

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt des Gesetzes

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

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben, insbesondere zur budgetneutralen Einführung in den Jahren 2003 und 2004, zur stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau vom 1. Januar 2005 bis zum 1. Januar 2007 (Konvergenzphase), zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene. Mit dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) wurde umfangreichen Detailänderungen vorgenommen und insbesondere die Konvergenzphase und damit die Angleichung der einzelnen Krankenhausbudgets um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2009 verlängert. Bei Krankenhäusern, die in der Konvergenzphase höhere Budgetanteile verlieren, wurde dieser Konvergenzprozess bis zum 1. Januar 2010 verlängert.

Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, also die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie entschieden sich am 27. Juni 2000 für die australische DRG-Klassifikation als Ausgangsbasis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Fallpauschalen-Katalogs. Nachdem sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf Abrechnungsregeln für das neue Vergütungssystem und nicht auf eine fristgerechte Einführung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs einigen konnten, gab das Bundesministerium für Gesundheit im Wege der gesetzlich vorgesehenen Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) jeweils durch Rechtsverordnungen die Abrechnungsregeln und die DRG-Fallpauschalen-Kataloge 2003 und 2004 vor (KFPV und KFPV 2004). Ebenfalls durch Rechtsverordnung wurden die zeitlich befristet von der DRG-Einführung ausgenommenen besonderen Einrichtungen bestimmt (FPVBE 2004 und 2005). Entsprechende Regelungen für die Folgejahre wurden von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart.

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

Das DRG-Vergütungssystem wurde unter schützenden Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser als lernendes System eingeführt. Es wird auf Grund der ständig wachsenden Erfahrungen aller Beteiligten jährlich weiter entwickelt und an die Besonderheiten der Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland angepasst. Der DRG-Fallpauschalenkatalog hat sich in kürzester Zeit weit von der australischen Ausgangsbasis entfernt und zu einem eigenständigen deutschen DRG-Katalog (G-DRG) entwickelt, der eine internationale Spitzenposition einnimmt. Viele andere Länder zeigen großes Interesse am deutschen DRG-System. Die Schweiz hat inzwischen beschlossen, das G-DRG-System als Ausgangsbasis für ihre eigene Entwicklung zu nehmen.

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

Zur Vorbereitung auf dieses Gesetzgebungsverfahren hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 23. März 2007 auf breiter Basis eine Umfrage zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung durchgeführt. Befragt wurden insbesondere Krankenhaus- und Krankenkassenverbände, die Bundesärztekammer, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, der deutsche Pflegerat und Industrieverbände. In den eingegangenen Antworten wurde eine große grundsätzliche Akzeptanz des neuen DRG-Systems sichtbar. Eine Kurz- und eine Langfassung des Berichts sind auf der Internetseite des BMG (<http://www.bmg.bund.de>) unter Themenschwerpunkte/ Gesundheit/ Krankenhäuser einsehbar. Auch von Seiten der Bundesländer wird das Vergütungssystem nicht in Frage gestellt, sondern von einer fristgerechten Beendigung der Konvergenzphase ausgegangen (vgl. Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung vom 26. Oktober 2007).

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

- Reform der Krankenhausinvestitionsfinanzierung der Länder insbesondere durch verbindliche Einführung leistungsbezogener Investitionspauschalen;
- 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 Sonderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern; in drei Jahren schrittweiser Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu

21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst sowie Möglichkeit zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen;

- schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor im Zeitraum von 2010 bis 2014,
- Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2013, verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung;
- im Rahmen des DRG-Vergütungssystems Überprüfung der Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen;
- Sicherstellung der Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege und der Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

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

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

Dabei werden insbesondere folgende Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz vorgenommen:

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

- Einführung einer neuen Bestimmung, dass Krankenhausrechnungen in einer für die Patientinnen und Patienten verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten sind (§ 8 Abs. 9).

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

II. Kosten

Mit dem Gesetz wird die Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems abgeschlossen und der gesetzliche Rahmen für die Finanzierung der Krankenhäuser fortentwickelt. Die bei Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems getroffenen grundlegenden Entscheidungen gelten grundsätzlich unverändert fort. Darüber hinaus werden neue Vorgaben für die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der künftigen Krankenhausfinanzierung festgelegt.

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen insgesamt entstehen mit dem Gesetzentwurf keine zusätzlichen Ausgaben, da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden. Mit dem Gesetz wird der gesetzliche Rahmen für die Finanzierung der Krankenhäuser weiterentwickelt und an die Beendigung der Konvergenzphase zur Anpassung der krankenhausesindividuellen Budgets an den Landesbasisfallwert angepasst.

Die nach diesem Gesetz im Zuge der Neugestaltung der Krankenhausinvestitionsförderung vorgesehene Umstellung auf leistungsbezogene Investitionspauschalen ist für die Länder nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden. Zum einen verpflichtet die Umstellung die Länder nicht, mehr Mittel für Krankenhausinvestitionen als bisher bereitzustellen. Zum anderen dürfte sich der mit der Krankenhausinvestitionsförderung für die Länder verbundene Verwaltungsaufwand infolge der Umstellung auf regelmäßige Investitionspauschalen gegenüber einer Förderung von Einzelmaßnahmen deutlich reduzieren lassen.

Mit der Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors ab dem Jahr 2010 (§ 10 Abs. 6 KHEntgG) und der schrittweisen Angleichung der außerhalb des Korridors liegenden Landesbasisfallwerte an den Grenzbereich des Korridors bis zum Jahr 2014 ist eine Umverteilung von Finanzmitteln zwischen den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern verbunden und die Ausgaben der Krankenkassen werden sich zwischen den Bundesländern verschieben. Die Preise für stationäre Leistungen werden in den Ländern mit bisher hohen Basisfallwerten (z.B. Rheinland-Pfalz, Berlin) abgesenkt, in anderen Ländern, wie Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern, werden die Preise für Krankenhausleistungen steigen.

Die Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors wird außerdem zur Folge haben, dass sich für selbstzahlende Patientinnen und Patienten in einigen Bundesländern die Entgelte für stationäre Behandlung verringern, in anderen Bundesländern werden die Preise steigen.

Belastungen für die Krankenkassen entstehen insbesondere durch die zusätzliche anteilige Finanzierung von Tarifierhöhungen (Basisanhebung in Höhe von rd. ... Mio. Euro) und das Sonderprogramm zur Einstellung von 21.000 zusätzlichen Pflegekräften in den Krankenhäusern

(drei Jahre jeweils jährliche Zusatzbelastung gegenüber dem Vorjahr in Höhe von rd. Mio. Euro, ab dem Jahr 2012 Weiterlaufen des kumulierten Betrags in Höhe von rd. Mio. Euro). Eine weitere Belastung in Höhe von bis zu 145 Mio. Euro sind durch die Einbeziehung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege in die Zuschläge zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und -vergütungen zu erwarten (§ 17a Abs. 1 Satz 1 KHG). Die im vorliegenden Gesetzentwurf getroffenen Regelungen zur Verbesserung der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung in den psychiatrischen Krankenhäusern wird wegen der vorgegebenen Umsetzung von Prozent (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung - BpflV) und wegen der verbesserten Möglichkeit, die Veränderungsrate auf Grund von Tarifsteigerungen (§ 6 Abs. 2 Satz 1 BpflV) zu überschreiten, zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund Mio. Euro jährlich führen. Darüber hinaus werden die Krankenkassen durch die Erhöhung des DRG-Systemzuschlags nach § 17b Abs. 5 KHG zusätzliche belastet. Für die Entwicklung und Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen nach § 9a Abs. 2 KHG und der pauschalierten Entgelte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG durch das DRG-Institut und durch die anteilige pauschalierte Aufwandsvergütung für die teilnehmenden Kalkulationskrankenhäuser ist mit Mehrausgaben in Höhe von rd. 13 Mio. Euro zu rechnen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden im Rahmen der Einführung eines neuen Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen neue Informationspflichten eingeführt, die voraussichtlich zu Bürokratiekosten in Höhe von 6,6 Mio. Euro pro Jahr führen werden, weitestgehend für die Einstufung der Patienten in die Behandlungsgruppen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Diese ca. 220 Einrichtungen müssen zudem künftig jedes Jahr Daten nach § 21 KHEntgG und die Einstufungen der Patientinnen und Patienten nach der Psych-PV an die DRG-Datenstelle liefern (§ 17d KHG). Darüber hinaus müssen psychiatrischen Institutsambulanzen ihre Abrechnungsdaten elektronisch an die Krankenkassen und zusätzlich an das DRG-Institut übermitteln. Auf Basis der durchgeführten Bürokratiekostenmessung der Krankenhäuser, die ihre Daten bereits jedes Jahr an das DRG-Institut übermitteln, wird von insgesamt ca. 20.000 Euro zusätzlichen Kosten für die Datenübermittlung ausgegangen, weil die Verpflichtung zur Dokumentation der Daten bereits heute besteht und davon ausgegangen wird, dass die Daten nach § 301 SGB V genutzt werden können.

Die Maßnahmen zu Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser werden insgesamt zu einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler in Höhe von ... führen. Eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus ist auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

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

Das DRG-Vergütungssystem wird bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG vereinbart und weiterentwickelt. Mit diesem Gesetz werden insbesondere die für alle Krankenhäuser geltenden Rahmenbedingungen ab dem Jahr 2009 sowie die Regelungen für die Ausbildungsfinanzierung geändert. Beides ist durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen.

Auch für die Neugestaltung und Weiterentwicklung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung durch die Länder bedarf es zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Hinblick auf die Notwendigkeit der Sicherstellung einer bundesweit flächendeckenden Krankenhausversorgung einer bundesgesetzlichen Regelung.

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

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

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 4 KHG)

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 2: (§ 6 Abs. 1 KHG)

Eine Verpflichtung der Länder zur Aufstellung von Investitionsplänen wird mit der Umstellung der Regelfinanzierung von Krankenhausinvestitionen auf leistungsbezogene Investitionspauschalen entbehrlich. Soweit die Länder für die daneben weiterhin mögliche Durchführung von Einzelförderungsmaßnahmen nach § 8 Abs. 3 Investitionspläne aufstellen, bleibt ihnen dies auch ohne Verpflichtung hierzu unbenommen.

Zu Nummer 3: (Überschrift Zweiter Abschnitt)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 4: (§ 8 KHG)

Die am 1. Januar 2012 in Kraft tretende Vorschrift enthält die nach Umstellung der Regelförderung von Krankenhausinvestitionen auf leistungsbezogene Investitionspauschalen ab dem Jahr 2012 geltenden Grundsätze der öffentlichen Investitionsfinanzierung. Danach erfolgt eine Förderung von Krankenhausinvestitionen grundsätzlich über Investitionspauschalen, die die Krankenhäuser zusätzlich zu den Benutzerentgelten (DRG-Fallpauschalen, fall- und tagesbezogene

Entgelte und tagesgleiche Pflegesätze) erhalten. Eine Einzelförderung von Investitionen ist danach nur noch ergänzend zur Finanzierung durch Investitionspauschalen und bei Vorliegen der als Ausnahmetatbestände gefassten Voraussetzungen des Absatzes 3 möglich.

Bei der Umstellung der Investitionsfinanzierung wird weder eine Neuabgrenzung der nach dem KHG förderungsfähigen Einrichtungen noch eine Neuabgrenzung der nach diesem Gesetz zu finanzierenden Investitionskosten vorgenommen. Dies bedeutet insbesondere auch, dass die Rechtsgrundlagen für die unterschiedliche Investitionsfinanzierung von Universitätskliniken durch die Neuregelung weder verändert noch berührt werden.

Zu Absatz 1

Die Regelung enthält den Katalog der durch Investitionspauschalen zu fördernden Investitionen. Er verankert zugleich in Verbindung mit § 9a Absatz 1 Satz 1 einen entsprechenden Anspruch der Krankenhäuser auf Investitionsförderung. Die in dem Katalog aufgeführten Förderzwecke knüpfen an die Fördertatbestände des bis zum 1. Januar 2012 weitergeltenden § 9 an. Die Nummern 1 und 2 entsprechen den Fördertatbeständen des § 9 Abs. 1 Nummer 1 und 2. Nummer 3 beinhaltet neben dem Fördertatbestand für kleine bauliche Maßnahmen nach § 9 Abs. 3 Satz 1 aus Gründen der Rechtsklarheit auch die Investitionen für notwendige Um- und Erweiterungsbauten als ausdrücklichen Förderzweck. Die Nummern 4 bis 7 entsprechen den Fördertatbeständen des § 9 Abs. 2 Nummern 1 bis 4.

Zu Absatz 2

Satz 1 verpflichtet die Länder zur Zahlung von Investitionspauschalen an die Krankenhäuser. Diese können im Rahmen der durch die Fördertatbestände des Absatzes 1 vorgegebenen Zweckbindung frei über die ihnen zufließenden Investitionspauschalen verfügen (Satz 2). Die Umstellung der Investitionsförderung auf leistungsbezogene Investitionspauschalen erleichtert die Investitionsplanung der Krankenhäuser in mehrfacher Hinsicht. Sie können auf der Grundlage ihres Leistungsspektrums und der Zahl ihrer Behandlungsfälle die Höhe der ihnen zufließenden Investitionsmittel verlässlich kalkulieren und danach ihre Investitionsentscheidungen ausrichten. Auch die Entscheidung, wann und in welchem Umfang Investitionen durchgeführt werden, wird durch die Investitionsförderung in Form fortlaufender Investitionspauschalen wesentlich erleichtert, weil die Mittel insbesondere für geplante größere Investitionen angespart werden können.

Aus der vorgeschriebenen Zweckbindung ergibt sich allerdings auch, dass die Krankenhäuser die Mittel nicht für andere als die genannten Förderzwecke verwenden dürfen. So wäre es unzulässig, die Mittel aus Investitionspauschalen zur Deckung von Defiziten bei Betriebskosten zu verwenden. Die Nachweispflicht nach Satz 3 bietet den Ländern die Gewähr dafür, dass die von ihnen gezahlten Investitionspauschalen ausschließlich für Investitionszwecke verwendet oder angespart werden.

Zu Absatz 3

Die Regelung eröffnet den Ländern unter den dort genannten Voraussetzungen die Möglichkeit, Krankenhäusern ergänzend zur Förderung durch Investitionspauschalen gezielt weitere Mittel im Rahmen einer Einzelförderung zur Verfügung zu stellen. Damit wird gewährleistet, dass auch dann, wenn im Einzelfall notwendige und im besonderen Interesse des Landes liegende

Investitionsmaßnahmen durch Investitionspauschalen nicht oder nicht ausreichend finanziert werden können, ausreichende Investitionsmittel bereitgestellt werden können. Die vom Land für Einzelförderungen bereitgestellten Mittel verkürzen nach Maßgabe des § 9a Absatz 3 Satz 3 die für Investitionspauschalen zur Verfügung stehenden Mittel.

Zu Nummer 4a: (§ 9 KHG)

Die Aufhebung des § 9 tritt zeitgleich mit der Umstellung der Investitionsförderung auf Investitionspauschalen am 1. Januar 2012 in Kraft.

Zu Nummer 5: (§ 9a KHG)

Zu Absatz 1

Die Investitionspauschalen werden nach Satz 1 fallbezogen zusätzlich zu den voll- und teilstationären Entgelten gezahlt. Dies sind die DRG-Fallpauschalen, krankenhausindividuell zu vereinbarenden sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG, tagesgleiche Pflegesätze nach der Bundespflegesatzverordnung sowie nach Entwicklung des neuen Entgeltsystems nach § 17d KHG die pauschalierten Entgelte für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Investitionspauschalen zu Zusatzentgelten sind nicht vorgesehen. Satz 2 enthält die Berechnungsformel für die Höhe der Investitionspauschalen. Ähnlich wie bei den DRG-Fallpauschalen wird die Höhe der Investitionspauschale ermittelt, indem die Höhe der jeweiligen Investitionsbewertungsrelation mit einem Investitionsbasiswert (vgl. Absatz 3) multipliziert wird (Satz 4).

Zu Absatz 2

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

Während die Vertragsparteien auf Bundesebene die grundlegenden konzeptionellen Vorgaben für die Einführung von Investitionspauschalen zu vereinbaren haben, ist für die differenzierte Entwicklung und Kalkulation bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner zu beauftragen (Satz 3). Für die Finanzierung insbesondere der Kalkulationen und die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gelten die Vorgaben für das DRG-System entsprechend (Sätze 4 bis 6). Nach Satz 6 sind für den Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene wie beim DRG-System Ersatzvornahmen des Bundesministeriums für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bun-

desrates (§ 17b Abs. 7 KHG) vorgesehen. In gleicher Weise kann das Bundesministerium Vorschriften über die für Budgetverhandlungen vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen erlassen (§ 17b Abs. 7a KHG).

Zu Absatz 3

Die Regelung enthält die näheren Vorgaben für die Berechnung von Investitionsfallwerten durch die Länder. Nach Satz 2 haben die Länder bei der Berechnung mindestens den von ihnen jeweils im Jahr 2008 für Krankenhausinvestitionen veranschlagten Gesamtbetrag zugrunde zu legen. Damit soll sichergestellt werden, dass die von den Ländern für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung bereitgestellten Mittel nicht weiter reduziert werden. Die Landesmittel für Investitionspauschalen und die für die Einzelförderung nach § 8 Abs. 3 bereitgestellten Mittel dürfen in ihrer Gesamtsumme den erreichten Stand der Investitionsförderung nicht unterschreiten. Satz 3 stellt in diesem Zusammenhang auch klar, dass die finanzielle Belastung der Länder aus beiden Förderarten zusammenzurechnen ist. Mittel, die für Einzelförderungsmaßnahmen bereitgestellt werden, vermindern den Ansatz der verbleibenden Gesamtsumme für die Finanzierung von Investitionskosten durch Investitionspauschalen. In gleicher Weise erhöhen für Einzelfördermaßnahmen bereitgestellte, aber innerhalb eines Zeitraums von drei Kalenderjahren nicht benötigte Mittel den für Investitionspauschalen zur Verfügung stehenden Gesamtbetrag (Satz 4).

Zu Absatz 4

Die Regelung überlässt es den Ländern, das Nähere über die Abrechnung der Investitionspauschalen zu regeln. So können z.B. zur Vereinfachung der Abrechnung und zur Verringerung des Verwaltungsaufwands Investitionspauschalen für bestimmte Abrechnungszeiträume nach Absprache mit den Krankenhäusern zusammengefasst werden.

Zu Nummer 6: (§ 10 KHG)

Mit der Vorschrift wird das Bundesministerium für Gesundheit mit der Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beauftragt, die mit dem Ziel einer bedarfsorientierten, angemessenen Investitionsfinanzierung Maßstäbe und Kriterien für eine Investitionsquotenfinanzierung erarbeiten soll. Zur weiteren Umsetzung der Ergebnisse der Arbeitsgruppe wird es weiterer gesetzlicher Festlegungen bedürfen.

Zu Nummer 7: (§ 17 KHG)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Bei Krankenhäusern, deren Investitionskosten nach dem KHG nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen ver-

gleichbarer nach dem KHG voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Die Änderung stellt klar, dass dies entsprechend auch bei einer anteiligen öffentlichen Förderung von Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger gilt.

Zu Nummer 8: (§ 17a KHG)

Zu Buchstabe a

Anpassung der Überschrift an die nachfolgenden Änderungen.

Zu Buchstaben b bis g

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

Die Durchführung einer Praxisanleitung im Krankenhaus durch eine im Umfang von 200 Stunden weitergebildete Praxisanleiterin oder einen Praxisanleiter wurde mit dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 in § 4 Abs. 5 Satz 3 des Krankenpflegegesetzes in Verbindung mit § 2 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege erstmalig verbindlich vorgegeben, um Praxis und Theorie in der Ausbildung besser zu verzahnen. Es war der erklärte Wille des Gesetzgebers, alle durch die Reformierung der Krankenpflegeausbildung anfallenden Mehrkosten zu finanzieren (Wortprotokoll des BT-Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 2. April 2003, Seite 15). Hierfür wurde im Gesetzgebungsverfahren eine Öffnungsklausel für „zusätzliche Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege“ in § 17a Abs. 3 Satz 4 KHG eingefügt (Bericht des 13. Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 8. April 2003 - BT-Drs. 15/804, Seite 19). Ein jüngeres Urteil eines Oberverwaltungsgerichts kommt nun jedoch zu dem Ergebnis, dass dieser Wille des Gesetzgebers nicht ausreichend im Gesetzeswortlaut zum Ausdruck gekommen ist, da die Rechtsgrundlage zur Refinanzierung der Ausbildungskosten § 17a Abs. 1 Satz 1 KHG bleibe, der keine Kosten erfasse, die - wie die der Praxisanleitung - im Krankenhaus entstünden. Ziel der Regelung ist nun klarzustellen, dass alle durch die Reformierung der Krankenpflegeausbildung anfallenden Kostenpositionen grundsätzlich finanziert werden. Dies gilt auch für die Kosten der Praxisanleitung, soweit sie über die vorher in den Anrechnungsschlüssel enthaltenen Anteile von Praxisanleitung hinausgehen.

Des Weiteren ermöglicht die Einfügung der Wörter „der Ausbildungsvergütungen“, dass z.B. Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger wie bisher finanziert werden können. Im Zuge der weitgehenden Neufassung des § 17a durch Artikel 1 Nr. 3 des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes vom 15.12.2004 (BGBl. I S. 3429) ist in Absatz 1 Satz 1 die hinsichtlich der Finanzierung von Ausbildungskosten auf "Kosten der Ausbildungsvergütung" abstellende Formulierung durch eine nur noch auf die "Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen" abstellende Formulierung ersetzt worden. Diese im Hinblick auf die Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen aus redaktionellen Gründen vorgenommene Änderung (vgl. hierzu auch Amtliche Begründung zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a in Bundestags-Drucksache 15/3672 vom 3. September 2004, Seite 20) führt jedoch zu einer damit nicht beabsichtigten Einengung des Anwendungsbereiches und würde z. B. die Berücksichtigung der Ausbildungsvergütung für

Hebammen und Entbindungspfleger ausschließen. Insoweit wird mit der Änderung der redaktionelle Fehler berichtigt und an den vorherigen Rechtszustand wieder angeknüpft.

Zu Nummer 9: (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung an die Fachgebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Kürzung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems.

Zu Buchstabe d

Die Entwicklung des DRG-Fallpauschalensystems durch die Selbstverwaltungspartner nach Absatz 2 und deren DRG-Institut wird über einen Zuschlag je voll- oder teilstationärem Krankenhausfall finanziert. Buchstabe d weitet diese Finanzierungsmöglichkeit auf das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, das nach der Vorgabe des neuen § 17d entwickelt und eingeführt werden soll, und auf die Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen nach § 9a Abs. 2 aus. Der Zuschlag wurde bisher auch in psychiatrischen Einrichtungen erhoben (Absatz 5 Satz 8). Er ist für die neue Aufgabe bei allen Krankenhäusern entsprechend zu erhöhen (§ 17d Abs. 5 Satz 2 KHG).

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Kürzung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems.

Zu Buchstabe f

Die Vorschrift nimmt eine redaktionelle Änderung in Folge der Änderungen des § 17a KHG vor, die sicherstellen soll, dass alle durch die Reform des Krankenpflegegesetzes anfallenden Mehrkosten für die Ausbildung von Krankenpflegepersonen finanziert werden; vgl. Nummer 8.

Zu Nummer 10: (§ 17d KHG)

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

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

Mit dem neuen § 17d wird in einem ersten Schritt nun der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung und Einführung eines solchen pauschalierenden Entgeltsystems erteilt. Dabei werden die Vorgaben eng an die Regelungen zum DRG-Entgeltsystem nach § 17b angelehnt, die sich bewährt haben. Nähere Festlegungen, zum Beispiel zur Dauer einer budgetneutralen Einführung und zu einer schrittweisen Angleichung der heute vereinbarten Krankenhausbudgets an ein einheitliches Preisniveau (Konvergenzphase), sollen ein bis zwei Jahre später mit einem weiteren Gesetz vorgenommen werden.

Zu Absatz 1

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

Abweichend von dieser grundsätzlichen Festlegung soll nach Satz 2 auch geprüft werden, ob für geeignete Teilbereiche andere Abrechnungseinheiten, zum Beispiel eine fallbezogene Vergütung, eingeführt werden kann. Im Hinblick auf die im Psychiatriebereich derzeit stark diskutierten integrierten Versorgungsansätze und einer möglichst kurzen vollstationären Behandlungsphase soll auch geprüft werden, inwieweit die Leistungen der am Krankenhaus angesie-

delten psychiatrischen Institutsambulanzen in ein Vergütungskonzept einbezogen werden können (Satz 3).

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

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Die bereits für das DRG-System zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene werden auch mit der Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen beauftragt. Das System ist regelmäßig weiterzuentwickeln und insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen anzupassen. Ausgangsbasis für die Entwicklung des neuen Vergütungssystems sollen die in Absatz 9 genannten Daten - also Diagnosen, Prozeduren und andere patientenbezogene Kriterien - sein und zusätzlich für Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, die Behandlungsbereiche nach der Psych-PV (Satz 2). Voraussetzung für die Nutzung der Psych-PV-Einstufungen für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems ist somit, dass Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, eine tagesbezogenen Einstufung der Patienten in die entsprechenden Behandlungsbereiche vornehmen; vgl. hierzu die Erläuterungen zu Absatz 9. Satz 2 bestimmt auch, dass für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen grundsätz-

lich ein gemeinsames Vergütungssystem zu entwickeln ist. Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen und um die bei der Entwicklung des DRG-Systems gewonnenen Erfahrungen zu nutzen, wird gezielt das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner mit der Entwicklung des Vergütungssystems beauftragt (Satz 3). Satz 4 bestimmt, dass die Vorgaben des § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 KHG, insbesondere zur Qualität der Leistungserbringung, zur Beteiligung der Bundesärztekammer und von Vertretern der Krankenpflegeberufe, zur Stellungnahme durch andere Verbände, zur Beschlussfassung der Vertragsparteien und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Entgeltkalkulationen, entsprechend anzuwenden sind. Soweit psychotherapeutische Fragen betroffen sind, erhält die Bundespsychotherapeutenkammer mit Satz 5 die Möglichkeit, an den Sitzungen der Selbstverwaltungspartner beratend teilzunehmen.

Zu Absatz 4

Die Grundstrukturen des neuen Entgeltsystems und damit die Voraussetzungen für die notwendigen Entwicklungsarbeiten sollen nach Satz 1 bis zum Jahresende 2009 vereinbart werden. Auf diesen konzeptionellen Grundlagen ist nach Satz 2 von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene bis zum 30. September 2012 ein erster Entgeltkatalog zu vereinbaren. Das neue pauschalierende Entgeltsystem wird erstmals im Jahr 2013 für die Abrechnung von Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen eingesetzt. Wie bei der DRG-Einführung erfolgt die Einführung im Rahmen eines lernenden Systems zunächst budgetneutral (Satz 3), so dass in Folge der Abrechnung der neuen Entgelte das Budget der einzelnen Einrichtung noch nicht erhöht oder vermindert wird. Die weitere Ausgestaltung des Einführungsprozesses des neuen Entgeltsystems wird nach Satz 4 durch ein gesondertes Gesetz bestimmt.

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

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

Zu Absatz 7

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

Zu Absatz 8

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

Zu Absatz 9

In Satz 1 wird vorgegeben, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems notwendigen Daten an das DRG-Institut zu liefern haben. Zusätzlich zu den Daten, die nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermitteln sind, haben Einrichtungen, die bereits heute die Psych-PV anwenden, die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche nach der Psych-PV zu übermitteln (Satz 2). Diese Vorgabe gilt auch für psychosomatische Einrichtungen, soweit diese zum Beispiel auf Grund regionaler Vorgaben oder Vereinbarungen die Psych-PV anwenden. Um den Dokumentationsaufwand zu begrenzen, wird vorgegeben, dass eine Einstufung der Patienten zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs ausreicht. Aus diesen Daten lässt sich jeweils errechnen, für wie viele Tage das pauschalierte Entgelt eines bestimmten Behandlungsbereiches abzurechnen ist. Psychosomatische Einrichtungen, die bisher nicht die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, werden nicht verpflichtet, die Psych-PV-Einstufung zu übermitteln.

Zu Nummer 11: (§ 28 KHG)

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

Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 1 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung der Überschrift des § 17b KHG durch Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe a.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Kürzung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems.

Zu Nummer 2: (§ 3 KHEntgG)

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

Zu Nummer 3: (§ 4 KHEntgG)

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

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Absatz 2 gibt vor, dass das Erlösbudget des Krankenhauses für das Kalenderjahr so ermittelt wird, wie bisher das Zielbudget nach § 4 Abs. 5-alt. Art und Menge der Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind mit ihrer jeweiligen Entgelthöhe zu multiplizieren. Diese wird bei Fallpauschalen anhand der effektiven Bewertungsrelationen, d. h. einschließlich der Vergütungsregelungen zur oberen und unteren Grenzverweildauer und zu Verlegungen, ermittelt. Die Erlöse für Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus liegen (Überlieger), sind für die Budgetermittlung in voller Höhe dem neuen Kalenderjahr zuzuordnen.

Zu Buchstaben c und d

Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben. Der bisherige Absatz 9, der die Vorgaben zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen enthält, wird neuer Absatz 3. Der bisherige Absatz 10, der die Abrechnung der Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten außerhalb des Erlösbudgets ermöglicht, wird neuer Absatz 4. Der bisherige Absatz 11, der in Ausnahmefällen die Neuvereinbarung des Erlösbudgets zulässt, wird Absatz 5.

Zu Buchstabe e

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

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

Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Anpassung vor.

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

Zu Buchstabe f

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

Zu Buchstabe g

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

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

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

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

Mit der Vorschrift des Absatzes 10 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern anteilig gefördert

wird. Das Krankenhaus kann in den Jahren 2009 bis 2011 einen zusätzlichen Budgetanteil in Höhe von jährlich Prozent erhalten, wenn es entsprechende Neueinstellungen vornimmt. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden und bloßen Mitnahmeeffekten vorzubeugen, hat ein Krankenhaus den restlichen, nicht geförderten Anteil der Kosten für die Neueinstellungen zu tragen. Diese Eigenbeteiligung ist erforderlich, um sicherzustellen, dass nur wirklich benötigte Stellen zusätzlich finanziert werden. Soweit notwendige Einstellungen in einem Jahr nicht realisiert werden können, ermöglicht Satz 3, diese für das Folgejahr zu vereinbaren und zu finanzieren. Die für ein Jahr neu vereinbarte Finanzierung erhöht den bereits für das Vorjahr vereinbarten Betrag (Kumulation), so dass in den drei Jahren eine wesentliche Verbesserung für den Pflegedienst im Krankenhaus erzielt werden kann. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser nicht zunächst Pflegepersonal entlassen, um sich später die Neueinstellung anteilig finanzieren zu lassen, hat das Krankenhaus nach Satz 5 durch eine gemeinsame Erklärung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen zu belegen. Nach Satz 6 kann das Krankenhaus einen Teil der zusätzlichen Mittel auch dazu einsetzen, die internen Arbeitsprozesse in der Pflege neu zu organisieren. Dies soll ebenfalls dazu beitragen, die Arbeitssituation im Pflegebereich zu verbessern.

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

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

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

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

Zu Buchstabe h

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

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

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

Zu Nummer 4: (§ 5 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b, Absatz 4

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

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

Satz 3 übernimmt grundsätzlich die bisherige Regelung des § 15 Abs. 2 Satz 2. Zielsetzung ist es insbesondere im Hinblick auf eine verursachungs- und leistungsgerechte Belastung selbstzahlender Patientinnen und Patienten sowie im Hinblick auf die Rechtsprechung zu nachträglichen Rechnungsänderungen bei diesen Patienten, die Höhe der Entgelte und der Krankenhausrechnung nicht zu stark durch die Verrechnung periodenfremder Tatbestände und Ausgleichs zu verändern. Da die Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 die Fallpauschalen nicht mehr mit dem häufig erst spät im Kalenderjahr vereinbarten krankenhausindividuellen Basisfallwert bewerten, sondern mit dem frühzeitiger feststehenden Landesbasisfallwert, wird sich die Verrechnungsproblematik nach § 15 Abs. 3 vermindern. Auch werden die Abweichungen zum Landesbasisfallwert des Vorjahres geringer sein als die bisherigen Abweichungen der krankenhausindividuellen Basisfallwerte. Vor diesem Hintergrund wird die Obergrenze für die Verrechnung von Zuschlägen von bisher 30 Prozent auf 15 Prozent herabgesetzt; allerdings sind in diese Obergrenze nun auch die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 einbezogen.

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

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

Zu Buchstabe b, Absatz 5

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

Zu Nummer 5: (§ 6 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems.

Zu Buchstabe b

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

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Die Neufassung des Absatzes 3 vereinfacht die Vorgaben zur Vereinbarung der gesonderten Erlössumme für krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte und für besondere Einrich-

tungen sowie zur entsprechenden Vorlage von Verhandlungsunterlagen. Im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien vor Ort über Leistungsveränderungen entscheidet künftig wieder die Schiedsstelle; vgl. die Änderung in § 19 Abs. 3 BPfIV (Artikel 4 Nr. 9). In einem leistungsorientierten Vergütungssystem, bei dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern herrscht und Strukturveränderungen grundsätzlich erwünscht sind, ist ein Konfliktlösungsmechanismus erforderlich. Die krankenhausesindividuell nach § 6 zu vereinbarenden Vergütungen hatten im Jahr 2006 einen Gesamtumfang von rd. 2 Prozent der Ausgaben für die voll- und teilstationäre Krankenhausversorgung (vgl. Krankenhaus-Report 2007, S. 270). Für diese Entgelte und damit für die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 ist zwar keine unmittelbare Begrenzung durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorgegeben. Dieser wird jedoch mittelbar durch eine Berücksichtigung bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts gewährleistet; vgl. § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5. Satz 4 begrenzt die Vorgaben zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen.

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

Zu Buchstabe e

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

Zu Nummer 6: (§ 7 KHEntgG)

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

Zu den Buchstaben a bis c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 7: (§ 8 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Absatz 2 Satz 3 wird redaktionell überarbeitet.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 8: (§ 9 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Überarbeitung.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 9: (§ 10 KHEntgG)

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

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Die Vorgaben des Absatzes 3 Satz 1 werden redaktionell überarbeitet. Nach der Aufhebung des Absatzes 2 wird mit Doppelbuchstabe aa der einleitende Halbsatz des Satzes 1 neu gefasst. Mit Doppelbuchstabe bb wird der in § 17a KHG neu eingeführte Begriff "Ausbildungskosten" in Nummer 5 eingefügt. Doppelbuchstabe cc passt die Vorschrift zur Berücksichtigung der

Schonbeträge aus der Obergrenzenregelung nach dem bisherigen § 4 Abs. 6 Satz 4 redaktionell an; diese wird im Jahr 2009 letztmalig angewandt. Doppelbuchstabe dd nimmt eine weitere redaktionelle Folgeänderung vor.

Zu Buchstabe d

Die an den Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V bildet bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts derzeit die Obergrenze für die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen. Sie soll künftig durch einen neuen Orientierungswert, der die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich besser berücksichtigt, ersetzt werden. Voraussetzung dafür ist nach Absatz 6 Satz 3-neu allerdings, dass eine bundeseinheitliche Investitionsquote für die Investitionsförderung der Länder festgesetzt wird.

Zu Buchstabe e, Absatz 5

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

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

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

Den Vertragsparteien auf der Bundesebene wird mit Satz 4 die Aufgabe übertragen, die Differenz von berücksichtigungsfähiger Tariferhöhung und Veränderungsrate zu ermitteln und als Erhöhungsrage zu vereinbaren. Diese Rate ist für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts verbindlich. Eine entsprechende Vereinbarung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach den Vorgaben des § 6 Abs. 2 und § 15 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung bereits jahrelang getroffen.

Die Vertragsparteien auf Landesebene haben den Landesbasisfallwert um die Erhöhungsrage zu erhöhen (Satz 5). Ist ein Landesbasisfallwert 2009 ohne diese Erhöhung bereits vereinbart, verpflichtet Satz 6 die Vertragsparteien, den Landesbasisfallwert durch eine Neuvereinbarung während des Jahres 2009 unterjährig zu erhöhen. Hierdurch sollen Liquiditätseingpässe der Krankenhäuser vermieden werden. In Folge der unterjährigen Berücksichtigung der Tariferhöhungen ist zusätzlich ein entsprechender Ausgleich für die bereits abgelaufene Jahreszeit zu vereinbaren.

Zu Buchstabe e, Absatz 6

Die an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts grundsätzlich die Berücksichtigung von Kostensteigerungen. Absatz 6 beauftragt nun das Bundesministerium für Gesundheit, einen Orientierungswert ermitteln zu lassen, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Ziel ist es, die für Krankenhäuser wirksam werdenden Kostenerhöhungen künftig stärker zu berücksichtigen. Voraussetzung für die Ablösung der Veränderungsrate ist nach Satz 3, dass die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser auf eine neue, in einer Arbeitsgruppe von Bund und Ländern noch zu entwickelnde Investitionsquotenfinanzierung (§ 10 KHG) umgestellt wird. Dies würde eine Einigung über die Höhe einer angemessenen Investitionsquote und eine entsprechende gesetzliche Regelung voraussetzen.

Zu Buchstabe f

Redaktionelle Verschiebung der Absätze.

Zu Buchstabe g

Es ist derzeit kaum zu erklären, warum für die Behandlung der Patientinnen und Patienten in den Bundesländern unterschiedlich hohe Entgelte zu zahlen sind. So sind für die Entfernung des Blinddarms in Schleswig-Holstein rd. 1.880 Euro und in Rheinland-Pfalz rd. 2.080 Euro zu zahlen. Unterschiede in den Erkrankungen der Patienten sowie im Schweregrad und der Häufigkeit der Erkrankungen werden grundsätzlich bereits im DRG-System berücksichtigt und dürfen nicht zu unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerten führen. Begründungsversuche, wie die bisher vereinzelt vorgetragenen Unterschiede in der Versorgungsstruktur, die zu insgesamt höheren Kosten in erheblichem Umfang führen sollen, haben bisher nicht überzeugt. Die erreichten Verbesserungen des DRG-Systems, die zu einer insgesamt wesentlich sachgerechteren Abbildung von Krankenhausleistungen geführt haben und die einer undifferenzierten Anhebung des Preisniveaus im Land (Landesbasisfallwert) entgegenwirken, sind bei entsprechenden Erklärungsansätzen zu berücksichtigen. Es gibt auch Stimmen, die die unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte auf eine unterschiedlich hohe Einkommenssituation der Versicherten in der Vergangenheit und eine daraus folgende unterschiedliche Finanzausstattung der Krankenkassen in den Ländern zurückführen. Ab dem Jahr 2009 wird sich diese Finanzierungssituation der Krankenkassen in den Ländern angleichen. Alle Krankenkassen erhalten dann einheitliche morbiditätsorientierte Zuweisungen aus dem neuen Gesundheitsfonds. Aus diesen einheitlichen Zuweisungen müssen dann auch höhere Landesbasisfallwerte in einigen Ländern bezahlt werden. Dies passt nicht zusammen. Auch wenn sich die Unterschiede bei den Landesbasisfallwerten in den letzten Jahren verringert haben, so ist dies eher unkoordiniert und in unterschiedlichem Umfang erfolgt. Ein geordnetes Verfahren zur schrittweisen Angleichung der Landesbasisfallwerte ist weiterhin erforderlich.

Deshalb wird mit Absatz 8 der Prozess einer schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte in Richtung auf einen einheitlichen Basisfallwert eingeleitet. Im Hinblick auf die von den Ländern angestrebten Prüfungen zu den Ursachen der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte wird nicht eine vollständige Anpassung an einen durchschnittlichen Basisfallwert vorgegeben, sondern lediglich die Bandbreite der Unterschiede verringert. Dabei werden lediglich die Landesbasisfallwerte erhöht oder abgesenkt, die außerhalb eines einheitlichen Basisfallwertkorridors in Höhe von + 2 Prozent bis – 2 Prozent um den einheitlichen Basisfall-

wert nach Absatz 9 liegen. Damit bleibt Finanzierungsspielraum für landesbezogene Strukturunterschiede, auf die einige Länder derzeit verweisen, und ausreichend Zeit für deren Überprüfung durch entsprechende Forschungsaufträge. Landesbasisfallwerte, deren Höhe innerhalb der Bandbreite liegen, werden zunächst nicht angeglichen. Bezogen auf die Landesbasisfallwerte des Jahres 2008 (nach Kappung und mit Ausgleichen) würde dies bei einem geschätzten Bundesbasisfallwert um 2.800 Euro eine Bandbreite von 2.856 Euro bis 2.744 Euro bedeuten. Gemessen hieran würden die Landesbasisfallwerte von Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin und Bremen die Bandbreite überschreiten und die Werte von Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein die Bandbreite unterschreiten.

Absatz 8 Satz 1 gibt die Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors vor. Nach Satz 2 wird ein höherer oder ein niedrigerer Landesbasisfallwerte in einem fünfjährigen Zeitraum an die Außengrenzen dieses einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Satz 3 bestimmt die jährlichen Angleichungsschritte für die Konvergenz der Landesbasisfallwerte. Dabei werden die grundsätzlich gleich hohen Angleichungsschritte umgerechnet auf den jeweils verbleibenden Konvergenzzeitraum. Das Verfahren entspricht der Vorgehensweise, die bereits von der Konvergenz der einzelnen Krankenhausbudgets her bekannt ist. Satz 4 gibt das Rechenschema für die Ermittlung des Landesbasisfallwerts vor, der sich nach dem jeweiligen Angleichungsschritt ergibt und der nach Satz 5 von den Vertragsparteien auf der Landesebene zu vereinbaren und der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen jeweils zu Grunde zu legen ist. Da die Landesbasisfallwerte weiterhin auf der Landesebene verhandelt werden und sich dabei unterschiedlich entwickeln können, stellt Satz 6 sicher, dass auch nach der Konvergenz der Landesbasisfallwerte in den Folgejahren jeweils eine Angleichung an die Außengrenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors vorgenommen wird.

Die durch Absatz 6 vorgegebene Konvergenz führt lediglich die außerhalb des Korridors liegenden Landesbasisfallwerte an die Außengrenzen des Korridors heran. Sie verhindert nicht eine Entwicklung, bei der ein Landesbasisfallwert z. B. in Folge von Änderungen des DRG-Vergütungssystems oder der Verhandlungen auf Landesebene so verändert wird, dass er künftig innerhalb des Korridors liegt. In einem solchen Falle würde er nicht mehr von der Konvergenz erfasst.

Zu Buchstabe h

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

Die rechnerische Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors wird mit Satz 1 dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene übertragen. Dieses ist auch fachlich in der Lage, eine sachgerechte Beurteilung der Daten vorzunehmen und Plausibilitätsprüfungen anhand der Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes durchzuführen. Bei der Berechnung werden die einzelnen Landesbasisfallwerte jeweils mit der Summe der dazu gehörenden effektiven Bewertungsrelationen (Casemix) gewichtet, so dass Fallzahlen und Fallschwere länderbezogen berücksichtigt werden (Satz 2). Die für das jeweilige Land maßgeblichen Daten, die sich aus der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ergeben, sind nach Satz 3 bis zum 31. Oktober jeden Jahres von der Landeskrankenhausgesellschaft an das DRG-Institut zu melden. Liegen bis zu diesem Zeitpunkt keine Angaben vor, rechnet nach Satz 4 das DRG-Institut mit den vorliegenden Vorjahreswerten für dieses

Land. Das Rechenergebnis des Instituts ist nach Satz 5 Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die für das DRG-System zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene.

Zu den Buchstaben i und j

Es werden redaktionelle Folgeänderungen vorgenommen.

Zu Buchstabe k

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 (§ 4 Abs. 10-neu). Ab dem Jahr 2012 werden diese Mittel in das pauschalierte DRG-Vergütungssystem überführt. Mit dem Ziel, diese Finanzmittel im Rahmen des DRG-Systems zielgerichtet den Bereichen zuzuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, verpflichtet § 4 Abs. 10 Satz 13 die zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, ihr DRG-Institut mit der Entwicklung entsprechender Kriterien zu beauftragen.

Zu Nummer 10: (§ 11 KHEntgG)

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

Zu Nummer 11: (§ 12 KHEntgG)

Redaktionelle Anpassung nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems.

Zu Nummer 12: (§ 14 KHEntgG)

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

Zu Nummer 13: (§ 15 KHEntgG)

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

Zu Buchstabe a

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

Nach Beendigung der Konvergenzphase, d. h. der Angleichung der bisherigen Krankenhausbudgets und der bisherigen krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an den Landesbasisfallwert, gibt es ab dem Jahr 2009 keine krankenhausesindividuellen Basisfallwerte mehr (Ausnahme für das Jahr 2009 in § 4 Abs. 9-neu). Die Fallpauschalen sind deshalb bei allen Krankenhäusern im Land mit dem einheitlichen Landesbasisfallwert zu bewerten, soweit der Landesbasisfallwert für das jeweilige Kalenderjahr noch nicht vereinbart oder festgelegt ist, mit demjenigen des Vorjahres (Sätze 2 bis 4).

Satz 5 gibt eine Übergangsregelung vor für den Fall, dass für das e Jahr noch keine neuen Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkataloge vereinbart worden sind.

Zu Buchstabe b

In Folge der Einfügung des neuen Absatzes 1 werden die bisherigen Absätze 1 und 2 zu den Absätzen 2 und 3.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 14: (§ 17 KHEntgG)

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

Zu Nummer 15: (§ 21 KHEntgG)

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

Zu Nummer 16: (Anlage 1 KHEntgG)

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

Zu Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 295 Abs. 1 SGB V

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

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

Zu Artikel 4: Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Nummer 1: (§ 2 Abs. 1 BPfIV)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2: (§ 6 BPfIV)

Zu Buchstabe a

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

Doppelbuchstabe bb ändert Satz 4. Dreifachbuchstabe aaa fasst die Nummer 1 neu. Im Falle der Nichteinigung von Krankenhaus und Krankenkassen kann über zusätzliche Leistungen bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen künftig wieder die Schiedsstelle entscheiden. § 19 Abs. 3 wird entsprechend geändert (vgl. die Begründung zu Nummer 9).

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

Dreifachbuchstabe ccc nimmt eine redaktionelle Änderung vor. Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor, vgl. Buchstabe c.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 3: (§ 7 BPfIV)

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

Zu Nummer 4: (§ 8 BPfIV)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ermöglicht nunmehr die Berücksichtigung von Investitionskosten der Krankenhäuser, die der BPfIV unterliegen, auch im Hinblick auf die Kosten der Restfinanzierung durch den Krankenhausträger bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen. Auch insoweit können diese Investitionskosten allerdings gegenüber Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern nur bis zur Höhe der Pflegesätze vergleichbarer, nach dem KHG voll geförderter Krankenhäuser in Rechnung gestellt werden.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 5: (§ 10 Abs. 1 BPfIV)

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

Zu Nummer 6: (§ 12 Abs. 4 BPfIV)

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

Zu Nummer 7: (§ 13 Abs. 4 BPfIV)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 8: (§ 15 Abs. 1 BPfIV)

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

Buchstabe b bestimmt, dass - abweichend von der Grundregel - für das Jahr 2009 die Tarifierhöhungsraten für die DRG-Krankenhäuser zu übernehmen ist. Damit werden für das Jahr 2009 die Tarifierhöhungen für die Jahre 2008 und 2009 berücksichtigt.

Zu Nummer 9: (§ 17 Abs. 1 BPfIV)

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

Zu Nummer 10: (§ 19 Abs. 3 BPfIV)

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

Zu Nummer 11: (§ 21 Abs. 2 BPfIV)

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

Zu Nummer 12: (Anlage 1 BPfIV)

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

Nachdem die Verhandlungsunterlagen nicht mehr für die DRG-Krankenhäuser, sondern fast nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gelten, werden nicht mehr benötigte Inhalte in Anlage 1 und deren Anhang 2 gestrichen. Darüber hinaus werden Anpassungen an die derzeitige Rechtslage und redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Zu Nummer 13: (Anlage 2 BPfIV)

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

Zu Artikel 5: Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Am 1. Januar 2011 treten § 9a Abs. 3 und 4 KHG in Kraft, die im Hinblick auf die Umstellung der Investitionsförderung der Länder auf Investitionspauschalen zum 1. Januar 2012 die Be-

rechnung von Investitionsfallwerten durch die Länder sowie die Ermächtigung der Länder zur näheren Bestimmung des Abrechnungsverfahrens mit den Krankenhäusern regeln.

Zu Absatz 3

Die zum 1. Januar 2012 in Kraft tretenden Änderungen betreffen die Umstellung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung der Länder auf Investitionspauschalen.

Zu Absatz 4

Am 1. Januar 2014 tritt - zeitgleich mit der Umstellung der Investitionsförderung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf Investitionspauschalen - die Aufhebung des § 9 KHG in Kraft.