. 8 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind. Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.“

6. In § 28 Abs. 4 werden nach den Wörtern „eine Auswertung“ die Wörter „als Bundesstatistik“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angaben zu den §§ 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:

„§ 3 Grundlagen

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

§ 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen“.

b) In der Angabe zu § 21 wird die Angabe „DRG-“ gestrichen.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „DRG-Krankenhäuser“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 4 wird aufgehoben.

3. § 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 3

Grundlagen

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbartes Erlösbudget nach § 4,

2. eine von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbarte Erlössumme nach § 6 Abs. 3 für krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte,
3. Entgelte nach § 6 Abs. 2 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern,
5. Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.“

4. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009“ .

- b) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Es umfasst nicht die krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern und nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.

(2) Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden. Die Entgelthöhe für die Fallpauschalen wird ermittelt, indem diese nach den Vorgaben des Entgeltkatalogs und der Abrechnungsbestimmungen mit den effektiven Bewertungsrelationen und mit dem Landesbasisfallwert nach § 10 bewertet werden. Der sich ergebende Betrag ist um die Summe der Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Absatz 6 zu vermindern. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus Fallpauschalen in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patientinnen und Patienten entlassen werden.“

- c) Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

d) Die Absätze 6 bis 8 werden durch die folgenden Absätze 6 bis 10 ersetzt:

„(6) Solange die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dem Grunde nach einen Abschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, diesen jedoch in der Höhe nicht festgelegt haben, oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen.

(7) Werden von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems bisher ausgenommene besondere Einrichtungen nach § 6 Abs. 1 im Vereinbarungszeitraum in das Erlösbudget einbezogen, wird die Differenz zwischen dem Anteil dieser Leistungen an der zuletzt vereinbarten Erlössumme nach § 6 Abs. 3 und dem neuen im Rahmen des Erlösbudgets vereinbarten Vergütungsanteil in einem Zeitraum von drei Jahren schrittweise abgebaut. War der bisher nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Vergütungsanteil höher, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 im ersten Jahr um zwei Drittel und im zweiten Jahr um ein Drittel der für das jeweilige Jahr ermittelten Differenz erhöht; war der bisher vereinbarte Vergütungsanteil niedriger, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 entsprechend vermindert. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unter- oder Überdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zu- oder Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unter- oder Überdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleichs für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen.

(8) Für das Jahr 2009 vereinbaren die Vertragsparteien den Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung dieses Gesetzes.

(9) Für das Jahr 2009 wird bei Krankenhäusern, bei denen der nach Maßgabe der folgenden Sätze veränderte Ausgangswert für das Jahr 2009 mehr als 3,0 Prozent über dem Erlösbudget nach Absatz 2 liegt, das Erlösbudget abweichend von Absatz 2 wie folgt ermittelt: Der veränderte Ausgangswert ist nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1, Abschnitt B2 lfd. Nr. 1 bis 15 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu berechnen; dabei ist Absatz 4 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzliche oder wegfallende Leistungen zu 100 Prozent zu berücksichtigen sind. Der veränderte Ausgangswert wird um 3,0 Prozent abgesenkt und in dieser Höhe als Erlösbudget vereinbart. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unterdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unterdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleiche für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen. Ab dem Jahr 2010 wird das Erlösbudget auch dieser Krankenhäuser nach Absatz 2 ermittelt.

(10) Die bei der Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 70 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen

Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich eingestellt wurden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

e) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses

aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird aufgehoben.

cc) In dem bisherigen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 und 4“ durch die Wörter „Sätzen 3 und 4“ ersetzt.

dd) Die bisherigen Sätze 6 bis 8 werden aufgehoben.

ee) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet. Steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.“

f) Der bisherige Absatz 10 wird Absatz 4.

g) Der bisherige Absatz 11 wird Absatz 5 und Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abzurechnen.“

h) Die Absätze 12 bis 14 werden aufgehoben.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 5

Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen" .

- b) Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 sowie ein Unterschiedsbetrag nach § 4 Abs. 5 werden über einen gemeinsamen Zu- und Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a verrechnet und unter der Bezeichnung „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche“ gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zu- oder Abschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Würden die voll- und teilstationären Entgelte durch einen Zuschlag nach Satz 1 insgesamt um mehr als 15 Prozent erhöht, sind übersteigende Beträge in nachfolgenden Vereinbarungszeiträumen mit Hilfe des Zu- oder Abschlags nach Satz 1 bis jeweils zu dieser Grenze zu verrechnen. In seltenen Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 einen höheren Zuschlag vereinbaren, wenn dies erforderlich ist, um eine ansonsten hierdurch entstehende wirtschaftliche Gefährdung des Krankenhauses abzuwenden. Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zu- oder Abschlagsbeträge von dem zu verrechnenden Betrag nach Satz 2 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie über die Gesamtsumme und den Zu- oder Abschlag für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden; dabei sind die Verrechnungen in die Grenze nach Satz 3 einzu beziehen.

(5) Kann ein Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 wegen der Schließung des Krankenhauses nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und teilstationär behandelt wurden, gesondert in Rechnung gestellt

oder an diese zurückgezahlt. Auf die einzelne Krankenkasse entfällt davon der Teilbetrag, der ihrem entsprechenden Anteil an der Summe der Entgelte im Vorjahr entspricht. Die Vertragsparteien nach § 11 können eine abweichende Vereinbarung schließen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 werden durch die Wörter „noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können,“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „oder Zusatzentgelte“ die Wörter „außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „für das Jahr 2005 vor dem 1. Februar 2005 und für die Folgejahre“ gestrichen.

c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „des Erlösbudgets nach § 4“ durch die Wörter „der Erlössumme nach Absatz 3“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Werden krankenhausesindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Sie umfasst nicht die Entgelte nach Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern. Für die Vereinbarung der Entgelte und der Erlössumme sind Kalkulationsunterlagen nach Absatz 1 Satz 2 vorzulegen. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten darüber hinaus die Vorschriften zur Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1

und 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend; die Unterlagen sind nur bezogen auf den Bereich der Einrichtung und nur insoweit vorzulegen, wie die anderen Vertragsparteien nach § 11 nicht darauf verzichten. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab, sind die Mehr- oder Mindere Erlöse nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 zu ermitteln und auszugleichen.“

e) Absatz 4 wird aufgehoben.

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert.

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Nummern 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,

4. der Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 4 Abs. 9, § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3),“.

bbb) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „für besondere Einrichtungen und“ eingefügt.

ccc) In Nummer 7 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

ddd) Nummer 8 wird aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des

Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.“

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6, die Entgelte sind in der nach § 6 krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4, die Zu- und Abschläge werden krankenhausindividuell vereinbart.

Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.“

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Nr. 2“ die Wörter „oder nach § 6 Abs. 1 bis 2a“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14“ durch die Wörter „im Jahr 2009 ein Zuschlag nach § 4 Abs. 8“ ersetzt.

cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

dd) Die Nummern 4 und 5 werden die Nummern 3 und 4.

b) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Rechnungen des Krankenhauses für selbstzahlende Patientinnen oder selbstzahlende Patienten sind in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten. Dabei sind die Fallpauschalen und Zusatzentgelte mit der Nummerierung und den vollständigen Texten aus dem jeweils anzuwendenden Entgeltkatalog, den maßgeblichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Fallpauschalen den effektiven Bewertungsrelation und dem Landesbasisfallwert auszuweisen. Zu den Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sind außerdem die entsprechenden Textfassungen anzugeben. Weitere Entgelte sowie Zu- oder Abschläge sind mit kurzen verständlichen Texten zu bezeichnen. Die Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 3 werden in der Rechnung zusammengefasst und gemeinsam als „Systemzuschlag“ ausgewiesen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt zur Gestaltung der Rechnung eine entsprechende Empfehlung im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung ab. Das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.“

9. § 9 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „zu Verlegungsfällen und“ sowie nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „(effektive Bewertungsrelationen)“ eingefügt.

b) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 4,“ .

10. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „landesweit geltenden Basisfallwert“ das Wort „(Landesbasisfallwert)“ eingefügt.

bb) Satz 5 Nr. 1 und 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der Satzteil vor Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:".

bb) In Nummer 5 werden die Wörter „Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen" durch das Wort „Ausbildungskosten" ersetzt.

cc) In Nummer 6 werden vor dem Wort „absenkend" die Wörter „im Jahr 2009" sowie nach der Angabe „§ 4 Abs. 6 Satz 4" die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung" eingefügt.

dd) In Nummer 7 wird die Angabe „§ 7 Satz 1 Nr. 4" durch die Angabe „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4" ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „überschreiten" ein Semikolon und die Wörter „die Veränderungsrate wird nach Maßgabe des Absatzes 6 künftig durch einen Veränderungswert ersetzt" eingefügt.

e) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze 5 und 6 eingefügt:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 jeweils tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwi-

schen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrate zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrate neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich in Folge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

(6) Mit dem Ziel, die in Absatz 4 vorgegebene Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzulösen, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; die Länder sind einzubeziehen. Der Wert soll erstmals zum 30. Juni 2010 ermittelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Jahr in dem die Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 abgelöst wird sowie den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 4 Satz 1 ist.“

- f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.
- g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 10 und in Satz 1 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 6“ eingefügt.
- h) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 11 und wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 4 Abs. 14“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 4 Abs. 13“ durch die Angabe „§ 4 Abs. 8“ ersetzt.
- i) Der bisherige Absatz 8 wird durch folgende Absätze 8 und 9 ersetzt:

„(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von + 2,5 Prozent bis – 1,5 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 5 verhandelte Basisfallwert

1. von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, oder
2. von dem unteren Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert niedriger ist,

und von diesem Zwischenergebnis

- a) 20 Prozent im Jahr 2010,
- b) 25 Prozent im Jahr 2011,
- c) 33 Prozent im Jahr 2012,
- d) 50 Prozent im Jahr 2013,
- e) 100 Prozent im Jahr 2014,

errechnet werden. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen ist, zu vereinbaren. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen.

(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurde, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteilig-

te Landeskrankenhausgesellschaft bis zum 31. Juli jeden Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das DRG-Institut. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das DRG-Institut den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. September jeden Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes."

j) Folgender Absatz 12 wird angefügt:

„(12) In den ab dem 1. Januar 2012 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“

11. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „das Erlösbudget nach § 4, die Summe der Bewertungsrelationen, die sonstigen Entgelte nach § 6, die Erlössumme nach § 6 Abs. 3, die Zu- und Abschläge“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 Nr. 1 bis 3 wird durch die Wörter „die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird der zweite Halbsatz gestrichen.

12. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „des Gesamtbetrags, des Erlösbudgets, des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts“ durch die Wörter „des Erlösbudgets“ ersetzt.

13. In § 14 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 10“ ein Komma eingefügt, die Wörter „und der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte“ werden durch die Wörter „des Erlösbudgets nach § 4“ und das Wort „Zuschläge“ wird durch die Wörter „Zu- und Abschläge“ ersetzt.

14. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Vor Absatz 1 wird folgender Absatz 1 eingefügt:

„(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 werden bei Patientinnen und Patienten abgerechnet, die ab dem 1. Januar in das Krankenhaus aufgenommen werden, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbart haben. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr bewertet. Wird der Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, ist er ab dem ersten Tag des Monats anzuwenden, der auf die Genehmigung folgt. Bis dahin sind die Fallpauschalen mit dem bisher geltenden Landesbasisfallwert zu bewerten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen; abweichend hiervon ist für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausesindividuelle Basisfallwert abzurechnen. Werden die Entgeltkataloge für die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 so spät vereinbart oder durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgegeben, dass eine erstmalige Abrechnung erst nach dem 1. Januar möglich ist, sind bis zum Inkrafttreten der neuen Entgeltkataloge die bisher geltenden Fallpauschalen oder Zusatzentgelte weiter abzurechnen.“

b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die für das Kalenderjahr krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben.“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben; dies gilt nicht, wenn

1. ein bisher krankenhausesindividuell vereinbartes Entgelt ab dem 1. Januar nicht mehr abgerechnet werden darf, weil die Leistung durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt aus den neuen Entgeltkatalogen vergütet wird, oder
2. die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen festlegen, dass hilfsweise ein anderes Entgelt abzurechnen ist.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt gefasst:

„(3) Mehr- oder Mindererlöse in Folge der Weitererhebung des bisherigen Landesbasisfallwerts und bisheriger Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 werden grundsätzlich im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet.“

15. In § 17 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes“ eingefügt.

16. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „DRG-Daten“ durch das Wort „Daten“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 Buchstabe c werden die Wörter „Höhe der Personal- und Gesamtkosten“ durch die Wörter „Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Kosten der Ausbildungsstätte gegliedert nach Sachaufwand, Gemeinkosten und vereinbarten Gesamtkosten“ ersetzt.

bb) Nummer 2 Buchstabe g und h wird wie folgt gefasst:

"g) Art aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte,

h) Höhe aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte."

c) In Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems" die Wörter „nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" ersetzt.

17. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In dem Vorblatt wird die Angabe zu Abschnitt B 2 wie folgt gefasst:

„B 2 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2009“.

b) Das Formblatt B 2 wird wie folgt gefasst:

”

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B2 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2009

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Jahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
	Ermittlung des Erlösbudgets		
1	Summe der effektiven Bewertungsrelationen ¹⁾		
2	x abzurechnender Landesbasisfallwert nach § 10 Abs. 8 Satz 5		
3	= Zwischensumme		
4	+ Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2		
5	./. Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (§ 4 Abs. 6)		
6	= Erlösbudget ²⁾		

1) Summe der effektiven Bewertungsrelationen für alle im Kalenderjahr entlassenen Fälle, einschließlich der Überlieger am Jahresbeginn.

2) Erlösbudget einschließlich der Erlöse bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und der Abschläge bei Verlegungen sowie insbesondere des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

”

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 295 Abs. 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach den Wörtern „abgeschlossen haben,“ die Wörter „psychiatrische Institutsambulanzen“ eingefügt.
2. Folgender Satz wird angefügt:

„Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgeset-

zes vereinbaren das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; § 21 Abs. 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Abs. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes sind entsprechend anzuwenden."

Artikel 4 **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 23)“ durch die Angabe „(§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes)“ ersetzt.

2. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Fallpauschalen, Sonderentgelten und“ gestrichen sowie die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 24“ ersetzt.

 - bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,“ .

 - bbb) In Nummer 4 werden das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „soweit die Vorgaben bis zum 31. Dezember 2008 nicht vollständig umgesetzt wurden, soll ab dem 1. Januar 2009 für diese Stellen eine Umsetzung zu 90 Prozent vereinbart werden,“ angefügt.

 - ccc) In Nummer 5 wird die Angabe „Artikel 1 Abs. 1“ durch die Angabe „Artikel 3“ ersetzt.

cc) In Satz 7 werden die Wörter „Absatz 3 und 5“ durch die Wörter „Absatz 2 und 3“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhung der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen (Tarifrate) die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, werden auf die Personalkosten bezogen 50 Prozent des Unterschieds zwischen beiden Raten nach Maßgabe des Satzes 4 zusätzlich im Budget berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 1 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren nach § 15 Abs. 1 in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine entsprechende Berichtigungsrate. Das Budget nach § 12 wird von den Vertragsparteien um 40 Prozent der Berichtigungsrate erhöht.“

c) Absatz 5 wird Absatz 3.

3. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird aufgehoben.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „gefördert werden“ ein Komma sowie die Wörter „sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger“ eingefügt.

b) In Absatz 3 wird die Angabe „Anlage 4“ durch die Angabe „Anlage 2“ ersetzt.

5. In § 10 Abs. 1 Nr. 2 werden die Wörter „Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung“ durch das Wort „Ausbildungskosten“ ersetzt.

6. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Kann der Ausgleichsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 wegen der Schließung des Krankenhauses durch einen Zu- oder Abschlag nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und teilstationär behandelt wurden, gesondert in Rechnung gestellt oder an diese zurückgezahlt. Auf die einzelne Krankenkasse entfällt davon der Teilbetrag, der ihrem entsprechenden Anteil an der Summe der Entgelte im Vorjahr entspricht. Die Vertragsparteien nach § 11 können eine abweichende Vereinbarung schließen.“

7. In § 13 Abs. 4 Satz 3 wird die Angabe „Anlage 3“ durch die Angabe „Anlage 1“ ersetzt.

8. § 15 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In dem bisherigen Wortlaut wird die Angabe „§ 6 Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 2 Satz 3“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 ist für das Jahr 2009 die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarte Rate zu übernehmen.“

9. In § 17 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen“ gestrichen.

10. In § 19 Abs. 3 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1“ und das nachfolgende Komma gestrichen.

11. Dem § 21 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Kann der Ausgleichsbetrag nach Satz 1 wegen der Schließung des Krankenhauses durch einen Zu- oder Abschlag nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, gilt § 12 Abs. 4 entsprechend.“

12. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Abschnitt V 4 werden die laufenden Nummern 4 und 5 aufgehoben.
- b) In den Abschnitten L 1 und L 3 wird jeweils die laufende Nummer 19 aufgehoben.
- c) In Abschnitt L 4 Spalte 1 werden jeweils die Zeilen „operierte Patienten **)\", die Zeile „Operationen" und die Fußnote **) gestrichen.
- d) In den Abschnitten K 1 bis K 3 wird in der Überschrift zur Spalte 5 jeweils die Angabe „und 3" gestrichen.
- e) In Abschnitt K 4 wird die laufende Nummer 14 aufgehoben.
- f) Abschnitt K 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In der laufenden Nummer 17 wird die Angabe „Abs. 7" durch die Angabe „Abs. 3" ersetzt.
 - bb) Die laufende Nummer 21 wird aufgehoben.
- g) In Abschnitt K 6 wird die laufende Nummer 11 aufgehoben.
- h) Der Anhang 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Fußnote 11a werden nach dem Wort „gezählt" das Komma und die Wörter „z. B. Dialyse" gestrichen.
 - bb) In Fußnote 15 werden die Sätze 2 bis 4 aufgehoben.
 - cc) Die Fußnote 17 wird aufgehoben.
 - dd) In Fußnote 18 werden die Abkürzung „OP" und das nachfolgende Komma sowie die Wörter „und Intensivmedizin (soweit kein eigener Abteilungspflegesatz)" gestrichen.

ee) Die Fußnote 32 wird wie folgt geändert.

aaa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Institutionen“ das Komma und die Wörter „im OP oder im Bereich der Intensivmedizin“ gestrichen.

bbb) Satz 2 wird aufgehoben.

ff) Die Fußnote 42 wird aufgehoben.

13. In Anlage 2 Abschnitt Z 5 wird die laufende Nummer 10 aufgehoben.

Artikel 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, soweit in dem folgenden Absatz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 2 Nr. 8 Buchstabe b tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangslage

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) wurde die Entscheidung getroffen, zum 1. Januar 2003 ein pauschalierendes Entgeltsystem einzuführen. Dieses sollte 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 tagesgleichen 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 hohen Verweildauern der Patientinnen und 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. Januar 2005 bis zum 1. Januar 2007 (Konvergenzphase), zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene. Mit dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) wurde umfangreichen Detailänderungen vorgenommen und insbesondere die Konvergenzphase und damit die Angleichung der einzelnen Krankenhausbudgets um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2009 verlängert. Bei Krankenhäusern, die in der Konvergenzphase höhere Budgetanteile verlieren, wurde dieser Konvergenzprozess bis zum 1. Januar 2010 verlängert.

Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, also 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-Fallpauschalenkatalogs. Nachdem sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf Abrechnungsregeln für das neue Vergütungssystem und nicht auf eine fristgerechte Einfüh-

rung des DRG-Fallpauschalenkatalogs einigen konnten, gab das Bundesministerium für Gesundheit im Wege der gesetzlich vorgesehenen Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) jeweils durch Rechtsverordnungen die Abrechnungsregeln und die DRG-Fallpauschalenkataloge 2003 und 2004 vor (KFPV und KFPV 2004). Ebenfalls durch Rechtsverordnung wurden die zeitlich befristet von der DRG-Einführung ausgenommen besonderen Einrichtungen bestimmt (FPVBE 2004 und 2005). Entsprechende Regelungen für die Folgejahre wurden von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart.

Im Jahr 2003 führten über 1.000 Krankenhäuser das neue DRG-Vergütungssystem freiwillig ein (Optionsmodell 2003). Nach der verpflichtenden Einführung im Jahr 2004 wenden derzeit rd. 1.750 Krankenhäuser, das sind rd. 96 % der dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser, das DRG-Fallpauschalensystem an. Ausgenommen sind nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Das DRG-Vergütungssystem wurde 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. Der DRG-Fallpauschalenkatalog hat sich in kürzester Zeit weit von der australischen Ausgangsbasis entfernt und zu einem eigenständigen deutschen DRG-Katalog (G-DRG) entwickelt, der eine internationale Spitzenposition einnimmt. Viele andere Länder zeigen großes Interesse am deutschen DRG-System. Die Schweiz hat inzwischen beschlossen, das G-DRG-System als Ausgangsbasis für ihre eigene Entwicklung zu nehmen.

Bereits bei dem Beschluss, ein DRG-Vergütungssystem für die Bundesrepublik Deutschland einzuführen, hat der Gesetzgeber sich auf gesetzliche Regelungen bis zum Ende der Konvergenzphase beschränkt. Vor dem Hintergrund der in der Einführungsphase gewonnenen Erfahrungen sollten gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen für die Zeit danach in einem neuen Gesetzgebungsverfahren festgelegt werden. Dementsprechend sollen mit diesem Gesetzentwurf die künftigen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vorgegeben werden.

Zur Vorbereitung auf dieses Gesetzgebungsverfahren hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 23. März 2007 auf breiter Basis eine Umfrage zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung durchgeführt. Befragt wurden insbesondere Krankenhaus- und Krankenkassenverbände, die Bundesärztekammer, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, der deutsche Pflegerat und Industrieverbände. In den eingegangenen Antworten wurde eine große grundsätzliche Akzeptanz des neuen DRG-Systems sichtbar. Eine Kurz- und ei-

ne Langfassung des Berichts sind auf der Internetseite des BMG (<http://www.bmg.bund.de>) unter Themenschwerpunkte/ Gesundheit/ Krankenhäuser einsehbar. Auch von Seiten der Bundesländer wird das Vergütungssystem nicht in Frage gestellt, sondern von einer fristgerechten Beendigung der Konvergenzphase ausgegangen (vgl. Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung vom 26. Oktober 2007).

II. Inhalt des Gesetzentwurfs

Der Gesetzentwurf zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 enthält eine Reihe von richtungsweisenden Neuregelungen:

- Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Hierzu erfolgt die Vergabe eines Entwicklungsauftrags, um bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln;
- für das Jahr 2009 wird eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009 ermöglicht;
- Beauftragung des Statistischen Bundesamtes einen Orientierungswert zu ermitteln, der zeitnah die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfasst und voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnanbindung der Krankenhauspreise dienen kann;
- planmäßiger Wegfall des Abschlags in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (GKV-Rechnungsabschlag);
- Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern; in drei Jahren schrittweiser Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst sowie Möglichkeit zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen;
- schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor im Zeitraum von 2010 bis 2014,
- Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2013, verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung;
- im Rahmen des DRG-Vergütungssystems Überprüfung der Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen;
- Sicherstellung der Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege und der Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

Darüber hinaus muss eine Überprüfung der bestehenden gesetzlichen Regelungen und deren weitere Anpassung an die Systementwicklung stattfinden. In einem technisch orientierten Teil des Gesetzes sind somit

- Regelungen zu der zum Jahresende 2008 ablaufenden DRG-Einführungs- und Konvergenzphase aufzuheben und
- die verbleibenden Regelungen für den künftigen Regelbetrieb des DRG-Vergütungssystems zu aktualisieren und zu ergänzen.

Dabei werden insbesondere folgende Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz vorgenommen:

- Darstellung der für das Krankenhaus maßgeblichen Vergütungsregelungen (§ 3);
- Aktualisierung der Vorgaben für die Budgetvereinbarung (§ 4), insbesondere zur Abgrenzung des Budgets sowie zu seiner leistungsorientierten Vereinbarung durch die grundsätzliche Übernahme der Vorgaben aus dem bisherigen § 4 Abs. 5 zum DRG-Erlösvolumen;
- Abschaffung des krankenhausespezifischen Basisfallwerts (§ 4). Die Fallpauschalen werden nur noch mit dem Landesbasisfallwert bewertet. Da dieser frühzeitig im Kalenderjahr feststeht, werden die bisher häufig hohen Erlösabweichungen in Folge verspäteter krankenhausespezifischer Budgetverhandlungen (§ 15) grundsätzlich verringert;
- Einführung einer dreijährigen Konvergenzphase für besondere Einrichtungen, die diesen Status verlieren und in das DRG-Vergütungssystem eingegliedert werden;
- krankenhausespezifische Erlösausgleiche wegen Abweichungen von der Budgetvereinbarung werden nicht mehr über das Budget des Folgejahres oder einen krankenhausespezifischen Basisfallwert verrechnet, sondern mit Hilfe eines Zu- oder Abschlags (§ 5 Abs. 4);
- Einführung eines gemeinsamen Erlösausgleichs für das Erlösbudget nach § 4 und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3;
- Die Vorgaben für die Vereinbarung krankenhausespezifischer Entgelte und für die Ermittlung der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 werden vereinfacht;
- Die Übersicht über die verschiedenen Entgelte für Krankenhausleistungen, die auf der Krankenhausrechnung ausgewiesen werden, wird aktualisiert und ergänzt (§ 7);
- Einführung einer neuen Bestimmung, dass Krankenhausrechnungen in einer für die Patientinnen und Patienten verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten sind (§ 8 Abs. 9).

Da die Bundespflegesatzverordnung grundsätzlich nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gilt, werden Vorschriften gestrichen, die vor Einführung des DRG-Vergütungssystems und des Krankenhausentgeltgesetzes für den Bereich der Akutkrankenhäuser galten, zum Beispiel die Vorgaben im Zusammenhang mit Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser wird sich somit im Jahr 2009 wesentlich verbessern. In Folge des Wegfalls des GKV-Rechnungsabschlags (§ 8 Abs. 9 KHEntgG), des Wegfalls des Rechnungsabschlags für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V) und der Erhöhung des Landesbasisfallwerts um die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (§ 10 Abs. 4 KHEntgG) werden zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro zur Verfügung stehen. Hinzu kommen die mit dem Referententwurf vorgeschlagenen Maßnahmen, d. h. die anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhung im Jahr 2009, das dreijährige Förderprogramm für zusätzliche Stellen im Pflegedienst, die verbesserte Finanzierung der Budgets bei psychiatrischen Einrichtungen und die Klarstellungen zur Finanzierung der Ausbildung (vgl. auch unten).

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes stützt sich auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, 12 Grundgesetz (GG). Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich (Art. 72 Abs. 2 GG).

Das DRG-Vergütungssystem wird bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG vereinbart und weiterentwickelt. Mit diesem Gesetz werden insbesondere die für alle Krankenhäuser geltenden Rahmenbedingungen ab dem Jahr 2009 sowie die Regelungen für die Ausbildungsfinanzierung geändert. Die vorgesehenen Rahmenbedingungen und Regelungen knüpfen an das bestehende, bereits unter einheitlichen Bedingungen auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG eingeführte DRG-Vergütungssystem an. Beides ist auch durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene bei dem Entgeltsystem der Krankenhäuser zu einer Rechtszersplitterung mit gravierenden Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Anwendung des Entgeltsystems durch die Krankenhäuser und zu einer Beeinträchtigung des Fortbestandes eines einheitlichen Standards der Versorgung der Bevölkerung führt.

Da sowohl das DRG-Fallpauschalensystem als auch das neu zu entwickelnde pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf der Bundesebene kalkuliert werden, können Vorgaben zur Bildung einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern und zur Gewährung von pauschalierten Aufwandsentschädigungen für kalkulierende Krankenhäuser ebenfalls nur auf der Bundesebene erfolgen. Dass die Entgeltsysteme flächendeckend und unter einheitlichen Bedingungen eingeführt werden können, ist notwendig, um in den Krankenhäusern unter der Geltung dieser neuen Vergütungssysteme bundesweit den Fortbestand eines einheitlichen Standards der Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen im Rahmen des Fortbestandes des bundeseinheitlich geregelten GKV-Systems.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 10 KHG)

Zu Absatz 1

Die Regelung begründet einen Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Hiernach soll die Einführung einer Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen für die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Die Investitionspauschalen sollen zusätzlich zu den voll- und teilstationären Entgelten gezahlt werden. Dies sind die DRG-Fallpauschalen, krankenhausspezifisch zu vereinbarenden sonstige Entgelte nach § 6 KHEntgG sowie nach Entwicklung des neuen Entgeltsystems nach § 17d KHG die pauschalierten Entgelte für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Hierfür werden bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien sowie Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die näheren Einzelheiten des Verfahrens zur Entwicklung einer zukünftigen Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen legen nach Satz 4 die Länder und der Bund fest. Dies umfasst auch, ob und inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG in das weitere Verfahren zur Ermittlung der Grundsätze und Kriterien nach Satz 2 eingebunden werden. Zur Umsetzung der nach Satz 2 entwickelten Grundsätze und Kriterien bedarf es weiterer gesetzlicher Festlegungen. Nach Satz 5 wird ausdrücklich hervorgehoben, dass die Länder weiterhin eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen entscheiden können.

Die Länder vergeben in zunehmendem Maß Mittel zur Investitionsförderung in Form von Pauschalen. Der durchschnittliche Anteil der pauschalierten Mittel in der Investitionsfindung im Bundesgebiet beträgt derzeit 40 Prozent. Einige Länder haben die Förderung bereits in höherem Maße und z. T. auch fast vollständig auf Pauschalen umgestellt oder bereiten diesen Schritt vor. Mit der Vereinbarung von einheitlichen Grundsätzen und Kriterien für die Pauscha-

lierung soll eine systemkongruente Abstimmung mit den bundeseinheitlichen Modalitäten der Finanzierung der Betriebskosten im DRG-System erfolgen, um einen strukturell effizienten Einsatz der Finanzmittel des Gesundheitsfonds für den Betrieb und der Landesmittel zur Investitionsförderung zu erreichen. Aufgrund der hohen Anteile der Universitätsklinika an der Gesundheitsversorgung sind die Hochschulkliniken einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Die für das DRG-System zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung, werden zur Vorbereitung der Entwicklung von Investitionspauschalen bis zum 31. Dezember 2009 beauftragt, die Grundstrukturen für leistungs- und sachgerechte Investitionsbewertungsrelationen sowie die näheren Modalitäten für das Verfahren zu deren Ermittlung und Kalkulation zu vereinbaren (Satz 1). Dabei sind nach Satz 2 unterschiedliche Investitionsbedarfe bei den Krankenhausleistungen, z. B. bei personalintensiven oder sachkostenlastigen Leistungen, zu berücksichtigen. Die Investitionspauschalen sollen den in Zusammenhang mit bestimmten Leistungen stehenden Investitionsbedarf in pauschalierter Form abbilden. Der Differenzierungsgrad soll nicht zu hoch sein, damit das System in der Praxis mit vernünftigem Aufwand anwendbar ist. Ohnehin wird selbst bei einer sachgerechten, leistungsorientierten Differenzierung der Investitionspauschalen der tatsächliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser unterschiedlich sein.

Während die Vertragsparteien auf Bundesebene die grundlegenden konzeptionellen Vorgaben für die Einführung von Investitionspauschalen zu vereinbaren haben, ist für die differenzierte Entwicklung und Kalkulation bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner zu beauftragen (Satz 3). Für die Finanzierung insbesondere der Kalkulationen und die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gelten die Vorgaben für das DRG-System entsprechend (Sätze 4 bis 6). Nach Satz 6 sind für den Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene wie beim DRG-System Ersatzvornahmen des Bundesministeriums für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates (§ 17b Abs. 7 KHG) vorgesehen. In gleicher Weise kann das Bundesministerium Vorschriften über die für Budgetverhandlungen vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen erlassen (§ 17b Abs. 7a KHG).

Zu Nummer 2: (§ 17 KHG)

Zu Buchstabe a

In den § 17 KHG, der Grundsätze für die Pflegesatzregelung enthält, wird aus systematischen Gründen ein neuer Absatz 1a eingefügt, der die neuen pauschalierten Vergütungssysteme berücksichtigt.

Zu Buchstabe b

Bei Krankenhäusern, deren Investitionskosten nach dem KHG nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach dem KHG voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Die Änderung stellt klar, dass dies entsprechend auch bei einer anteiligen öffentlichen Förderung von Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger gilt.

Zu Nummer 3: (§ 17a KHG)

Zu Buchstabe a

Anpassung der Überschrift an die nachfolgenden Änderungen.

Zu Buchstaben b bis g

Die Regelung soll Rechtssicherheit schaffen, indem sie klarstellt, dass alle Positionen der Ausbildungskosten im Ausbildungsbudget berücksichtigt werden können, auch wenn sie im Krankenhaus entstehen. Sie betrifft insbesondere die zur Zeit strittige Frage der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege und die Sicherung der Finanzierung der Ausbildungskosten bei Hebammen und Entbindungspflegern.

Die Durchführung einer Praxisanleitung im Krankenhaus durch eine im Umfang von 200 Stunden weitergebildete Praxisanleiterin oder einen Praxisanleiter wurde mit dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 in § 4 Abs. 5 Satz 3 des Krankenpflegegesetzes in Verbindung mit § 2 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege erstmalig verbindlich vorgegeben, um Praxis und Theorie in der Ausbildung besser zu verzahnen. Es war

der erklärte Wille des Gesetzgebers, alle durch die Reformierung der Krankenpflegeausbildung anfallenden Mehrkosten zu finanzieren (Wortprotokoll des BT-Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 2. April 2003, Seite 15). Hierfür wurde im Gesetzgebungsverfahren eine Öffnungsklausel für „zusätzliche Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege“ in § 17a Abs. 3 Satz 4 KHG eingefügt (Bericht des 13. Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 8. April 2003 - BT-Drs. 15/804, Seite 19). Ein jüngeres Urteil eines Obergerichtes kommt nun jedoch zu dem Ergebnis, dass dieser Wille des Gesetzgebers nicht ausreichend im Gesetzeswortlaut zum Ausdruck gekommen ist, da die Rechtsgrundlage zur Refinanzierung der Ausbildungskosten § 17a Abs. 1 Satz 1 KHG bleibe, der keine Kosten erfasse, die - wie die der Praxisanleitung - im Krankenhaus entstünden. Ziel der Regelung ist nun klarzustellen, dass alle durch die Reformierung der Krankenpflegeausbildung anfallenden Kostenpositionen grundsätzlich finanziert werden. Dies gilt auch für die Kosten der Praxisanleitung, soweit sie über die in den alten Anrechnungsschlüsseln von 1985 enthaltenen Anteile von Praxisanleitung hinausgehen.

Des Weiteren ermöglicht die Einfügung der Wörter „der Ausbildungsvergütungen“, dass z.B. Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger wie bisher finanziert werden können. Im Zuge der weitgehenden Neufassung des § 17a durch Artikel 1 Nr. 3 des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) ist in Absatz 1 Satz 1 die hinsichtlich der Finanzierung von Ausbildungskosten auf „Kosten der Ausbildungsvergütung“ abstellende Formulierung durch eine nur noch auf die „Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ abstellende Formulierung ersetzt worden. Diese im Hinblick auf die Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen aus redaktionellen Gründen vorgenommene Änderung (vgl. hierzu auch Amtliche Begründung zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a in Bundestags-Drucksache 15/3672 vom 3. September 2004, Seite 20) führt jedoch zu einer damit nicht beabsichtigten Einengung des Anwendungsbereiches und würde z. B. die Berücksichtigung der Ausbildungsvergütung für Hebammen und Entbindungspfleger ausschließen. Insoweit wird mit der Änderung das redaktionelle Versehen berichtigt und an den vorherigen Rechtszustand wieder angeknüpft.

Zu Nummer 4: (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung in der Überschrift, dass die Vorschrift für DRG-Krankenhäuser gilt. Dies sind die somatischen Allgemein- und Akutkrankenhäuser, die dem Krankenhausentgeltgesetz und damit grundsätzlich dem pauschalierenden fallbezogenen DRG-Vergütungssystem unterliegen. Dazu gehören auch die besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, die zeitlich befristet von der DRG-Anwendung ausgenommen sind.

Davon zu unterscheiden sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Einrichtungen, für die mit § 17d KHG ein pauschalierendes tagesbezogenes Entgeltsystem neu eingeführt werden soll.

Zu Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa nimmt eine redaktionelle Anpassung an die Fachgebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern vor. Mit Doppelbuchstabe bb werden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, bis zum 30. Juni 2009 zu prüfen, ob für eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung an Krankenhäusern verbundenen Mehrkosten Zu- oder Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen erforderlich sind. Sollte das Prüfergebnis sein, dass entsprechende Zu- oder Abschläge erforderlich sind, sollen diese möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Kürzung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems.

Zu Buchstabe d

Die Entwicklung des DRG-Fallpauschalensystems durch die Selbstverwaltungspartner nach Absatz 2 und deren DRG-Institut wird über einen Zuschlag je voll- oder teilstationärem Krankenhausfall finanziert. Buchstabe d weitet diese Finanzierungsmöglichkeit auf das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, das nach der Vorgabe des neuen § 17d entwickelt und eingeführt werden soll, sowie auf die Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 aus. Der Zuschlag wurde bisher auch in

psychiatrischen Einrichtungen erhoben (Absatz 5 Satz 7). Er ist für die neue Aufgabe bei allen Krankenhäusern entsprechend zu erhöhen (§ 17d Abs. 5 Satz 2 KHG).

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Kürzung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems.

Zu Buchstabe f

Die Vorschrift nimmt eine redaktionelle Änderung in Folge der Änderungen des § 17a KHG vor, die sicherstellen soll, dass alle durch die Reform des Krankenpflegegesetzes anfallenden Mehrkosten für die Ausbildung von Krankenpflegepersonen finanziert werden; vgl. Nummer 3.

Zu Nummer 5: (§ 17d KHG)

Für den Bereich der psychiatrischen Leistungen soll ein neues, pauschalierendes Vergütungssystem entwickelt und eingeführt werden. Allerdings sollen die pauschalierten Entgelte zunächst weitgehend tagesbezogen sein und auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden. Neben anderen Kriterien soll dabei insbesondere von den Leistungskomplexen ausgegangen werden, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu Grunde liegen.

Ein entsprechendes Vorgehen wird in dem „Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen“ vom 16. November 2007 auch von den Ländern unterstützt. Ferner haben sie vorgeschlagen, dass „dabei [...] die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden“ soll (Vorschlag Nr. 5, Seite 3). In Fachkreisen wird in diesem Zusammenhang die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z. B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser nach § 118 SGB V. Voraussetzung dafür ist jedoch zunächst, die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können.

Mit dem neuen § 17d wird in einem ersten Schritt nun der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung und Einführung eines solchen pauschalierenden Entgeltsystems erteilt. Dabei werden die Vorgaben eng an die Regelungen zum DRG-Entgeltsystem nach § 17b angelehnt, die sich bewährt

haben. Nähere Festlegungen, zum Beispiel zur Dauer einer budgetneutralen Einführung und zu einer schrittweisen Angleichung der heute vereinbarten Krankenhausbudgets an ein einheitliches Preisniveau (Konvergenzphase), sollen ein bis zwei Jahre später mit einem weiteren Gesetz vorgenommen werden.

Zu Absatz 1

Die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gilt heute grundsätzlich nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Absatz 1 Satz 1 bezieht diese Einrichtungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz von der Anwendung der DRG-Systems ausgenommen sind, in das neue Entgeltsystem ein. Dieses gilt demnach für Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Krankenhäuser für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, jeweils sowohl für Fachkrankenhäuser als auch für gebietsärztlich geleitete Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Nach Entwicklung und Einführung des neuen Vergütungssystems für diese Leistungen kann die BPfIV insgesamt entfallen. Satz 1 gibt außerdem vor, dass tagesbezogene Entgelte entwickelt werden sollen. Ein Fallbezug wie beim DRG-System erscheint in diesem Versorgungsbereich grundsätzlich nicht geeignet und kann insbesondere bei dieser Patientengruppe zu Fehlanreizen wie einer zu frühen Entlassung führen.

Abweichend von dieser grundsätzlichen Festlegung soll nach Satz 2 auch geprüft werden, ob für geeignete Teilbereiche andere Abrechnungseinheiten, zum Beispiel eine fallbezogene Vergütung, eingeführt werden kann. Im Hinblick auf die im Psychiatriebereich derzeit stark diskutierten integrierten Versorgungsansätze und einer möglichst kurzen vollstationären Behandlungsphase soll auch geprüft werden, inwieweit die Leistungen der am Krankenhaus angesiedelten psychiatrischen Institutsambulanzen in ein Vergütungskonzept einbezogen werden können (Satz 3).

Satz 4 gibt vor, dass das Entgeltsystem so differenziert wird, dass einerseits der unterschiedlich hohe Behandlungsaufwand für bestimmte Patientengruppen berücksichtigt, andererseits eine zu starke Differenzierung, die die Anwendung in der Praxis erschweren würde, vermieden wird. Nach Satz 5 sind - wie beim DRG-Vergütungssystem - die unterschiedlichen Entgelthöhen nicht als Euro-Betrag auszuweisen, sondern in Form von Bewertungsrelationen festzulegen (Relativsystem). Die Entgelthöhe ergibt sich somit letztlich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation mit einem Basiswert für den Tag (Basistageswert). Die Entgelte sind bundeseinheitlich zu definieren und zu kalkulieren (Satz 6).

Zu Absatz 2

In einer ersten Stufe wird der Entwicklungsauftrag nur für die voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gegeben (Satz 1). Die Möglichkeit der Einbeziehung ambulanter Leistungen, die bereits heute am Krankenhaus erbracht werden, soll nach Absatz 1 Satz 3 geprüft werden. Erst wenn diese Prüfung zu einem positiven Ergebnis kommt und ein entsprechendes Konzept vorliegt, kann über gesetzliche Änderungen entschieden werden. Satz 2 ermöglicht die Einführung von Zusatzentgelten für den Fall, dass die tagesbezogenen Vergütungen allein nicht ausreichen, um eine sachgerechte Vergütung der unterschiedlichen Behandlungen sicherzustellen, oder dass es - wie beim DRG-System - zur Begrenzung der Zahl der Entgelte sinnvoll ist, zusätzliche Vergütungselemente einzuführen. Entsprechend der Vorgabe des § 6 KHEntgG zum DRG-Vergütungssystem wird mit Satz 3 die Möglichkeit eröffnet, für zwar definierbare, aber nicht homogen kalkulierbare Leistungen Vereinbarungen der Vertragsparteien auf der Ortsebene zu schließen. Satz 4 übernimmt Regelungen des DRG-Vergütungssystems zur Finanzierung der Ausbildung, zu weiteren erforderlichen Zu- und Abschlägen sowie zu ggf. auszunehmenden besonderen Einrichtungen und zur Vergütung bei extrem aufwändigen Behandlungen für bestimmte Patienten (sog. Kostenausreißer). Satz 5 übernimmt die Regelungen des KHG und des KHEntgG zum Sicherstellungszuschlag, wodurch beim einzelnen Krankenhaus eine zusätzliche Finanzierung über die pauschalierten Entgelte hinaus möglich ist, wenn ansonsten die Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre.

Zu Absatz 3

Die bereits für das DRG-System zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene werden auch mit der Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen beauftragt. Das System ist regelmäßig weiterzuentwickeln und insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen anzupassen. Ausgangsbasis für die Entwicklung des neuen Vergütungssystems sollen die in Absatz 9 genannten Daten - also Diagnosen, Prozeduren und andere patientenbezogene Kriterien - sein und zusätzlich für Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, die Behandlungsbereiche nach der Psych-PV (Satz 2). Voraussetzung für die Nutzung der Psych-PV-Einstufungen für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems ist somit, dass Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, eine tagesbezogenen Einstufung der Patienten in die entsprechenden Behandlungsbereiche vornehmen; vgl. hierzu die Erläuterungen zu Absatz 9. Satz 2 bestimmt auch, dass für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen grundsätzlich ein gemeinsames Vergütungssystem zu entwickeln ist. Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen und um die bei der Entwicklung des DRG-Systems gewonnenen Erfahrungen zu nutzen, wird gezielt das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner mit der Entwicklung des Vergütungssystems beauftragt (Satz 3). Satz 4 bestimmt, dass die Vorgaben des § 17b Abs. 2

Satz 2 bis 8 KHG, insbesondere zur Qualität der Leistungserbringung, zur Beteiligung der Bundesärztekammer und von Vertretern der Krankenpflegeberufe, zur Stellungnahme durch andere Verbände, zur Beschlussfassung der Vertragsparteien und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Entgeltkalkulationen, entsprechend anzuwenden sind. Soweit psychotherapeutische Fragen betroffen sind, erhält die Bundespsychotherapeutenkammer mit Satz 5 die Möglichkeit, an den Sitzungen der Selbstverwaltungspartner beratend teilzunehmen.

Zu Absatz 4

Die Grundstrukturen des neuen Entgeltsystems und damit die Voraussetzungen für die notwendigen Entwicklungsarbeiten sollen nach Satz 1 bis zum Jahresende 2009 vereinbart werden. Auf diesen konzeptionellen Grundlagen ist nach Satz 2 von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene bis zum 30. September 2012 ein erster Entgeltkatalog zu vereinbaren. Das neue pauschalierende Entgeltsystem wird erstmals im Jahr 2013 für die Abrechnung von Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen eingesetzt. Wie bei der DRG-Einführung erfolgt die Einführung im Rahmen eines lernenden Systems zunächst budgetneutral (Satz 3), so dass in Folge der Abrechnung der neuen Entgelte das Budget der einzelnen Einrichtung noch nicht erhöht oder vermindert wird. Die weitere Ausgestaltung des Einführungsprozesses des neuen Entgeltsystems soll durch ein gesondertes Gesetz bestimmt werden.

Zu Absatz 5

Die Entwicklungsarbeiten sind aus dem DRG-Systemzuschlag zu finanzieren, der bereits heute auch von den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern in Rechnung gestellt wird. In Folge der zusätzlichen Aufgaben, insbesondere für die Datenerhebung und für die Kalkulation der Entgelte in freiwillig teilnehmenden Kalkulationskrankenhäusern, ist der DRG-Zuschlag angemessen zu erhöhen.

Zu Absatz 6

Das Bundesministerium für Gesundheit erhält – wie beim DRG-Vergütungssystem – das Recht, an den Sitzungen der Vertragsparteien auf Bundesebene teilzunehmen (vgl. Absatz 3 Satz 4) und im Falle einer Nichteinigung der Vertragsparteien eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates vorzunehmen. Es kann nach Maßgabe des § 17b Abs. 7 KHG insbesondere im Falle von Ersatzvornahmen das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner zu Zuarbeiten verpflichten. Der beim DRG-Institut vorhandene Sachverstand ist als Grundlage für entsprechende Entscheidungen und rechtliche Vorgaben des Ministeriums unverzichtbar. Für die Ermächtigung des Bundesministeriums, eine Rechtsverordnung zu erlassen, wurden die Regelungen des § 17b KHG übernommen; dies gilt auch für die Möglichkeit der Auskunftserteilung und Zuarbeit durch das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner.

Zu Absatz 7

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die für Budgetverhandlungen vorzulegenden Unterlagen zu erlassen. Die Vorschrift entspricht der Ermächtigung nach § 17b Abs. 7a im Rahmen des DRG-Vergütungssystems, von der bisher kein Gebrauch gemacht wurde.

Zu Absatz 8

Den Vertragspartnern auf Bundesebene wird aufgegeben, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchzuführen und deren Ergebnisse zu veröffentlichen, erstmals im Jahr 2014.

Zu Absatz 9

In Satz 1 wird vorgegeben, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems notwendigen Daten an das DRG-Institut zu liefern haben. Zusätzlich zu den Daten, die nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermitteln sind, haben Einrichtungen, die bereits heute die Psych-PV anwenden, die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche nach der Psych-PV zu übermitteln (Satz 2). Diese Vorgabe gilt auch für psychosomatische Einrichtungen, soweit diese zum Beispiel auf Grund regionaler Vorgaben oder Vereinbarungen die Psych-PV anwenden. Um den Dokumentationsaufwand zu begrenzen, wird vorgegeben, dass eine Einstufung der Patienten zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs ausreicht. Aus diesen Daten

lässt sich jeweils errechnen, für wie viele Tage das pauschalierte Entgelt eines bestimmten Behandlungsbereiches abzurechnen ist. Psychosomatische Einrichtungen, die bisher nicht die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, werden nicht verpflichtet, die Psych-PV-Einstufung zu übermitteln.

Zu Nummer 6: (§ 28 KHG)

Mit Artikel 18 Nr. 9 Buchstabe b des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 wurde die Rechtsgrundlage für eine Auswertung der Leistungsdaten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG durch das Statistische Bundesamt geschaffen. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird nun ausdrücklich klargestellt, dass für diese Daten Auswertungen nach dem Bundesstatistikgesetz möglich sind.

Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1: (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Anpassung der Inhaltsübersicht an die Änderung der Paragraphenüberschriften.

Zu Nummer 2: (§ 1 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung der Überschrift des § 17b KHG durch Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe a.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Kürzung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems.

Zu Nummer 3: (§ 3 KHEntgG)

Der bisherige § 3, der die budgetneutrale Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems in den Jahren 2003 und 2004 regelte, wird nicht mehr benötigt. An seine Stelle tritt eine neue Vorschrift zu den Grundlagen der Finanzierung von Krankenhausleistungen. Die neue Vorschrift gibt einen Überblick über die verschiedenen Elemente der Finanzierung von voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen. Dies sind die bereits bisher vorgegebenen Budgetvereinbarungen nach den Nummern 1 und 2 mit ihren Regelungen für anteilige Ausgleichszahlungen bei Erlösabweichungen sowie die außerbudgetären Entgelte und Zu- und Abschläge nach den Nummern 3 bis 5.

Zu Nummer 4: (§ 4 KHEntgG)

Nach der budgetneutralen Einführungsphase und der schrittweisen Angleichung der Krankenhausbudgets in der Konvergenzphase vom 1. Januar 2005 bis zum 1. Januar 2009 können die bisherigen Übergangsregelungen für die Ermittlung des Krankenhausbudgets durch die Vorgaben für den Regelbetrieb des neuen DRG-Vergütungssystems ersetzt werden.

Zu Buchstabe a

Die Überschrift des Paragraphen wird auf Grund des geänderten Inhalts neu gefasst.

Zu Buchstabe b

Absatz 1 bestimmt die Entgelte, die in das Erlösbudget des Krankenhauses einbezogen werden. Es sind die in den Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalogen, die von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Abs. 2 KHG vereinbart werden, enthaltenen und mit Entgelthöhen bewerteten Leistungen. Nicht in das Budget einbezogen werden die übrigen krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte. Das sind die Entgelte, die zwar in den Entgeltkatalogen enthalten sind, jedoch von den Selbstverwaltungspartnern nicht bewertet wurden (§ 6 Abs. 1), die Entgelte für die von der DRG-Anwendung ausgenommenen besonderen Einrichtungen (§ 6 Abs. 1), die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2), die Entgelte für hochspezialisierte Leistungen eines Krankenhauses (§ 6 Abs. 2a) und die nicht in das Budget einzubeziehenden Entgelte für die Behandlung von Blutern. Ebenfalls nicht in das Budget einzubeziehen sind die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.

Absatz 2 gibt vor, dass das Erlösbudget des Krankenhauses für das Kalenderjahr so ermittelt wird, wie bisher das Zielbudget nach § 4 Abs. 5-alt. Art und Menge der Fallpauschalen und Zu-

satzentgelte sind mit ihrer jeweiligen Entgelthöhe zu multiplizieren. Diese wird bei Fallpauschalen anhand der effektiven Bewertungsrelationen, d. h. einschließlich der Vergütungsregelungen zur oberen und unteren Grenzverweildauer und zu Verlegungen, ermittelt. Die Erlöse für Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus liegen (Überlieger), sind für die Budgetermittlung in voller Höhe dem neuen Kalenderjahr zuzuordnen.

Zu Buchstabe c

Die Absätze 3 bis 5, die Regelungen zur schrittweisen Angleichung der Krankenhausbudgets in der Konvergenzphase enthalten, werden aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift in Absatz 6 zum Abschlag für die Nichtteilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung entspricht der Vorschrift im bisherigen Absatz 5 Satz 2 zweiter Halbsatz.

Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG werden grundsätzlich zeitlich befristet von der DRG-Anwendung ausgenommen, bis die sachgerechte Abbildung ihrer Leistungen im Rahmen des DRG-Systems gelungen ist. Ist dies der Fall, haben auch diese Krankenhäuser die Entgelte des DRG-Systems anzuwenden. Der entsprechende Anteil der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 wird dann in das Erlösbudget nach § 4 eingegliedert. Um eine zu starke und plötzliche Anpassung des Erlösanteils der bisherigen besonderen Einrichtung an das landeseinheitliche Preisniveau zu vermeiden, gibt Absatz 7 für solche Fälle eine Konvergenzphase von drei Jahren vor. In dieser Zeit wird der Erlösanteil der bisherigen besonderen Einrichtung in drei gleichen Schritten an das landeseinheitliche Preisniveau, das durch den Landesbasisfallwert bestimmt wird, angeglichen. Da die im Erlösbudget enthaltenen Fallpauschalen ab dem Jahr 2009 mit Hilfe des Landesbasisfallwerts abgerechnet werden, der in der Regel niedriger ist als die bisherige Vergütung der besonderen Einrichtung, würde in dieser Konvergenzphase im Regelfall eine Unterdeckung des Budgets entstehen. Zu deren Vermeidung gibt Satz 4 vor, dass der Differenzbetrag mit Hilfe eines Zuschlags gesondert in Rechnung gestellt wird. Bei einer Überdeckung des Budgets würde ein Abschlag vereinbart werden. Die Höhe des Zu- oder Abschlags wird mit Hilfe eines Prozentsatzes ermittelt, der aus dem Verhältnis des Unter- oder Überdeckungsbetrags einerseits und des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 (der Summe aus dem Erlösbudget nach § 4 und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3) andererseits zu errechnen ist (Satz 5). Satz 6 stellt klar, dass die Erlösausgleiche wie bei den übrigen Krankenhäusern über einen Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 verrechnet werden.

Absatz 8 übernimmt die Regelung des bisherigen Absatzes 13 über einen Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen für das Jahr 2009, in dem dieser Zuschlag letztmalig krankenhausesindividuell erhoben wird. Ab dem Jahr 2010 werden diese Finanzmittel – wie bereits bisher vorgesehen – in den landesweit geltenden Basisfallwert nach § 10 übernommen; vgl. § 10 Abs. 9 - neu - Satz 2.

Absatz 9 übernimmt die bisher für das Jahr 2009 in Absatz 6 Satz 4 Nr. 5 vorgegebene Obergrenze für Budgetabsenkungen bei Krankenhäusern, die im Rahmen der Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts an den Landesbasisfallwert nach § 10 höhere Budgetanteile verlieren. Die Vorgaben werden an die Neuregelungen zur Budgetermittlung angepasst. Auch für diese Krankenhäuser gibt es im Jahr 2009 keinen krankenhausesindividuellen Basisfallwert mehr. Die Fallpauschalen sind mit dem Landesbasisfallwert zu bewerten und abzurechnen (Satz 3). Zur Vermeidung einer Unterdeckung des Budgets, die in Folge der Abrechnung zum niedrigeren Fallpauschalenniveau entstehen würde, gibt Satz 4 vor, dass der Differenzbetrag mit Hilfe eines Zuschlags gesondert in Rechnung gestellt wird. Dazu wird nach den Sätzen 4 und 5 ein Prozentsatz ermittelt, der aus dem Verhältnis des Unterdeckungsbetrags zu dem Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 1 zu errechnen ist. Die Höhe des abzurechnenden Zuschlags wird berechnet, indem der Prozentsatz auf die Höhe der in der Rechnung ausgewiesenen Fallpauschale, der Zusatzentgelte und der tagesgleichen Pflegesätze bezogen wird. Noch durchzuführende Erlösausgleiche für Vorjahr oder ein Ausgleich bei verspätetem Beginn der Laufzeit der Entgelte werden über einen Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 verrechnet, wie er auch für die übrigen Krankenhäuser neu vorgegeben wird (Satz 6). Satz 7 stellt klar, dass die Konvergenzphase für diese Krankenhäuser planmäßig zum 1. Januar 2010 endet und dann die Fallpauschalen zum Landesbasisfallwert nach § 10 bewertet werden.

Mit der Vorschrift des Absatzes 10 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern zu 70 Prozent gefördert wird. Das Krankenhaus kann in den Jahren 2009 bis 2011 einen zusätzlichen Budgetanteil bis zur Höhe von jährlich 0,48 Prozent erhalten, wenn es entsprechende Neueinstellungen vornimmt. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden und bloßen Mitnahmeeffekten vorzubeugen, hat ein Krankenhaus den restlichen, nicht geförderten Anteil der Kosten für die Neueinstellungen zu tragen. Diese Eigenbeteiligung ist erforderlich, um sicherzustellen, dass nur wirklich benötigte Stellen zusätzlich finanziert werden. Soweit notwendige Einstellungen in einem Jahr nicht realisiert werden können, ermöglicht Satz 3, diese für das Folgejahr zu vereinbaren und zu finanzieren. Die für ein Jahr neu vereinbarte Finanzierung erhöht den bereits für das Vorjahr vereinbarten Betrag (Kumulation), so dass in den drei Jahren eine wesentliche Verbesserung für den Pflegedienst im Krankenhaus erzielt werden kann. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser nicht zunächst Pflegepersonal entlassen, um sich später die Neueinstellung anteilig fi-

finanzieren zu lassen, hat das Krankenhaus nach Satz 5 durch eine gemeinsame Erklärung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen zu belegen. Nach Satz 6 kann das Krankenhaus einen Teil der zusätzlichen Mittel auch dazu einsetzen, die internen Arbeitsprozesse in der Pflege neu zu organisieren. Dies soll ebenfalls dazu beitragen, die Arbeitssituation im Pflegebereich zu verbessern.

Die Finanzierung dieser zusätzlichen Stellen erfolgt über einen Zuschlag, der zusätzlich zu den Entgelten für die voll- und teilstationäre Versorgung in Rechnung gestellt wird. Damit die Krankenhäuser die Mittel bereits kurzfristig im Jahr 2009 in Anspruch nehmen können, ist in Satz 10 vorgesehen, dass das einzelne Krankenhaus den Zuschlag auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragspartnern festsetzen und in Rechnung stellen kann. Soweit sich hierdurch Abweichungen von der später im Jahr 2009 geschlossenen Vereinbarung der Vertragsparteien ergeben, ist eine entsprechende Korrektur bei der Vereinbarung des entsprechenden Zuschlags für die Restlaufzeit des Jahres oder über eine Korrektur des Zuschlags nach § 5 Abs. 4 vorzunehmen.

Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel nach Satz 11 zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen.

Um die Wirkungen des Förderprogramms frühzeitig bewerten zu können wird der Spitzenverband Bund damit beauftragt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Inanspruchnahme der Mittel sowie die neu geschaffenen Pflegestellen in den Krankenhäusern zu berichten (Satz 12).

Nach Auslaufen dieser krankenhausespezifischen Förderung nach Absatz 10 sollen die Mittel weiterhin dem Krankenhausbereich zur Verfügung stehen. Sie werden ab dem Jahr 2012 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts auf der Landesebene erhöhend berücksichtigt. Um eine möglichst leistungsgerechte Verteilung dieser Finanzbeträge über das DRG-Vergütungssystem zu erreichen, werden die dafür gesetzlich zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (§ 17b KHG) beauftragt, entsprechende Kriterien zu entwickeln.

Zu Buchstabe e

Der bisherige Absatz 9, der die Vorgaben zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen enthält, wird neuer Absatz 3. Die Vorgaben zu den anteiligen Mehr- oder Mindererlösausgleichen, die bei Abweichungen der tatsächlich eingetretenen Erlöse vom prospektiv vereinbarten Erlösbud-

get des Krankenhauses durchzuführen sind, werden nach dem Ende der Konvergenzphase verändert. Die neuen Sätze 1 und 2 führen einen neuen Gesamtbetrag ein, in dem für die Zwecke der Erlösausgleiche das Erlösbudget nach § 4 mit den in den Entgeltkatalogen bewerteten Fallpauschalen und Zusatzentgelten und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 mit den krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Entgelten zusammengefasst werden (Doppelbuchstabe aa). Dies vereinfacht die Ermittlung des Erlösausgleichsbetrags und vermeidet die bei den bisher jeweils gesondert durchgeführten Erlösausgleichen auftretenden Fehlfunktionen in Fällen, in denen die Erlöse abweichend von der prospektiven Vereinbarung im anderen Erlösbereich anfallen.

Die Doppelbuchstaben bb und dd heben die bisherigen Vorgaben zur Neutralisierung von Kodiereffekten auf. Diese treten bei der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems üblicherweise in größerem Umfang auf, weil die Krankenhäuser erst Erfahrungen sammeln und ihre Kodierung verbessern müssen, insbesondere bei den Nebendiagnosen. Diese Lernphase ist inzwischen abgeschlossen. Deshalb und aus Gründen des Bürokratieabbaus wird auf der Hausebene zukünftig keine Korrektur von Katalog- oder Kodiereffekten mehr durchgeführt. Sie wird künftig allein auf der Landesebene bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts vorgenommen (vgl. § 10).

Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Anpassung vor.

Doppelbuchstabe ee bestimmt, dass der Erlösausgleichsbetrag nicht mehr über das Erlösbudget des Folgejahres, sondern gesondert über einen Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 verrechnet wird (vgl. Nummer 5 Buchstabe b). Außerdem wird eine Vorschrift aus der Bundespflegegesetzverordnung übernommen, die einen möglichst frühzeitigen Erlösausgleich vorgibt mit dem Ziel, Liquiditäts- und Zinsnachteile des jeweilig Begünstigten zu begrenzen. Steht die Höhe des Ausgleichs zum Zeitpunkt der Verhandlungen noch nicht endgültig fest, soll der Erlösausgleich auf der Basis der vorliegenden Informationen als Abschlagszahlung durchgeführt werden. Die Differenz der Abschlagszahlung zum letztlich maßgeblichen Ausgleichsbetrag wird im Folgejahr ausgeglichen.

Zu Buchstabe f

Der bisherige Absatz 10, der die Abrechnung der Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten außerhalb des Erlösbudgets ermöglicht, wird neuer Absatz 4.

Zu Buchstabe g

Der bisherige Absatz 11, der in Ausnahmefällen die Neuvereinbarung des Erlösbudgets zulässt, wird Absatz 5. Im Rahmen des neuen Absatzes 5 wird festgelegt, dass ein sich aus der Neuvereinbarung ergebender Unterschiedsbetrag zur bisherigen Budgetvereinbarung künftig im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen ist. Die bisherige Verrechnung über das Erlösbudget und den krankenhausindividuellen Basisfallwert ist nicht mehr möglich, weil das Krankenhaus künftig nur noch mit dem Landesbasisfallwert abrechnet. Die bisherigen krankenhausindividuellen Basisfallwerte entfallen mit dem Ende der Konvergenzphase.

Zu Buchstabe h

Die Auffangregelung des bisherigen Absatzes 12 für den Fall, dass eine gesetzliche Anschlussregelung für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 nicht rechtzeitig in Kraft tritt, entfällt nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Die Vorgaben des bisherigen Absatzes 13 zum krankenhausindividuellen Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wurden für das Jahr 2009 in den neuen Absatz 8 übernommen.

Der bisher in Absatz 14 vorgeschriebene krankenhausindividuelle Zuschlag im Zusammenhang mit der Abschaffung des Arztes im Praktikum läuft planmäßig zum Jahresende 2008 aus. Die entsprechenden Finanzmittel werden wie vorgesehen zum 1. Januar 2009 in den Landesbasisfallwert übernommen; vgl. § 10 Abs. 7 Satz 1.

Zu Nummer 5: (§ 5 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung der Überschrift, weil § 5 um Vorgaben zur Abrechnung von Zu- und Abschlägen erweitert wird.

Zu Buchstabe b, Absatz 4

Mehr- oder Mindererlöse gegenüber den Budgetvereinbarungen werden nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 anteilig ausgeglichen. Auszugleichen sind auch Erlösabweichungen in Folge einer Neuvereinbarung des Budgets nach § 4 Abs. 5 und einer verspäteten Abrechnung des neuen Landesbasisfallwerts (§ 15 Abs. 3). Diese Ausgleichsbeträge konnten in der Konvergenzphase noch über den krankenhausesindividuellen Basisfallwert des Krankenhauses für das Folgejahr verrechnet werden. Nachdem nun zum Jahresende 2008 die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte entfallen, müssen die Ausgleichsbeträge künftig über einen Zu- oder Abschlag gesondert in Rechnung gestellt werden.

Absatz 4 Satz 1 gibt vor, dass die genannten Ausgleichsleistungen zusammengefasst und über einen gemeinsamen Zu- oder Abschlag verrechnet werden. Die Höhe des Zu- oder Abschlags wird bei der Rechnungsstellung mit Hilfe eines Prozentsatzes ermittelt, der auf den Rechnungsbetrag für Entgelte, die in das Erlösbudget nach § 4 und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 eingehen, angewendet wird (Sätze 2 bis 4). Der Zu- oder Abschlag wird nicht auf Zu- oder Abschläge berechnet.

Satz 3 übernimmt grundsätzlich die bisherige Regelung des § 15 Abs. 2 Satz 2. Zielsetzung ist es insbesondere im Hinblick auf eine verursachungs- und leistungsgerechte Belastung selbstzahlender Patientinnen und Patienten sowie im Hinblick auf die Rechtsprechung zu nachträglichen Rechnungsänderungen bei diesen Patienten, die Höhe der Entgelte und der Krankenhausrechnung nicht zu stark durch die Verrechnung periodenfremder Tatbestände und Ausgleichsleistungen zu verändern. Da die Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 die Fallpauschalen nicht mehr mit dem häufig erst spät im Kalenderjahr vereinbarten krankenhausesindividuellen Basisfallwert bewerten, sondern mit dem frühzeitiger feststehenden Landesbasisfallwert, wird sich die Verrechnungsproblematik nach § 15 Abs. 3 vermindern. Auch werden die Abweichungen zum Landesbasisfallwert des Vorjahres geringer sein als die bisherigen Abweichungen der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte. Vor diesem Hintergrund wird die Obergrenze für die Verrechnung

von Zuschlägen von bisher 30 Prozent auf 15 Prozent herabgesetzt; allerdings sind in diese Obergrenze nun auch die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 einbezogen.

Satz 4 lässt einen höheren Zuschlag zu, wenn dies in seltenen Ausnahmefällen erforderlich ist, um eine ansonsten hieraus entstehende wirtschaftliche Gefährdung eines Krankenhauses, z. B. in Folge von Liquiditätsproblemen, abzuwenden.

Den Zu- oder Abschlägen liegen Finanzierungsbeträge zu Grunde, auf die entweder das Krankenhaus oder die Krankenkassen einen Rechtsanspruch haben. Wird der erforderliche Finanzierungsbetrag durch die Zu- oder Abschläge über- oder unterfinanziert, ist jeweils die Differenz über die Ausgleichsbeträge des Folgejahres vollständig auszugleichen und somit zu verrechnen (Satz 5).

Zu Buchstabe b, Absatz 5

Im Falle einer Schließung eines Krankenhauses können die entstandenen Rechtsansprüche ggf. nicht mehr über Zu- und Abschläge realisiert werden. Deshalb gibt Absatz 5 vor, dass die noch ausstehenden Beträge durch direkte Zahlungen zwischen Krankenhaus und den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden. Auf eine Verrechnung gegenüber anderen Kostenträgern oder selbstzahlenden Patientinnen und Patienten wird aus Praktikabilitätsgründen verzichtet. Zudem ist bei selbstzahlenden Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Belastung durch rückwirkende Änderung bereits bezahlter Krankenhausrechnungen für Sachverhalte, die keinen direkten Bezug zu der Behandlungsleistung haben, rechtlich problematisch.

Zu Nummer 6: (§ 6 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems.

Zu Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa stellt in Absatz 2 Satz 1 redaktionell klar, dass die Vergütungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 vereinbart und abgerechnet werden und somit auch keinen Erlösausgleichsregelungen unterliegen.

Doppelbuchstabe bb nimmt in Satz 5 eine redaktionelle Änderung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems vor.

Zu Buchstabe c

Das krankenhausesindividuell zu vereinbarende gesonderte Zusatzentgelt nach Absatz 2a für hochspezialisierte stationäre Leistungen wird aus systematischen Gründen nicht mehr dem Erlösbudget nach § 4, sondern der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 zugeordnet, weil auch die übrigen krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte in dieser Erlössumme zusammengefasst werden.

Zu Buchstabe d

Die Neufassung des Absatzes 3 vereinfacht die Vorgaben zur Vereinbarung der gesonderten Erlössumme für krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte und für besondere Einrichtungen sowie zur entsprechenden Vorlage von Verhandlungsunterlagen. Im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien vor Ort über Leistungsveränderungen entscheidet künftig wieder die Schiedsstelle; vgl. die Änderung in § 19 Abs. 3 BPfIV (Artikel 4 Nr. 10). In einem leistungsorientierten Vergütungssystem, bei dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern herrscht und Strukturveränderungen grundsätzlich erwünscht sind, ist ein Konfliktlösungsmechanismus erforderlich. Die krankenhausesindividuell nach § 6 zu vereinbarenden Vergütungen hatten im Jahr 2006 einen Gesamtumfang von rd. 2 Prozent der Ausgaben für die voll- und teilstationäre Krankenhausversorgung (vgl. Krankenhaus-Report 2007, S. 270). Für diese Entgelte und damit für die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 ist zwar keine unmittelbare Begrenzung durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorgegeben. Dieser wird jedoch mittelbar durch eine Berücksichtigung bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts gewährleistet; vgl. § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5. Satz 4 begrenzt die Vorgaben zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen.

Die bisher in § 6 Abs. 3 enthaltenen Regelungen zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen bei Abweichungen von der vereinbarten Erlössumme werden in den § 4 Abs. 3-neu verlagert (Satz 5). Der Ausgleich wird dort zusammen mit dem Ausgleich für das Erlösbudget nach § 4 durchgeführt. Mit Blick auf den Bürokratieabbau und eine leistungsorientierte Vergütung gelten künftig auch für diese Leistungen die Ausgleichssätze nach § 4 Abs. 3-neu (bisher § 4 Abs. 9). Dies gilt auch für Leistungen, für die ein tagesgleicher Pflegesatz vereinbart wurde. Der gemeinsame Ausgleich mit einheitlichen Ausgleichssätzen vereinfacht die Ausgleichsberechnung.

Zu Buchstabe e

Da das Erlösbudget nach § 4 und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 nicht mehr aus den Vorjahresbeträgen weiterentwickelt, sondern jährlich neu nach Art und Menge der voraussichtlich abzurechnenden Entgelte ermittelt werden, kann die bisherige Koppelung der beiden Erlösbereiche entfallen. Absatz 4 wird deshalb aufgehoben.

Zu Nummer 7: (§ 7 KHEntgG)

§ 7 zeigt insbesondere mit Blick auf selbstzahlende Patienten und Patientinnen die Entgelte auf, die in die Rechnung des Krankenhauses eingehen. Er dient somit der Transparenz bei der Abrechnung.

Zu den Buchstabe a

Die bisherigen Inhalte des § 7 werden in einem neuen Absatz 1 zusammengefasst und redaktionell überarbeitet. Doppelbuchstabe bb führt auch die Entgelte auf, die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen in Rechnung gestellt werden können.

Zu Buchstabe b

Während Absatz 1 die Art der unterschiedlichen Entgelte und deren Rechtsgrundlagen aufzeigt, stellt Absatz 2 dar, wie die Entgelthöhe ermittelt wird.

Zu Nummer 8: (§ 8 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Absatz 2 Satz 3 wird redaktionell überarbeitet.

Zu Buchstabe b

Trotz mehrfacher Aufforderungen des Bundesministeriums für Gesundheit an die Krankenhäuser sind viele Krankenhausrechnungen insbesondere für selbstzahlende Patientinnen und Patienten nicht verständlich. Der neu gefasste Absatz 9 gibt deshalb grundlegende Anforderungen an die Gestaltung der Rechnung vor und beauftragt die Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung eine Empfehlung zur weiteren Gestaltung abzugeben. Krankenhausrechnungen sollen die für die Abrechnung der Entgelte maßgeblichen Angaben enthalten sowie die Entgelte und Zu- und Abschläge mit kurzen verständlichen Texten bezeichnen.

Durch die Neufassung des Absatzes 9 wird zugleich der Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (GKV-Rechnungsabschlag) aufgehoben.

Zu Nummer 9: (§ 9 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung des DRG-Systems auch Verlegungsregelungen und effektive Bewertungsrelationen als Zu- und Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen festlegen.

Zu Buchstabe b

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 KHEntgG sind für das Jahr 2009 die Tarifierhöhungen der Jahre 2008 und 2009 anteilig zusätzlich zu berücksichtigen, soweit sie die Veränderungsrate nach § 71 SGB V überschreiten. Die Höhe der Differenz zwischen dem Tarifiergebnis (Tarifrate) und der Veränderungsrate und damit die grundsätzlich anteilig berücksichtigungsfähige Tarifsteigerung wird durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene vereinbart; vgl. § 10 Abs. 5 KHEntgG.

Zu Nummer 10: (§ 10 KHEntgG)

Maßgeblich für das den Krankenhäusern im Land insgesamt zur Verfügung stehende Geldvolumen sind die Vorgaben des § 10 zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts.

Zu Buchstabe a

In Absatz 1 werden in Satz 1 die Bezeichnung „Landesbasisfallwert“ eingeführt und in Satz 5 nicht mehr benötigte Vorschriften gestrichen.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 2, der die erstmalige Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2005 regelte, wird aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Die Vorgaben des Absatzes 3 Satz 1 werden redaktionell überarbeitet. Nach der Aufhebung des Absatzes 2 wird mit Doppelbuchstabe aa der einleitende Halbsatz des Satzes 1 neu gefasst. Mit Doppelbuchstabe bb wird der in § 17a KHG neu eingeführte Begriff „Ausbildungskosten“ in Nummer 5 eingefügt. Doppelbuchstabe cc passt die Vorschrift zur Berücksichtigung der Schonbeträge aus der Obergrenzenregelung nach dem bisherigen § 4 Abs. 6 Satz 4 redaktionell an; diese wird im Jahr 2009 letztmalig angewandt. Doppelbuchstabe dd nimmt eine weitere redaktionelle Folgeänderung vor.

Zu Buchstabe d

Die an den Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V bildet bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts derzeit die Obergrenze für die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen. Sie soll künftig nach Maßgabe des Absatzes 6 durch einen neuen Veränderungswert, der die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich besser berücksichtigt, ersetzt werden.

Zu Buchstabe e, Absatz 5

Mit Buchstabe d werden für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts eine Öffnungsklausel für die Berücksichtigung von Tariferhöhungen für das Jahr 2009 vorgegeben (vgl. Absatz 5) sowie die Entwicklung eines Orientierungswertes für die Berücksichtigung künftiger Kostensteigerungen in Auftrag gegeben (vgl. Absatz 6).

Absatz 5-neu gibt einmalig für das Jahr 2009 eine zusätzliche Finanzierung bestimmter, tariflich für die Jahre 2008 und 2009 vereinbarter Lohn- und Gehaltssteigerungen vor, soweit die Auswirkungen dieser Vereinbarungen höher sind als die Veränderungsrate nach § 71 SGB V. Satz 2 bestimmt, dass die Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Veränderungsrate – bezogen auf die Personalkosten - zu 50 Prozent finanziert wird. Dabei werden vereinbarte Veränderungen der Vergütungstarife und Einmalzahlungen berücksichtigt, nicht jedoch strukturelle Veränderungen wie z. B. die Veränderung der Vergütungsstruktur oder die Einstufung von Mitarbeitern in Tarifgruppen. Diese anteilige Finanzierung der Personalkosten ist für die Vorgabe des Satzes 2 in einen Finanzierungsanteil, der sich auf die gesamten Ausgaben bezieht (Personal- und Sachkosten), umgerechnet worden.

Maßstäbe für diese Erhöhungen sollen nach Satz 3 für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits diejenige tarifvertragliche Vereinbarung sein, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Dies dürften derzeit für den Bereich des nichtärztlichen Personals der Vergütungstarifvertrag nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) und für den Bereich des ärztlichen Personals die Vereinbarung des Marburger Bundes für die kommunalen Krankenhäuser sein.

Den Vertragsparteien auf der Bundesebene wird mit Satz 4 die Aufgabe übertragen, die Differenz von berücksichtigungsfähiger Tariferhöhung und Veränderungsrate zu ermitteln und als Erhöhungsrate zu vereinbaren. Dabei sind zunächst die Auswirkungen der Tarifvereinbarung für 2008 als Basisanhebung und nachfolgend die Auswirkungen der Tarifvereinbarung für 2009 zu ermitteln. Die Erhöhungsrate ist für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts verbindlich. Eine entsprechende Vereinbarung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach den Vorgaben des § 6 Abs. 2 und § 15 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung bereits jahrelang getroffen.

Die Vertragsparteien auf Landesebene haben den Landesbasisfallwert entsprechend dem Finanzierungsanteil nach Satz 2 zu erhöhen. Satz 5 gibt dafür eine Erhöhung um 33 Prozent vor, weil eine anteilige Finanzierung der Personalkostenerhöhung zu 50 Prozent bei durchschnittlich

67 Prozent Personalkostenanteil einer Erhöhung der Gesamtkosten der Krankenhäuser und damit des Landesbasisfallwerts um 33 Prozent entspricht.

Ist ein Landesbasisfallwert 2009 ohne diese Erhöhung bereits vereinbart, verpflichtet Satz 6 die Vertragsparteien, den Landesbasisfallwert durch eine Neuvereinbarung während des Jahres 2009 unterjährig zu erhöhen. Hierdurch sollen Liquiditätseingpässe der Krankenhäuser vermieden werden. In Folge der unterjährigen Berücksichtigung der Tarifierhöhungen ist zusätzlich ein entsprechender Ausgleich für den bereits abgelaufenen Zeitraum des Jahres zu vereinbaren.

Zu Buchstabe e, Absatz 6

Die an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts grundsätzlich die Berücksichtigung von Kostensteigerungen. Absatz 6 beauftragt nun das Bundesministerium für Gesundheit, einen Orientierungswert ermitteln zu lassen, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Ziel ist es, die für Krankenhäuser wirksam werdenden Kostenerhöhungen künftig stärker zu berücksichtigen. Nach Satz 2 sind die Länder bei der Entwicklung der Berechnungssystematik einzubeziehen und nach Satz 4 vor der Festlegung des Finanzierungsanteils durch Rechtsverordnung des BMG anzuhören.

Zu Buchstabe f

Redaktionelle Verschiebung der Absätze.

Zu den Buchstaben g und h

Es werden redaktionelle Folgeänderungen vorgenommen.

Zu Buchstabe i

Es ist derzeit kaum zu erklären, warum für die Behandlung der Patientinnen und Patienten in den Bundesländern unterschiedlich hohe Entgelte zu zahlen sind. So sind für die Entfernung des Blinddarms in Schleswig-Holstein rd. 1.880 Euro und in Rheinland-Pfalz rd. 2.080 Euro zu zahlen. Unterschiede in den Erkrankungen der Patienten sowie im Schweregrad und der Häufigkeit der Erkrankungen werden grundsätzlich bereits im DRG-System berücksichtigt und dürfen nicht zu unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerten führen. Begründungsversuche, wie die bisher vereinzelt vorgetragenen Unterschiede in der Versorgungsstruktur, die zu insgesamt höheren Kosten in erheblichem Umfang führen sollen, haben bisher nicht überzeugt. Die er-

reichten Verbesserungen des DRG-Systems, die zu einer insgesamt wesentlich sachgerechteren Abbildung von Krankenhausleistungen geführt haben und die einer undifferenzierten Anhebung des Preisniveaus im Land (Landesbasisfallwert) entgegenwirken, sind bei entsprechenden Erklärungsansätzen zu berücksichtigen. Es gibt auch Stimmen, die die unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte auf eine unterschiedlich hohe Einkommenssituation der Versicherten in der Vergangenheit und eine daraus folgende unterschiedliche Finanzausstattung der Krankenkassen in den Ländern zurückführen. Ab dem Jahr 2009 wird sich diese Finanzierungssituation der Krankenkassen in den Ländern angleichen. Alle Krankenkassen erhalten dann einheitliche morbiditätsorientierte Zuweisungen aus dem neuen Gesundheitsfonds. Aus diesen einheitlichen Zuweisungen müssen dann auch höhere Landesbasisfallwerte in einigen Ländern bezahlt werden. Dies passt nicht zusammen. Auch wenn sich die Unterschiede bei den Landesbasisfallwerten in den letzten Jahren verringert haben, so ist dies eher unkoordiniert und in unterschiedlichem Umfang erfolgt. Ein geordnetes Verfahren zur schrittweisen Angleichung der Landesbasisfallwerte ist weiterhin erforderlich.

Deshalb wird mit Absatz 8 der Prozess einer schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte in Richtung auf einen einheitlichen Basisfallwert eingeleitet. Im Hinblick auf die von den Ländern angestrebten Prüfungen zu den Ursachen der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte wird nicht eine vollständige Anpassung an einen durchschnittlichen Basisfallwert vorgegeben, sondern lediglich die Bandbreite der Unterschiede verringert. Dabei werden lediglich die Landesbasisfallwerte erhöht oder abgesenkt, die außerhalb eines einheitlichen Basisfallwertkorridors in Höhe von + 2,5 Prozent bis – 1,5 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 liegen. Damit bleibt Finanzierungsspielraum für landesbezogene Strukturunterschiede, auf die einige Länder derzeit verweisen, und ausreichend Zeit für deren Überprüfung durch entsprechende Forschungsaufträge. Landesbasisfallwerte, deren Höhe innerhalb der Bandbreite liegen, werden zunächst nicht angeglichen. Bezogen auf die Landesbasisfallwerte des Jahres 2008 würde dies bei einem geschätzten einheitlichen Basisfallwert um 2.800 Euro eine Bandbreite von 2.870 Euro bis 2.758 Euro bedeuten. Gemessen hieran würden zur Zeit die Landesbasisfallwerte zum Beispiel von Rheinland-Pfalz und dem Saarland die Bandbreite überschreiten und beispielsweise Schleswig-Holstein die Bandbreite unterschreiten.

Absatz 8 Satz 1 gibt die Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors vor. Nach Satz 2 wird ein höherer oder ein niedrigerer Landesbasisfallwerte in einem fünfjährigen Zeitraum an die Außengrenzen dieses einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Satz 3 bestimmt die jährlichen Angleichungsschritte für die Konvergenz der Landesbasisfallwerte. Dabei werden die grundsätzlich gleich hohen Angleichungsschritte umgerechnet auf den jeweils verbleibenden Konvergenzzeitraum. Das Verfahren entspricht der Vorgehensweise, die bereits von der Konvergenz der einzelnen Krankenhausbudgets her bekannt ist. Satz 4 gibt das Rechenschema für

die Ermittlung des Landesbasisfallwerts vor, der sich nach dem jeweiligen Angleichungsschritt ergibt und der nach Satz 5 von den Vertragsparteien auf der Landesebene zu vereinbaren und der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen jeweils zu Grunde zu legen ist. Da die Landesbasisfallwerte weiterhin auf der Landesebene verhandelt werden und sich dabei unterschiedlich entwickeln können, stellt Satz 6 sicher, dass auch nach der Konvergenz der Landesbasisfallwerte in den Folgejahren jeweils eine Angleichung an die Außengrenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors vorgenommen wird.

Die durch Absatz 8 vorgegebene Konvergenz führt lediglich die außerhalb des Korridors liegenden Landesbasisfallwerte an die Außengrenzen des Korridors heran. Sie verhindert nicht eine Entwicklung, bei der ein Landesbasisfallwert z. B. in Folge von Änderungen des DRG-Vergütungssystems oder der Verhandlungen auf Landesebene so verändert wird, dass er künftig innerhalb des Korridors liegt. In einem solchen Falle würde er nicht mehr von der Konvergenz erfasst.

Nach Absatz 9 wird der einheitliche Basisfallwert aus den unterschiedlichen Landesbasisfallwerten errechnet. Er hat damit zunächst nur die Funktion, ein Bezugspunkt für die teilweise Angleichung der Landesbasisfallwerte zu sein. Die Verantwortung für die Landesbasisfallwerte insgesamt bleibt damit bei den Vertragsparteien in den Ländern. Damit wird die bisherige Verhandlungsweise grundsätzlich beibehalten.

Die rechnerische Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors wird mit Satz 1 dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene übertragen. Dieses ist auch fachlich in der Lage, eine sachgerechte Beurteilung der Daten vorzunehmen und Plausibilitätsprüfungen anhand der Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes durchzuführen. Bei der Berechnung werden die einzelnen Landesbasisfallwerte jeweils mit der Summe der dazu gehörenden effektiven Bewertungsrelationen (Casemix) gewichtet, so dass Fallzahlen und Fallschwere länderspezifisch berücksichtigt werden (Satz 2). Die für das jeweilige Land maßgeblichen Daten, die sich aus der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ergeben, sind nach Satz 3 bis zum 31. Juli jeden Jahres von der Landeskrankenhausesellschaft an das DRG-Institut zu melden. Liegen bis zu diesem Zeitpunkt keine Angaben vor, rechnet nach Satz 4 das DRG-Institut mit den vorliegenden Vorjahreswerten für dieses Land. Das Rechenergebnis des Instituts ist nach Satz 5 Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die für das DRG-System zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene. Damit die vom DRG-Institut ermittelten Werte nach Absatz 8 Satz 3 als Vergleichsmaßstab für das folgende Kalenderjahr angewandt werden können, müssen diese Werte von den Vertragsparteien um die für das Folgejahr maßgebliche Veränderungsrate oder den neuen Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 erhöht werden.

Kommt eine Einigung bis zum 30. September nicht zustande, kann nach Satz 6 die Schiedsstelle angerufen werden.

Zu Buchstabe j

Die für die anteilige Finanzierung von 21.000 Neueinstellungen im Pflegedienst der Krankenhäuser vereinbarten zusätzlichen Finanzmittel werden in den Jahren 2009 bis 2011 durch krankenhausindividuelle Zuschläge finanziert (§ 4 Abs. 10-neu). Ab dem Jahr 2012 werden diese Mittel in das pauschalierte DRG-Vergütungssystem überführt. Mit dem Ziel, diese Finanzmittel im Rahmen des DRG-Systems zielgerichtet den Bereichen zuzuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, verpflichtet § 4 Abs. 10 Satz 13 die zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, ihr DRG-Institut mit der Entwicklung entsprechender Kriterien zu beauftragen.

Zu Nummer 11: (§ 11 KHEntgG)

Die Änderung unter Buchstabe a berücksichtigt, dass es ab dem Jahr 2009 keine krankenhausindividuellen Basisfallwerte mehr gibt. Buchstabe b nimmt redaktionelle Änderungen vor.

Zu Nummer 12: (§ 12 KHEntgG)

Redaktionelle Anpassung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems.

Zu Nummer 13: (§ 14 KHEntgG)

Nach Aufhebung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts werden die Vorgaben zur Genehmigung der Vereinbarungen der Vertragsparteien angepasst.

Zu Nummer 14: (§ 15 KHEntgG)

§ 15 regelt den tatsächlichen Abrechnungszeitraum (Laufzeit) für die Entgelte. Er bestimmt auch, welche Entgelte hilfsweise abzurechnen sind, wenn die für den neuen Zeitraum zu vereinbarenden Entgelte noch nicht abgerechnet werden können.

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 1 Satz 1 bestimmt entsprechend den Abrechnungsbestimmungen grundsätzlich, dass bei Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar aufgenommen werden, die Fallpauschalen und Zusatzentgelte abzurechnen sind, die für das neue Kalenderjahr auf Bundesebene vereinbart wurden (bundeseinheitliche Entgeltkataloge).

Nach Beendigung der Konvergenzphase, d. h. der Angleichung der bisherigen Krankenhausbudgets und der bisherigen krankenhausespezifischen Basisfallwerte an den Landesbasisfallwert, gibt es ab dem Jahr 2009 keine krankenhausespezifischen Basisfallwerte mehr. Die Fallpauschalen sind deshalb bei allen Krankenhäusern im Land mit dem einheitlichen Landesbasisfallwert zu bewerten, soweit der Landesbasisfallwert für das jeweilige Kalenderjahr noch nicht vereinbart oder festgelegt ist, mit demjenigen des Vorjahres (Sätze 2 bis 4).

Satz 5 gibt eine Übergangsregelung vor für den Fall, dass zum Jahresbeginn noch keine neuen Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkataloge vereinbart oder durch Rechtsverordnung vorgegeben worden sind.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 2 enthält die Regelungen zur Laufzeit der krankenhausespezifisch zu vereinbarenden Entgelte. Satz 1 wird redaktionell überarbeitet. Die Neufassung des Satzes 3 berücksichtigt, dass in bestimmten Fällen die Entgelte des Vorjahres nicht weitergelten.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 3 Satz 1 übernimmt inhaltlich eine Regelung aus dem bisherigen Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz. Satz 2 regelt den bisherigen Inhalt von Satz 1 zweiter Halbsatz neu. Der Ausgleichsbetrag wird nicht mehr über die Entgelte des nächsten Vereinbarungszeitraums, sondern über einen Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4-neu während des restlichen laufenden Vereinbarungszeitraumes gesondert verrechnet. Der Regelungsinhalt des bisherigen Satzes 2, der die Verrechnung des Ausgleichs der Höhe nach begrenzte, ist in den neuen § 5 Abs. 4 Satz 5 übernommen worden. Der bisherige Satz 3 entfällt.

Zu Nummer 15: (§ 17 KHEntgG)

Redaktionelle Änderung. Es wird eine Änderung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) für den stationären Bereich nachvollzogen, die für ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Vergütungsregelungen nach einheitlichen Kriterien ermöglicht, da das Leistungsspektrum von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Bereich der Psychotherapie weitgehend identisch ist.

Zu Nummer 16: (§ 21 KHEntgG)

Buchstabe a ersetzt das Wort „DRG-Daten“ durch das Wort „Daten“. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Vorgabe des Buchstaben c. Dieser gibt vor, dass die DRG-Datenstelle künftig auch Daten für die Entwicklung des neuen pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG und für die Entwicklung von Investitionspauschalen an die damit gesetzlich beauftragten Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG bzw. deren DRG-Institut übermitteln darf.

Nach Buchstabe b Doppelbuchstabe aa sind die bisher aggregiert zu übermittelnden Angaben zur Höhe der Personal- und Gesamtkosten der Ausbildungsstätten differenzierter aufgliedert zu übermitteln, nämlich nach den Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, den Kosten der praktischen Ausbildung, dem Sachaufwand der Ausbildungsstätte, den Gemeinkosten der Ausbildungsstätte sowie den vereinbarten Gesamtkosten. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene nach § 17b Abs. 2 KHG haben sich für eine entsprechende differenziertere Übermittlung der Kostendaten der Ausbildungsstätten ausgesprochen. Ziel ist es, die Kalkulationsgrundlage im Bereich der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, insbesondere bei der Kalkulation von Richtwerten nach § 17a Abs. 4b KHG, zu verbessern. Die bisher von den Krankenhäusern gelieferten Daten für diesen Bereich haben sich als nicht ausreichend erwiesen. Mit Doppelbuchstabe bb wird klargestellt, dass bei den Datenlieferungen nach den Buchstaben g und h die Art und die Höhe aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte zu übermitteln sind.

Zu Nummer 17: (Anlage 1 KHEntgG)

Da ab dem Jahr 2009 keine krankenhausespezifischen Basisfallwerte mehr vereinbart werden, vereinfacht sich die Vereinbarung des Erlösbudgets nach § 4. Entsprechend wird der Inhalt der Verhandlungsunterlage „B 2“ in Anlage 1 des Gesetzes gekürzt.

Zu Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 295 Abs. 1b SGB V

Mit dem neuen § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) werden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen einzuführen. Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltungspartner schließt auch ein, zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können (§ 17d Abs. 1 Satz 3 KHG). Voraussetzung dafür ist jedoch die Schaffung der notwendigen Transparenz, was von den psychiatrischen Institutsambulanzen mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Um den bürokratischen Aufwand dafür so gering wie möglich zu halten, sollen die psychiatrischen Institutsambulanzen die Abrechnung ihrer Leistungen mit den jeweiligen Krankenkassen künftig im Rahmen der elektronischen Datenübermittlung abrechnen. Nummer 1 ergänzt § 295 Abs. 1b daher um die psychiatrischen Institutsambulanzen.

Nach § 17d Abs. 3 Satz 3 ist das DRG-Institut von den Selbstverwaltungspartnern mit der Entwicklung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu beauftragen. Um ein bundesweit einheitliches Entgeltsystem entwickeln zu können, müssen alle Datensätze zusammengeführt werden. Nummer 2 gibt deshalb vor, dass die Abrechnungsdaten der psychiatrischen Institutsambulanzen zusätzlich an die von den Selbstverwaltungspartnern benannte DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermitteln sind.

Zu Artikel 4: Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Nummer 1: (§ 2 Abs. 1 BPfIV)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2: (§ 6 BPfIV)

Zu Buchstabe a

Buchstabe a ändert Vorschriften des Absatzes 1. Doppelbuchstabe aa nimmt in Satz 1 redaktionelle Änderungen vor, insbesondere weil die Bundespflegesatzverordnung direkt nur noch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser gilt.

Doppelbuchstabe bb ändert Satz 4. Dreifachbuchstabe aaa fasst die Nummer 1 neu. Im Falle der Nichteinigung von Krankenhaus und Krankenkassen kann über zusätzliche Leistungen bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen künftig wieder die Schiedsstelle entscheiden. § 19 Abs. 3 wird entsprechend geändert (vgl. die Begründung zu Nummer 10).

Dreifachbuchstabe bbb erweitert die Vorgabe in Nummer 4 zur Berücksichtigung der Zahl der Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Eine von der Aktion psychisch Kranke e. V. zum Umsetzungsstand der Psych-PV im Jahr 2004 durchgeführte Umfrage hat gezeigt, dass psychiatrische Krankenhäuser in der Vergangenheit die Personalbesetzung nach der Psych-PV nicht vollständig umgesetzt haben oder in Folge der Budgetbegrenzungen durch § 6 Abs. 1 Satz 4 und der engen Öffnungsklausel für Tariflohnerhöhungen in Absatz 2 Personal abgebaut haben. Die Ergänzung der Nummer 4 sieht für solche Fälle nun eine Nachverhandlung vor, mit der der Personalbestand auf 90 Prozent der Psych-PV-Vorgaben angehoben wird. Eine entsprechende Erhöhung des Krankenhausbudgets ist ab dem Jahr 2009 möglich. Die Finanzierung soll in Abhängigkeit von den Einstellungsterminen der entsprechenden Personen und deren weiterer Beschäftigung erfolgen.

Dreifachbuchstabe ccc nimmt eine redaktionelle Änderung vor. Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor (vgl. die Begründung zu Buchstabe c).

Zu Buchstabe b

Absatz 2 enthält eine Öffnungsklausel für den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, die in begrenztem Umfang eine Berücksichtigung von Tarifierhöhungen bei den Personalkosten oberhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V erlaubt. Diese bisher eng gefasste Öffnungsklausel wird erweitert und inhaltlich an die neue Vorgabe für die DRG-Krankenhäuser in § 10 Abs. 5 angeglichen. Sie ist künftig wieder generell anzuwenden ohne Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation des einzelnen Krankenhauses. Anstelle der bisherigen Berücksichtigungsquote von 33 Prozent wird nun eine Quote von 40 Prozent vorgegeben. Diese bezieht sich auf das gesamte Budget und entspricht bei einem angenommenen Personalkostenanteil von 80 Prozent einer Finanzierungsquote von 50 Prozent bezogen auf die Personalkostensumme. Der verbleibende, nicht finanzierte Anteil ist weiterhin vom Krankenhaus zu erwirtschaften. Im Hinblick auf die besondere Personalintensität der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bleibt diese Öffnungsklausel – im Unterschied zu der Vorgabe für DRG-Krankenhäuser – unbefristet. Für das Jahr 2009 ist als Berichtigungsrate die entsprechende Erhöhungsrage für DRG-Krankenhäuser anzuwenden (§ 15 Abs. 1 Satz 2-neu).

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Änderung in Folge einer früher durchgeführten Aufhebung des Absatzes 4.

Zu Nummer 3: (§ 7 BPfIV)

Redaktionelle Änderung, weil die BPfIV grundsätzlich nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gilt.

Zu Nummer 4: (§ 8 BPfIV)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ermöglicht nunmehr die Berücksichtigung von Investitionskosten der Krankenhäuser, die der BPfIV unterliegen, auch im Hinblick auf die Kosten der Restfinanzierung durch den Krankenhausträger bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen. Auch insoweit können diese Investitionskosten allerdings gegenüber Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-

rechtlichen Kostenträgern nur bis zur Höhe der Pflegesätze vergleichbarer, nach dem KHG voll geförderter Krankenhäuser in Rechnung gestellt werden.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 5: (§ 10 Abs. 1 BPfIV)

Redaktionelle Änderung in Folge der Änderung des § 17a Abs. 1 Satz 1 KHG.

Zu Nummer 6: (§ 12 Abs. 4 BPfIV)

Im Falle einer Schließung eines Krankenhauses können die entstandenen Rechtsansprüche ggf. nicht mehr über Zu- und Abschläge realisiert werden. Deshalb gibt der neue Absatz 4 vor, dass die noch ausstehenden Beträge, soweit sie auf gesetzlich Versicherte entfallen, durch direkte Zahlungen zwischen Krankenhaus und den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden. Auf eine Verrechnung gegenüber anderen Kostenträgern oder selbstzahlenden Patientinnen und Patienten wird aus Praktikabilitätsgründen verzichtet. Zudem ist bei selbstzahlenden Patienten eine zusätzliche Belastung durch rückwirkende Änderung bereits bezahlter Krankenhausrechnungen für Sachverhalte, die keinen direkten Bezug zu der Behandlungsleistung haben, rechtlich problematisch.

Zu Nummer 7: (§ 13 Abs. 4 BPfIV)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 8: (§ 15 Abs. 1 BPfIV)

Buchstabe a führt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neufassung des § 6 Abs. 2 Satz 1 durch.

Buchstabe b bestimmt, dass - abweichend von der Grundregel, eine eigenständige Berichtigungsrate für die Berücksichtigung von Tariflohnentwicklungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu ermitteln - für das Jahr 2009 die Tarif-Erhöhrungsrate für die DRG-Krankenhäuser zu übernehmen ist. Damit werden für das Jahr 2009 die Tariferhöhungen für die Jahre 2008 und 2009 berücksichtigt.

Zu Nummer 9: (§ 17 Abs. 1 BPfIV)

Satz 2, der eine Regelung zur Finanzierung der Ausbildungsstätten enthält, wird gestrichen. Die Ausbildungsfinanzierung wird inzwischen in § 17a KHG geregelt und in einem gesonderten Ausbildungsbudget vereinbart.

Zu Nummer 10: (§ 19 Abs. 3 BPfIV)

Mit der Streichung wird die Schiedsstellenentscheidung über Leistungsveränderungen bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wieder zugelassen, so dass unterschiedliche Auffassungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen durch eine neutrale Instanz geklärt werden können.

Zu Nummer 11: (§ 21 Abs. 2 BPfIV)

Für den Fall, dass wegen der Schließung eines Krankenhauses die Verrechnung von Zu- oder Abschlägen in Folge verspäteter Budgetverhandlungen nicht oder nicht im notwendigen Umfang möglich ist, wird eine direkte Verrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen vorgeschrieben; § 12 Abs. 4 gilt entsprechend.

Zu Nummer 12: (Anlage 1 BPfIV)

Anlage 1 bestimmt die Unterlagen, die für die Verhandlung des Krankenhausbudgets und der tagesgleichen Pflegesätze insbesondere bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorzulegen sind.

Nachdem die Verhandlungsunterlagen nicht mehr für die DRG-Krankenhäuser, sondern fast nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gelten, werden nicht mehr benö-

tigte Inhalte in Anlage 1 und deren Anhang 2 gestrichen. Darüber hinaus werden Anpassungen an die derzeitige Rechtslage und redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Zu Nummer 13: (Anlage 2 BPfIV)

Redaktionelle Änderung, nachdem die Bundespflegesatzverordnung fast nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gilt.

Zu Artikel 5: Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, soweit in dem folgenden Absatz nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Zum 1. Januar 2009 tritt die Neufassung des § 8 Abs. 9 KHEntgG in Kraft, die damit den planmäßigen Wegfall des bisherigen Abschlags in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (GKV-Rechnungsabschlag) begründet, damit im Ergebnis für nach dem 31. Dezember 2008 entlassene gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten kein Rechnungsabschlag mehr zu entrichten ist.

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Maßnahmen dieses Gesetzes Mehrausgaben in Höhe von insgesamt rd. 2,0 Mrd. Euro. Davon entfallen auf die zusätzliche anteilige Finanzierung von Tarifierhöhungen ab dem Jahr 2009 jährliche Mehrausgaben von rd. 1,35 Mrd. Euro. Aus dem Förderprogramm zur Einstellung von insgesamt 21.000 zusätzlichen Pflegekräften in den Krankenhäusern innerhalb von drei Jahre ergeben sich ab dem Jahr

2009 jeweils jährliche Zusatzbelastungen gegenüber dem Vorjahr in Höhe von jeweils rd. 220 Mio. Euro (der kumulierte Betrag in Höhe von rd. 660 Mio. Euro läuft ab dem Jahr 2012 weiter).

Eine weitere Belastung in Höhe von bis zu 145 Mio. Euro ist ab dem Jahr 2009 durch die Einbeziehung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege in die Zuschläge zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und -vergütungen zu erwarten (§ 17a Abs. 1 Satz 1 KHG).

Die im vorliegenden Gesetzentwurf getroffenen Regelungen zur Verbesserung der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung in den psychiatrischen Krankenhäusern wird wegen der vorgegebenen Umsetzung von 90 Prozent (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPflV) zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 60 Mio. Euro jährlich führen.

Der gesetzlich bereits vorgesehene Wegfall des zeitlich auf die Jahre 2007 und 2008 begrenzten GKV-Rechnungsabschlages (§ 8 Abs. 9 KHEntgG in der bisherigen Fassung) in Höhe von 0,5 Prozent ab dem Jahr 2009 wird die Krankenkassen zusätzlich mit 230 Mio. Euro jährlich belasten.

Darüber hinaus werden die Krankenkassen durch die voraussichtlich notwendige Erhöhung des DRG-Systemzuschlags nach § 17b Abs. 5 KHG zusätzlich belastet. Für die Entwicklung und Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 KHG und der pauschalierten Entgelte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG durch das DRG-Institut und durch die anteilige pauschalierte Aufwandsvergütung für die teilnehmenden Kalkulationskrankenhäuser ist mit Mehrausgaben in Höhe von rd. 13 Mio. Euro zu rechnen.

Mit der Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors ab dem Jahr 2010 (§ 10 Abs. 6 KHEntgG) und der schrittweisen Angleichung der außerhalb des Korridors liegenden Landesbasisfallwerte an den Grenzbereich des Korridors bis zum Jahr 2014 ist eine Umverteilung von Finanzmitteln zwischen den Krankenhäusern in den einzelnen Ländern verbunden, die zu einer Verschiebung der Ausgaben der Krankenkassen zwischen den Ländern führen wird. Die Preise für stationäre Leistungen werden in den Ländern mit bisher hohen Basisfallwerten (z. B. Rheinland-Pfalz, Saarland) abgesenkt, in anderen Ländern wie Schleswig-Holstein werden die Preise für Krankenhausleistungen steigen. Insgesamt kann wegen der Korridorlösung nicht von einer budgetneutralen Einführung ausgegangen werden. Ob die Einführung in den Jahren 2010 bis 2015 für die Krankenkassen zu Mehr- oder Minderausgaben führen wird, ist schwer vorherzusagen, da eine Modellrechnung stark von den Voraussetzungen abhängt (z. B. Kosten-, Grundlohn-, Fallzahlentwicklung).

Die mit dem Gesetz ab dem Jahr 2009 verbundenen Mehrausgaben bei den gesetzlichen Krankenkassen, die rechnerisch einer Größenordnung von 0,2 Beitragssatzpunkten entsprechen, sind bei der Kalkulation des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes im Rahmen der Rechtsverordnung der Bundesregierung nach § 241 SGB V zu berücksichtigen und in der Regel zu gleichen Teilen von den Mitgliedern der Krankenkassen und deren Arbeitgebern im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung sowie den Rentnerinnen und Rentnern und den Rentenversicherungsträgern im Bereich der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu tragen.

2. Öffentliche Haushalte

Die nach diesem Gesetz vorgesehene Möglichkeit zur Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionszuschüsse ist für die Länder nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bund, Länder und Gemeinden werden durch höhere Entgelte für akutstationäre Behandlung zusätzlich belastet. Für den Bund als Beihilfeträger entstehen durch höhere Entgelte für stationäre Behandlung Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise ca. 11 Mio. Euro pro Jahr, für die Tarifbeschäftigten wird der Bund durch den aus den gestiegenen Entgelten resultierenden höher festzulegenden Beitragssatz voraussichtlich mit weiteren 8 Mio. Euro pro Jahr belastet. Diese Mehrausgaben sind für den Bundeshaushalt im Rahmen der flexibilisierten Mittel in den betroffenen Einzelplänen zu erwirtschaften.

Der Bund trägt nach § 37 Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die Leistungsaufwendungen für Altenteiler, soweit diese nicht durch deren Beiträge und durch den von den aktiv Versicherten aufzubringenden Solidarzuschlag gedeckt sind. Deshalb führen die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen ab dem Jahr 2009 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres zu einer finanziellen Mehrbelastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte in Höhe von rund 22 Mio. Euro. Über die Finanzierung dieser Mehrbelastung in 2009 ist im Rahmen der parlamentarischen Beratungen des Regierungsentwurfs zum Bundeshaushalt 2009 mit dem Ziel einer haushaltsneutralen Lösung zu entscheiden. Über die Finanzierung für die Folgejahre wird im Rahmen der Haushaltsaufstellung 2010 und der mittelfristigen Finanzplanung mit dem Ziel einer haushaltsneutralen Lösung zu entscheiden sein.

Die mit diesem Gesetz verbundenen Mehrausgaben, die in der gesetzlichen Krankenversicherung rechnerisch einer Größenordnung von ca. 0,2 Beitragssatzpunkten entsprechen, sowie die zu erwartenden höheren Ausgaben für Privatversicherte und Beihilfen führen außerdem für den Bund unmittelbar zu Mehrbelastungen im Bereich des SGB II für Arbeitslosengeld-II-Bezieher und Personalkosten. Hier ist mit Mehrbelastungen in Höhe von mindestens 75 Mio. Euro jähr-

lich zu rechnen. Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeld-Bezieher (BA-Haushalt SGB III) werden auf jährlich rd. 36 Mio. Euro geschätzt. Für die Rentenversicherung bedeuten diese Mehrausgaben eine jährliche Mehrbelastung bei den Aufwendungen zur Krankenversicherung der Rentner in Höhe von rd. 200 Mio. Euro.

Im Jahr 2009 ist mit Steuermindereinnahmen im Arbeitnehmerbereich wegen weitgehend ausgeschöpfter Höchstgrenzen allenfalls in geringem Umfang zu rechnen. Auf Unternehmensebene fallen Mindereinnahmen in Höhe von 300 Mio. Euro an. Ab dem Jahr 2010 dürften die Mindereinnahmen allerdings ansteigen und insgesamt 600 Mio. Euro erreichen. Hintergrund ist die Umsetzung des Urteils des BVerfG zur vollen steuerlichen Berücksichtigung der Aufwendungen für eine Krankenversicherung, die zu erheblichen zusätzlichen Steuermindereinnahmen führt. Damit fallen neben den Mindereinnahmen im Unternehmensbereich auch im Arbeitnehmerbereich zusätzliche Mindereinnahmen in Höhe von 300 Mio. Euro an.

Insgesamt werden im Jahr 2009 Bund, Länder und Gemeinden in ihrer Funktion als Arbeitgeber durch die paritätische Finanzierung des allgemeinen Beitragssatzes, die höheren Entgelte für akutstationäre Behandlung im Bereich der Beihilfe, Mehrausgaben in den verschiedenen sozialen Sicherungssystemen sowie Steuermindereinnahmen voraussichtlich mit rd. 730 Mio. Euro belastet. Auf der anderen Seite werden Bund, Länder und Gemeinden durch viele Maßnahmen des Gesetzes als Krankenhausträger finanziell entlastet, insbesondere durch die anteilige Refinanzierung der aktuellen Tarifierhöhungen für die Beschäftigten der Krankenhäuser. Da rund ein Drittel der Krankenhäuser mit etwa der Hälfte der Betten in öffentlicher Trägerschaft geführt werden, kann angesichts der mit diesem Gesetz verbundenen Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von 2 Mrd. Euro mit einer Entlastung der öffentlichen Träger in der Größenordnung von rd. 1 Mrd. Euro gerechnet werden.

3. Wirtschaft

Die mit diesem Gesetz verbundenen Mehrausgaben führen für die Unternehmen als Arbeitgeber insofern zu Mehrbelastungen, als diese Mehrausgaben zu einer Veränderung des Beitragssatzniveaus der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer hälftig beitragen. Die Mehrausgaben entsprechen rechnerisch einer Größenordnung von 0,2 Beitragssatzpunkten. Die gesetzliche Unfallversicherung rechnet mit Mehrkosten von rd. 1 Mio. Euro, welche durch eine nachträgliche Beitragsanhebung auf die Arbeitgeber umgelegt werden wird und somit die Wirtschaft mit zusätzlichen Abgaben belastet.

Weitere Belastungen für Wirtschaft und insbesondere auch für mittelständische Unternehmen entstehen mit dem Gesetzentwurf nicht.

4. Bürgerinnen und Bürger

Gesetzlich Krankenversicherte sind durch Mehrausgaben dieses Gesetzes und daraus resultierenden Veränderungen des Beitragssatzniveaus insgesamt in gleichem Umfang betroffen wie die Arbeitgeber. Darüber hinausgehend werden die in diesem Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen auch zu einer Anhebung der Krankenhausentgelte für privat versicherte Personen in einem geschätzten Finanzvolumen von ca. 200 Mio. Euro führen, die von Selbstzahlern, Beihilfe und privaten Krankenversicherern zu tragen sind. Diese 200 Mio. Euro kommen als zusätzliche Einnahmen bei den Krankenhäusern an, deren Mehreinnahmen durch dieses Gesetz damit insgesamt 2,2 Mrd. Euro betragen.

Die Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors wird außerdem zur Folge haben, dass die Krankenhausentgelte für selbstzahlende Patientinnen und Patienten in einigen Ländern fallen, in anderen Ländern werden sich die Entgelte erhöhen.

D. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Die veranschlagte Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von ca. 2 Mrd. Euro ist bei Festlegung des von der Bundesregierung festzulegenden einheitlichen Beitragssatzes erhöhend zu berücksichtigen. Für die private Krankenversicherung ist eine Mehrbelastung in Höhe von ca. 150 Mio. Euro zu erwarten. Die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und insbesondere das Verbraucherpreisniveau dürften moderat ausfallen.

E. Gleichstellungspolitische Gesetzesfolgenabschätzung

Bereits mit der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wurde wegen der Leistungsorientierung des DRG-Systems die grundsätzliche Möglichkeit geschaffen, die Krankenhausentgelte geschlechtsspezifisch zu kalkulieren. Wenn zwischen Patientinnen und Patienten geschlechtsbedingte Leistungs- und Kostenunterschiede bestehen, können diese vom DRG-Institut bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden.

Darüber hinausgehende gleichstellungspolitische Gesetzesfolgen lassen sich aus diesem Gesetz nicht ableiten.

F. Bürokratiekosten

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden insgesamt sieben neue Informationspflichten eingeführt, drei bestehende Informationspflichten (Artikel 2 Nr. 6 Buchstabe d - § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG und Anlage 1 Abschnitt B2 des Krankenhausentgeltgesetzes) werden geändert und dadurch bei zwei Informationspflichten bürokratischer Aufwand vermindert, bei einer geänderten Informationspflicht entstehen kein zusätzlichen Bürokratiekosten. Insgesamt wird der Gesetzentwurf voraussichtlich zu Bürokratiekosten in Höhe von ca. 1,109 Mio. Euro pro Jahr führen. Drei Informationspflichten mit Bürokratiekosten in Höhe von insgesamt 38.000 Euro pro Jahr sind auf drei Jahre befristet. Die Bürokratiekosten wurden auf Basis einer ex ante Abschätzung mit Hilfe von Zeitwerten und unter Berücksichtigung der Tariftabelle des Statistischen Bundesamtes und auf Basis der vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Bürokratiekostenmessung der Krankenhäuser ermittelt.

Für die Wirtschaft verteilen sich die Bürokratiekosten dabei wie folgt auf die einzelnen Informationspflichten:

- 1) Jährliche Übermittlung von Abrechnungsdaten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und der psychiatrischen Institutsambulanzen an das DRG-Institut sowie patientenbezogene Einstufung nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Artikel 1 Nr. 5 - § 17d Abs. 9 Satz 1 und 2 KHG und Artikel 3 - § 295 Abs. 1b SGB V)

Mit dem Gesetz werden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische Leistungen zu entwickeln. Ausgangsbasis für die Entwicklung des neuen Vergütungssystems sind die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes, die jährlich von den ca. 680 psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen an das DRG-Institut zu übermitteln sind. Darüber hinaus müssen die ca. 300 psychiatrischen Institutsambulanzen ihre Abrechnungsdaten zukünftig elektronisch an die Krankenkassen und zusätzlich an das DRG-Institut übermitteln. Auf Basis der vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Bürokratiekostenmessung der Krankenhäuser, die ihre Daten bereits heute einmal im Jahr an das DRG-Institut übermitteln, wird von insgesamt ca. 20.000 Euro zusätzlichen Kosten für die Datenübermittlung ausgegangen, weil die Verpflichtung zur Dokumentation

der Daten bereits heute besteht und davon ausgegangen wird, dass die Daten nach § 301 SGB V genutzt werden können.

§ 17d Abs. 9 Satz 2 KHG gibt vor, dass Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden (ca. 490 Einrichtungen), für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche nach der Psychiatrie-Personalverordnung zu erfassen (zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsbereiche) und an das DRG-Institut zu liefern haben. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich bei ca. 800.000 Behandlungsfällen ungefähr 2 Mio. Einstufungen durchgeführt werden müssen. Bei einem Zeitaufwand von 3 Minuten pro Einstufung ergeben sich für diese Informationspflicht Bürokratiekosten in Höhe von schätzungsweise 4 Mio. Euro (Tarifwert 40 Euro pro Stunde).

Die Informationspflichten sind Voraussetzung zur Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Dass es keine Alternativen zu der Datenerfassung und Lieferung an das DRG-Institut gibt, haben insbesondere die Erfahrungen aus der Einführung des DRG-Systems in den letzten Jahren gezeigt.

- 2) Jährlicher Nachweis des Krankenhauses über eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzliches Pflegepersonal
(Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe g - § 4 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG)

Nach § 4 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG ist für eine Förderung zusätzlich zu schaffender Pflege-Personalkostenstellen vom einzelnen Krankenhaus ein jährlicher Nachweis darüber zu führen, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Eine vollständige Inanspruchnahme der Fördermittel in allen rd. 1.800 in Frage kommenden Krankenhäusern ist unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dem 700 Millionen Programm zur Arbeitszeit nicht wahrscheinlich. Auch wird voraussichtlich ein Teil dieser Krankenhäuser erst im zweiten oder dritten Jahr die Fördermittel in Anspruch nehmen. Daher kann über den dreijährigen Förderzeitraum angenommen werden, dass durchschnittlich rd. 1.200 Krankenhäuser pro Jahr den Nachweis über die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals melden werden. Orientiert an dem Meldeaufwand der für die Inanspruchnahme der Mittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen angenommen wurde, ist von einem Dokumentations- und Übermittlungszeitaufwand von 24 Minuten je Krankenhaus auszugehen. Daraus ergeben sich für die jährliche Übermittlung der Datensätze an die Krankenkassen bei einem durchschnittlichen Tarifsatz von 40 Euro pro Stunde zusätzliche Kosten in Höhe von rd. 19.000 Euro insgesamt für alle Krankenhäuser.

Der bürokratische Aufwand entsteht im übrigen für das einzelne Krankenhaus nur, wenn es die Fördermittel in Anspruch nehmen will und rechtfertigt sich dadurch, dass ihm sehr viel höhere finanzielle Vorteile - in Höhe einer 70%-igen Förderung von Pflegepersonalstellen - gegenüberstehen.

3) Jährliche Vorlage einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung
(Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe g - § 4 Abs. 10 Satz 11 2. Halbsatz KHEntgG)

Nach § 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG hat das Krankenhaus jährlich den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Wie bereits dargelegt, ist von einer jährlichen durchschnittlichen Inanspruchnahme der Mittel in rd. 1.200 Krankenhäusern auszugehen. Daraus ergeben sich für die jährliche Übermittlung der Daten des Jahresabschlussprüfers bei einem zu Grunde gelegten Zeitaufwand von ca. 11 Minuten und einem durchschnittlichen Tarifsatz von 40 Euro zusätzliche Kosten in Höhe von rd. 9.000 Euro.

4) Ausweis der Zu- und Abschläge in der Rechnung
(Artikel 2 Nr. 5 Buchstabe b - § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG)

Mit § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG wird vorgegeben, dass Zu- oder Abschläge in den Rechnungen der Krankenhäuser gesondert auszuweisen sind. Diese Regelung ist notwendig, da es mit dem Ende der Konvergenzphase keinen krankenhausesindividuellen Basisfallwert mehr gibt. Die Zu- und Abschläge sind Bestandteil der Krankenhausentgelte und daher aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Rechnung gesondert auszuweisen.

Auch wenn der Ausweis für alle rund 16 Mio. akutstationären Krankenhausesfälle zu erfolgen hat, ist der bürokratische Aufwand als äußerst gering einzustufen, da die Rechnungslegung in den Krankenhäusern über die Krankenhausinformationssysteme automatisch erfolgt und die Umsetzung der Informationspflicht durch eine einmalige Umprogrammierung der Krankenhausinformationssysteme erfolgen kann.

5) Vorzulegende Unterlagen für besondere Einrichtungen
(Artikel 2 Nr. 6 Buchstabe d - § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG)

Mit der Neufassung des § 6 Abs. 3 KHEntgG wird klargestellt, dass besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte abgerechnet werden, Unterlagen nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzvereinbarung nur bezogen auf den Bereich der Einrichtung vorlegen müssen. Außerdem können sich die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG darauf einigen, auf die Vorlage zu verzichten.

Damit trägt die Vorgabe zu einer Reduzierung dieser Informationspflicht bei. Da jedoch keine Informationen darüber vorliegen, wie oft in der Vergangenheit Krankenhäuser den Krankenkassen Unterlagen über den Bereich der Einrichtung hinausgehend vorgelegt haben und wie oft die Vertragsparteien zukünftig davon Gebrauch machen, auf die Vorlage zu verzichten, ist eine Quantifizierung der Reduzierung der Informationspflicht nicht möglich.

6) Meldung wichtiger Vereinbarungswerte beim Landesbasisfallwert an das DRG-Institut
(Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i - § 10 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG)

In Zusammenhang mit der Einführung des Basisfallwertkorridors ist die Berechnung eines einheitlichen Basisfallwertes durch das DRG-Institut notwendig. Voraussetzung dazu ist die Kenntnis der wichtigsten Werte, die Grundlage bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte waren (vereinbarter oder festgesetzter Landesbasisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich, das zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen). Die Erfüllung dieser Informationspflicht betrifft die 16 Landeskrankenhausesellschaften. Die dadurch entstehenden Bürokratiekosten liegen insgesamt weit unter 1.000 Euro, da die drei zu übermittelnden Informationen den Landeskrankenhausesellschaften vorliegen und einmal im Jahr an das DRG-Institut weitergegeben werden müssen. Eine alternative Übermittlung der Informationen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen würde einen ähnlichen Aufwand erzeugen.

7) Übermittlung von Ausbildungskostendaten an das DRG-Institut
(Artikel 2 Nr. 16 Buchstabe b - § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c KHEntgG)

Die bisher aggregiert zu übermittelnden Angaben zur Höhe der Personal- und Gesamtkosten der Ausbildungsstätten sind zukünftig differenzierter von den rd. 1.700 ausbildenden Krankenhäusern zu übermitteln, um die Kalkulation von Richtwerten nach § 17a Abs. 4b KHG zu ermög-

lichen. Da diese differenzierteren Daten allerdings bereits bei der Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG zu dokumentieren sind (siehe Rahmenvereinbarung nach § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG) können diese ohne nennenswerte Zusatzkosten genutzt werden.

Die als Alternative bislang genutzte Übermittlung von aggregierten Ausbildungskostendaten war nicht erfolgreich, da sich diese Daten für die Kalkulation von Richtwerten als nicht ausreichend erwiesen haben. Hierauf haben die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG hingewiesen und fordern eine differenziertere Übermittlung.

8) Änderung der Anlage 1 Abschnitt B2 des Krankenhausentgeltgesetzes (Artikel 2 Nr. 17)

Mit dem Ende der Konvergenzphase ist das im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung der Krankenhäuser auszufüllende Formblatt B2 nicht mehr in dem Umfang wie bisher notwendig vorzulegen und konnte daher im Umfang erheblich reduziert werden. Dadurch vermindert sich der bürokratische Aufwand der ca. 1.800 betroffenen Krankenhäuser in Bezug auf die für die Budgetverhandlungen vorzulegenden Unterlagen. Der bürokratische Gesamtaufwand für die Erstellung und Vorlage der Verhandlungsunterlagen wurde bei der Bürokratiekostenmessung des Statistischen Bundesamtes auf 23,7 Mio. Euro berechnet. Durch das geänderte Formular wird von einer Reduzierung der Informationspflicht (Erstellung und Vorlage der Budgetunterlagen) von bis zu 10 Prozent (ca. 2,3 Mio. Euro) ausgegangen.

Die Änderungen der Anlagen nach der Bundespflegesatzverordnung (Artikel 4 Nummer 12) haben keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten, da es sich um Streichung von Teilen handelt, die für die Budgetverhandlungen ohnehin nicht mehr benötigt wurden, seitdem die Bundespflegesatzverordnung nicht mehr von den DRG-Krankenhäusern anzuwenden ist.

Die öffentliche Verwaltung ist durch eine zusätzliche Informationspflicht betroffen:

9) Jährlicher Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über zusätzlich eingestellte Pflegekräfte (Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d - § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG)

§ 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG gibt vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte, die aufgrund der Förderung im Vorjahr eingestellt wurden, zu berichten hat. Der Gesamtaufwand für die Beschaffung, Aufbereitung und Weiterleitung der Daten beim Spitzenverband Bund sowie den Kranken-

kassenverbänden und Einzelkassen ist mit rd. 250 Stunden zu schätzen. Bei einem durchschnittlichen Tarifsatz von 40 Euro ergeben sich somit zusätzliche Kosten in Höhe von rd. 10.000 Euro.

Für die Bürgerinnen und Bürger sowie für Unternehmen außerhalb des Krankenhausbereiches entstehen aus diesem Gesetz keine zusätzlichen Informationspflichten.

G. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf hat keinen Bezug zum Recht der Europäischen Union.