

Vorblatt
zum Referentenentwurf für ein
Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften
zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
und zur Änderung anderer Vorschriften
(2. Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG)

A. Problem und Ziel

Bei der Entwicklung eines diagnose-orientierten DRG-Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups) wurden mit dem Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2004 wichtige Schritte hin zu einer Anpassung an deutsche Versorgungsverhältnisse erreicht. Dennoch ist die sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistungen durch das auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungen kalkulierte deutsche DRG-Fallpauschalensystem in einigen Teilbereichen noch verbesserungsbedürftig (z. B. Intensivmedizin, Langliegervergütung, Vergütung von Medikamenten im Bereich der Onkologie). Insbesondere deshalb werden die Rahmenbedingungen für die ab dem Jahr 2005 schrittweise erfolgende Heranführung der Krankenhausbudgets an die landesweiten Fallpreise (so genannte Konvergenzphase) modifiziert. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen verändert sowie weitere Detailänderungen bei einzelnen gesetzlichen Regelungen vorgenommen. Ziel des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes ist die sachgerechte Weiterentwicklung der bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung im Sinne des lernenden Systems.

B. Lösung

Mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz werden insbesondere die Phase der Budgetangleichungen (Konvergenzphase) verlängert, die Angleichungsquoten in beiden ersten Jahren abgesenkt, eine Ausgleichsregelung für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts ermöglicht und Maßnahmen zur Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für das DRG-Fallpauschalensystem ergriffen. Darüber hinaus wird eine wettbewerbsneutrale Finanzierung der Ausbildungsstätten und -vergütungen sichergestellt.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen mit dem Gesetzesentwurf keine zusätzlichen Ausgaben, da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden. Die neu eingeführten pauschalierten Aufwandsentschädigungen, die vom DRG-Institut aus dem DRG-Systemzuschlag an kalkulierende Krankenhäuser zu zahlen sind, führen zwar zu einer zusätzlichen, aus Beitragsgeldern zu deckenden Belastung in Höhe von rd. 7 Mio. Euro. In begrenztem Umfang entstehen auch nicht genau quantifizierbare Mehrausgaben durch die Öffnungsklausel nach § 4 Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach statt der pauschalen Finanzierungsquoten für zusätzliche, sachkos-

tenintensive Leistungen auch höhere kostenorientierte Ertragsanteile verhandelt werden können. Diese Mehrausgaben werden jedoch aufgefangen, indem - entsprechend der Verlängerung der Konvergenzphase - auch die Vergütung zusätzlicher Leistungen zum vollen DRG-Katalogpreis um ein Jahr verschoben wird. Hierdurch entstehen im Jahr 2007 geringere Ausgaben in einer geschätzten Größenordnung von 150 Mio. Euro. Da in der Konvergenzphase die für Krankenhausbehandlungen insgesamt aufgewendeten Finanzmittel ausgabenneutral zwischen den Krankenhäusern umverteilt werden, führt auch die Streckung der DRG-Einführung nicht zu Mehrausgaben. Insgesamt sind die vorgesehenen Maßnahmen somit als kostenneutral einzuschätzen.

E. Sonstige Kosten

Da die Grundsatzentscheidungen bereits mit dem Fallpauschalengesetz getroffen wurden und die mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen insgesamt kostenneutral sind, entstehen für die Unternehmen keine zusätzlichen Kosten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind deshalb ebenfalls nicht zu erwarten.

F. Gesetzesfolgenabschätzung

Mit der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wird das Ziel einer leistungsorientierten pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen verfolgt. Dies gilt auch gleichstellungspolitisch, da der Fallpauschalen-Katalog geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnostik und Therapie Rechnung trägt. Insbesondere werden auch signifikant unterschiedliche Kostensituationen bei der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Durch die Streckung der Konvergenzphase und die Absenkung der Budgetanpassungsquoten in den Anfangsjahren der DRG-Einführung wird möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt, die infolge einer noch nicht ausreichenden Abbildungsqualität des DRG-Fallpauschalensystems in Teilbereichen entstehen könnten.

Referentenentwurf
für ein
Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften
zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
und zur Änderung anderer Vorschriften
(2. Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG)

Vom 2004

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 38 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), wird wie folgt geändert:

1. § 17 Abs. 2a wird aufgehoben.
2. § 17a wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absätze 1 bis 8 werden wie folgt gefasst:

„(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften pflegesatzfähig, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind; der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil der Ausbildungskosten ist in Abzug zu bringen. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; ab dem 1. Januar 2005 gilt das Verhältnis von 9,5 zu 1. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.

(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 ermitteln jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und vereinbaren entsprechende Richtwerte; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden.

(3) Bei ausbildenden Krankenhäusern vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) ein krankenhausesindividuelles Ausbildungsbudget, mit dem die Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen finanziert werden; § 11 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Das Budget soll die Kosten der Ausbildungsstätten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung decken. Die für den Vereinbarungszeitraum zu erwartenden Kostenentwicklungen einschließlich der zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze sind zu berücksichtigen. Ab dem Jahr 2006 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die landesweit geltenden Richtwerte zu berücksichtigen. Mittelfristig ist eine Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte anzustreben. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und mittelfristig zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen. Dabei darf die Ausbildung in der Region nicht gefährdet werden. Soweit eine Ausbildungsstätte in der Region erforderlich ist, zum Beispiel weil die Entfernungen und Fahrzeiten zu anderen Ausbildungsstätten nicht zumutbar sind, können auch langfristig höhere Finanzierungsbeträge gezahlt werden; zur Prüfung der Voraussetzungen sind die Vorgaben zum Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden. Weicht am Ende des Vereinbarungszeitraums die Summe der Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds nach Absatz 5 Satz 5 und den verbleibenden Abweichungen nach Absatz 6 Satz 5 oder die Summe der Zuschläge nach Absatz 8 Satz 2 von dem vereinbarten Ausbildungsbudget ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen.

(4) Das Ausbildungsbudget für das Jahr 2005 wird bei ausbildenden Krankenhäusern auf der Grundlage der Kosten der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen für das Jahr 2004 ermittelt. Zusätzlich werden die für das Jahr 2005 zu erwartenden Veränderungen, insbesondere bei Zahl und Art der Ausbildungsplätze und Ausbildungsverträge sowie Kostenentwicklungen, berücksichtigt. Die bisher im Krankenhausbudget enthaltenen Ausbildungskosten werden zum 1. Januar 2005 aus dem Krankenhausbudget ausgegliedert (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe g des Krankenhausentgeltgesetzes); dabei ist die Höhe der Kosten nach Satz 1 für das Jahr 2004 zu Grunde zu legen.

(5) Mit dem Ziel, eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden Krankenhäusern zu vermeiden, vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene

1. einen Ausgleichsfonds in Höhe der von den Krankenhäusern im Land angemeldeten Beträge (Sätze 3 und 4),
2. die Höhe eines Ausbildungszuschlags je voll- und teilstationärem Fall, mit dem der Ausgleichsfonds finanziert wird,
3. die erforderlichen Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung zu stellenden Zuschlägen, insbesondere Vorgaben zur Verzinsung ausstehender Zahlungen der Krankenhäuser mit einem Zinssatz von acht Vomhundert über dem Basiszins der Europäischen Zentralbank.

Der Ausgleichsfonds wird von der Landeskrankenhausgesellschaft errichtet und verwaltet; sie hat über die Verwendung der Mittel Rechenschaft zu legen. Zur Ermittlung der Höhe des Ausgleichsfonds melden die ausbildenden Krankenhäuser die jeweils nach Absatz 3 oder 4 für das Vorjahr vereinbarte Höhe des Ausbildungsbudgets; im Falle einer für den Vereinbarungszeitraum absehbaren wesentlichen Veränderung der Zahl der Ausbildungsplätze oder der Zahl der Auszubildenden kann ein entsprechend abweichender Betrag gemeldet werden. Soweit Meldungen von Krankenhäusern fehlen, sind entsprechende Beträge zu schätzen. Die Landeskrankenhausgesellschaft zahlt aus dem Ausgleichsfonds den nach Satz 3 gemeldeten oder nach Satz 4 geschätzten Betrag in monatlichen Raten jeweils an das ausbildende Krankenhaus.

(6) Der Ausbildungszuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 wird von allen nicht ausbildenden Krankenhäusern den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt. Bei ausbildenden Krankenhäusern wird der in Rechnung zu stellende Zuschlag verändert, soweit der an den Ausgleichsfonds gemeldete und von diesem gezahlte Betrag von der Höhe des nach Absatz 3 oder 4 vereinbarten Ausbildungsbudgets abweicht. Die sich aus dieser Abweichung ergebende Veränderung des Ausbildungszuschlags und damit die entsprechende Höhe des krankenhausesindividuellen, in Rechnung zu stellenden Ausbildungszuschlags wird von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Alle Krankenhäuser haben die von ihnen in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge in der nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 festgelegten Höhe an den Ausgleichsfonds abzuführen; sie haben dabei die Verfahrensregelungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 einzuhalten. Eine Erlösabweichung zwischen dem in Rechnung gestellten krankenhausesindividuellen Zuschlag nach Satz 3 und dem abzuführenden Zuschlag, verbleibt dem ausbildenden Krankenhaus.

(7) Das Ausbildungsbudget ist zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden. Der Krankenhausträger hat für die Budgetverhandlungen nach Absatz 3 eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung für das abgelaufene Jahr über die Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung gestellten Zuschlägen, über Erlösabweichungen zum vereinbarten Ausbildungsbudget und über die zweckgebundene Verwendung der Mittel vorzulegen.

(8) Kommt eine Vereinbarung nach den Absätzen 3 und 4 oder eine Vereinbarung nach Absatz 5 zur Höhe des Ausgleichsfonds, den Ausbildungszuschlägen und den Verfahrensregelungen nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1. Kommt die Bildung eines Ausgleichsfonds auf Landesebene nicht zustande, werden die Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 oder 4 durch einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall finanziert, der den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt wird. Um Wettbewerbsverzerrungen infolge dieser Ausbildungszuschläge zu vermeiden, werden für diesen Fall die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen Ausgleich zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern sowie Vorgaben zur Abrechnung der entsprechenden Zuschläge vorzugeben.“

b) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Vereinbarung getroffen, ist bei ausbildenden Krankenhäusern der Zuschlag nach Absatz 6 Satz 3 entsprechend zu erhöhen.“

c) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 10.

3. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“ werden durch die Wörter „die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

bb) Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte können nach Regionen differenziert festgelegt werden.“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die Kalkulationen sind auf der Grundlage von Kostenerhebungen in einer Auswahl von Krankenhäusern durchzuführen; Repräsentativität ist anzustreben.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Abschläge“ ein Komma und die Wörter „von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme an der Kalkulation sollen einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden.“

cc) Im bisherigen Satz 2 (neuer Satz 3) wird die Angabe „Absatz 2 Satz 5“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.

d) In Absatz 6 Satz 4 wird die Angabe „2005, 2006 und 2007“ durch die Angabe „2005 bis 2008“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 207 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 4 Nr. 1“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2007“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2005, 2006 und 2007“ durch die Angabe „der Jahre 2005 bis 2008“ ersetzt.

- c) In Absatz 2 zweiter Halbsatz Nr. 1 wird Buchstabe g wie folgt gefasst:

„die Ausgliederung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“.

- d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5 Satz 2“ durch die Angabe „Absatz 6 Satz 2“ ersetzt.

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2007 ist das Erlösbudget des Vorjahres; die Vorgaben des Satzes 1 sind entsprechend anzuwenden.“

- e) Folgender neuer Absatz 4 wird eingefügt:

„(4) Der Ausgangswert nach Absatz 2 oder 3 wird verändert, indem für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum nach § 11 Abs. 2) folgende Tatbestände berücksichtigt werden:

1. Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte,
2. eine für die in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Länder tarifvertraglich vereinbarte Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestellten-tarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe.

Zusätzliche oder wegfallende Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 werden mit folgendem Anteil der Entgelthöhe, die sich bei Anwendung des landesweiten Basisfallwerts ergibt, berücksichtigt:

1. 33 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 50 vom Hundert im Jahr 2006 und
3. 75 vom Hundert im Jahr 2007.

Zur Vereinfachung der Verhandlungen sollen die Vertragsparteien die Vorgaben des Satzes 2 bei Fallpauschalen pauschaliert auf die Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen anwenden. Soweit im Einzelfall, zum Beispiel bei Transplantationen, oder bei der Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit die für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten mit diesen Vomhundertsät-

zen nicht gedeckt werden können, vereinbaren die Vertragsparteien abweichend von den Sätzen 2 und 3 eine Berücksichtigung in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten; soweit größere organisatorische Einheiten geschlossen werden und Leistungen nicht mehr erbracht werden, ist der Ausgangswert in Höhe der entfallenden Kosten zu verringern.“

f) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5; in Satz 1 wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2007“ ersetzt.

g) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für die Jahre 2005 bis 2007 wird ermittelt, indem jeweils der veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 von dem Zielwert nach Absatz 5 abgezogen und von diesem Zwischenergebnis

1. 15 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 30 vom Hundert im Jahr 2006 und
3. 50 vom Hundert im Jahr 2007

errechnet werden. Zur Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2007 werden der für das jeweilige Jahr maßgebliche veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 und der für das gleiche Jahr ermittelte Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert.“

h) In Absatz 7 Satz 1 wird der Satzteil vor der Angabe „Absatz 6 Satz 2“ wie folgt gefasst:

„Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 bis 2007 geltenden krankenhausesindividuellen Basisfallwerte ist das jeweilige Erlösbudget nach“.

i) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5 Satz 2 oder“ gestrichen.

bb) In Satz 6 Nr. 1 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.

j) In Absatz 12 Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ und die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

k) In Absatz 14 Satz 1 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2007“ ersetzt.

3. In § 5 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Si-

cherung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorliegen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.“

4. In § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2007“ ersetzt.
5. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Fallpauschale“ die Wörter „oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer“ eingefügt.
 - b) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Ausbildungsvergütungen“ die Angabe „(§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)“ eingefügt.
6. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Zu- und Abschläge nach § 5, ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14 und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“.
7. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Sie können vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.“
 - b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„In den ab dem 1. Januar 2010 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeiträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 13 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“
 - c) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Vereinbarung oder Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwerts bedarf nicht der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde. Eine Klage gegen die Vereinbarung oder Festsetzung ist ausgeschlossen.“
8. § 11 Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

9. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe f werden nach dem Wort "sowie" die Wörter "Datum und Art der durchgeführten" eingefügt.
- b) In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2007" ersetzt.

10. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt E3.1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Überschrift zu Spalte 6 wird wie folgt gefasst:

„vereinbarte Bewertungsrelation“.

bb) Die Überschrift zu Spalte 7 wird wie folgt gefasst:

„Summe der Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Sp. 5 x 6)“.

cc) Die Überschrift zu Spalte 20 wird wie folgt gefasst:

„Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Sp. 7 - (Sp. 11 + 15) + Sp. 19)“.

b) Abschnitt B2 wird wie folgt gefasst:

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

**B2 Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHentgG
für die Kalenderjahre 2005 bis 2007**

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
	Ermittlung des Ausgangswerts (Abs. 2 oder 3):			
1	Erlösbudget für das laufende Jahr			
2	./. Kosten für Zuschlags-Tatbestände (Nr. 1a)			
3	+/- Veränderung durch Entgelte nach § 6 (Nrn. 1b und 3)			
4	./. entfallende Beträge nach § 18b KHG (Nr. 1c)			
5	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1d)			
6	./. Modelle, ab 2007 ggf. Integrationsverträge (Nr. 1e)			
7	./. Ausgliederung ausländischer Patienten (Nr. 1f)			
8	./. Ausgliederung der Ausbildung (Nr. 1g; nur 2005)			
9	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2; nur 2005)			
10	= Ausgangswert des Vorjahres			
11	+/- voraussichtl. Leistungsveränderungen (Abs.4 Satz 1 bis 4)			
12	+ BAT-Ost-West-Angleichung (Abs. 4 Satz 1 Nr. 2)			
13	= veränderter Ausgangswert nach Absatz 4			

14	DRG-Erlösvolumen nach Absatz 5 Satz 1			
15	./. Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (Abs. 5 Satz 2)			
16	= Zielwert: DRG-Erlösvolumen (Abs. 5)			

	Ermittlung des Angleichungsbetrags:			
17	Zielwert aus lfd. Nr. 16			
18	./. veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 13			
19	= Zwischenergebnis			
20 % von lfd. Nr. 19 (Abs. 6 Satz 1)			
21	= Angleichungsbetrag (Abs. 6 Satz 1)			

	Ermittlung des Erlösbudgets:			
22	veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 13			
23	+/- Angleichungsbetrag aus lfd. Nr. 21			
24	= Erlösbudget (Abs. 6 Satz 2)			

	Ermittlung des Basisfallwerts (Abs. 7):			
25	Erlösbudget aus lfd. Nr. 24			
26	./. Erlöse aus Zusatzentgelten			
27	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
28	+/- neue Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre *)			
29	= Verändertes Erlösbudget (Abs. 7 Satz 1)**)			
30	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Anlage E)			
31	= krankenhausindividueller Basisfallwert			
32	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen			

*) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.

**) Erlösbudget einschließlich der Erlöse bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und der Abschläge bei Verlegungen.

Artikel 3 **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 226 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Abs. 1 Nr. 2 wird die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 17a Abs. 6“ ersetzt.

2. § 26 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Budget nach § 12 für das Jahr 2005 wird um die Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen in Höhe des Betrags nach § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vermindert.“

 - b) Absatz 2 wird aufgehoben.

Artikel 4 **Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung**

Die Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch die erste Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13. August 2001 (BGBl. I S. 2135), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Einrichtungen der Intensivmedizin und der Geriatrie sowie organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Transplantationspatientinnen und -patienten oder zur neonatologischen Intensivbehandlung, gegliedert nach Art und Anzahl der Betten, nach Berechnungs- und Belegungstagen sowie der Zahl der behandelten Fälle,“.

 - bb) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. Zahl der Plätze für teilstationäre Behandlung während des Tages und der Nacht, gegliedert nach Fachabteilungen, Einrichtungen der Geriatrie und organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-

Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Transplantationspatientinnen und -patienten, Dialysepatientinnen und -patienten oder zur neonatologischen Intensivbehandlung,“.

cc) In Nummer 15 werden die Wörter „besonderen Einrichtungen nach § 13 Abs. 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt durch die Wörter „organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Transplantationspatientinnen und -patienten, Dialysepatientinnen und -patienten oder der neonatologischen Intensivbehandlung“.

dd) In Nummer 17 werden die Wörter „nach der Bundespflegesatzverordnung“ und das nachfolgende Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „nach der Bundespflegesatzverordnung“ gestrichen.

2. In § 4 Nr. 3 wird das Wort „Telekommunikationsnummer“ durch das Wort „Telekommunikationsanschlusnummer“ ersetzt.

Artikel 5 **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3054), wird wie folgt geändert:

1. In § 39 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere auf Grund ihrer Komplexität oder bestehender Risiken in einem Krankenhaus erbracht werden muss, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzeptes in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten sowie für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt.“

2. § 134 wird aufgehoben.

3. Nach § 134 wird folgender § 134a eingefügt:

„§ 134a **Versorgung mit Hebammenhilfe**

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene, erstmalig bis zum 30. November 2006 mit Wir-

kung ab dem 1. Januar 2007, mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger, die abrechnungsfähigen Leistungen, insbesondere die Bildung von Leistungskomplexen und Fallpauschalen, sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 haben Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger, wenn sie

1. einem Berufsverband nach Absatz 1 Satz 1 angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass von ihm nach Absatz 1 abgeschlossene Verträge Rechtswirkung für die dem Berufsverband angehörenden Hebammen und Entbindungspfleger haben, oder
2. einem nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag beitreten.

Das Nähere über Form und Verfahren des Beitritts nach Satz 1 Nr. 2 regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf

- a) der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist oder
- b) einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit

zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Im Falle des Satzes 1 Buchstabe b gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Hebammen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 5 und 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 und 10 entsprechend.“

4. § 301a wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1. Die Wörter „der nach § 134 Abs. 1 erlassenen Rechtsverordnung“ werden durch die Wörter „den Verträgen nach § 134 Abs. 1“ ersetzt.
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„§ 302 Abs. 2 Satz 1 bis 3 und Absatz 3 gelten entsprechend.“

Artikel 6
Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 3 beruhenden Teile der Bundespflegesatzverordnung und die auf Artikel 4 beruhenden Teile der Krankenhausstatistik-Verordnung können auf Grund der einschlägigen Ermächtigungen durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 7
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 5 Nr. 3 treten in § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Absatz 1, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 am 1. Januar 2006, Absatz 3 am 1. Dezember 2006 und Absatz 2 Satz 1 am 1. Januar 2007 in Kraft.

(3) Artikel 5 Nr. 2 tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

(4) Artikel 5 Nr. 4 tritt am 1. Januar 2007 in Kraft, für den Fall des erstmaligen Zustandekommens der Verträge nach § 134a nach dem 1. Januar 2007 jedoch erst zeitgleich mit dem Zustandekommen der Verträge. Zeitgleich mit dem Inkrafttreten von Artikel 5 Nr. 4 tritt die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662) in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung außer Kraft. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gibt den Tag des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 4 sowie des Außerkrafttretens der in Satz 2 genannten Verordnung im Bundesgesetzblatt bekannt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt des Gesetzes

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

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben, insbesondere zur budgetneutralen Einführung in den Jahren 2003 und 2004, zur stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau vom 1.1.2005 bis zum 1.1.2007, zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene.

Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, also die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie entschieden sich am 27. Juni 2000 für die australische DRG-Klassifikation als Ausgangsbasis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Fallpauschalen-Katalogs.

Nachdem sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf Abrechnungsregeln für das neue Vergütungssystem einigen konnten und eine fristgerechte Einführung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2003 durch die Selbstverwaltungspartner keine Aussicht auf Erfolg hatte, erklärte die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 24. Juni 2002 das Scheitern der Verhandlungen. Wie gesetzlich vorgesehen, gab das Bundesministerium für Gesundheit kurzfristig mit der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002 (BGBl. I S. 3674) an Stelle der Selbstverwaltungspartner die Abrechnungsregeln und den DRG-Fallpauschalen-Katalog 2003 vor. Nachdem sich die Selbstverwaltungspartner auch für das Jahr 2004 nicht einigen konnten, gab das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit der Fallpauschalenverordnung 2004 vom 10. Oktober 2003 (BGBl. I S. 1995) die Abrechnungsregeln und den DRG-Fallpauschalen-Katalog 2004 (KFPV 2004) sowie mit der Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004 (FPVBE 2004) vom 19. Dezember 2003 Ausnahmemöglichkeiten für besondere Einrichtungen vor.

Auf dieser Grundlage führten über 1000 Krankenhäuser das neue DRG-Vergütungssystem im Jahr 2003 freiwillig ein (Optionsmodell 2003). Im Jahr 2004 haben auch die restlichen rd. 850 Akutkrankenhäuser das DRG-System verbindlich einzuführen (Ausnahme: Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin).

Das neue Vergütungssystem wird unter schützenden Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser als lernendes System eingeführt. Es wird auf Grund der ständig wachsenden Erfahrungen aller Beteiligten jährlich weiter entwickelt und an die Besonderheiten der Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland angepasst. Auf Grund erster Erfahrungen wurden bereits mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) einige Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgenommen. Mit diesem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz wird der bisherige gesetzliche Rahmen wie folgt weiterentwickelt:

- Grundsätzliche Beibehaltung krankenhausesindividueller Verhandlungen über die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen. Die Verhandlungen sollen sich künftig an landesdurchschnittlichen Finanzierungsbeträgen (Richtwerte) orientieren und mittelfristig zu einer einheitlicheren Höhe der Finanzierungsbeträge führen. Damit soll die Entwicklung wirtschaftlicher Ausbildungsstrukturen gefördert werden. Soweit erforderlich können Ausbau, Schließung oder Zusammenlegung von Ausbildungsstätten durch Strukturverträge finanziell unterstützt werden. Ausbildungsstätten in bevölkerungsschwachen Regionen können unter bestimmten Voraussetzungen durch einen Sicherstellungszuschlag finanziell abgesichert werden. Die bisher im Gesetz vorgesehenen, verbindlichen landeseinheitlichen Pauschalbeträge je Ausbildungsplatz und Beruf werden durch die Richtwerte ersetzt. Ab dem 1. Januar 2005 werden die Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen aus dem Krankenhausbudget herausgelöst und eigenständig in einem Ausbildungsbudget verhandelt.
- Absicherung der Ausbildungsfinanzierung: Schon das bisherige Gesetz sieht eine wettbewerbsneutrale Finanzierung der Ausbildung vor, bei der sowohl ausbildende als auch nicht ausbildende Krankenhäuser einen Ausbildungszuschlag je Krankenhausfall in Rechnung stellen. Die so von den Patienten und Patientinnen oder ihren Krankenversicherungen gezahlten Beträge sind an einen bei der Landeskrankengesellschaft zu errichtenden Ausbildungsfonds abzuführen, aus dem die Ausbildung finanziert wird. Da die Errichtung der Ausbildungsfonds gesetzlich bereits um ein Jahr verschoben werden musste und Probleme auf der Landesebene der Selbstverwaltung immer noch nicht ausgeräumt sind, gibt dieses Gesetz folgende Ersatzlösung vor: Ist in einem Land ein Ausbildungsfonds noch nicht errichtet, so sollen die Ausbildungskosten krankenhausesindividuell nur von den ausbildenden Krankenhäusern in Rechnung gestellt werden. Ergeben sich hieraus Wettbewerbsverzerrungen zwischen ausbildenden Krankenhäusern und nicht ausbildenden Krankenhäusern, sind die einzelnen Bundesländer ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen Ausgleich (Umlageverfahren) zu schaffen. Von einer solchen Ermächtigung machen seit Jahren die Bundesländer Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen Gebrauch.
- Unveränderter Beginn der Konvergenzphase, in der das bisherige krankenhausesindividuelle Preisniveau schrittweise an das neue landeseinheitliche Preisniveau angepasst wird, am 1. Januar 2005. Weil der neue DRG-Katalog in einigen Teilbereichen noch verbesserungsbedürftig ist, wird diese Übergangsphase um ein Jahr vom 1. Januar 2007 auf den 1. Januar 2008 verlängert. Damit wird innerhalb dieser Phase einerseits ein zusätzlicher Entwicklungsschritt für den DRG-Katalog ermöglicht und andererseits Krankenhäusern mehr Zeit für die erforderliche Anpassung eingeräumt. Die bisher in gleichen Schritten vorgesehene Anpassung der Budgets wird umgestellt auf eine niedrigere Anpassung im ersten Jahr und progressiv ansteigende Anpassungen in den Folgejahren.
- Nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben würden zusätzliche, prospektiv vereinbarte DRG-Leistungen ab dem Jahr 2005 in den Krankenhausbudgets berücksichtigt (schieds-

stellenfähig). Die Höhe der Berücksichtigung würde nicht mehr verhandelt, sondern automatisch im Jahr 2005 zu einem Drittel und im Jahr 2006 zur Hälfte zusätzlich in die Budgets einbezogen. Die zusätzlichen Leistungen würden ab dem Jahr 2007 auch in voller Höhe zusätzlich finanziert. Infolge der verlängerten Konvergenzphase und der niedrigeren Anpassungsquoten würden diese Vorgaben jedoch dazu führen, dass zusätzliche Leistungen insbesondere im Jahr 2005 nur zu 15 % und im Jahr 2006 nur zu rd. 30 % finanziert, somit insbesondere bei teuren Implantaten oder Medikamenten unterfinanziert wären. § 4 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wird deshalb dahingehend geändert, dass bei Leistungsveränderungen (Veränderung von Art und Anzahl der Leistungen) für die Jahre 2005 und 2006 die bisher geltenden Finanzierungsanteile fortgelten (33 % bzw. 50 %). Im Jahr 2007 werden neue Leistungen noch nicht zu 100 %, sondern zu 75 % finanziert. Bei besonders hohen Kosten für zusätzliche Leistungen (z. B. bei Transplantationen) ist auch künftig die Höhe der entsprechenden Budgetveränderung im Einzelfall zu verhandeln.

- Unterstützung der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts, der erstmals für das Jahr 2005 festzulegen ist. Da es noch erhebliche Unsicherheiten bei den Datengrundlagen und der Verfahrensweise gibt, wird durch eine Ergänzung des § 10 KHEntgG eine Korrektur der Verhandlungsergebnisse im Folgejahr zugelassen. Fehlschätzungen können somit berichtigt werden. Darüber hinaus wird durch eine Ergänzung des § 14 KHEntgG klargestellt, dass die Vereinbarung oder Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwerts nicht der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde bedarf. Die Klarstellung dient auch der gebotenen Verkürzung des Verfahrens.
- Unterstützung von Krankenhäusern, die sich freiwillig an der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen beteiligen. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden verpflichtet, diese Krankenhäuser finanziell zu unterstützen. Sie sollen teilweise von dem entstehenden Aufwand entlastet werden. Gleichzeitig soll ein Anreiz geschaffen werden, sich auch dann weiter an der Kalkulation zu beteiligen, wenn das Krankenhaus von einer Beteiligung selbst nur noch wenig Zusatznutzen hat. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch künftig eine leistungsfähige Stichprobe kalkulierender Krankenhäuser zusammengestellt werden kann.
- Absicherung der Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten, um u. a. die Erfüllung der Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG) sicherzustellen. Soweit durch die Selbstverwaltung auf der Bundesebene oder eine Ersatzvornahme der Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Regelungen für Zuschläge nicht vorgegeben worden sind, vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort diese Zuschläge - wie bisher.

Darüber hinaus wird die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) an das neue Krankenhausfinanzierungsrecht angepasst (Artikel 4).

Des Weiteren werden die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ablösung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) durch Umstellung der Vergütungsfestsetzung auf vertragliche Vereinbarungen ab 2007 geschaffen (Artikel 5). Die Kernelemente der Neuregelung sind:

- Vertragliche Vergütungsvereinbarungen auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (gemeinsam und einheitlich) und den Berufsverbänden der Hebammen ab dem Jahr 2007,
- Einführung einer Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus,

- Weitergeltung der HebGV bis zum erstmaligen Abschluss einer vertraglichen Vergütungsvereinbarung.

II. Kosten

Mit dem Gesetz wird der gesetzliche Rahmen für die weitere DRG-Einführung fortentwickelt. Die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems gelten unverändert fort und wurden bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen. Vor diesem Hintergrund entstehen durch dieses Gesetz für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben. Entsprechendes gilt für die Unternehmen. Zwar führen die pauschalierten Aufwandsentschädigungen, die vom DRG-Institut aus dem DRG-Systemzuschlag an kalkulierende Krankenhäuser zu zahlen sind, zu einer zusätzlichen, aus Beitragsgeldern zu deckenden Belastung in Höhe von rd. 7 Mio. € jährlich. Ebenso führt die neue Vorgabe des § 4 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG zur Berücksichtigung von höheren Kosten bei sehr teuren zusätzlichen Leistungen zu zusätzlichen Ausgaben. Andererseits entstehen auf Grund der von 2007 auf 2008 um ein Jahr verschobene Vergütung zusätzlicher Leistungen mit dem vollen DRG-Katalogpreis Einsparungen in einer geschätzten Größenordnung von 150 Mio. €. Insgesamt ist somit nicht mit einer zusätzlichen Belastung zu rechnen. Da in der Konvergenzphase die für Krankenhausbehandlungen insgesamt aufgewendeten Finanzmittel ausgabenneutral zwischen den Krankenhäusern umverteilt werden, führt die bloße Streckung nicht zu Mehrausgaben. Deshalb ist mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler nicht zu rechnen. Auch ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

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

Das DRG-Vergütungssystem wird bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eingeführt und weiterentwickelt. Mit diesem Gesetz werden die für alle Krankenhäuser geltenden Rahmenbedingungen der Konvergenzphase und die Regelungen für eine wettbewerbsneutrale Ausbildungsfinanzierung geändert. Beides ist durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen. Auch die bundeseinheitlich vorgegebenen Modalitäten der Vereinbarung der landesweiten Basisfallwerte müssen für die Einführung einer Ausgleichsregelung durch Bundesgesetz geändert werden. Da das DRG-Fallpauschalensystem auf der Bundesebene kalkuliert wird, können Vorgaben zur Bildung einer repräsentativen Krankenhausstichprobe und zur Gewährung von pauschalierten Aufwandsentschädigungen für kalkulierende Krankenhäuser ebenfalls nur auf der Bundesebene erfolgen. Dass das Fallpauschalensystem flächendeckend und unter einheitlichen Einführungsbedingungen eingeführt werden kann, ist notwendig, um in den Krankenhäusern unter der Geltung dieses neuen Vergütungssystems bundesweit den Fortbestand eines einheitlichen Standards der Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen im Rahmen des Fortbestandes des bundeseinheitlich geregelten GKV-Systems. Sie enthalten erforderliche einheitliche Anpas-

sungen im Hinblick auf die teilstationäre Behandlung durch Krankenhäuser und die Versorgung mit Hebammenhilfe.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 17 Abs. 2a KHG)

Nach der verpflichtenden Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems im Jahr 2004 können die Vorgaben zu dem bisherigen Fallpauschalensystem nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) aufgehoben werden.

Zu Nummer 2: (§ 17a KHG)

Zu Buchstabe a

Absatz 1, der die Pflegesatzfähigkeit der Ausbildungskosten und die Anrechnung von Auszubildenden auf die Stellen von voll ausgebildeten Personen regelt, wird redaktionell angepasst.

Auf Grund einer schwierigen Datenlage und der sehr unterschiedlichen Ausgangssituation soll die ab dem 1. Januar 2005 vorgesehene Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen mit Hilfe von landeseinheitlichen Pauschalen ersetzt werden durch eine weiterhin krankenhausesindividuelle Vereinbarung eines Ausbildungsbudgets. Absatz 2 gibt vor, dass an die Stelle der landeseinheitlichen Pauschalen auf Landesebene vereinbarte Richtwerte treten, die die durchschnittlichen Kosten der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen im Lande widerspiegeln. Soweit möglich sollen die sehr unterschiedlichen Kosten der Ausbildungsstätten mittelfristig auf dem Verhandlungswege an diese Richtwert angepasst werden. Ziel ist es, zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen zu kommen.

Absatz 3 bestimmt, dass für jedes Krankenhaus mit den Krankenkassen ein individuelles Ausbildungsbudget vereinbart wird. Durch die mittelfristig angestrebte Angleichung der Finanzierung an die landeseinheitlichen Richtwerte darf die Ausbildung in der Region nicht gefährdet werden. Soweit erforderlich können Ausbau, Schließung und Zusammenlegung von Ausbildungsstätten durch Strukturverträge unterstützt werden. Zur Sicherstellung der Ausbildung in bevölkerungsschwachen Regionen kann unter bestimmten Voraussetzungen für eine Ausbildungsstätte auch langfristig ein Sicherstellungszuschlag gezahlt werden. Soweit die vorgesehene Finanzierung das prospektiv vereinbarte Ausbildungsbudget unter- oder überschreitet, werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. Das Krankenhaus erhält somit das vereinbarte Ausbildungsbudget.

Absatz 4 regelt die Ausgliederung der Ausbildungskosten aus dem bisherigen Gesamtbudget des Krankenhauses. Künftig gibt es somit einerseits ein Budget für Krankenhausleistungen, die nach dem DRG-Vergütungssystem oder mit tagesgleichen Pflegesätzen nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, und andererseits ein gesondertes Ausbildungsbudget, das

zweckgebunden nur für die Ausbildung verwendet werden darf (Absatz 7). Nach den bisherigen gesetzlichen Vorgaben ist davon auszugehen, dass die für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten für Auszubildende (Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen) benötigten Mittel im Rahmen des bisherigen Krankenhausbudgets vereinbart sind. Absatz 4 bestimmt deshalb, dass bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets 2005 gleichzeitig festgelegt wird, welcher Finanzierungsbetrag für die Ausbildung im Krankenhausbudget 2004 enthalten war. Dieser Betrag bildet die Grundlage für die Finanzierung der Ausbildung in den Folgejahren, die nicht gefährdet werden darf. Die Ausgliederung eines zu niedrigen Betrags mit dem Ziel, das Krankenhausbudget zu schonen, kann weder im Interesse der Ausbildung noch im Interesse der Krankenhäuser liegen. Dieser vermeintliche Vorteil beim Krankenhausbudget würde im Verlauf des Konvergenzprozesses durch die Angleichung an das landeseinheitliche Preisniveau ohnehin verloren gehen.

Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 schreibt wie das derzeit geltende Gesetz die Bildung eines Ausbildungsfonds auf der Landesebene (Ausgleichsfonds) vor. Die Selbstverwaltungspartner auf der Landesebene vereinbaren die Höhe dieses Ausgleichsfonds nach den Vorgaben der Sätze 3 und 4. Der Fonds wird durch einen Ausbildungszuschlag gespeist, der von allen Krankenhäusern im Land - also ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern - den Patienten oder Patientinnen oder ihren Krankenversicherungen bzw. Sozialleistungsträgern in Rechnung gestellt wird. Die Höhe des Ausbildungszuschlags wird grundsätzlich auf der Landesebene festgelegt (Satz 1 Nr. 2). Dort werden auch die erforderlichen näheren Verfahrensregeln vereinbart (Nummer 3). Dabei sind für den Fall, dass Krankenhäuser die eingenommenen Ausbildungszuschläge nicht zeitnah an den Ausbildungsfonds abführen, Zinszahlungen in Höhe von acht Prozent über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank festzulegen. Dies sind derzeit insgesamt 9,14 Prozent. Diese Vorgabe entspricht § 288 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Nach einem amtlichen Hinweis, dient diese Regelung zum Teil auch der Umsetzung der Richtlinie 2000/35/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. Juni 2000 zur Bekämpfung von Zahlungsverzug im Geschäftsverkehr (ABl. EG Nr. L 200 S. 35). Satz 2 bestimmt, dass der Ausgleichsfonds von der Landeskrankenhausgesellschaft errichtet und verwaltet wird.

Die Höhe des Ausbildungsfonds muss im Herbst eines Jahres für das Folgejahr vereinbart werden, damit ab dem 1. Januar des Folgejahres der Ausbildungszuschlag in Rechnung gestellt werden kann. Zu diesem Zeitpunkt sind die Ausbildungsbudgets der ausbildenden Krankenhäuser für das Folgejahr noch nicht vereinbart. Die Höhe des Ausbildungsfonds kann somit grundsätzlich nur auf der Grundlage der zuletzt vereinbarten Ausbildungsbudgets ausbildender Krankenhäuser ermittelt werden. Soweit absehbar ist, dass sich im Folgejahr die Anzahl der Ausbildungsplätze oder der Auszubildenden wesentlich ändert, können Krankenhäuser - mit entsprechender Begründung - aktuellere Werte melden. Fehlende Meldungen können durch Schätzungen der Vertragsparteien auf Landesebene ersetzt werden (Sätze 3 und 4). Nach Satz 5 zahlt die Landeskrankenhausgesellschaft die den ausbildenden Krankenhäusern zustehenden Beträge in monatlichen Raten aus.

Absatz 6 regelt die Erhebung der Zuschläge und die Abführung der Mittel an den Ausbildungsfonds. Nach Satz 1 erheben alle nicht ausbildenden Krankenhäuser den auf der Landesebene festgesetzten Ausbildungszuschlag. Ausbildende Krankenhäuser erhalten Zahlungen aus dem Ausbildungsfonds grundsätzlich in Höhe des angemeldeten Vorjahresbudgets. Bei ihnen müssen demnach hausindividuell Abweichungen des vereinbarten neuen Ausbildungsbudgets vom Vorjahresbudget berücksichtigt werden. Dies geschieht nach den Vorgaben der Sätze 2 und 3. Ist das neue Ausbildungsbudget höher als das Vorjahresbudget, kann das Krankenhaus anstelle des landeseinheitlichen Ausbildungszuschlags einen entsprechend höheren kranken-

hausindividuellen Zuschlag vereinbaren und abrechnen. Ist das neue Ausbildungsbudget niedriger als das Vorjahresbudget, rechnet das Krankenhaus einen entsprechend niedrigeren Zuschlag ab. Positive oder negative Differenzen zum landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag verbleiben beim Krankenhaus. Es hat - wie die nicht ausbildenden Krankenhäuser - den Zu-

Vorgaben für das DRG-Vergütungssystem um die Bestimmung, dass diese Kalkulationen auf der Grundlage einer möglichst repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern durchgeführt werden sollen. Somit ist einerseits keine Vollerhebung bei allen Krankenhäusern anzustreben. Andererseits wird es kaum möglich sein, eine nach statistischen Regeln repräsentative Stichprobe zusammenzustellen. Bei der Auswahl der Krankenhäuser muss weiter auf die Freiwilligkeit der Teilnahme gesetzt und darüber hinaus auf das Vorhandensein einer differenzierten Kosten- und Leistungsrechnung geachtet werden. Es kommt weniger auf die Beteiligung möglichst vieler Krankenhäuser als vielmehr auf eine möglichst gute und differenzierte Kostenzuordnung zu den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sowie auf eine mehrjährige Beteiligung an. Nur so kann erreicht werden, dass insbesondere der DRG-Fallpauschalen-Katalog bei den jährlichen Überarbeitungen schrittweise verbessert wird.

Zu Buchstabe c

Da den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern ein erheblicher zusätzlicher Aufwand entsteht, sollen diese Krankenhäuser künftig auch pauschalierte Zahlungen erhalten, die einen wesentlichen Teil dieses Aufwands abdecken. Die Vorschrift verpflichtet in Absatz 5 die für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, Vereinbarungen über solche Zahlungen zu treffen. Dabei soll ein Grundbetrag je Krankenhaus die Teilnahme an sich honorieren und insbesondere kleinere Krankenhäuser unterstützen. Darüber hinaus sollen auch pauschalierte Beträge in Abhängigkeit von der Zahl der übermittelten Datensätze gezahlt und somit insbesondere der erhöhte Aufwand bei größeren Krankenhäusern anerkannt werden. Diese fallzahlabhängige Finanzierung soll außerdem an die Qualität der übermittelten Daten gebunden werden, d. h. daran, wie viele Datensätze tatsächlich im Rahmen der Kalkulation verwendet werden können. Teilnehmende Krankenhäuser werden darüber hinaus durch das DRG-Institut (InEK) auch bei Kalkulationsfragen und durch Datenauswertungen unterstützt, so dass sie einen nicht-materiellen Zusatznutzen haben. Durch diese Anreize soll eine möglichst hohe Qualität des DRG-Vergütungssystems sichergestellt werden. Für diese Unterstützung der kalkulierenden Krankenhäuser werden voraussichtlich etwa 7 Mio. € benötigt. Der den Patienten und Patientinnen oder ihren Sozialversicherungsträgern für die Systementwicklung in Rechnung gestellte DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG wird dazu voraussichtlich um etwa 0,55 € je Fall von derzeit 0,27 € auf 0,82 € je Fall erhöht werden müssen.

Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Änderung infolge der Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr (Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g).

Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1: (§ 3 Abs. 6 KHEntgG)

Klarstellung, dass der Erlösausgleich nach § 3 Abs. 6 nur für die bundesweit vorgegebenen DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte (Erlösbudget) gilt. Der Erlösausgleich für Leistungen

nach § 6 Abs. 1, die noch nicht von diesen Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, wird in § 6 Abs. 3 geregelt.

Zu Nummer 2: (§ 4 KHEntgG)

Zu Buchstaben a und b

Redaktionelle Änderung infolge der Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr (Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g).

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift zur Ausgliederung der Ausbildungsfinanzierung aus dem bisherigen Krankenhausbudget wird an die neuen Vorgaben in § 17a KHG angepasst.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Änderung infolge der Änderungen durch die Buchstaben e bis g.

Zu Buchstabe e

Nach den derzeit für die Konvergenzphase geltenden gesetzlichen Vorgaben in den Absätzen 3 bis 6 des § 4 KHEntgG werden Leistungen, die jeweils im Folgejahr zusätzlich zu erbringen sind, infolge der Konvergenzsystematik automatisch im Jahr 2005 zu 33 Prozent, im Jahr 2006 zu 50 Prozent und im Jahr 2007 zu 100 Prozent vergütet. Wegen der Verlängerung der Konvergenzphase und insbesondere der damit verbundenen Absenkung der Konvergenzquoten in den Jahren 2005 und 2006 musste die bisherige Konvergenzsystematik verändert werden. Bei einem Angleichungsprozentsatz von 15 Prozent im Jahr 2005 würden nach der bisherigen Systematik für zusätzliche Leistungen nur noch 15 Prozent des landesweiten Fallpauschalenwertes gezahlt. Damit könnten zusätzlich entstehende Kosten, z. B. für teure Medikamente oder Implantate, nicht finanziert werden. Die bisherige Konvergenzautomatik muss deshalb durch eine Möglichkeit zur Verhandlung von Leistungsveränderungen ergänzt werden. Dabei werden die Veränderungen pauschaliert in Höhe eines Prozentanteils der DRG-Fallpauschale berücksichtigt. In den Jahren 2005 und 2006 werden diese Leistungen mit den bisher geltenden Anteilen (Prozentsätzen) finanziert. Für das Jahr 2007 werden neue Leistungen nicht mehr zu 100 finanziert, sondern zu 75 Prozent im Budget berücksichtigt. Eine Finanzierung zusätzlicher Leistungen mit der vollen Höhe der DRG-Fallpauschalen ist - wie bisher - nach dem Ende der Konvergenzphase vorgesehen, wenn das leistungsorientierte Fallpauschalensystem vollständig eingeführt ist. Eine entsprechende anteilige Veränderung des Budgets wird auch für im Folgejahr nicht mehr anfallende Leistungen vorgegeben.

Satz 1 Nr. 1 bestimmt dementsprechend, dass Veränderungen von Art und Menge der Leistungen zu verhandeln sind. Dies gilt sowohl für zusätzliche als auch für wegfallende Leistungen; vgl. hierzu auch die Sätze 3 und 4. Satz 1 Nr. 2 zur Berücksichtigung von BAT-Ost-West-Angleichungen entspricht der Vorgabe des bisherigen Absatzes 5 Satz 2 zweiter Halbsatz.

Satz 2 gibt die Entgeltanteile vor, mit denen zusätzliche Leistungen vergütet werden oder in deren Höhe das Budget bei wegfallenden Leistungen vermindert wird. Da in der Regel eine Vielzahl von Leistungsveränderungen zu erwarten ist, gibt Satz 3 vor, dass diese Budgetverände-

rungen nicht für jede Fallpauschale einzeln verhandelt, sondern anhand der Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Case-mix) für alle Leistungsveränderungen summarisch ermittelt werden sollen. Eine Abweichung von dieser gesetzlichen Vorgabe („sollen“) ist nur ausnahmsweise in begründeten Einzelfällen möglich.

Im Falle der Eröffnung oder Schließung größerer organisatorischer Einrichtungen, z. B. einer Abteilung oder eines Zentrums für besondere Behandlungen ergeben sich umfangreichere Veränderungen. Satz 4 gibt deshalb vor, dass in diesen Fällen über die Höhe der entsprechenden Budgetveränderungen verhandelt wird. Satz 4 lässt darüber hinaus auch im Einzelfall eine von den in Satz 2 vorgegebenen Prozentsätzen abweichende Vereinbarung zu, soweit ansonsten sehr hohe, zusätzlich anfallende Kosten, z. B. bei Transplantationen, nicht entsprechend vergütet würden.

Zu Buchstabe f

Redaktionelle Änderung infolge des eingefügten neuen Absatzes 4 sowie der Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr (Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g).

Zu Buchstabe g

Die Angleichung des individuellen Erlösbudgets des einzelnen Krankenhauses an das landeseinheitliche Preisniveau und damit an den Zielwert nach Absatz 5 (bisher Absatz 4) soll nach den derzeit geltenden Vorgaben in drei etwa gleichen Schritten jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 vorgenommen werden; vgl. die Vorgaben in dem bisherigen Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1. Ab dem 1. Januar 2007 sollten die DRG-Leistungen aller Krankenhäuser in landeseinheitlicher Höhe vergütet werden.

Infolge der Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr bis zum 1. Januar 2008 müssen nun die Quoten für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Budgets an das landeseinheitliche Preisniveau neu vorgegeben werden. Dabei wird zu Beginn der Konvergenzphase eine geringere Angleichungsquote vorgeben, die in den Folgejahren steigt. Mit diesem progressiven Verlauf wird berücksichtigt, dass der DRG-Fallpauschalen-Katalog, der für das Jahr 2004 in Teilbereichen noch nicht ausreichend differenziert war, jährlich überarbeitet und schrittweise weiterentwickelt wird. Gemessen am Ausgangswert 2005 wird die Differenz zwischen dem bisherigen krankenhausesindividuellen Erlösbudget und dem künftigen Erlösbudget in Höhe des landeseinheitlichen Preisniveaus (Basisfallwerts) mit jährlichen Konvergenzstufen in Höhe von 15, 25, 30 und 30 Prozent abgebaut. Da die in § 4 Abs. 4 KHEntgG verwendete Berechnungsformel (vgl. Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe e) nicht auf die Ausgangssituation 2005, sondern auf das jeweilige Vorjahresbudget Bezug nimmt, müssen dort entsprechend umgerechnete Prozentsätze angewendet werden; vgl. die folgende Aufstellung:

Umrechnung <u>der Konvergenzschritte:</u>	bezogen auf <u>Ausgangswert 2005</u>	bezogen auf <u>Vorjahresbudget</u>
2005	15	15
2006	25	30
2007	30	50
2008	30	100 (Rest)

Zu den Buchstaben h bis j

Redaktionelle Änderungen infolge der Verlängerung der Konvergenzphase und der Änderungen durch die Buchstaben e bis g.

Zu Buchstabe k

Redaktionelle Änderungen infolge der Verlängerung der Konvergenzphase.

Zu Nummer 3: (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)

Nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG können bestimmte allgemeine Krankenhausleistungen über Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen finanziert werden, soweit diese Leistungen nicht in allen Krankenhäusern erbracht und deshalb nicht in die Fallpauschalen einbezogen werden können. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene sind verpflichtet, entsprechende Regelungen für Zuschläge bundeseinheitlich zu vereinbaren. § 5 Abs. 1 KHEntgG regelt die entsprechende Umsetzung bei den Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene. Um die Finanzierung der besonderen, krankenhausesübergreifenden Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (z. B. von Tumorzentren und geriatrischen Schwerpunkten) für die stationäre Versorgung sicherzustellen, bestimmt der neue Absatz 3, dass diese Vereinbarungen auf der Ortsebene auch dann möglich sind, wenn eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene nicht zustande gekommen ist oder eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 17b Abs. 7 KHG nicht erfolgt ist, z. B. weil sie nicht mehr rechtzeitig erlassen werden konnte.

Zu Nummer 4: (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Redaktionelle Änderungen infolge der Verlängerung der Konvergenzphase.

Zu Nummer 5: (§ 7 Nr. 3 und 4 KHEntgG)

Buchstabe a ergänzt die Aufstellung der abrechenbaren Entgelte um die später eingeführten DRG-Abschläge bei Fällen mit einer Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer (so genannte Kurzlieger). Buchstabe b nimmt eine redaktionelle Anpassung infolge der geänderten Vorgaben für die Ausbildungsfinanzierung nach § 17a KHG vor.

Zu Nummer 6: (§ 8 Abs. 2 KHEntgG)

Redaktionelle Anpassung infolge der geänderten Vorgaben für die Ausbildungsfinanzierung nach § 17a KHG.

Zu Nummer 7: (§ 10 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Die Vereinbarung des Basisfallwerts auf der Landesebene ist insbesondere in der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems mit erheblichen Risiken behaftet, die sich z. B. infolge einer nicht vollständigen Datengrundlage ergeben können. Ggf. sind die Basisfallwerte der Krankenhäuser noch nicht vollständig verhandelt oder über das Finanzierungs- oder Leistungsvolumen auf der Landesebene bestehen unterschiedliche Auffassungen. Fehlschätzungen bei der Höhe des landeseinheitlichen Basisfallwerts beeinflussen das im Land zur Verfügung stehende Finanzierungsvolumen in erheblichem Umfang. Um diese Risiken zu begrenzen und damit den Vertragsparteien auf Landesebene eine Einigung zu erleichtern, ermöglicht Buchstabe a eine Korrektur der Vereinbarungen im Folgejahr. Um willkürliche, rückwirkende Neuverhandlungen auszuschließen, müssen die Vertragsparteien bereits bei der Vereinbarung des Basisfallwerts festlegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr über Korrekturen verhandelt werden kann.

Zu Buchstabe b

Buchstabe aa passt die Vorschrift zur Berücksichtigung der Mehrkosten auf Grund der Abschaffung des Arztes im Praktikum an die verlängerte Konvergenzphase an.

Bis zum Jahr 2009 werden die für Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen bereitgestellten Mittel krankenhausesindividuell vereinbart und zusätzlich zu dem Krankenhausbudget gezahlt. Nach dem Auslaufen dieser gesonderten Förderung von Einzelmaßnahmen werden diese Finanzmittel ab dem Jahr 2010 in den landesweit geltenden Basisfallwert eingerechnet und mit den DRG-Fallpauschalen pauschaliert weiter gezahlt. Buchstabe bb gibt eine entsprechende Berücksichtigung für den landesweit geltenden Basisfallwert vor.

Zu Buchstabe c

Die Regelung dient der gebotenen Verkürzung des Verfahrens zur Bestimmung des landesweit geltenden Basisfallwerts. Eine Genehmigung durch das jeweilige Bundesland ist nicht vorgesehen. Eine isolierte Anfechtung der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Landesebene oder der Festsetzung durch die Schiedsstelle wird ausgeschlossen. Demzufolge kann eine gerichtliche Überprüfung nur inzidenter im Pflegesatzgenehmigungsverfahren für das einzelne Krankenhaus erfolgen, z. B. auf Klage eines Krankenhausträgers.

Zu Nummer 8: (§ 11 KHEntgG)

Die Vorschrift streicht Satz 2. Eine gesonderte Feststellung der Ausbildungsplätze und der Zahl der Auszubildenden ist nicht mehr erforderlich, wenn nach der Neufassung des § 17a KHG ohnehin krankenhausesindividuelle Ausbildungsbudgets vereinbart werden.

Zu Nummer 9: (§ 21 KHEntgG)

Buchstabe a schafft die Rechtsgrundlage für die Übermittlung des Durchführungsdatums einer Operation oder Prozedur.

Buchstabe b nimmt eine redaktionelle Änderung infolge der Verlängerung der Konvergenzphase vor.

Zu Nummer 10: (Anlage 1 zum KHEntgG)

Zu Buchstabe a

In Abschnitt E 3.1 der Anlage 1 zum Krankenhausentgeltgesetz werden die mit dem Erlösbudget des Krankenhauses vergüteten Leistungen, d. h. Art und Anzahl der DRG-Fallpauschalen einschließlich der Zu- und Abschläge ausgewiesen.

Zu Buchstabe b

Das Formblatt des Abschnittes B2 dient der Ermittlung des Erlösbudgets und des krankhausindividuellen Basisfallwerts. Es muss insbesondere infolge der veränderten Verhandlungssystematik nach § 4 Abs. 4 bis 6 KHEntgG angepasst werden.

Zu Artikel 3: Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Nummer 1: (§ 10 BPfIV)

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 17a KHG zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (Artikel 1).

Zu Nummer 2: (§ 26 BPfIV)

Anpassung der Vorschrift zur Ausgliederung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen aus dem Krankenhausbudget an die Neufassung des § 17a KHG (Artikel 1). Von dem Krankenhausbudget werden die Ausbildungskosten des Jahres 2004 abgezogen.

Zu Artikel 4: Änderung des Krankenhausstatistik-Verordnung

Zu Nummer 1: (§ 3 Satz 1 KHStatV)

Nach § 3 Satz 1 Nr. 4, 7 und 15 dürfen als Erhebungsmerkmale die "besonderen Einrichtungen" nach § 13 Abs. 2 Satz 3 BPfIV erhoben werden. Nach der Einführung des DRG-Vergütungssystems unterliegen die meisten Krankenhäuser jedoch nicht mehr den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung, sondern dem Krankenhausentgeltgesetz. Um die erforderliche Rechtsgrundlage für die weitere Erhebung der Daten sicherzustellen, wird der bisherige Bezug auf die Bundespflegesatzverordnung durch eine Aufzählung dieser besonderen Einrichtungen in der Krankenhausstatistik-Verordnung selbst ersetzt (Buchstabe a Doppelbuchstaben

aa bis cc). Entsprechend wird durch Buchstabe a Doppelbuchstabe dd und Buchstabe b der Verweis auf die BPfIV gestrichen.

Zu Nummer 2: (§ 4 Nr. 3 KHStatV)

Anpassung an den amtlichen Sprachgebrauch, die die Einbeziehung aller Wege der elektronischen Kommunikation ermöglicht.

Zu Artikel 5: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1: (§ 39 SGB V)

Der Begriff „teilstationär“ als Unterfall der stationären Behandlung wird erstmals gesetzlich definiert, und zwar insbesondere in Abgrenzung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Dies erscheint angesichts der durch das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen weiteren Tatbestände zur Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in bestimmten genau umschriebenen Fällen geboten. Auch ist durch das bisherige Fehlen einer Definition der teilstationären Behandlung die Implementation der teilstationären Leistungen in das DRG-System zwar möglich, aber erschwert.

Die gesetzliche Definition grenzt die teilstationäre Behandlung von der vollstationären und der ambulanten Behandlung im Krankenhaus ab. Herausragendes Kriterium der teilstationären Leistungserbringung ist das Erfordernis der Hintergrundesicherheit durch die Infrastruktur eines Krankenhauses für die Erbringung der in Frage stehenden medizinischen Leistung.

Die teilstationäre Leistungserbringung kann sich über mehrere Leistungstage erstrecken, und zwar entweder sequentiell oder im Intervall. Eine Rund-um-die-Uhr-Überwachung und Pflege des Patienten ist im Fall der teilstationären Behandlung nicht erforderlich. Die Unterkunftsleistung ist nicht zwingend integrativer Bestandteil einer stationären Krankenhausleistung.

Als Unterfall der stationären Behandlung ist eine teilstationäre Behandlung naturgemäß nur möglich, wenn das Krankenhaus für das betreffende Fachgebiet einen Versorgungsauftrag besitzt. Auf eine abschließende oder auch nur beispielhafte Aufzählung zulässiger Fachgebiete für eine teilstationäre Behandlung, beispielsweise in den Bereichen der Psychiatrie, Geriatrie, Pädiatrie, Onkologie und Dialyse, wird verzichtet. Die gewählte weite Fassung ermöglicht die Berücksichtigung künftiger Entwicklungen und ist geeignet, die teilstationäre Behandlung in Krankenhäusern zu fördern und nicht auf bestimmte Bereiche festzuschreiben, andererseits aber eine breite Öffnung der Krankenhäuser für eine als teilstationär deklarierte, de facto aber ambulante Behandlung zu vermeiden. Gleichzeitig trägt der Gesetzgeber mit dem Verzicht auf die Festlegung bestimmter Fachgebiete der Verantwortung und Zuständigkeit der Bundesländer für die Festlegung der stationären Versorgungsaufträge im Rahmen der Krankenhausplanung und Daseinsvorsorge Rechnung.

Zu Nummer 2: (§ 134 SGB V)

Die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung wird im Hinblick auf die Überführung der Vergütungsfestsetzung auf vertragliche Vergütungsvereinbarungen mit Wirkung ab 1. Januar 2007 aufgehoben.

Zu Nummer 3: (§ 134a SGB V)

Im Rahmen des geltenden Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vergüten die Krankenkassen die Leistungen der Leistungserbringer grundsätzlich auf der Grundlage vertraglicher Vergütungsvereinbarungen. Hiervon ausgenommen ist lediglich die Hebammenhilfe freiberuflicher Hebammen, deren Vergütung sich nach einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Zustimmung des Bundesrates erlassenen Gebührenverordnung bestimmt. Diese staatliche Gebührenregelung ist aus heutiger Sicht nicht mehr zeitgemäß; ihre Aufrechterhaltung wäre zudem auch aus Gründen der Gleichbehandlung der freiberuflich tätigen Hebammen mit anderen Leistungserbringern problematisch. So hat auch der Bundesrat bereits mehrfach die Ablösung der staatlichen Gebührenregelung durch vertragliche Vereinbarungen gefordert (vgl. Beschluss des Bundesrates zur Dritten Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 26. September 1997 - BR-Drs. 540/97 [Beschluss]). Vor diesem Hintergrund sollen mit der Neuregelung - auch im Sinne einer Deregulierung staatlicher Gesetzgebung - die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass ab dem Jahr 2007 die Vergütungsfestsetzung in vertragliche Vergütungsvereinbarungen überführt wird.

Zu Absatz 1

Die Leistungen der Hebammenhilfe und deren Vergütungen werden - erstmalig mit Wirkung ab dem Jahr 2007 - auf Spitzenverbandsebene mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen vertraglich vereinbart. Die zu schließenden Verträge dienen der eigenverantwortlichen und kontinuierlichen Fortentwicklung der bisher staatlich verordneten Vergütungsstrukturen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist zur Regelung der Geltungswirkung der nach Absatz 1 getroffenen Kollektivverträge für die freiberuflich tätigen Hebammen notwendig. Hebammen, die weder einem Berufsverband nach Absatz 1 angehören noch den von den Vertragspartnern getroffenen Vereinbarungen beitreten, können ihre Leistungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Die Vorschrift berührt nicht den berufsrechtlichen Status freiberuflicher Hebammen, die zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit weder einer staatlichen Zulassung noch einer Zulassung durch die Krankenkassen bedürfen, sondern lediglich eine bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dem Hebammengesetz zu erteilende Erlaubnis vorweisen müssen.

Zu Absatz 3 und 4

Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine vertragliche Regelung, wird der Vertragsinhalt durch eine Schiedsstelle festgesetzt. Sofern eine Einigung über die erstmalige vertragliche Vergütungsregelung ab 2007 nicht oder verspätet zustande kommt, gilt bis zur Entscheidung der Schiedsstelle die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung weiter, die für diesen Fall erst mit dem erstmaligen Zustandekommen der Verträge außer Kraft tritt (vgl. Artikel 7 Abs. 4). Im Falle

der Nichteinigung über zu schließende Anschlussverträge gilt der jeweils bestehende Vertrag bis zur Entscheidung der Schiedsstelle weiter.

Die Schiedsstellenregelung ist notwendig, da anderenfalls Leistungsinhalt und Vergütungshöhe der Hebammenhilfe normativ nicht geregelt wären, mit der Konsequenz, dass die Krankenkassen und die Hebammen die notwendigen Regelungen jeweils in Einzelverträgen aushandeln müssten. Dies wäre ordnungspolitisch nicht sinnvoll. Die für die Schiedsstelle geltenden Vorschriften sind der Schiedsstellenregelung für den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 nachgebildet.

Zu Nummer 4: (Änderung des § 301a SGB V)

Notwendige Folgeänderung zu Artikel 5 Nummer 3 (§ 134a). Darüber hinaus wird festgelegt, dass auch im Bereich der Hebammen und Entbindungspfleger das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mittels Richtlinien von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam bestimmt wird.

Zu Artikel 6: Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die Entsteinerungsklausel ermöglicht es, die auf diesem Gesetz beruhenden Änderungen der Bundespflegeverordnung und der Krankenhausstatistik-Verordnung später durch Rechtsverordnung zu ändern.

Zu Artikel 7: Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2 bis 4

Die Inkrafttretensvorschriften beziehen sich auf die Ablösung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung durch Überführung der Vergütungsfestsetzung auf vertragliche Regelungsstrukturen ab dem Jahr 2007 und sind in ihrer Differenzierung notwendig, um hierfür einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten. Mit dem Inkrafttreten der Vorschriften des § 134a Abs. 1 SGB V über die zu schließenden Verträge, des § 134a Abs. 2 Satz 2 SGB V über die nähere Ausgestaltung des Beitritts nicht berufsverbandsangehöriger Hebammen und Entbindungspfleger sowie des § 134a Abs. 4 SGB V über die Bildung einer Schiedsstelle bereits zum 1. Januar 2006 wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien bereits frühzeitig mit den notwendigen Vorbereitungen für die Überführung beginnen können. Die Vorschrift über die Aufnahme der Tätigkeit der Schiedsstelle (§ 134a Abs. 3 SGB V) tritt unmittelbar nach Ablauf der für den Abschluss der erstmaligen vertraglichen Vergütungsvereinbarung gesetzten Frist am 1. Dezember 2006 in Kraft. Zum 1. Januar 2007 treten die Vorschriften des § 134a Abs. 2 Satz 1 SGB V über die Bindungswirkung vertraglicher Vergütungsvereinbarungen für freiberufliche Hebammen in Kraft. Ebenfalls zum 1. Januar 2007, für den Fall des erstmaligen Zustandekommens der Ver-

träge nach § 134a SGB V zu einem späteren Zeitpunkt durch Schiedsstellenregelung jedoch erst zu diesem Zeitpunkt, tritt die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung außer Kraft sowie die Folgeänderung des § 301a SGB V in Kraft.