Referentenentwurf für ein

Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 - (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz - KHRG)

Vom 2008

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Nummer 1 werden nach dem Wort „Förderung“ die Wörter „nach Maßgabe dieses Gesetzes“ eingefügt.

2. In § 6 Abs. 1 werden die Wörter „und Investitionspläne" gestrichen.

3. Vor § 8 wird die Überschrift wie folgt gefasst:

   „**Zweiter Abschnitt**
   Investitionsfinanzierung“.

4. § 8 wird wie folgt gefasst:

   „§ 8
   Grundsätze der Investitionsfinanzierung

   (1) Die Krankenhäuser haben, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung von Investitionen insbesondere

   1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
   2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mindestens drei Jahren; Wiederbeschaffung ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,

3. für notwendige Um- und Erweiterungsbauten einschließlich kleiner baulicher Maßnahmen,
4. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
5. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
6. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
7. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren.

(2) Die Länder zahlen zur Finanzierung von Investitionskosten nach Absatz 1 Nummer 1 bis 7 an die Krankenhäuser

1. ab 1. Januar 2012 Investitionspauschalen nach § 9a Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 und
2. ab 1. Januar 2014 Investitionspauschalen nach § 9a Abs. 1 Satz 1 Nummer 2.

Die Krankenhäuser können die Investitionspauschalen für die Finanzierungstatbestände nach Absatz 1 einsetzen; die Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Die Krankenhäuser haben kalenderjährlich durch eine Bescheinigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen, dass die Mittel angespart oder zweckentsprechend verwendet worden sind. Soweit und solange für Investitionspauschalen nach Satz 1 keine Investitionsbewertungsrelationen nach § 9a Abs. 2 vorliegen, fördern die Länder die entsprechenden Investitionskosten nach Maßgabe des § 9 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung.

(3) Zusätzlich zu den Investitionspauschalen nach § 9a Absatz 1 Satz 1 können die Länder Krankenhäusern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionsmittel im Rahmen der Einzelförderung zur Verfügung stellen, wenn dies im Einzelfall

1. zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Krankenhausversorgung,
2. als Ausgleichsmaßnahme im Zusammenhang mit der Umstellung der Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen,
3. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder
4. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen

erforderlich ist.“

4a. In § 9 Abs. 1 werden nach dem Wort „Investitionskosten“ die Wörter „von Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1“ eingefügt.

4b. § 9 wird aufgehoben.

5. Nach § 9 wird folgender § 9a eingefügt:

„§ 9a

Investitionspauschalen

(1) Die Krankenhäuser erhalten

1. zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen nach § 17b sowie den fall- oder tagesbezogenen Entgelten nach § 6 des Krankenhausentgeltgesetzes und
2. ab dem 1. Januar 2014 zusätzlich zu den Pauschalen nach § 17d für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

leistungsbezogene Investitionspauschalen, soweit für diese Investitionsbewertungsrelationen nach Absatz 2 vorliegen,. Die Höhe der Investitionspauschalen wird ermittelt, indem die für den Behandlungsfall jeweils maßgebliche Investitionsbewertungsrelation nach Absatz 2 mit dem jeweils maßgeblichen Investitionsfallwert nach Absatz 3 multipliziert wird.

(2) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Oktober 2009 die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen ihr DRG-Institut, bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend.

(3) Das Land errechnet jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr jeweils einen Investitionsfallwert

1. für DRG-Krankenhäuser, erstmalig für das Jahr 2012, und
2. für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, erstmalig für das Jahr 2014.

Dabei ist der für Krankenhausinvestitionen nach diesem Gesetz veranschlagte Gesamtbetrag, mindestens jedoch der für das Jahr 2008 veranschlagte Gesamtbetrag, auf diese beiden Bereiche aufzuteilen. Der auf den einzelnen Bereich entfallende Betrag wird vermindert um die Beträge, die für den jeweiligen Bereich für die Förderung von Investitionskosten nach § 8 Abs. 2 Satz 4 oder für Maßnahmen der Einzelförderung nach § 8 Abs. 3 bereitgestellt werden. Der für einen Bereich verbleibende Betrag ist durch die Summe der Investitionsbewertungsrelationen der entsprechenden Krankenhäuser im Land zu dividieren. Fördermittel, die nach Satz 3 abgezogen wurden und innerhalb eines Zeitraums von drei Kalenderjahren nicht für den vorgegebenen Zweck benötigt wurden, erhöhen den Gesamtbetrag für die Investitionspauschalen im Folgejahr.

(4) Das Nähere über das Verfahren der Abrechnung der Investitionspauschalen mit den Krankenhäusern bestimmen die Länder.“

6. Nach § 9a wird folgender § 10 eingefügt:

„§ 10

Entwicklung einer Investitionsquotenfinanzierung

Mit dem Ziel, für die Investitionsförderung der Krankenhäuser durch Investitionspauschalen eine am durchschnittlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser orientierte Investitionsquote zu bestimmen, entwickelt eine Arbeitsgruppe der Länder unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2009 Maßstäbe und Kriterien für eine angemessene Investitionsquotenfinanzierung.“

7. § 17 wird wie folgt geändert:

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

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

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

8. § 17a wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

      „§ 17a

      Finanzierung von Ausbildungskosten“ .

   b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses in Folge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung in Folge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (Ausbildungskosten)“ eingefügt.

      bb) Folgender neuer Satz 2 wird eingefügt:

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

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

   d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

9. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 17b
Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser“ .

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

c) In Absatz 4 werden die Sätze 3 und 5 bis 9 gestrichen.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „Absätzen 1 und 3“ die Wörter „sowie § 9a Abs. 2 und § 17d“ eingefügt.

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

e) Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.

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

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

„§ 17d

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

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

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

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das DRG-Institut. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 sind entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische Fragen betroffen sind.

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

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

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

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,
3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 14 und 15 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

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

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

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

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

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

Artikel 2
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

1. § 1 wird wie folgt geändert:

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

   b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

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

      bb) Nummer 4 wird gestrichen.

2. § 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 3
Grundlagen

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

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

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 4
Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009“ .

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

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

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

c) Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

d) Die bisherigen Absätze 9 bis 11 werden die Absätze 3 bis 5.

e) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird aufgehoben.

cc) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe "Sätzen 2 und 4" durch die Angabe "Sätzen 3 und 4" ersetzt.

dd) Die bisherigen Sätze 6 bis 8 werden aufgehoben.

ee) Nach dem neuen Satz 7 werden folgende Sätze eingefügt:

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

f) Im neuen Absatz 5 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

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

g) Die Absätze 6 bis 10 werden wie folgt gefasst:

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

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

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

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

(10) Die bei der Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu .... vom Hundert [1] finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von .... vom Hundert des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von .... vom Hundert vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Bis zu fünf vom Hundert des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 1 bis 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zu-

[1] Zusätzliche GKV-Ausgaben je 10 %-Finanzierung = rd. 30 Mio. Euro jährlicher Zuwachs über 3 Jahre, d. h. je 10 % Finanzierung jährlich ab 2011 = rd. 90 Mio. Euro.

schlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich eingestellt wurden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

h) Die Absätze 12 bis 14 werden aufgehoben.

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 5
Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen" .

b) Folgende Absätze werden angefügt:

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

dem zu verrechnenden Betrag nach Satz 2 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie über die Gesamtsumme und den Zu- oder Abschlag für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden; dabei sind die Verrechnungen in die Grenze nach Satz 3 einzubeziehen.

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

5. § 6 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „oder Zusatzentgelte" die Wörter „außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3" eingefügt.

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

c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 4 wird gestrichen.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Werden krankenhausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Sie umfasst nicht die Entgelte nach Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern. Für die Vereinbarung der Entgelte und der Erlössumme sind Kalkulationsunterlagen nach Absatz 1 Satz 2 vorzulegen. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten darüber hinaus die Vorschriften zur Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend; die Unterlagen sind nur bezogen auf den Bereich der Einrichtung und nur insoweit vorzulegen, wie die anderen Vertragsparteien nach § 11

nicht darauf verzichten. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab, sind die Mehr- oder Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 zu ermitteln und auszugleichen.“

e) Absatz 4 wird aufgehoben.

6. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden Absatz 1.

b) Im neuen Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

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

bb) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

c) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.“

d) Nach dem neuen Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

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

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

4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4: Die Zu- und Abschläge werden krankenhausindividuell vereinbart.

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

7. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Nummer 3 wird gestrichen.

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

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

8. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

b) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 4," .

9. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 5 werden die Nummern 1 und 2 gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der erste Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:".

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

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

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

d) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort "überschreiten" ein Semikolon und folgende Wörter eingefügt:

"die Veränderungsrate wird nach Maßgabe des Absatzes 6 künftig durch einen Orientierungswert ersetzt" .

e) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze eingefügt:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Berücksichtigt werden ... vom Hundert [2] des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifrate, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 2 sind

[2] Bei einer anteiligen Finanzierung der Tariferhöhungen 2008 und 2009 im Jahr 2009 ergeben sich je 10 %-Finanzierung rd. 260 Mio. Euro zusätzliche GKV-Ausgaben. Diese Zahlen schließen die entsprechende Erhöhung 2009 für psychiatrische Krankenhäuser bereits ein (§ 6 Abs. 2 BPflV; siehe Artikel 4 Nr. 2 Buchstabe b).

für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisfallwert 2009 ist von den Vertragsparteien entsprechend zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrate neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich in Folge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

(6) Mit dem Ziel, die in Absatz 4 vorgegebene Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzulösen, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; der Wert soll jeweils zum 30. Juni eines Jahres für das Folgejahr ermittelt werden, erstmals zum 30. Juni 2010. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 wird in dem Jahr abgelöst, für das eine Investitionsquotenfinanzierung im Sinne des § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstmals bundeseinheitlich gesetzlich vorgegeben wird. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, welcher Anteil des Orientierungswertes zusätzlich finanziert wird und somit maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 4 Satz 1 ist.“

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7, die bisherigen Absätze 6 und 7 werden Absätze 10 und 11.

g) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von + 2,0 vom Hundert bis – 2,0 vom Hundert um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 5 verhandelte Basisfallwert

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

und von diesem Zwischenergebnis

a) 20 vom Hundert im Jahr 2010,

b) 25 vom Hundert im Jahr 2011,

c) 33 vom Hundert im Jahr 2012,

d) 50 vom Hundert im Jahr 2013,

e) 100 vom Hundert im Jahr 2014,

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

h) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

"(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurde, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankenhausgesellschaft bis zum 31. Oktober jeden Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das DRG-Institut. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das DRG-Institut den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf Bundesebene."

i) Im neuen Absatz 10 Satz 1 werden nach dem Wort „Vereinbarung" die Wörter „des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 6" eingefügt.

j) Der neue Absatz 11 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 4 Abs. 14" die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung" eingefügt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „ § 4 Abs. 13" durch die Angabe „§ 4 Abs. 8" ersetzt.

k) Folgender Absatz 12 wird angefügt:

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

10. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „das Erlösbudget nach § 4, die Summe der Bewertungsrelationen, die sonstigen Entgelte nach § 6, die Erlössumme nach § 6 Abs. 3, die Zu- und Abschläge“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Nummern 1 bis 3 durch die Wörter „die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird der zweite Halbsatz gestrichen.

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

12. § 14 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach der Angabe „§ 10" wird ein Komma eingefügt.

bb) Die Wörter „und der krankenhausindividuellen Basisfallwerte" werden durch die Wörter „des Erlösbudgets nach § 4" ersetzt.

cc) Das Wort „Zuschläge" wird durch die Wörter „Zu- und Abschläge" ersetzt.

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 1 wird eingefügt:

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

b) Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden Absätze 2 und 3.

c) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

d) Der neue Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

15. § 21 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems" die Wörter „nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 9a Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" ersetzt.

16. In Anlage 1 des Gesetzes wird der Abschnitt "B 2" wie folgt gefasst:

B2 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2009

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

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

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

Artikel 3
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 295 Abs. 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung der …….(BGBl. I S. ….), zuletzt geändert durch Artikel … des Gesetzes ….. (BGBl. I S. …..), wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach den Wörtern „abgeschlossen haben," die Wörter „psychiatrische Institutsambulanzen" eingefügt.

2. Folgender Satz wird angefügt:

   "Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; § 21 Abs. 4, Abs. 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes sind entsprechend anzuwenden."

Artikel 4
Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

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

2. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „Fallpauschalen, Sonderentgelten und" gestrichen sowie die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 24“ ersetzt.

      bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:

         aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

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

         bbb) In Nummer 4 werden das letzte Komma durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „soweit die Vorgaben bis zum 31. Dezember 2008 nicht vollständig umgesetzt wurden, soll ab dem 1. Januar 2009 für diese Stellen eine Umsetzung zu ..... [3] vom Hundert vereinbart werden," angefügt.

---

[3] Bei einer Neubesetzung von Stellen bis zur 90 %-igen Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) entstehen der GKV Mehrausgaben von rd. 60 Mio. Euro, bei 95 %-iger Umsetzung

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

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

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

"Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhung der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen (Tarifrate) die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird das Budget nach § 12 um ... vom Hundert [4] vom Hundert des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 1 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren nach § 15 Abs. 1 in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine entsprechende Berichtigungsrate."

c) Absatz 5 wird Absatz 3.

3. In § 7 Abs. 1 Satz 1 wird Nummer 2 aufgehoben.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

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

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

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

Mehrausgaben von rd. 110 Mio. Euro, bei 100 %-iger Umsetzung Mehrausgaben von rd. 180 Mio. Euro.

4 Anteilige Finanzierung von Tariflohnerhöhungen: In der Psychiatrie liegt der Personalanteil mit rd. 80 % höher als bei somatischen Krankenhäusern (rd. 67 %). Im Gegensatz zu der einmaligen Öffnung im Jahr 2009 bei somatischen Krankenhäusern (vgl. § 10 Abs. 5-neu KHEntgG) ist die hier vorgesehene Regelung als dauerhafte, in die Zukunft wirkende Öffnungsklausel angelegt. Zudem wird ein höherer Finanzierungsanteil als bei somatischen Krankenhäusern vorgeschlagen. Zielsetzung der Regelung ist eine qualitative Absicherung der psychiatrischen Versorgung durch eine an der Psych-PV orientierten Personalbesetzung und damit die Schaffung der Voraussetzungen für die Einführung des neuen Vergütungssystems in der stationären Psychiatrie (§ 17d KHG). Bei einer Tariferhöhung, die die Veränderungsrate nach § 71 SGB V um 1 % überschreitet, ergeben sich ab dem Jahr 2010 je 10 %-Finanzierung jährliche GKV-Mehrausgaben in Höhe von rd. 1,7 Mio. Euro.

Einmalig im Jahr 2009 würden je 10 % Mehrfinanzierung im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern GKV-Mehrausgaben in Höhe von rd. 9 Mio. Euro entstehen.

6. Dem § 12 wird folgender Absatz angefügt:

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

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

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

   a) Die Angabe "§ 6 Abs. 2 Satz 1" wird durch die Angabe "§ 6 Abs. 2 Satz 3" ersetzt.

   b) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

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

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

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

12. Anlage 1 der Verordnung „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ wird wie folgt geändert:

    a) In Abschnitt „V 4“ werden die laufenden Nummern 4 und 5 aufgehoben.

    b) In den Abschnitten "L 1" und "L 3" wird jeweils die Zeile "lfd. Nr. 19" aufgehoben.

    c) In Abschnitt „L 4“ Spalte 1 werden die Zeilen „operierte Patienten **), unter "gesamt" die Zeile "Operationen" und die Fußnote **) gestrichen.

d) In den Abschnitten „K 1“ bis „K 3“ wird in der Überschrift zur Spalte 5 jeweils die Angabe „und 3“ gestrichen.

e) In Abschnitt "K 4" wird die laufende Nummer 14 aufgehoben.

f) Abschnitt „K 5“ wird wie folgt geändert:

aa) In der laufenden Nummer 17 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Angabe „Abs. 3“ ersetzt.

bb) Die laufende Nummer 21 wird aufgehoben.

g) In Abschnitt „K 6“ wird die laufende Nummer 11 aufgehoben.

h) Der Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:

aa) In Fußnote 11a werden nach dem Wort „gezählt“ das Komma und die Wörter „z. B. Dialyse“ gestrichen.

bb) In Fußnote 15 werden die Sätze 2 bis 4 gestrichen.

cc) Die Fußnoten 17 und 42 aufgehoben.

dd) In Fußnote 18 werden die Abkürzung „OP“ und das nachfolgende Komma sowie die Wörter „und Intensivmedizin (soweit kein eigener Abteilungspflegesatz)“ gestrichen.

ee) In Fußnote 32 werden in Satz 1 nach dem Wort „Institutionen“ das Komma und die Wörter „im OP oder im Bereich der Intensivmedizin“ sowie Satz 2 gestrichen.

13. In Anlage 2 der Verordnung wird in Abschnitt „Z 5“ die laufende Nummer 10 gestrichen.

Artikel 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

(2) In Artikel 1 Nr. 5 tritt § 9a Abs. 3 und 4 am 1. Januar 2011 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 2 bis 4a und in Artikel 1 Nr. 5 § 9a Abs. 1 treten am 1. Januar 2012 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 4b tritt am 1. Januar 2014 in Kraft.