

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 16/10807, 16/10868 –

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

A. Problem

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Entscheidung getroffen, zum 1. Januar 2003 in Krankenhäusern ein pauschalierendes Entgeltsystem einzuführen. Nähere Regelungen für das neue Entgeltsystem wurden mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 und dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004 getroffen. Der darin geregelte Prozess der Angleichung der Krankenhausbudgets an landesweit einheitliche Preise (Konvergenzphase) endet zum 1. Januar 2009. Die Bundesregierung will mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vorgeben. Auch bei der Investitionsfinanzierung bestehe Anpassungsbedarf, um für die Krankenhäuser verlässlichere Rahmenbedingungen und solidere Kalkulationsgrundlagen für die Planung und Durchführung notwendiger Investitionsmaßnahmen zu schaffen. Darüber hinaus erfordere die aktuelle wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser gesetzliche Anpassungen, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten.

B. Lösung

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen tragen nach Ansicht der Bundesregierung dazu bei, die finanzielle Situation der Krankenhäuser wesentlich zu verbessern. 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;
- 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.

In einem technisch orientierten Teil des Gesetzentwurfes werden

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

Annahme des Gesetzentwurfes auf Drucksachen 16/10807 und 16/10868 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfes auf Drucksachen 16/10807 und 16/10868 und/oder Beschlussfassung über einen geänderten Gesetzentwurf

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 die 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 unter Berücksichtigung der Tariftabelle des Statistischen Bundesamtes und auf Basis der vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Bürokratiekostenmessung der Krankenhäuser ermittelt. Die Bürokratiekosten verteilen sich dabei wie folgt auf die einzelnen Informationspflichten:

- Jährliche Übermittlung von Abrechnungsdaten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und der psychiatrischen ca. 4.020.000 €

Institutsambulanzen an das DRG-Institut
sowie patientenbezogene Einstufung
nach der Psychiatrie-Personalverordnung

- | | |
|---|------------------|
| - 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.

elektronische Vorab-Fassung*

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/10807 und 16/10868 in der aus der nachstehenden Zusammenfassung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Berlin, den 17. Dezember 2008

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Martina Bunge
Vorsitzende

Frank Spieth
Berichtersteller

elektronische Vorab-Fassung*

Zusammenstellung

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

– Drucksache 16/10807

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14.
Ausschuss)

Vom ...

Entwurf

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlos-
sen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsge- setzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fas-
sung 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 Krankenhaus-
plan eines Landes aufgenommen sind und Ent-
gelte nach § 17b erhalten, soll eine Investitions-
förderung durch leistungsorientierte Investiti-
onspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psych-
iatrische und psychosomatische Einrichtungen
nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Kranken-
hausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem
1. Januar 2014 ermöglicht werden. Dafür werden
bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kri-
terien für die Ermittlung eines Investitionsfall-
wertes auf Landesebene entwickelt. Die Investi-
tionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu be-
rücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des wei-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlos-
sen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsge- setzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fas-
sung 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. unverändert

teren 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 Investitionsbedarf 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:

2. unverändert

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:

3. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

a) unverändert

„§ 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 Ausbildungsstätten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung infolge 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

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 **erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:**

„Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung infolge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003, sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind (Ausbildungskosten).“

bb) unverändert

c) unverändert

d) unverändert

e) unverändert

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. f) unverändert

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

4. § 17b wird wie folgt geändert: 4. unverändert

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.

4a. In § 17c Abs. 3 Satz 3 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„sie können abweichend auch vereinbaren, dass überhöhte Abrechnungen oder zu niedrige Abrechnungen jeweils gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu berichtigen sind.“

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

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 **Fachkrankenhäusern** und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern **für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** (psychiatrische Einrichtungen) **sowie 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

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 ist 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

§ 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) unverändert

(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 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische **und psychosomatische** Fragen betroffen sind.

(4) unverändert

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.

(5) unverändert

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

(6) unverändert

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.

(7) unverändert

(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.

(8) unverändert

(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.“

(9) unverändert

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

6. unverändert

Artikel 2

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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:

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:

1. unverändert

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:

2. unverändert

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. unverändert

„§ 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 Abrechnungsbe-

4. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert

- 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, nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 **und nicht die Vergütung nach § 140c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung.**

(2) unverändert

stimmungen 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.“

b1) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 sollen die Vertragsparteien für das Jahr 2009 für Mehrleistungen gegenüber den für das Vorjahr krankenhausindividuell vereinbarten Leistungen eine niedrigere Vergütung vereinbaren, indem sie für diese Mehrleistungen einen Abschlag von dem Landesbasisfallwert festlegen. Würden im Jahr 2009 durch die im Landesbasisfallwert enthaltene anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 5 die tarifbedingten Erhöhungen der entsprechenden Personalkosten des Krankenhauses, soweit sie die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten, zu mehr als 50 Prozent finanziert, ist dieser höhere Finanzierungsanteil mindernd zu berücksichtigen, indem ein entsprechender Abschlag von dem Landesbasisfallwert vereinbart wird; dies gilt nicht für höhere Finanzierungsanteile infolge von Notlagentarifverträgen. Als Maßstab für die tarifbedingten Erhöhungen wird jeweils der Tarifvertrag zugrunde gelegt, dem die meisten Beschäftigten im nichtärztlichen Personalbereich und dem ärztlichen Personalbereich in dem jeweiligen Krankenhaus zugeordnet sind. Die Abschläge nach den Sätzen 1 und 2 sind in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die niedrigeren Preisvereinbarungen nach den Sätzen 1 und 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht berücksichtigt.“

c) Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

c) unverändert

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

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

„(6) Solange die Vertragsparteien auf Bun-

„(6) unverändert

desebene 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. Ausgleich für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen.

(7) unverändert

(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.

(8) unverändert

(9) Für das Jahr 2009 wird bei Krankenhäusern, bei denen der nach Maßgabe der folgen-

(9) unverändert

den Sätze veränderte Ausgangswert für das Jahr 2009 mehr als 3 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 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. Ausgleichs 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

(10) Die bei der Neueinstellung **oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen** von ausgebildetem Pflegepersonal **mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz** zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu **90** 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 **oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen** vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pfl-

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.“

gepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt **oder aufgestockt** 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, **Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen** 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, **Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen** 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 **und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen**, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich **beschäftigt** wurden. **Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die**

für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. 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:

e) unverändert

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) Die folgenden 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. f) unverändert

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

„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. h) unverändert

5. § 5 wird wie folgt geändert: 5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: a) unverändert

„§ 5

Vereinbarung und Abrechnung von
Zu- und Abschlägen“.

b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt: b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 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 Abs. 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 ei-

„(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 Abs. 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist; **wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren.** 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

ne 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 einzubeziehen.

(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.“

Abschlags nach Satz 1 bis jeweils zu dieser Grenze zu verrechnen; **für das Jahr 2009 gilt abweichend eine Grenze von 30 Prozent.** 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 einzubeziehen.

(5) unverändert

(6) Bei Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden, ist ein Zu- oder Abschlag wegen Verlängerung der Konvergenzphase nach Maßgabe der folgenden Sätze in Rechnung zu stellen. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem krankenhausindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und ohne Kappung wird ermittelt und in Höhe von 50 Prozent mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert. Der Zu- oder Abschlag ist auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien in Rechnung zu stellen. Weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch Verrechnung mit dem Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 Satz 1 vollständig auszugleichen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

6. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 wird durch die Wörter „noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können,“ ersetzt. a) unverändert
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert: 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. aa) unverändert
- bb) In Satz 5 werden die Wörter „für das Jahr 2005 vor dem 1. Februar 2005 und für die Folgejahre“ gestrichen. bb) unverändert
- cc) **Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:**
„Die Entgelte sollen möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets, nach § 4 vereinbart werden.“
- c) Absatz 2a wird wie folgt geändert: c) unverändert
- 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: d) unverändert
- „(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 Ver-

bindung 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 Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 zu ermitteln und auszugleichen.“

e) Absatz 4 wird aufgehoben.

e) unverändert

7. § 7 wird wie folgt geändert:

7. unverändert

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-Sy-

stemzuschlag 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 krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausesindividuell vereinbart.

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

8. § 8 wird wie folgt geändert:

8. unverändert

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 Bewertungsrelationen 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:

9. unverändert

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:“.

10. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) unverändert

bb) **Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:**

„Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B2 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen, und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen.“

cc) **Satz 5 wird Satz 6 und wie folgt geändert:**

aaa) **Die Angabe „Sätzen 2 bis 4“ wird durch die Angabe „Sätzen 3 bis 5“ ersetzt.**

bbb) **Die Nummern 1 und 2 werden aufgehoben.**

b) unverändert

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) unverändert

aa1) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Leistungsveränderungen (Fallzahl

und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen,“.

- bb) In Nummer 5 werden die Wörter „Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“ durch das Wort „Ausbildungskosten“ ersetzt. bb) unverändert
- 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. cc) unverändert
- dd) In Nummer 7 wird die Angabe „§ 7 Satz 1 Nr. 4“ durch die Angabe „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4“ ersetzt. dd) unverändert
- 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. d) unverändert
- e) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze 5 und 6 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 Tarifierhöhungen 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 Tarifratenrate, 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 Tarifratenrate 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
- „(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen 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 Tarifratenrate, 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 Tarifratenrate 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 zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrage. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrage zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrage neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich infolge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrage. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrage zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart **oder festgesetzt**, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrage neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich infolge 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.“

(6) unverändert

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

f) unverändert

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.

g) unverändert

h) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 11 und wie folgt geändert:

h) unverändert

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 ein-

- 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 **-1,25** 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 **7, 11 und 12** verhandelte Basisfallwert **ohne Ausgleiche**

1. unverändert
2. unverändert

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. **Für die Jahre 2010 und 2012 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 11 Satz 2 oder des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Abweichend von Satz 3 wird in Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert liegt, der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent**

heitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen.

des Basisfallwerts, der für das laufende Kalenderjahr gilt, begrenzt und der Angleichungszeitraum verlängert, bis der obere Grenzwert erreicht ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der 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. **Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.**

(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 Ausgleiche mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurden, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankengesellschaft bis zum 31. Juli jeden Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgaben-volumen 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.“

(9) unverändert

j) Folgender Absatz 12 wird angefügt:

„(12) In den ab dem 1. Januar 2012 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeiträge 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.“

j) unverändert

k) Folgender Absatz 13 wird angefügt:

„(13) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt bis zum 30. Juni 2011 eine wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder in Auftrag. Sofern die Untersuchung eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt, legt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2013 einen gesetzlichen Verfahrensvorschlag vor, mit dem die unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder ab dem Jahr 2015 bis zum Jahr 2019 über den einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Absatz 8 hinaus weiter an den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 angeglichen werden.“

11. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhau-sindividuellen 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.

11. unverändert

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

12. unverändert

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

13. unverändert

14. § 15 wird wie folgt geändert:

14. unverändert

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 krankenhausindividuelle 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 krankenhau-
sindividuell zu vereinbarenden Entgelte
werden vom Beginn des neuen Verein-
barungszeitraums an erhoben.“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

1. ein bisher krankenhaushausindividuell 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 infolge 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.

15. unverändert

15a. In § 18 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztli-

chen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen. Krankenhäuser nach Satz 1 erster Halbsatz, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, rechnen für von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelte Belegpatientinnen und -patienten tagesgleiche Pflegesätze ab, die auch die Vergütung des Belegarztes umfassen.“

15b. In § 19 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „erstatten“ der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „dies gilt nicht in den Fällen des § 18 Absatz 3.“ 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-

16. § 21 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „zur Weiterentwicklung des DRG-Ver-

Vergütungssystem“ 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.

gütungssystem“ 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.

bb) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Dem Bundeskartellamt sind auf Anforderung Auswertungen auf Basis der Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstaben a und d und Nr. 2 b und d bis h zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen zur Verfügung zu stellen; den Aufwand für die Auswertung kann die DRG-Datenstelle dem Bundeskartellamt in Rechnung stellen.“

17. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

17. unverändert

a) In dem Vorblatt wird die Angabe zu Abschnitt B2 wie folgt gefasst:

„B2 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2009“.

elektronische Vorabentscheidungen

b) Das Formblatt B2 wird wie folgt gefasst:

”

Krankenhaus:

| |
|--------|
| Seite: |
| Datum: |

B2 Erlösbudget nach § 4 KHEntG 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 | /./ Abschlüsse nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (§ 4 Abs. 6) | | |
| 6 | = Erlösbudget ²⁾ | | |

Artikel 3
Änderung des Landesgesetzes zur Sozialgesetzgebung

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 Abschlüsse bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und der Abschlüsse bei Verlegungen sowie insbesondere des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

”

Vorab-Fassung*

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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch 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. § 37b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden die Wörter „in der vertrauten häuslichen Umgebung“ durch die Wörter „in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ ersetzt sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe.“

- b) Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.“

2. In § 39 Abs. 4 Satz 1 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

3. § 43b wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39

Abs. 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch das Krankenhaus nicht, hat dieses im Auftrag der Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens nach Satz 3 beliehen. Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Krankenhaus je durchgeführtem Verwaltungsverfahren nach Satz 3 eine angemessene Kostenpauschale. Die dem Krankenhaus für Vollstreckungsverfahren und Klagen von Versicherten gegen den Verwaltungsakt entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. Das Nähere zur Umsetzung der Kostenersatzung nach den Sätzen 6 und 7 vereinbaren der Spitzenverband Bund und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Soweit Vollstreckungsmaßnahmen zum Einzug von Zuzahlungen erfolglos bleiben, findet keine Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse statt.“

4. In § 120 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. § 295 Abs. 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach Satz 1 geregelt. Soweit für das Jahr 2009 für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2009 sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2009 und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pau-

schalen zu vermindern. Bei Krankenhäusern nach § 4 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes ist das Erlösbudget in der Höhe zu vermindern, in der nach der bereits durchgeführten Angleichung an den Landesbasisfallwert noch Erlösanteile für diese ambulanten Leistungen enthalten sind. Der jeweilige Minderungsbeitrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das Jahr 2009 vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.“

5. In § 121 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Abweichend von den Vergütungsregelungen in Absatz 2 bis 4 können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen.“

6. Nach § 121a wird folgender § 122 eingefügt:

„§ 122

Behandlung in Praxiskliniken

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag

1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen,
2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.

Die Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 sind zur Einhaltung des Vertrages nach Satz 1 verpflichtet.“

7. In § 125 Absatz 2 werden nach Satz 3 folgende Sätze angefügt:

„Soweit sich die Vertragspartner in den mit Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossenen Verträgen nicht auf die Vertragspreise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden die Preise von einer von den Vertragspartnern gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder den vertragsschließenden Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Verbände der Leistungserbringer sowie die Krankenkassen oder ihre Landesverbände je zur Hälfte.“

7a. § 137 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „grundsätzlich einheitlich für alle Patienten“ eingefügt und nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:

„Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligen.“

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „fasst für zugelassene Krankenhäuser“ die Wörter „grundsätzlich einheitlich für alle Patienten“ eingefügt.

8. In § 140b Abs. 1 wird nach Nummer 6 ein Komma und folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1“.

8a. In § 275 Abs. 1c Satz 3 wird der Betrag „100 Euro“ durch den Betrag „300 Euro“ ersetzt.

9. § 295 Absatz 1b wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „abgeschlossen haben,“ die Wörter „psychiatrische Institutsambulanzen“ eingefügt.

- b) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 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:

- | | |
|---|--|
| <p>1. In § 2 Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 23)“ durch die Angabe „(§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes)“ ersetzt.</p> <p>2. § 6 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „Fallpauschalen, Sonderentgelten und“ gestrichen sowie die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 24“ ersetzt.</p> <p>bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„1. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,“.</p> <p>bbb) In Nummer 4 werden das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „soweit die</p> | <p>1. unverändert</p> <p>2. § 6 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) unverändert</p> <p>bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>aaa) unverändert</p> <p>bbb) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „Absatz 4 ist zu-</p> |
|---|--|

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.

sätzlich anzuwenden,“ angefügt.

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

ccc) unverändert

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

cc) unverändert

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

b) unverändert

„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 auf 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.

c) unverändert

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Soweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen bei einem Krankenhaus bis zum 31. Dezember 2008 nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden, sollen nach Aufforderung einer Vertragspartei die zu diesem Stichtag fehlenden Personalstellen

nach Maßgabe der folgenden Sätze verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden:

1. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 unterhalb von 90 Prozent ist ab dem 1. Januar 2009 eine Umsetzung zu 90 Prozent zu vereinbaren; darüber hinaus kann auch eine Vereinbarung nach Nummer 2 geschlossen werden.
2. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 zwischen 90 und 100 Prozent ist bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs nach der Psychiatrie-Personalverordnung eine höhere Personalbesetzung zu vereinbaren; § 3 Abs. 4 der Psychiatrie-Personalverordnung bleibt unberührt.

Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 19.“

- | | |
|---|----------------|
| 3. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird aufgehoben. | 3. unverändert |
| 4. § 8 wird wie folgt geändert: | 4. unverändert |
| 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. | 5. unverändert |
| 6. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt: | 6. unverändert |

„(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 Rech-

nung 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. 7. unverändert
8. § 15 Abs. 1 wird wie folgt geändert: 8. unverändert
- 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 Nr. 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. 9. unverändert
10. In § 19 Abs. 3 werden die Angabe „§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1“ und das nachfolgende Komma gestrichen. 10. unverändert
11. Dem § 21 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt: 11. unverändert
- „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: 12. unverändert
- 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.

13. unverändert

Artikel 4a

Änderung der Abgrenzungsverordnung

Die Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), zuletzt geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nr. 3 wird die Angabe „51 Euro“ durch die Angabe „150 Euro“ ersetzt.

2. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die Kosten der Wiederbeschaffung von Gebrauchsgütern anteilig entsprechend ihrer Abschreibung,“

b) In Nummer 2 wird die Angabe „und 18b“ gestrichen.“

Artikel 4b

Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung

Die Krankenhausstatistik-Verordnung vom

10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden nach den Wörtern „Vertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung“ eingefügt.
- b) In Nummer 12 zweiter Halbsatz werden nach den Wörtern „Personen in Ausbildung“ die Wörter „mit oder ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei dem Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ und nach den Wörtern „nach Geschlecht“ die Wörter „und Beschäftigungsverhältnis“ eingefügt.
- c) In Nummer 13 wird das Wort „hauptamtliches“ gestrichen und das Komma am Ende der Nummer durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„hauptamtliches Personal und Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung sind gesondert auszuweisen.“

2. In § 4 Nummer 3 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:

„4. Institutionskennzeichen des Krankenhauses.“

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

Artikel 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) unverändert

(2) Artikel 2 Nr. 8 Buchstabe b **und Artikel 3 Nr.**

2009 in Kraft.

4 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

elektronische Vorab-Fassung*

Bericht des Abgeordneten Frank Spieth

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den **Geszentwurf auf Drucksachen 16/10807 und 16/10868** in seiner 186. Sitzung am 12. November 2008 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 wurde die Entscheidung getroffen, zum 1. Januar 2003 ein pauschalierendes Entgeltssystem einzuführen. Nähere Regelungen für das neue Entgeltssystem wurden mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 und dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004 getroffen. Der darin geregelte Prozess der Angleichung der Krankenhausbudgets an landesweit einheitliche Preise (Konvergenzphase) endet zum 1. Januar 2009. Vor dem Hintergrund der in der Einführungsphase gewonnenen Erfahrungen will die Bundesregierung mit diesem Geszentwurf die künftigen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vorgeben.

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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 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.

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen 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. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungrelationen auf Bundesebene.

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Mit der Vorschrift zum neuen § 4 Abs. 10 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern in den Jahren 2009 bis 2011 zu 70 Prozent gefördert wird. Voraussetzung für diese Förderung ist ein Nachweis des Krankenhauses, dass im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 Pflegepersonal neu eingestellt wird. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden und bloßen Mitnahmeeffekten vorzubeugen, hat ein Krankenhaus den restlichen, nicht geförderten Anteil der Kosten für die Neueinstellungen zu tragen. Die für die anteilige Finanzierung von 21.000 Neueinstellungen im Pflegedienst der Krankenhäuser vereinbarten zusätzlichen Finanzmittel werden in den Jahren 2009 bis 2011 durch krankenhausesindividuelle Zuschläge finanziert. Ab dem Jahr 2012 werden diese Mittel in das pauschalierte DRG-Vergütungssystem überführt.

Der neue § 10 Abs. 5 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. Die Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Veränderungsrate – bezogen auf die Personalkosten – wird zu 50 Prozent finanziert. Dabei werden vereinbarte Veränderungen der Vergütungstarife und Einmalzahlungen berücksichtigt, nicht jedoch strukturelle Veränderun-

gen wie z. B. die Veränderung der Vergütungsstruktur oder die Einstufung von Mitarbeitern in Tarifgruppen.

Die an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts grundsätzlich die Berücksichtigung von Kostensteigerungen. § 10 Abs. 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. Die Länder sind bei der Entwicklung der Berechnungssystematik einzubeziehen und vor der Festlegung des Finanzierungsanteils durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit anzuhören.

Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird in § 10 Abs. 8 ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von + 2,5 Prozent bis – 1,5 Prozent um einen zu berechnenden einheitlichen Basisfallwert eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, diesen einheitlichen Basisfallwert und den einheitlichen Basisfallwertkorridor auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen.

Weitere Maßnahmen

Nach Auffassung der Bundesregierung wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser im Jahr 2009 wesentlich verbessern. Infolge des Wegfalls des GKV-Rechnungsabschlags, des Wegfalls des Rechnungsabschlags für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung und der Erhöhung des Landesbasisfallwerts um die Veränderungsrate nach § 71 SGB V würden zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro zur Verfügung stehen. Hinzu kämen die mit dem Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen, d. h. die anteilige Finanzierung der Tarifloohnerhöhung im Jahr 2009, die verbesserte Finanzierung der Budgets bei psychiatrischen Einrichtungen und die Klarstellungen zur Finanzierung der Ausbildung.

Der Bundesrat hat in seiner Entschliebung zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser vom 19. September 2008 (BR-Drucksache 442/08) die meisten der im Referentenentwurf auf Drucksache

696/08 enthaltenen Neuregelungen begrüßt und eine Regelung für den Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung vorgeschlagen. Dieser Regelungsvorschlag sei im Gesetzentwurf des KHRG der Bundesregierung jedoch nicht vollständig umgesetzt worden. § 10 Abs. 2 KHG solle deshalb entsprechend ergänzt werden, damit die notwendige Beteiligung der Länder auch in diesem Verfahren gewährleistet sei.

Der Bundesrat stellt des Weiteren fest, dass die Einzelheiten des Verfahrens zur Entwicklung von Investitionspauschalen, insbesondere Grundsätze und Kriterien sowie Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene, nach § 10 Abs. 1 Satz 4 KHG durch die Länder und den Bund gemeinsam in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe festgelegt würden. Die Beteiligung der Länder sei deshalb unverzichtbar, weil die Länder über langjährige Erfahrungen in der Investitionskostenförderung verfügten und die neuen Investitionspauschalen, soweit sie sich nach § 10 Abs. 1 Satz 5 KHG dafür entschieden, zu zahlen hätten. Aus den selben Gründen müsse die Abstimmung mit den Ländern auch in § 10 Abs. 2 Satz 1 KHG verankert werden, weil die Beteiligung der Länder auch bei der Entwicklung und Festlegung von Investitionsbewertungsrelationen – anders als bei den DRGs – unverzichtbar sei. Eine Beteiligung der Länder an der Festlegung des Berechnungsverfahrens zum Bundesbasisfallwert sei ebenfalls unumgänglich. Die geforderte Formulierung sei Ergebnis der Bund-Länder-Gespräche auf Ministerebene am 18. September 2008, sei aber bislang nicht im Gesetzentwurf berücksichtigt worden.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 7. November 2008 einer vom Bundesrat vorgeschlagenen ergänzenden Regelung zur technisch korrekten Berechnung des einheitlichen Basisfallwertkorridors zugestimmt sowie zu der vom Bundesrat vorgeschlagenen Erweiterung der spezialisierten Palliativversorgung über die vertraute häusliche Umgebung hinaus eine Prüfung zugesagt. Die übrigen Vorschläge des Bundesrates lehnt die Bundesregierung ab.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 89. Sitzung am 17. Dezember 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf BT-Druck-

sachen 16/10807 und 16/10868 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)462) anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 72. Sitzung am 17. Dezember 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf BT-Drucksache 16/10807 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)0462) anzunehmen. Die Mitglieder des Ausschusses empfehlen, die Unterrichtung auf BT-Drucksache 16/10868 zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Ausschuss für Bildung Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 71. Sitzung am 17. Dezember 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf BT-Drucksache 16/10807 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)462) anzunehmen. Die Mitglieder des Ausschusses empfehlen, die Unterrichtung auf BT-Drucksache 16/10868 zur Kenntnis zu nehmen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 99. Sitzung am 12. November 2008 seine Beratungen zu dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz auf Drucksachen 16/10807 und 16/10868 aufgenommen und beschlossen, zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Die Anhörung fand in der 100. Sitzung am 24. November 2008 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), AOK-Bundesverband (AOK-BV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), BKK Bundesverband (BKK BV), Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. (BHV), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG-Psychiatrie), Bundesärztekammer (BÄK), Bun-

despsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Deutsche Tagesklinikgesellschaft e.V. (DTKG), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs), Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen – Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba), Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Landkreistag, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB), Deutscher Städtetag, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), IKK-Bundesverband (IKK-BV), InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Institut des Bewertungsausschusses, Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD), Knappschaft, Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V., Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK), Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Verband Deutscher Podologen (VDP), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv), Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (ZFD).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Dr. Martin Albrecht, Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Karl-Heinz Beine, Benno Bolze, Prof. Dr. Jörg F. Debatin, Prof. Dr. Ingwer Ebsen, Reinhard Fuß, Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Prof. Dr. Günter Neubauer, Prof. Dr. Michael Simon und Prof. Dr. Jürgen Wasem eingeladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In der 102. Sitzung am 15. Dezember 2008 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt und in der 103. Sitzung am 17. Dezember 2008 abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/10807 und 16/10868 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Weiterhin wurde der von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD vorgelegte Änderungsantrag Nummer 22 auf Ausschussdrucksache 16(14)462 einstimmig angenommen. Die übrigen von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD vorgelegten Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 16(14)462 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Bundestagsdrucksache 16/10807 beschlossen. Diese betreffen in der Hauptsache nachfolgende Bereiche:

- Klarstellungen zur Finanzierung der Praxisanleitung in der Krankenpflege;
- Prüfung von Krankenhausabrechnungen: Zum einen wird der Anreiz für Stichprobenprüfungen durch die Möglichkeit der Vereinbarung einer kassenbezogenen Berichtigung von Abrechnungsfehlern erhöht; zum anderen wird zur Vermeidung übermäßiger Einzelprüfungen die Aufwandspauschale erhöht, die Krankenkassen den Krankenhäusern bei ungerechtfertigten Prüfungen zu zahlen haben;
- Maßnahmen zur Begrenzung des Mehrausgabenvolumens der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2009 auf den veranschlagten Betrag von 3,5 Mrd. Euro: Verlängerung der Konvergenzphase hin zum vereinbarten Landesbasisfallwert um ein Jahr, für das Jahr 2009 zu vereinbarende Preisnachlässe für Mehrleistungen gegenüber der für das Vorjahr vereinbarten Leistungsmenge sowie die mindernde Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifkostenrefinanzierung im Jahr 2009;
- Präzisierungen zur Verrechnung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen ;

- Klarstellung, dass Leistungsveränderungen nur in Höhe der zusätzlich entstehenden variablen Kosten bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden;
- Anhebung der unteren Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors von – 1,5 Prozent auf -1,25 Prozent;
- Begrenzung der Konvergenz der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor durch Vorgabe einer Obergrenze für die Absenkung des Landesbasisfallwerts sowie in der Folge entsprechende Verlängerung des Konvergenzzeitraums für die von der Obergrenze profitierenden Länder;
- Vereinbarung der Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Innovationsentgelte frühzeitig auch vor den allgemeinen Budgetverhandlungen ;
- Verbesserungen beim Pflegepersonalstellenprogramm insbesondere durch Erhöhung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen von 70 auf 90 Prozent sowie durch die Klarstellung, dass die zusätzlichen Mittel auch zur Aufstockung von Teilzeitstellen genutzt werden können;
- Flexibilisierung des belegärztlichen Vergütungssystems durch Einführung einer Option, wonach Belegärzte auch auf der Grundlage eines Honorarvertrages mit dem Krankenhaus vergütet werden können;
- Präzisierung des Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung;
- Der Einzug rückständiger Krankenhauszahlungen wird zur Erhöhung der Zahlungsquote von den Krankenkassen auf die Krankenhäuser verlagert, die hierzu mit erweiterten Durchsetzungsbefugnissen ausgestattet werden;
- Für die fachärztlichen Leistungen in Spezialambulanzen von Kinderkliniken können zur Vermeidung von Versorgungsengpässen ergänzend zur Vergütung auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs gesonderte Pauschalen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit Kinderabteilungen vereinbart werden;
- Die Integration von Praxiskliniken in das Versorgungssystem der GKV wird verbessert,
- Für Vertragspreise im Heilmittelbereich und deren Anpassung wird eine Schiedsregelung eingeführt;

- Im Hinblick auf die gebotene Einheitlichkeit einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird klargestellt, dass die Regelungen zur Qualitätssicherung im Rahmen des § 137 SGB V für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Versichertenstatus erfolgen können;
- Bei Verhandlung von Personalstellen für psychiatrische Einrichtungen soll bei einer nicht vollständigen Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zum Stichtag 30. Juni 2008 zur Stellenbesetzung eine Umsetzung zu mindestens 90 Prozent vereinbart werden. Bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs ist eine höhere Umsetzung zu vereinbaren.

Den folgenden Entschließungsantrag der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit auf Ausschussdrucksache 16(14)0464 hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt:

Der Gesundheitsausschuss

fordert die Bundesregierung auf, bis März 2009 eine gesetzliche Regelung vorzuschlagen, die eine angemessene Vergütung und Refinanzierung der praktischen Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung vorsieht. Diese Regelung soll bis zu einer grundsätzlichen Überarbeitung der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten im „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ gelten.

Begründung

Im Rahmen der Psychotherapieausbildung ist eine praktische Tätigkeit vorgeschrieben, die mindestens 1.200 Stunden in einer psychiatrischen und mindestens 600 Stunden in einer Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung umfassen muss. In der Regel erhalten Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung keine angemessene Vergütung für diese praktische Tätigkeit, obwohl sie in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingebunden werden. So erhalten laut einer Untersuchung aus dem Jahr 2006 57 Prozent der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer für ihre praktische Tätigkeit im Krankenhaus keine Vergütung. Be-

gründet wird dies insbesondere damit, dass die Kosten nicht pflegesatzfähig seien und eine gesetzliche Regelung fehle, die es Krankenhausträgern ermöglicht, die Beschäftigung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung zu refinanzieren.

An diesem Missstand ändert auch der vorliegende Gesetzesentwurf für ein Krankenhausfinanzierungsgesetz nichts. Während Vorschriften zur Refinanzierung der Ausbildungskosten für Hebammen und Entbindungspfleger enthalten sind, bleiben die diesbezüglichen Probleme der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung ungelöst.

Die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung sollten nicht auf Jahre hinaus vertröstet werden, bis die für Ende März 2009 angekündigten Ergebnisse des „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ ausgewertet und veränderte gesetzliche Regelungen zur Ausbildung in den Bundestag eingebracht und verabschiedet werden. Daher ist eine Übergangsregelung notwendig.

In der 102. Sitzung des Ausschusses am 15. Dezember 2008 hat ein Vertreter des **BMG** im Zusammenhang mit dem Änderungsantrag 8 zu § 5 Abs. 6 neu KHEntgG (Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung) darauf hingewiesen, dass diese Regelung für alle Krankenhäuser anzuwenden sei. Die spezielle Schutzklausel des § 4 Abs. 9-neu KHEntgG (§ 4 Abs. 6 Satz 4 Nr. 5-alt) sei zusätzlich anzuwenden, wenn sich bei einem Krankenhaus für das Jahr 2009 eine konvergenzbedingte Absenkung des Erlösbudgets ergebe, die mehr als 3,0 Prozent betrage. In diesem Falle werde die Absenkung auf 3,0 Prozent des Erlösbudgets begrenzt.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** wiesen darauf hin, dass der Bund an der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder zwar grundsätzlich nichts ändern könne, dass man mit dem vorgelegten Gesetz jedoch perspektivisch eine neue Grundlage für die Investitionsfinanzierung schaffe, die zu Verbesserungen der finanziellen Lage der Krankenhäuser beitragen werde. In der über lange Zeit umstrittenen Frage, wie das so genannte Konvergenzvolumen verteilt werden solle, habe sich die Koalition nicht den Krankenkassen angeschlossen, die der Auffassung gewesen seien, die entsprechenden Mittel den Krankenhäusern vorzuenthalten, sondern vielmehr die bewusste Entscheidung getroffen, die Mittel zur Verbesserung der Versorgung in den Krankenhäusern einzusetzen. Eine weitere finanzielle Erleichterung für die Krankenhäuser resul-

tiere aus dem Vorhaben, die gestiegenen Personalkosten zu 50 Prozent über Bundesmittel zu refinanzieren. Dies schaffe finanzielle Erleichterungen für eine Übergangszeit, bis ein neues Modell entwickelt worden sei. Bedeutsam sei auch, dass diese Refinanzierung krankenhausesindividuell vorgenommen werde. Schließlich werde auch die Weiterbildung von Ärzten durch das Gesetz auf eine solidere finanzielle Grundlage gestellt. Im Hinblick auf die zusätzlichen Stellen im Bereich der Krankenhauspflege habe man die richtigen Folgerungen aus der öffentlichen Anhörung gezogen. Durch die Änderung des Förderanteils bei den Pflegestellen könnten künftig nun zwar nicht mehr 21.000, sondern nur 16.000 bis 17.000 Stellen gefördert werden; dafür betrage der Förderanteil aber 90 Prozent. Damit habe man ganz erheblich das Risiko vermindert, dass die Chance zur Verbesserung der Pflegesituation aufgrund finanzieller Engpässe in den Krankenhäusern ungenutzt bleibe. Ein Problem werde aber darin bestehen, in den nächsten drei Jahren, für die das Programm vorgesehen sei, genügend gut ausgebildete Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt zu finden. Nach Auskunft der Bundesagentur für Arbeit seien derzeit nicht mehr als 9.000 solcher Pflegekräfte auf dem Markt vorhanden. Insgesamt betrachtet habe man nicht zuletzt durch die Einbringung der 30 Änderungsanträge dafür gesorgt, den selbst gesetzten finanziellen Rahmen für die finanziellen Verbesserungen für die Krankenhäuser einzuhalten. Das Ziel, den Krankenhäusern etwa 3,5 Mrd. Euro mehr zukommen zu lassen, diese Summe aber auch nicht zu unterschreiten, habe man erreicht. Bei dem gewählten Verfahren für die Ermittlung des Bundes-Basisfallwertes habe man den Interessen der Bundesländer durch die Einführung von Ausnahmeregelungen Rechnung getragen. Aufgrund der auf verschiedene Institutionen und Gebietskörperschaften verteilten Zuständigkeiten für die medizinische Versorgung seien die Möglichkeiten des Bundes zu einer umfassenden Reform jedoch insgesamt begrenzt. Das vorgesehene Maßnahmenpaket sei aber sowohl angesichts dieser Zuständigkeitsverteilung als auch angesichts der unterschiedlichen Positionen der Koalitionsparteien das derzeit maximal zu erreichende Ergebnis. Mit dem Gesetzentwurf habe man den Rahmen des politisch Möglichen optimal ausgeschöpft.

Die Mitglieder der **Fraktion der SPD** wiesen darauf hin, dass der vorgelegte Gesetzentwurf zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 nicht nur wichtige Maßnahmen zur kurzfristigen Minderung des finanziellen Drucks auf die Krankenhäuser und deren Mitarbeiter vorsehe, sondern auch einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer dringend notwendigen Reform der Investitionsfinanzierung beinhalte. Bei der für die

finanzielle Situation der Krankenhäuser fundamentalen Frage der zukünftigen Investitionsfinanzierung hätten Bund und Länder einen richtigen und tragfähigen Weg in die Zukunft geebnet. Nach intensiven Abstimmungsprozessen zwischen Bund und Ländern werde ein gesetzlicher Entwicklungsauftrag für eine zukünftige Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen in für die Länder machbaren Zeiträumen verankert. Weiterhin stelle die Entscheidung, den Krankenhäusern insgesamt 3,5 Mrd. Euro mehr zur Verfügung zu stellen, einen fairen politischen Kompromiss dar. Diese Summe liege erheblich über den Summen, die den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren zugestanden worden seien. Zudem beinhalte das Maßnahmenpaket, anders als die Fraktionen der Opposition dies darstellten, nicht allein eine Soforthilfe, sondern auch Regelungen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen für die Krankenhäuser beitragen. So werde der neue Orientierungswert als eine Alternative zur Grundlohnrate entwickelt. Außerdem trügen die zur Verfügung gestellten Mittel zum Erhalt des Beschäftigungsniveaus in den Krankenhäusern bei und seien somit auch arbeitsmarktpolitisch wirksam. Gleichwohl bleibe die finanzielle Situation der Krankenhäuser letztlich immer auch mit Unsicherheiten behaftet, weil sich die künftige Entwicklung von Fallzahlen oder Tarifen nicht exakt prognostizieren lasse. Weiterhin weise man darauf hin, dass mit der Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung des Pflegepersonals eine dauerhafte Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern erreicht werde. Denn die Förderung werde an die Bedingung geknüpft, dass zusätzliches Personal eingestellt werde und dass dieses über eine gewisse Qualifikation verfüge. Außerdem habe man eine Einpreisung der Finanzmittel nach Ablauf des Förderzeitraums in das DRG-System vorgesehen. Zwar könne man nun bei gleichem Finanzrahmen insgesamt weniger Stellen finanzieren, durch die Erhöhung der Refinanzierungsrate auf 90 Prozent sei jedoch die Kofinanzierung durch die Krankenhäuser in viel höherem Maße als in dem ursprünglichen Ansatz garantiert. Weiterhin bestehe die Möglichkeit, Teilzeitstellen aufzustocken. Insgesamt werde mit den verschiedenen Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser das wirtschaftlich Notwendige mit dem finanziell Machbaren verbunden. Das Ziel der Maßnahmen sei eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Erbringung einer hochwertigen stationären Versorgung. Die Krankenhäuser müssten jedoch weiterhin nachhaltige Bemühungen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven unternehmen.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** begrüßten, dass die Koalitionsfraktionen eine Reihe von Maßnahmen

vorgesehen hätten, mit denen die finanzielle Situation der Krankenhäuser verbessert werde. Diese Maßnahmen stellten jedoch vielfach nur einen Ausgleich für die verschiedenen Kürzungen dar, die die Koalition in den Jahren zuvor vorgenommen und vor denen die Fraktion der FDP immer wieder gewarnt habe, so etwa den Sanierungsbeitrag. Zudem schaffe der Gesetzentwurf keinen konsistenten ordnungspolitischen Rahmen, der den Krankenhäusern Planungssicherheit und den Vertragspartnern in einem wirklichen Preissystem Freiräume für leistungsadäquate Vergütungen gebe. Stattdessen werde gesetzgeberisch vorgegeben, wie viele Mittel in welche Verwendungen fließen. Ein Beispiel dafür sei das Förderprogramm für die Einrichtung zusätzlicher Pflegestellen. Den Krankenhäusern müsse selbst überlassen bleiben, für welche Art von Personal sie die zusätzlichen finanziellen Mittel verwenden wollten. Die Entscheidung, einen einheitlichen Basisfallwert zu ermitteln, gehe in die falsche Richtung und würde den unterschiedlichen Bedingungen der einzelnen Krankenhäuser nicht gerecht. Die Krankenhausfinanzierungsreform stelle einen Versuch dar, an verschiedenen Krisensymptomen zu kurieren, lasse aber kein übergreifendes und zielführendes Konzept erkennen. Das gelte auch für die bürokratieaufwendige Ermittlung von Investitionspauschalen. Stattdessen sei ein Übergang zur monetaristischen Finanzierung der einzig richtige Weg, um Effizienz zu bewirken.

Die Mitglieder der **Fraktion DIE LINKE.** sahen im vorliegenden Gesetzentwurf lediglich bescheidene Ansätze, die Finanzsituation der Krankenhäuser zu verbessern. Auch sei die öffentliche Anhörung genutzt worden, um sich teilweise eines Besseren belehren zu lassen. Einige der Änderungsanträge hätten in der Tat zu sinnvollen Kurskorrekturen geführt. Allerdings würden auch damit die grundlegenden finanziellen, strukturellen und personellen Probleme der Krankenhäuser nicht gelöst. Insbesondere nützten sie nicht den besonders betroffenen Kliniken. Nach einem Abbau von 60.000 Stellen in den letzten zwölf Jahren sei das Angebot, bis zu 17.000 neue Stellen zu fördern, vollkommen unzureichend. Zudem führe das im Gesetzentwurf verankerte Durchgriffsrecht dazu, dass das Bundesministerium für Gesundheit jährlich per Rechtsverordnung festlegen könne, welcher Anteil der durch den Index ausgewiesenen Kostensteigerungen tatsächlich refinanziert werde. Es fehle am politischen Willen, den Krankenhäusern mehr Planungssicherheit zu geben. Auch künftig werde es keine ausreichende Investitionsfinanzierung geben, da sich Bund und Länder nicht einmal auf einen Minimalkonsens hätten einigen können. Bei den einzelnen Krankenhäusern nehme der finanzielle Druck weiterhin ständig zu. Vielfach würden notwendige Investitionen sachwidrig

über den Personalkostenhaushalt refinanziert. Dies sei ein strukturelles Problem, für das der Gesetzentwurf keine nachhaltige Lösung anbiete. Die Alternative bestehe darin, ein mit Bundesmitteln gefördertes Zukunftsinvestitionsprogramm aufzulegen, wie es die Fraktion DIE LINKE. gefordert habe.

Die Mitglieder der Fraktion **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** vertraten die Ansicht, dass der vorliegende Gesetzentwurf lediglich Soforthilfen für die Krankenhäuser vorsehe, aber kein nachhaltiges Finanzierungskonzept erkennen lasse. Zwar sei es grundsätzlich richtig, die Krankenhausvergütungen von der Entwicklung der Grundlohnsumme abzukoppeln. Dieser Schritt ändere jedoch nichts an dem grundlegenden Problem, dass die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fast ausschließlich aus Beiträgen auf Löhne und Gehälter stammten. Zu begrüßen sei auch, dass die Investitionsförderung auf leistungsbezogene Investitionspauschalen umgestellt werde. Wenn sich aber die Länder in dem Maße wie bisher ihren Finanzierungsverpflichtungen entzögen, würden im Jahre 2020 überhaupt keine Landesmittel für Krankenhausinvestitionen mehr zur Verfügung gestellt. Einwände habe man auch gegen das von der Koalition angekündigte Programm zur Förderung der Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte in den Krankenhäusern. Denn das Programm schaffe Fehlanreize, indem es ausgerechnet die Kliniken begünstige, die sich in den letzten Jahren mit dem Abbau von Pflegestellen zusätzliche finanzielle Spielräume verschafft hätten. In dem Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 16(14)0464 habe man sich auf ein Thema, nämlich auf die angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung, konzentriert. Da ein großer Teil dieses Personenkreises ohne Bezahlung in den Krankenhäusern beschäftigt werde, sei eine Regelung, wie sie der Entschließungsantrag fordere, überfällig.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung in Drucksache 16/10807 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 3 (§ 17a KHG)

Zu Buchstabe b

(Finanzierung der Praxisanleitung in der Krankenpflegeausbildung)

Redaktionelle Überarbeitung, die auch die Begrenzung auf die pflegesatzfähigen Kosten in den neuen Begriff der Ausbildungskosten einbezieht.

Unter die Mehrkosten der Praxisanleitung in Folge des Krankenpflegegesetzes fallen auch die Kosten der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, Kosten für deren Qualifizierung und die Arbeitsausfallkosten während der Qualifizierungsmaßnahmen.

Zu Nummer 4a (§ 17c KHG)

(kassenbezogene Umsetzung der Stichprobenprüfungen bei Krankenhausrechnungen)

Die gemeinsame Stichprobenprüfung von Krankenhausabrechnungen werden in der Praxis von den Krankenkassen zum Teil nicht vereinbart, weil z. B. Rückzahlungen des Krankenhauses wegen überhöhter Abrechnungen nicht der einzelnen Krankenkasse, die die Rechnung bezahlt hat, erstattet wird, sondern bei dem vorgegebenen pauschalierten Ausgleichsverfahren allen Krankenkassen zugute käme.

Mit der Zielsetzung, Vereinbarungen über Stichprobenprüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 17c KHG zu fördern, wird die Möglichkeit eröffnet, Rechnungskorrekturen direkt mit der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu verrechnen. Auch in diesem Falle sollte ein einfaches Verfahren gewählt werden, in dem Einzelfälle möglichst zusammengefasst werden.

In Bezug auf die Erhöhung der Aufwandspauschale von 100 Euro auf 300 Euro wird auf die in Artikel 3 Nr. 8a enthaltene Änderung des § 275 SGB V hingewiesen.

Zu Nummer 5 (§ 17d KHG)

Zu Absatz 1

(Fachgebietsbezeichnung für psychiatrische Einrichtungen)

Redaktionelle Ergänzungen, insbesondere bei den Fachgebietsbezeichnungen.

Zu Absatz 3

(Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer)

Redaktionelle Ergänzung, um die Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer an der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in dem fachlich gebotenen Umfang sicherzustellen.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 4 (§ 4 KHEntgG)

Zu Buchstabe b

(Abgrenzung des Erlösbudgets; Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen in 2009; mindernde Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifikostenrefinanzierung in 2009)

Zu Absatz 1

Klarstellung, dass die nach § 140c SGB V zu finanzierenden Leistungen der integrierten Versorgung nicht Bestandteil des Erlösbudgets nach dem Krankenhausentgeltgesetz sind.

Zu Absatz 2a

Zu Satz 1

Satz 1 gibt den Vertragsparteien auf der örtlichen Ebene vor, für das Jahr 2009 bei der Vereinbarung des Erlösbudgets Preisnachlässe für zusätzliche Leistungen, die gegenüber dem Vorjahr vertraglich festgelegt werden, zu vereinbaren. Die Vorgabe „sollen“ ist eine grundsätzlich verbindliche Vorgabe, von der nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann.

Zu den Sätzen 2 und 3

Soweit Krankenhäuser Löhne und Gehälter zahlen, die unterhalb der anteiligen Finanzierung der Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 KHEntgG liegen, und deshalb die im Landesbasisfallwert berücksichtigte Erhöhungsrage beim einzelnen Krankenhaus zu einer mehr als hälftigen Refinanzierung der entsprechenden tariflich bedingten und über der Grundlohnrate liegenden Personalkostensteigerungen führen würde, haben die Vertragsparteien vor Ort nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG im Jahr 2009 die übersteigenden Beträge bei der Vereinbarung der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen mindernd zu berücksichtigen. Soweit übersteigende Beträge in Folge von Notlagentarifverträgen entstehen, werden diese nicht mindernd berücksichtigt. Nach Satz 3 wird als Maßstab für die tarifbedingten Erhöhungen der Personalkosten im einzelnen Krankenhaus jeweils der Tarifvertrag zugrunde gelegt, dem die meisten Beschäftigten im nichtärztlichen Personalbereich und dem ärztlichen Personalbereich zugeordnet sind.

Zu den Sätzen 4 und 5

Satz 4 gibt aus Gründen der Transparenz vor, dass in der Rechnung des Krankenhauses die Höhe der Fallpauschale und gesondert die Höhe des Abschlags auszuweisen sind. Satz 5 bestimmt, dass Preisnachlässe auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nicht zu einer Absenkung führen dürfen.

Zu Buchstabe d (Pflegepersonalstellen-Programm)

Zu Absatz 10

Zu Satz 1

Ziel des Pflegepersonalstellen-Programmes ist, zusätzliche Pflegekapazitäten zu finanzieren. Durch die Einfügung wird daher verdeutlicht, dass neben neu eingestelltem Pflegepersonal auch ein zeitlicher Ausbau vorhandener Teilzeitstellen förderfähig ist. Die weiteren Ergänzungen in Satz 1 stellen klar, dass die den Krankenhäusern zusätzlich zur Verfügung stehenden Mittel für Neueinstellungen und Aufstockungen in der Pflege nur für umfassend nach dem Krankenpflegegesetz ausgebildetes Pflegepersonal verwendet werden dürfen. Die Förderung soll nicht für Hilfspersonal, sondern für qualifizierte Pflegekräfte in allen Tätigkeitsfeldern auch z. B. in der Intensivpflege aufgewendet werden und damit auch zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Um die Inanspruchnahme der Förderung weiter zu erleichtern, wird bei gleichbleibendem Finanzierungsrahmen der Finanzierungsanteil durch die Krankenkassen auf 90 Prozent erhöht. Damit verringert sich der von den Krankenhäusern zu leistende Eigenanteil von 30 auf 10 Prozent.

Zu Satz 4

Wie in Satz 1 wird auch in Satz 4 klargestellt, dass die zusätzlichen Finanzmittel auch für den zeitlichen Ausbau vorhandener Teilzeitstellen verwandt werden können.

Zu Satz 5

Die Einfügung verdeutlicht, dass sich die schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung nach Satz 5 sowohl auf neu eingestelltes Pflegepersonal als auch auf die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen beziehen kann. Bei der stichtagsbezogenen Bestandsermittlung des Pflegepersonals sind Teilzeitstellen in Vollzeitkräfte umzurechnen; dagegen werden abgeleitete Überstunden in der Pflege nicht berücksichtigt.

Zu Satz 8

Die Ergänzung in Satz 8 ist erforderlich, um die Berechnungsregelung des Förderzuschlags auch auf die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen und die nach Satz 6 eröffnete Möglichkeit der Mittelverwendung zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen zu erstrecken.

Zu Satz 11

Die Rückzahlungsverpflichtung nach Satz 11 wird auch auf finanzierte aber nicht umgesetzte Erhöhungen vorhandener Teilzeitstellen ausgedehnt.

Zu Satz 12

Die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Satz 12 wird auf die Anzahl und quantitative Erhöhung vorhandener Teilzeitstellen erweitert.

Zu Satz 13

Der neu eingefügte Satz stellt den notwendigen Informationsfluss zur Umsetzung des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen von den Krankenkassen zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen sicher. Da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Berichterstattung nach Satz 12 auf die Zulieferung der Informationen aus den Budgetverhandlungen vor Ort angewiesen ist, werden die Krankenkassen zur Übermittlung der Daten verpflichtet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Verfahren zur Datenübermittlung einschließlich von Vorgaben für die Form und den Zeitpunkt, zu welchem die Informationen geliefert werden müssen, zu bestimmen.

Zu Nummer 5 (§ 5 KHEntgG)

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 4

(Verrechnung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen)

Zu Satz 2

In Absatz 4 Satz 2 wird entsprechend der üblichen Verfahrensweisen im Krankenhausrecht ausdrücklich vorgegeben, dass im Falle einer verspäteten Vereinbarung, die erst während des bereits laufenden Kalenderjahres erfolgt, die Verrechnung mit Hilfe des Zu- oder Abschlags für die Restlaufzeit des Jahres entsprechend zu berechnen ist.

Zu Satz 3

Da das Gesetz voraussichtlich erst während des Jahres 2009 in Kraft tritt, und sich damit voraussichtlich die Budgetverhandlungen zeitlich verschieben, wird die vorgesehene Begrenzung der Zuschläge auf 15 Prozent der Entgelte für das Jahr 2009 auf 30 Prozent angehoben.

Zu Absatz 6

(Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung)

Die schrittweise Angleichung der unterschiedlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte an den Landesbasisfallwert ist in der Konvergenzphase vom 1. Januar 2005 bis zum 1. Januar 2009 grundsätzlich gleichgewichtig angelegt. Budgeterhöhungen von Krankenhäusern mit Basisfallwerten unterhalb des Landesbasisfallwerts einerseits und Budgetminderungen von Krankenhäusern mit Basisfallwerten oberhalb des Landesbasisfallwerts andererseits sollten sich

insgesamt grundsätzlich ausgleichen. Nach Ermittlungen des GKV-Spitzenverbandes ist für das Jahr 2009 jedoch mit einem ungleichgewichtigen letzten Konvergenzschritt zu rechnen, der die gesetzlichen Krankenkassen mit 600 bis 800 Mio. Euro zusätzlich belasten könnte. Ursache sind unterschiedliche Verhandlungsweisen auf der Krankenhausebene und bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts.

Die Konvergenzphase, in der die krankenhausindividuellen Basisfallwerte schrittweise an den Landesbasisfallwert angeglichen werden, wird deshalb um ein Jahr verlängert. Dabei wird der noch ausstehende krankenhausindividuelle Konvergenzschritt in zwei Schritte aufgeteilt. Die Hälfte des noch bestehenden Konvergenzsaldos wird im Jahr 2009 umgesetzt, die andere Hälfte auf das Jahr 2010 verschoben. Da im Jahr 2009 bereits die Vorgaben dieses Gesetzes zur Ermittlung des Krankenhausbudgets und zur Abrechnung des Landesbasisfallwerts gelten, ist bei der Abrechnung der Fallpauschalen im Jahr 2009 der Landesbasisfallwert anzuwenden. Als Korrekturposition ist zusätzlich die auf das Jahr 2010 verschobene Hälfte des Konvergenzsaldos krankenhausindividuell mit dem entsprechenden Vorzeichen korrigierend in Rechnung zu stellen. Krankenhäuser, die bei der noch ausstehenden Konvergenz finanzielle Mittel hinzugewinnen, haben die Korrekturposition in der Rechnung abzuziehen, während Krankenhäuser, die finanzielle Mittel verlieren, die Korrekturposition im Jahr 2009 hinzurechnen.

Zu Nummer 6 (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe cc

(Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

Die krankenhausindividuelle Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 wird derzeit im Rahmen der allgemeinen Budgetverhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen verhandelt. Da diese Verhandlungen inzwischen zum Teil erst spät im Kalenderjahr geführt werden, können auch die Entgelte für diese neuen Methoden erst spät vereinbart und abgerechnet werden. Die Änderung ermöglicht es, die Entgelte frühzeitig im Jahr unabhängig von den Budgetverhandlungen für das Krankenhaus zu vereinbaren und somit eine frühere Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erreichen.

Zu Nummer 10 (§ 10 KHEntgG)

Zu Buchstabe a (§ 10 Abs. 1 KHEntgG)

Mit Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird die übliche Verhandlungsweise dargestellt, bei der von den Vorjahreswerten ausgegangen und auf dieser Grundlage die Veränderungen im Folgejahr abgeschätzt werden. Die Vorschrift verpflichtet darüber hinaus jedoch erstmals die Vertragsparteien, auch das DRG-Leistungsvolumen im Land in Form der Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Casemix) und die Erlössumme für Fallpauschalen zum zentralen Verhandlungsgegenstand zu machen. Über deren Bedeutung für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts hinaus sind dies zentrale Kennzahlen für die Schätzung von Ausgabenentwicklungen. Darüber hinaus sind die Werte nach § 10 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG-neu jährlich an das DRG-Institut zu melden, das auf dieser Basis den einheitlichen Basisfallwert und den für die Angleichung der Landesbasisfallwerte maßgeblichen einheitlichen Basisfallwertkorridor ermittelt.

Buchstabe a Doppelbuchstabe cc Dreifachbuchstabe aaa nimmt redaktionelle Folgeänderungen vor.

Zu Buchstabe c (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)

Die Neufassung von Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 bezieht neben den Fallzahlenerhöhungen nun auch Schweregradveränderungen ein und stellt klar, dass mit dem bisherigen Wort "Kostendegression" die Finanzierung zusätzlich entstehender variabler Kosten gemeint ist (vgl. die amtliche Begründung zum Fallpauschalengesetz). Die Berücksichtigung der variablen Kosten soll dabei nicht in Form einer pauschalen Regelung erfolgen, z. B. einheitlich mit einem Satz von 35 Prozent. Vielmehr soll der Anteil der variablen Kosten an Hand des Leistungsspektrums der Mehrleistungen und deren variablen Kostenanteile geschätzt werden.

Zu Buchstabe e (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)

In Absatz 5 Satz 6 wird klargestellt, dass nicht nur ein vereinbarter, sondern auch ein von der Schiedsstelle festgesetzter Landesbasisfallwert neu zu vereinbaren ist, wenn bei diesem die Tarifierhöhung noch nicht berücksichtigt worden ist.

Zu Buchstabe i (§ 10 Abs. 8 KHEntgG)

Zu Satz 1

Die untere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors wird von - 1,5 auf - 1,25 Prozent angehoben.

Zu Satz 3

Redaktionelle Änderungen.

Zu Satz 4

Im Jahr 2010 werden die bisher krankenhausindividuell gezahlten Mittel zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und im Jahr 2012 die in den Jahren 2009

bis 2011 krankenhausindividuell bereitgestellten Mittel für die Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst in die pauschalierte Vergütung durch den Landesbasisfallwert überführt. Bei der Ermittlung des Angleichungsbetrags an den einheitlichen Basisfallwertkorridor müssen diese Beträge gesondert berücksichtigt werden, weil sie in dem auf Bundesebene berechneten einheitlichen Basisfallwert und den Grenzwerten des Basisfallwertkorridors noch nicht enthalten sind.

Zu Satz 5

Mit der Änderung wird die Belastung der Krankenhäuser in Ländern, in denen der höhere Landesbasisfallwert schrittweise auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor abgesenkt wird, begrenzt. Es wird eine Obergrenze für die Absenkung des Landesbasisfallwerts vorgegeben. Die Obergrenze wird hauptsächlich in Rheinland-Pfalz und in geringem Umfang im Saarland wirksam werden. Der Konvergenzzeitraum verlängert sich dadurch in Rheinland-Pfalz z.B. um etwa fünf Jahre.

Zu Satz 6

Redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung in § 10 Abs. 8 Satz 3.

Zu Satz 7

Die Vertragsparteien auf Landesebene werden verpflichtet, wesentliche Verhandlungsdaten - insbesondere das der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu Grunde liegende Leistungsvolumen und das Ausgabenvolumen - zu ermitteln, damit diese Werte nach der Vorgabe des Absatzes 9 Satz 3 an das DRG-Institut gemeldet werden können. Sie sind Grundlage für die Ermittlung des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der für die schrittweise Angleichung von Landesbasisfallwerten maßgeblich ist. Diese Verpflichtung der Vertragsparteien steht im Zusammenhang mit einer entsprechenden Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 2-neu (vgl. zu Nummer 1 Buchstabe a).

Zu Buchstabe k (§ 10 Abs. 13 KHEntgG)

Mit dem bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor wird den Ländern Anpassungszeit gewährt. Das gebotene gesetzgeberische Ziel einer weiteren Anpassung muss ausreichend deutlich bleiben. Dies geschieht durch Einführung eines ausdrücklichen gesetzlichen Untersuchungsauftrags und die Vergabe von Fristen.

Zu Nummer 15a (§ 18 KHEntgG)

(Folgeänderung zur Vergütungsregelung für Belegärzte)

Als notwendige Folgeänderung zu der Einführung einer Wahloption für Kliniken mit Belegbetten, die belegärztliche Versorgung auch durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können, stellt der neue Absatz 3 klar, dass Krankenhäuser in diesen Fällen anstelle der gesonderten Entgelte für Belegpatienten nach Absatz 2 die für Hauptabteilungen zu berechnenden Entgelte abrechnen können, wegen der bei belegärztlicher Versorgung in der Regel günstigeren Kostenstrukturen die Fallpauschalen für Hauptabteilungen jedoch nur zu 80 Prozent (Satz 1). Für die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 stellt Satz 2 klar, dass bei dieser auch die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen ist.

Zu Nummer 15b (§ 19 KHEntgG)

(Weitere Folgeänderung zur Vergütungsregelung für Belegärzte)

Als notwendige Folgeänderung zu der Einführung einer Wahloption für Kliniken mit Belegbetten, die belegärztliche Versorgung auch durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können, stellt die Regelung klar, dass Belegärzte mit Honorarvertrag von der Kostenerstattungspflicht für die Inanspruchnahme von Ärzten des Krankenhauses im Rahmen der Erbringung ihrer belegärztlichen Leistungen befreit sind. Ein interessengerechter Kostenausgleich wird in diesen Fällen dadurch gewährleistet, dass Krankenhäuser für die Behandlung von Belegpatienten durch Belegärzte mit Honorarverträgen die Entgelte für Hauptabteilungen berechnen können, die sämtliche ärztlichen Kosten enthalten.

Zu Nummer 16 (§ 21 KHEntgG)

(Nutzung der DRG-Daten durch das Bundeskartellamt)

Doppelbuchstabe aa übernimmt eine bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung.

Mit Doppelbuchstabe bb wird dem Bundeskartellamt (BKartA) aus Gründen des Bürokratieabbaus die Möglichkeit eingeräumt, für Zwecke der Fusionskontrolle bei Krankenhäusern direkte Anfragen für eine Datenauswertung an die DRG-Datenstelle zu stellen. Das BKartA benötigt bei der Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) – insbesondere bei der fusionskontrollrechtlichen Prüfung von Zusammenschlussvorhaben zwischen Krankenhäusern – regelmäßig Daten über das Leistungsspektrum der Krankenhäuser und deren Marktstellung. Bislang muss das BKartA auf der Grundlage des § 59 GWB jedes einzelne Krankenhaus beispielsweise nach den Leistungsdaten und den Herkunftsorten der Patienten auf der Basis von Postleitzahlen befragen. Dies ist ein sehr zeitaufwändiges Verfahren nicht nur

für das BKartA, sondern vor allem auch für die Krankenhäuser.

Nach § 21 KHEntgG übermitteln die Krankenhäuser jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die vom BKartA benötigten Daten an die DRG-Datenstelle. Diese konnte bislang Anfragen des BKartA zur Nutzung dieser Daten wegen der fehlenden Rechtsgrundlage nicht entsprechen. Die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) öffentlich zugänglichen Daten sind für das BKartA nicht ausreichend, da sie sich nicht auf einzelne Krankenhäuser beziehen. Die direkte Zurverfügungstellung von Auswertungen notwendiger Daten durch die DRG-Datenstelle wird den Zeit- und Ressourcenaufwand für die Fusionskontrolle der Krankenhäuser erheblich verringern.

Im Einzelnen benötigt das BKartA Informationen zum Institutionskennzeichen des Krankenhauses (Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe b) zur Identifikation und standardisierten Kennzeichnung des Krankenhauses.

Krankenhausbezogene Erlösinformationen (Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe d) werden vom BKartA zur Bewertung der ökonomischen Bedeutung räumlich begrenzter Märkte für das jeweilige Krankenhaus benötigt.

Die Angabe der Postleitzahl (Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d) ist erforderlich für die Abgrenzung räumlich relevanter Märkte, wie sie im Kartellrecht vorgenommen und auch von der Kartellrechtsprechung verlangt wird.

Die Angabe der aufnehmenden/behandelnden Fachabteilungen (Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe e) ist erforderlich, um ggf. die Marktstellung in den einzelnen Fachgebieten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung aller relevanten wettbewerblichen Rahmenbedingungen zu betrachten.

Die Angabe der Hauptdiagnose/Nebendiagnose (Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe f) ist erforderlich für die Marktabgrenzung bzw. die wettbewerbliche Gesamtbetrachtung in speziellen Zusammenschlussvorhaben.

Angaben zur Höhe der im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte (Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe h) sind erforderlich, um die wirtschaftliche Bedeutung der Fallzahlen präziser erfassen zu können. Üblicherweise beziehen sich die Ermittlungen des Bundeskartellamtes in den meisten Branchen auf Entgelt- bzw. Umsatzzahlen. Nur wegen der im Krankenhausbereich traditionell überragenden Bedeutung von Fallzahlen hat das Bundeskartellamt in diesen Märkten bisher allein Fallzahlen ermittelt. Diese können jedoch angesichts neuerer Entwicklungen – Beispiel

integrierte Versorgung – an Aussagekraft verlieren. Das Bundeskartellamt ist somit gezwungen, zusätzlich zu den Fallzahlen auch die Entgelt- bzw. Umsatzzahlen zum Maßstab für die Marktbedeutung der Krankenhäuser zu machen. Erst eine Differenzierung nach Art der Entgelte (Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe g) erlaubt Rückschlüsse auf die Verhandlungsmacht der einzelnen Krankenhäuser im Vergleich zu ihren Wettbewerbern.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Rechtstechnische Folgeänderung)

Die Eingangsformel ist im Hinblick auf weitere Änderungen des SGB V rechtstechnisch anzupassen.

Zu Nummer 1 (§ 37b Abs. 1 SGB V)

(spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Zu Buchstabe a

Die Regelung dient der Klarstellung. Ziel der Einführung des Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung war eine möglichst flächendeckende palliativmedizinische Versorgung, die das Sterben aus den Krankenhäusern hinaus verlagert in eine vom Betroffenen als Häuslichkeit empfundene vertraute Umgebung. Auch das familiäre Umfeld oder andere haushaltsähnliche Wohnformen sind vor diesem Hintergrund als Häuslichkeit einzustufen. Die Aufzählung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII ist nicht abschließend. Auch andere Einrichtungen können als Häuslichkeit angesehen werden.

Zu Buchstabe b

Die Änderung dient der Sicherstellung, dass die Änderung in Buchstabe a nicht zu einer ungewollten Kostenverlagerung von anderen Sozialleistungsträgern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung führt.

Zu Nummer 2 (§ 39 SGB V)

(Krankenhauszuzahlungen)

Folgeänderung zur Änderung des § 43b. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser gegenüber der Krankenkasse verringert sich um den Betrag der vom Versicherten eingezogenen Zuzahlungen. Deshalb bedarf es keiner Weiterleitung eingezogener Zuzahlungen an die Krankenkasse mehr.

Zu Nummer 3 (§ 43b SGB V)

(Einziehung von Krankenhauszuzahlungen)

Nach § 39 Abs. 4 SGB V zahlen Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, bei vollstationärer Krankenhausbehandlung für längstens 28 Tage zehn Euro für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes zu. Das Krankenhaus verrechnet diesen Betrag bisher mit dem Vergütungsanspruch gegen die jeweilige Krankenkasse bzw. leitet diesen Betrag nach Erhalt dorthin weiter.

Erfolgt die Zahlung trotz schriftlicher Aufforderung nicht, hat die Krankenkasse den offenen Betrag bisher selbst einzuziehen. Krankenhäuser haben deshalb keinen ausreichenden Anreiz, die Zuzahlungsforderung effektiv durchzusetzen. Anders als bei der Praxisgebühr, die von den Leistungserbringern eingezogen und durchgesetzt wird, können daher Krankenhauszahlungen in größerem Umfang nicht realisiert werden.

Mit der Vorschrift wird deshalb der Einzug rückständiger Krankenhauszahlungen auf das Krankenhaus übertragen; dadurch wird ein effektiver Anreiz für Anstrengungen der Krankenhäuser zur Durchsetzung von Zuzahlungsforderungen geschaffen.

Zahlen Versicherte trotz Mahnung durch das Krankenhaus nicht, übernimmt das Krankenhaus den Einzug des offenen Zuzahlungsbetrages. Die Krankenhäuser werden zur Durchsetzung des Forderungseinzugs beliehen und können hierzu Verwaltungsakte erlassen und entsprechend vollstrecken. Die damit verbundenen Verfahrenskosten sind von den Krankenkassen zu erstatten, in deren Auftrag der Einzug der Zuzahlungen erfolgt. Soweit Vollstreckungsmaßnahmen zum Einzug von Zuzahlungen erfolglos bleiben, findet keine Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse statt.

Zu Nummer 4 (§ 120 SGB V)

(Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken)

Die Neuregelung hat den Zweck, mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen ambulanten Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Unterfinanzierungen zu vermeiden. Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass diese Patientengruppe in erster Linie durch die auf Überweisung tätigen ermächtigten Ärztinnen und Ärzte in den sog. Fach- und Spezialambulanzen der Kinderkliniken und der Krankenhäuser mit Kinderabteilungen betreut wird.

In der Praxis hat sich in den Kinderkliniken und Krankenhäusern mit Kinderabteilungen eine Teilfinanzierung der sog. Fach- und Spezialambulanzen mit Mitteln aus dem stationären Budget etabliert, die die

ambulante Spezialbehandlung von Kindern durch die ermächtigten Krankenhausärzte mit ermöglicht hat. Diese Finanzierungsmöglichkeit ist zum einen aus rechtssystematischen Gründen und zum anderen deshalb nicht weiter aufrechtzuerhalten, weil die neue DRG-Fallpauschalen-Vergütung nur noch die stationären Leistungen vergütet und zusätzliche Vergütungen zur Querfinanzierung ambulanter Krankenhausleistungen nicht mehr möglich sind. Diese Problematik ist auch Gegenstand einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 1. Februar 2007 (vgl. II. 5 der Bundestagsdrucksache 16/4220).*

Aus einer im Jahr 2008 vom Institut des Bewertungsausschusses durchgeführten und vom Bundesministerium für Gesundheit angeregten Erhebung der Behandlungskosten wurde eine Kostenunterdeckung in den mit niedergelassenen Praxen vergleichbaren Fach- und Spezialambulanzen in erheblichem Umfang ermittelt. Es erscheint zweifelhaft, dass das Finanzierungsproblem durch kurzfristige Anpassungen des geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in jedem Fall geschlossen werden kann. Zudem sind die der jeweiligen Kostensituation in den Fach- und Spezialambulanzen zielgenauer Rechnung tragenden diagnosebezogenen Fallpauschalen im EBM aufgrund der komplexen Kalkulationsvoraussetzungen erst bis zum 31. Oktober 2010 einzuführen (vgl. § 87 Abs. 2c Satz 4 und Abs. 2d Satz 3 SGB V). Es ist zum aktuellen Zeitpunkt offen, ob einzelne diagnosebezogene Fallpauschalen im EBM bereits vor diesem Termin eingeführt werden können.

Satz 1 des neuen Absatzes 1a sieht deshalb vor, dass für die Vergütung der kinder- und jugendmedizinischen und kinderchirurgischen Leistungen der Fachambulanzen sowie weiterer nicht abschließend aufgeführter Spezialgebiete ergänzende Pauschalen vereinbart werden sollen, falls diese zur Aufrechterhaltung der Behandlungsmöglichkeiten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen erforderlich sind. Die ermächtigten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgen haben Schwerpunktkompetenzen (z. B. Kinder-Hämatologie und -Onkologie) oder Zusatzweiterbildungen (z. B. Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Orthopädie) für die Fachbereiche, in denen sie sich besonders hervorheben. Zusätzlich gibt es noch auf Kinder spezialisierte ermächtigte Ärzte mit anderen Ausbildungswegen (z. B. Pädaudiologen und Kinderradiologen) sowie Doppelqualifikationen bei ermächtigten Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (z. B. für Dermatologie). Zudem gibt es auch Ermächtigungen in Spezialgebieten, die nicht in der Weiterbildungsordnung aufgeführt sind. Die ergänzenden Pauschalen werden individuell von dem betroffenen Krankenhaussträger mit den Verbänden der Krankenkassen auf

Landesebene und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich je Fall oder bezogen auf die Einrichtung vereinbart. Dabei kann den individuellen Gegebenheiten auch dadurch Rechnung getragen werden, dass z. B. für ein Krankenhaus eine einzige Pauschale oder auch mehrere, z. B. abteilungsbezogene, Pauschalen vereinbart werden. Das ist jeweils von den Beteiligten vor Ort zu beurteilen. Die jeweils vereinbarte Pauschale ergänzt somit die Vergütung, die der Krankenhausträger von der Kassenärztlichen Vereinigung erhält (vgl. Absatz 1).

Der zusätzliche Finanzierungsbeitrag aus der ergänzenden Fallpauschale wird somit von der Krankenkasse gesondert geleistet und – analog der Abrechnungsregelung bei Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren – außerhalb der Gesamtvergütung bzw. außerhalb der Regelleistungsvolumina durch den jeweiligen Krankenhausträger unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet (Sätze 2 bis 4).

Die Sätze 5 bis 8 enthalten Regelungen zur Bereinigung des Krankenhausbudgets, um auf Kassenseite eine Refinanzierung der ergänzenden Fallpauschale zu ermöglichen, da die Krankenkassen die ambulanten Leistungen der Fachambulanzen bisher über die stationären Vergütungen teilfinanziert haben. Bei Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen und bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG sind die Krankenhausbudgets in Höhe der Summe der vereinbarten ambulanten Fallpauschalen zu vermindern (Satz 5).

Bei DRG-Krankenhäusern, deren Erlösbudgets nach Beendigung der Konvergenzphase ab dem 1. Januar 2009 allein durch die Höhe der DRG-Fallpauschalen bestimmt wird, ist eine Budgetbereinigung nicht mehr erforderlich. Lediglich bei Krankenhäusern, die nach § 4 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) den letzten Konvergenzschritt erst zum 1. Januar 2010 vollziehen, ist eine Bereinigung erforderlich. Da deren Erlösbudget und damit auch Anteile einer enthaltenen Quersubventionierung der Spezialambulanzen bereits in fünf Schritten abgesenkt worden ist, gibt Satz 6 vor, dass diese Erlösbudgets nur in der Höhe vermindert werden, in der noch restliche Erlösanteile für diese ambulanten Leistungen enthalten sind.

Nach Satz 7 ist der jeweilige Minderungsbetrag für die Bereinigung der stationären Vergütung bereits bei der Vereinbarung der ambulanten Fallpauschalen nach Satz 1 auf der Ortsebene festzulegen. Die Summe aller Minderungsbeträge im Land ist nach Satz 8 bei der Vereinbarung des Landesbudgets aus dem Ausgabenvolumen für stationäre Versorgung herauszunehmen. Je nach den Vereinbarungszeitpunkten für die ambu-

lantent Fallpauschalen und für den Landesbasisfallwert kann dies beim Landesbasisfallwert 2009 oder 2010 durchgeführt werden.

Zu Nummer 5 (§ 121 SGB V)

(Vergütungsregelung für Belegärzte)

Zur Ermöglichung von gleichen Wettbewerbschancen zwischen Krankenhäusern mit Haupt- und Belegabteilungen bedarf es einer Regelung, mit der den Belegabteilungen ein Wahlrecht eingeräumt wird, den Vertragsarzt entweder als Belegarzt nach dem bisherigen System oder nach dem Honorarvertragsmodell mit der stationären Leistungserbringung zu betrauen. Hierfür wird § 121 um einen neuen Absatz ergänzt. Der Vertragsarzt, der auf der Basis des Honorarvertragsmodells stationäre Leistungen in einer Belegabteilung erbringt, teilt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Tätigkeit im Rahmen des Honorarvertragsmodells mit. Die auf der Basis des Honorarvertragsmodells in der Belegabteilung vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen sind keine vertragsärztlichen Leistungen. Die nach dem Honorarvertragsmodell vergüteten ärztlichen Leistungen werden nicht zugleich auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Einer Regelung zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bedarf es nicht, da aufgrund des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V vom 28. August 2008 die belegärztlichen Leistungen in die erstmalige Bestimmung des Behandlungsbedarfs nicht einbezogen werden und damit bundesweit außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet werden. Die Verlagerung von belegärztlichen Leistungen zu Leistungen im Rahmen des Honorarvertragsmodells führt somit automatisch zu einer sukzessiven Verringerung des Volumens der belegärztlichen Vergütung.

Zu Nummer 6 (§ 122 SGB V – neu –)

(Sonderregelung für Praxiskliniken)

Nach dem geltenden Leistungserbringerrecht des SGB V sind Praxiskliniken zwar als eigenständige Einrichtungen im Versorgungssystem der GKV definiert (vgl. § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1). Allerdings sind Praxiskliniken im Kontext dieser Regelung nicht selbst als Vertragspartner integriert, sondern lediglich Regelungsgegenstand der dreiseitigen Verträge nach § 115. Dies erschwert es den Praxiskliniken – gerade auch gegenüber den Krankenkassen –, eine ihrer Bedeutung im Versorgungssystem der GKV angemessene Anerkennung zu finden. Satz 1 der neuen Vorschrift trägt zur Verbesserung dieser Situation bei. Zum einen wird mit der Vertragspartnerschaft auf Bundesebene für den neu abzuschließenden Rahmen-

vertrag die Position der Praxiskliniken deutlich gestärkt. Zum anderen gewährleisten die inhaltlichen Vorgaben für den Rahmenvertrag die Etablierung eines einheitlichen Anforderungsprofils für Praxiskliniken. Satz 2 stellt die Verbindlichkeit der Anforderungen für die einzelne Praxisklinik her.

Zu Nummer 7 (§ 125 SGB V)

(Schiedsregelung für Vertragspreise im Heilmittelbereich)

Mit der Regelung wird für den Fall, dass sich die Krankenkassen ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften und die Verbände der Leistungserbringer nicht auf Vertragspreise oder die Anpassung von Vertragspreisen einigen, eine Schiedsmöglichkeit eröffnet. Damit soll eine angemessene Vergütung der Leistungen im Heilmittelbereich erreicht werden.

Zu Nummer 7a (§ 137 SGB V)

(Einheitlichkeit der Qualitätssicherung)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt klar, dass auch durch die Neufassung der Vorschrift zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Einheitlichkeit der Qualitätssicherung beibehalten werden soll. Eine Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer ist in der Regel nur auf der Grundlage der einheitlichen Betrachtung der Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus sachgerecht möglich. Insbesondere im stationären Bereich ist eine getrennte Erfassung der Patientinnen und Patienten sowie eine unterschiedliche Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen weder sinnvoll noch praktikabel. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, die Qualitätssicherung zukunftsfähig zu gestalten und dabei zu entscheiden, inwieweit für die Beurteilung der Leistungserbringung eine einheitliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten möglich und sachgerecht ist.

Die neu eingefügte Beteiligungsregelung sichert die Einbeziehung der Interessen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei der Ausgestaltung der Qualitätssicherung und erleichtert damit deren Umsetzung.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung zur Einheitlichkeit der Qualitätssicherung wird auch für die Regelungsbereiche des Absatzes 3 klargestellt. Dadurch wird die Formulierung der Fassung vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wieder aufgegriffen. Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass sich nicht sämtliche Beschlüsse der Qualitätssi-

cherung im stationären Bereich einheitlich auf alle Patientinnen und Patienten beziehen müssen.

Zu Nummer 8 (§ 140 b SGB V)

(Sonderregelung für Praxiskliniken)

Die Änderung stellt klar, dass Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung auch mit Praxiskliniken schließen können. Sie hebt damit die eigenständige Bedeutung der Praxiskliniken im Versorgungssystem der GKV hervor.

Zu Nummer 8a (§ 275 SGB V)

(Erhöhung der Aufwandspauschale für ungerechtfertigte Abrechnungsprüfungen)

Die im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit dem Ziel einer Konzentrierung der Einzelfallprüfungen auf den auch unter Abwägung des Verwaltungsaufwands notwendigen Umfangs eingeführte Aufwandspauschale von 100 Euro, die Krankenkassen an Krankenhäuser für jeden Fall einer nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führenden Prüfung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu entrichten haben, hat nicht in dem erhofften Umfang zu einer Reduzierung der Prüfquote geführt. Damit ist der durch den Prüfumfang ausgelöste Verwaltungsaufwand bei den Krankenhäusern nach wie vor sehr hoch. Mit der Anhebung der von den Krankenkassen bei erfolglosen Einzelfallprüfungen zu zahlenden Aufwandspauschale auf 300 Euro soll der Anreiz erhöht werden, von ohne konkrete Verdachtsmomente initiierten Einzelfallprüfungen abzusehen.

In Bezug auf die kassenbezogene Umsetzung der Stichprobenprüfungen bei Krankenhausrechnungen wird auf die in Artikel 1 Nr. 4a – neu – enthaltene Änderung des § 17c KHG verwiesen.

Zu Nummer 9 (§ 295 SGB V)

(Rechtstechnische Umstellung)

Es handelt sich um eine rechtstechnisch notwendige redaktionelle Umstellung ohne inhaltliche Änderung gegenüber dem Gesetzentwurf.

Zu Artikel 4 (§ 6 BPfIV)

(Verhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV)

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Überarbeitung mit Verweis auf eine neu gefasste Vorschrift in Absatz 4 – neu.

Zu Buchstabe d

Satz 1 ist eine Öffnungsklausel, die im Falle einer nicht vollständigen Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nach Aufforderung einer Vertragspartei eine Nachverhandlung von Personalstellen vorgibt, unabhängig davon, ob diese Stellen bereits zu einem früheren Zeitpunkt bei der Budgetvereinbarung berücksichtigt worden sind. Die Kosten für die neu verhandelten Stellen gehen zusätzlich in das Erlösbudget (Gesamtbetrag) des Krankenhauses ein, unabhängig vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPflV; vgl. zu Nummer 1). Ziel ist es, die Qualität der Versorgung in der Psychiatrie durch die Bereitstellung von insbesondere therapeutisch und pflegerisch tätigem Personal abzusichern. Maßstab für eine Unterbesetzung ist die Besetzung am Stichtag 31. Dezember 2008.

Nummer 1 gibt verpflichtend vor, dass mindestens eine Umsetzung der Psych-PV von 90 Prozent zu vereinbaren ist. Darüber hinaus kann auch eine höhere Personalbesetzung nach Maßgabe der Nummer 2 vereinbart werden. Nummer 2 sieht damit bei entsprechendem Nachweis des Personalbedarfs eine Erhöhung der Stellenzahl bis zur vollständigen Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV vor. Da diese Umsetzung beim einzelnen Krankenhaus auch von der Einstellung zusätzlichen Personals und dessen Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt abhängig ist, wird für die Vereinbarungen nach Nummer 2 kein Termin vorgegeben. Die zum Stichtag 31. Dezember 2008 fehlenden Personalstellen können somit auch noch in den Folgejahren nachbesetzt werden.

Die Änderung eröffnet eine Nachverhandlung für den bestehenden Personalbestand, um den Erfüllungsgrad der Psych-PV zu verbessern. Durch diese Nachverhandlung wird der sich bei Leistungsausweitungen ergebende Anspruch auf zusätzliche Stellen nach der Psych-PV und deren umfassende Finanzierung im Rahmen der jährlich prospektiv zu führenden Pflege-satzverhandlungen nicht auf 90 Prozent abgesenkt, er bleibt unverändert auf 100 Prozent ausgerichtet. Die Änderung dient ausschließlich dazu, die Personalausstattung in der psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Die Regelung bietet keinen Ansatzpunkt, Krankenhäuser mit einem Umsetzungsgrad zwischen 90 und 100 Prozent auf 90 Prozent herunterzuverhandeln. Ziel ist und bleibt eine vollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben.

Im Falle der Nichteinigung über die Umsetzung der Nummern 1 und 2 entscheidet die Schiedsstelle.

Zu Artikel 4a (Abgrenzungsverordnung)

(Änderung von Vorgaben in Folge geänderten Steuerrechts)

Artikel 4a passt die Vorgaben der Abgrenzungsverordnung an inzwischen veränderte steuerrechtliche Bilanzierungsvorgaben an.

Zu Nummer 1

Die Wertgrenze für Wirtschaftsgüter, die im Jahr der Anschaffung oder Herstellung in voller Höhe als pflegesatzfähige Kosten verbucht werden können, wird an den Wert angepasst, der nach dem Unternehmenssteuerreformgesetz 2008 vom 14. August 2007 für das Steuerrecht gilt. Dies vereinfacht die Buchführung in den Krankenhäusern.

Zu Nummer 2

Mit Buchstabe a wird auf die bisher bestehende differenzierte Vorgabe des § 3 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a zur zeitlichen Berücksichtigung geringwertiger Gebrauchsgüter in den Pflegesätzen verzichtet. Diese Gebrauchsgüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren (§ 2 Nr. 2) konnten bis zu einem Betrag von 410 Euro im Anschaffungs- oder Herstellungsjahr voll abgeschrieben und als pflegesatzfähige Kosten in diesem Jahr eingestuft werden. Zielsetzung dieser Regelung war eine Anlehnung an steuerrechtliche Vorschriften mit der Folge einer Vereinfachung der Buchführung und eine Entlastung der Anlagenbuchhaltung. Nachdem die steuerrechtlichen Vorgaben nunmehr bereits ab einem Betrag von 150 Euro eine auf mehrere Jahre verteilte Abschreibung der Wirtschaftsgüter vorschreiben und somit die bisher angestrebte Harmonisierung mit den steuerrechtlichen Vorschriften nicht mehr gegeben ist, entfällt der Anlass für die bisherige differenzierte Regelung unter Buchstabe a. Sie wird deshalb durch die Neufassung von Absatz 3 Nr. 1 aufgehoben.

Buchstabe b nimmt auf Grund einer früher vorgenommenen Aufhebung des § 18b KHG eine redaktionelle Folgeänderung vor.

Zu Artikel 4b (Krankenhausstatistik-Verordnung)

(Ergänzungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik-Verordnung)

Mit den Änderungen der Krankenhausstatistik-Verordnung werden Ergänzungen vorgenommen, die für die Weiterentwicklung der amtlichen Krankenhausstatistik notwendig geworden sind.

Zu Nummer 1

Mit Buchstabe a wird das Erhebungsmerkmal, mit dem die Zulassung des Krankenhauses anzugeben ist, erweitert, indem nicht nur angegeben werden muss, ob es sich um eine Zulassung nach § 108 SGB V, um einen Vertrag nach § 111 SGB V handelt, sondern auch, ob Krankenhäuser eine Zulassung nach § 30 der

Gewerbeordnung haben. Durch die Änderung wird außerdem klargestellt, dass diese Krankenhäuser nach der Krankenhausstatistik-Verordnung auskunftspflichtig sind.

Traditionell waren Auszubildende am Krankenhaus beschäftigt. Mittlerweile wird die Ausbildung in übergreifender Form, z. B. über Ausbildungsgesellschaften durchgeführt. Um auch diese Auszubildenden statistisch erfassen zu können, ist bei den Auszubildenden auch das Beschäftigungsverhältnis anzugeben (Buchstabe b). Darüber hinaus kommt es vor, dass die Ausbildung als Voll- oder Teilzeitbeschäftigung erfolgt. Auch dieses Beschäftigungsverhältnis wird über die Änderung statistisch erfasst.

Durch die Änderung in Nummer 13 ist gesondert anzugeben, ob das Personal hauptamtlich oder nicht direkt beim Krankenhaus beschäftigt ist (Buchstabe c). Dadurch wird statistisch erfasst, in welchem Anteil Krankenhäuser Dienstleistungen, aber auch ärztliche Tätigkeiten nicht mehr durch eigene Beschäftigte erbringen lassen (Outsourcing).

Zu Nummer 2

Berlin, den 17. Dezember 2008

Der Ausschuss für Gesundheit

Frank Spieth
Berichtersteller

Mit der Ergänzung des Institutionenkennzeichens des Krankenhauses bei den Hilfsmerkmalen der Krankenhausstatistik wird ermöglicht, dass die Daten nach § 21 KHEntgG mit den Grunddaten der amtlichen Krankenhausstatistik verknüpft und verglichen werden können. Dadurch wird eine bessere Vollständigkeitskontrolle und Plausibilisierung der Daten ermöglicht. Es kann außerdem geprüft werden, ob perspektivisch die Datenerfassung nach der Krankenhausstatistik-Verordnung durch die Lieferung von Daten nach § 21 KHEntgG ersetzt werden kann.

Zu Artikel 5

(Rückwirkendes Inkrafttreten)

Die in Artikel 3 Nummer 4 geregelte ergänzende Pauschalvergütung für die sog. Fach- und Spezialambulanzen und die damit verbundenen Bereinigungsregelungen sind aus wirtschaftlichen Gründen auf den Abrechnungszeitraum eines Kalenderjahres zu beziehen. Dies wird durch ein rückwirkendes Inkrafttreten zum 1. Januar 2009 sichergestellt.

elektronische Vorabzustimmung*