

23.01.09

G

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

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

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 196. Sitzung am 18. Dezember 2008 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 16/11429 – den von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)
– Drucksachen 16/10807, 16/10868 –**

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 13.02.09
Erster Durchgang: Drs. 696/08

Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

1. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Entwicklungsauftrag zur Reform der
Investitionsfinanzierung

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

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

ber 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend.“

2. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

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

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

3. § 17a wird wie folgt geändert

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 17a

Finanzierung von Ausbildungskosten“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

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

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

4. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 17b

Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für DRG-Krankenhäuser“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

d) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

e) Absatz 6 Satz 2 wird aufgehoben.

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

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

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

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

„§ 17d

Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder-

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

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

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

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

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

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

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

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;
3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

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

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

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

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

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

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

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

„§ 3 Grundlagen

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

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

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

2. § 1 wird wie folgt geändert:

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

- b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nummer 4 wird aufgehoben.

3. § 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 3

Grundlagen

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbartes Erlösbudget nach § 4,
2. eine von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbarte Erlössumme nach § 6 Abs. 3 für krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte,
3. Entgelte nach § 6 Abs. 2 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blu-

tern,

5. Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.“

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Vereinbarung eines Erlösbudgets
ab dem Jahr 2009“.

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

„(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 zu vereinbarendes 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 krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern, nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 und nicht die Vergütung nach § 140c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung.

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

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

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 sollen die Vertragsparteien für das Jahr 2009 für Mehrleistungen gegenüber den für das Vorjahr krankenhausesindividuell vereinbarten Leistungen eine niedrigere Vergütung vereinbaren, indem sie für diese Mehrleistungen einen Ab-

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

c) Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

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

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

(7) Werden von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems bisher ausgenommene besondere Einrichtungen nach § 6 Abs. 1 im Vereinbarungszeitraum in das Erlösbudget einbezogen, wird die Differenz zwischen dem Anteil dieser Leistungen an der zuletzt vereinbarten Erlössumme nach § 6 Abs. 3 und dem neuen im Rahmen des Erlösbudgets vereinbarten Vergütungsanteil in einem Zeitraum von drei Jahren schrittweise abgebaut. War der bisher nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Vergütungsanteil höher, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 im ersten Jahr um zwei Drittel und im zweiten Jahr um ein Drittel der für das jeweilige Jahr ermittelten Differenz erhöht; war der bisher vereinbarte Vergütungsanteil niedriger, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 entsprechend

vermindert. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unter- oder Überdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zu- oder Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unter- oder Überdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleich 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 Prozent über dem Erlösbudget nach Absatz 2 liegt, das Erlösbudget abweichend von Absatz 2 wie folgt ermittelt: Der veränderte Ausgangswert ist nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1, Abschnitt B2 lfd. Nr. 1 bis 15 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu berechnen; dabei ist Absatz 4 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzliche oder wegfallende Leistungen zu 100 Prozent zu berücksichtigen sind. Der veränderte Ausgangswert wird um 3 Prozent abgesenkt und in dieser Höhe als Erlösbudget vereinbart. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unterdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unterdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleich 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 oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum

vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

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

aa) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

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

bb) Der bisherige Satz 3 wird aufgehoben.

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

dd) Die bisherigen Sätze 6 bis 8 werden aufgehoben.

ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:

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

f) Der bisherige Absatz 10 wird Absatz 4.

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

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

h) Die Absätze 12 bis 14 werden aufgehoben.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 5

Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen“.

b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) Die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 sowie ein Unterschiedsbetrag nach § 4 Abs. 5 werden über einen gemeinsamen Zu- und Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a verrechnet und unter der Bezeichnung „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche“ gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zu- oder Abschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist; wird die Ver-

einbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren. Würden die voll- und teilstationären Entgelte durch einen Zuschlag nach Satz 1 insgesamt um mehr als 15 Prozent erhöht, sind übersteigende Beträge in nachfolgenden Vereinbarungszeiträumen mit Hilfe des Zu- oder Abschlags nach Satz 1 bis jeweils zu dieser Grenze zu verrechnen; für das Jahr 2009 gilt abweichend eine Grenze von 30 Prozent. In seltenen Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 einen höheren Zuschlag vereinbaren, wenn dies erforderlich ist, um eine ansonsten hierdurch entstehende wirtschaftliche Gefährdung des Krankenhauses abzuwenden. Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zu- oder Abschlagsbeträge von dem zu verrechnenden Betrag nach Satz 2 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie über die Gesamtsumme und den Zu- oder Abschlag für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden; dabei sind die Verrechnungen in die Grenze nach Satz 3 einzubeziehen.

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

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

zugleichen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Entgelte sollen möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets, nach § 4 vereinbart werden.“

c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

e) Absatz 4 wird aufgehoben.

7. § 7 wird wie folgt geändert:

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

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

ddd) Nummer 8 wird aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

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

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;

2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;

3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6; die Entgelte sind in der nach § 6 krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;

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

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

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

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

b) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Rechnungen des Krankenhauses für selbstzahlende Patientinnen oder selbstzahlen-

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

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

- a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „zu Verlegungsfällen und“ sowie nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „(effektive Bewertungsrelationen)“ eingefügt.
- b) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

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

10. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

- aaa) Die Angabe „Sätzen 2 bis 4“ wird durch die Angabe „Sätzen 3 bis 5“ ersetzt.
- bbb) Die Nummern 1 und 2 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

„Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:“.

aal) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

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

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 jeweils tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrate zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart oder festgesetzt, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrate neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich infolge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

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

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 10 und in Satz 1 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 6“ eingefügt.

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

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

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

i) Der bisherige Absatz 8 wird durch folgende Absätze 8 und 9 ersetzt:

„(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,25 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche

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

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

und von diesem Zwischenergebnis

a) 20 Prozent im Jahr 2010,

b) 25 Prozent im Jahr 2011,

c) 33 Prozent im Jahr 2012,

d) 50 Prozent im Jahr 2013,

e) 100 Prozent im Jahr 2014

errechnet werden. Für die Jahre 2010 und 2012 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 11 Satz 2 oder des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Abweichend von Satz 3 wird in Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert liegt, der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent des Basisfallwerts, der für das laufende Kalenderjahr gilt, begrenzt und der Angleichungszeitraum verlängert, bis der obere Grenzwert erreicht ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen ist, zu vereinbaren. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen. Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.

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

bis zum 30. September jeden Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

j) Folgender Absatz 12 wird angefügt:

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

k) Folgender Absatz 13 wird angefügt:

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

11. § 11 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2 wird der zweite Halbsatz ge-

strichen.

12. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „des Gesamtbetrags, des Erlösbudgets, des krankenhausindividuellen Basisfallwerts“ durch die Wörter „des Erlösbudgets“ ersetzt.
13. In § 14 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 10“ ein Komma eingefügt, die Wörter „und der krankenhausindividuellen Basisfallwerte“ werden durch die Wörter „des Erlösbudgets nach § 4“ und das Wort „Zuschläge“ wird durch die Wörter „Zu- und Abschläge“ ersetzt.
14. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) Vor Absatz 1 wird folgender Absatz 1 eingefügt:

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

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

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die für das Kalenderjahr krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte werden vom Beginn des neuen Verein-

barungszeitraums an erhoben.“

- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu 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.“

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

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

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

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

„(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen. Krankenhäuser nach Satz 1 erster Halbsatz, für die die Bundespflegegesetzverordnung gilt, rech-

nen für von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelte Belegpatientinnen und -patienten tagessgleiche Pflegesätze ab, die auch die Vergütung des Belegarztes umfassen.“

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

16. § 21 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

„g) Art aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte,

h) Höhe aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

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

17. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Das Formblatt B2 wird wie folgt gefasst:

”

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B2 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2009

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

1) Summe der effektiven Bewertungsrelationen für alle im Kalenderjahr entlassenen Fälle, einschließlich der Überleger 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

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

1. § 37b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

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

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

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

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

3. § 43b wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39 Abs. 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch das Krankenhaus nicht, hat dieses im Auftrag der Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 3 beliebig. Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Krankenhaus je durchgeführtem Verfahren nach Satz 3 eine angemessene Kostenpauschale. Die dem Krankenhaus für Vollstreckungsverfahren und Klagen von Versicherten gegen den Verwaltungsakt entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. Das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung nach den Sätzen 6 und 7 vereinbaren der Spitzenverband Bund und die Deutsche Krankenhausge-

sellschaft. Soweit Vollstreckungsmaßnahmen zum Einzug von Zuzahlungen erfolglos bleiben, findet keine Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse statt.“

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

„(1a) Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. § 295 Abs. 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach Satz 1 geregelt. Soweit für das Jahr 2009 für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2009 sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2009 und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. Bei Krankenhäusern nach § 4 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes ist das Erlösbudget in der Höhe zu vermindern, in der nach der bereits durchgeführten Angleichung an den Landesbasisfallwert noch Erlösanteile für diese ambulanten Leistungen enthalten sind. Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das Jahr 2009 vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.“

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

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

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

„§ 122

Behandlung in Praxiskliniken

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

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

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

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

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

7a. § 137 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern

„fasst für zugelassene Krankenhäuser“ die Wörter „grundsätzlich einheitlich für alle Patienten“ eingefügt.

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

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

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

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

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

- b) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

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

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

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 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „Absatz 4 ist zusätzlich anzuwenden,“ angefügt.

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

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

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

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

c) Absatz 5 wird Absatz 3.

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Soweit die Vorgaben der Psychiatrie-

Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen bei einem Krankenhaus bis zum 31. Dezember 2008 nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden, sollen nach Aufforderung einer Vertragspartei die zu diesem Stichtag fehlenden Personalstellen nach Maßgabe der folgenden Sätze verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden:

1. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 unterhalb von 90 Prozent ist ab dem 1. Januar 2009 eine Umsetzung zu 90 Prozent zu vereinbaren; darüber hinaus kann auch eine Vereinbarung nach Nummer 2 geschlossen werden.

2. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 zwischen 90 und 100 Prozent ist bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs nach der Psychiatrie-Personalverordnung eine höhere Personalbesetzung zu vereinbaren; § 3 Abs. 4 der Psychiatrie-Personalverordnung bleibt unberührt.

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

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

4. § 8 wird wie folgt geändert:

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

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

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

6. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Kann der Ausgleichsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 wegen der Schließung des Krankenhauses durch einen Zu- oder Abschlag nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und

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

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

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

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

b) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

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

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

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

12. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

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

b) In den Abschnitten L 1 und L 3 wird jeweils die laufende Nummer 19 aufgehoben.

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

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

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

f) Abschnitt K 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) Die laufende Nummer 21 wird aufgehoben.

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

h) Der Anhang 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Die Fußnote 17 wird aufgehoben.

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

ee) Die Fußnote 32 wird wie folgt geändert:

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

bbb) Satz 2 wird aufgehoben.

ff) Die Fußnote 42 wird aufgehoben.

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

Artikel 4a

Änderung der Abgrenzungsverordnung

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

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

2. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

Artikel 4b

Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung

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

1. § 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden nach den Wörtern „Vertrag nach § 111 des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung“ eingefügt.

b) In Nummer 12 zweiter Halbsatz werden nach den Wörtern „Personen in Ausbildung“ die Wörter „mit oder ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei dem Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ und nach den Wörtern „nach Geschlecht“ die Wörter „und Beschäftigungsverhältnis“ eingefügt.

c) In Nummer 13 wird das Wort „hauptamtliches“ gestrichen und das Komma am Ende der Nummer durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:

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

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

„4. Institutionskennzeichen des Krankenhauses.“

Artikel 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

(2) Artikel 2 Nr. 8 Buchstabe b und Artikel 3 Nr. 4 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.