

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)

A. Problem und Ziel

Unterschiedlich aufwendige voll- und teilstationäre Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden derzeit mit abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen vergütet. Der Gesetzgeber hat deshalb im Jahr 2009 mit § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Selbstverwaltungspartner beauftragt, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem auch für die Leistungen dieser Einrichtungen zu entwickeln.

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems soll der Weg von der krankenhausesindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer pauschalierenden leistungsorientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgesetzt werden. Das Leistungsgeschehen soll transparenter werden.

B. Lösung

Zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) wird die noch offene Einbindung in die Krankenhausfinanzierung durch dieses Gesetz geregelt. Vorgegeben werden insbesondere:

- die Ein- und Überführungsphase des Psych-Entgeltsystems bis zum 1. Januar 2022,
- die Vergütungsvereinbarungen,
- die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts,
- Möglichkeiten zur Stärkung sektorenübergreifender Ansätze sowie
- begleitende Maßnahmen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat auf die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine finanziellen Auswirkungen, da nicht mehr Mittel verausgabt werden als bisher. Die Mittel werden zwischen den Einrichtungen lediglich stärker leistungsorientiert verteilt.

Durch die Anhebung der Mindererlösausgleichsquote in den Optionsjahren 2013 und 2014 von 20 Prozent auf 75 Prozent ergeben sich Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung von geschätzten rd. 16 Mio. Euro für 2013 bzw. rd. 33 Mio. Euro für 2014. Dem stehen Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe gegenüber, da für Einrichtungen, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen, zum Ende des Jahres 2012 die nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung bestehende Möglichkeit zur Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung endet.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht in den Jahren 2013 bis 2016 jährlich Erfüllungsaufwand zwischen rd. 1,77 Mio. Euro und rd. 2,76 Mio. Euro. Davon entfallen auf den einmaligen Umstellungsaufwand 2013 rd. 1,46 Mio. Euro sowie in den Jahren 2014 und 2015 jeweils rd. 985 000 Euro. Auf den zusätzlichen Erfüllungsaufwand pro Jahr entfallen davon in den Jahren 2013 bis 2016 zwischen rd. 591 000 Euro und rd. 1,77 Mio. Euro.

Ab 2017 kommt es für die Wirtschaft insgesamt zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rd. 109 000 Euro, ab 2022 zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rd. 168 000 Euro. Da für die Wirtschaft ab dem Jahr 2016 kein weiterer einmaliger Umstellungsaufwand entsteht, entsprechen die Gesamtentlastungen für die Wirtschaft ab dem Jahr 2016 dem periodisch anfallenden Erfüllungsaufwand.

Neue Informationspflichten führen in den Jahren 2013 bis 2016 zu Bürokratiekosten zwischen rd. 591 000 Euro und rd. 1,77 Mio. Euro. Von 2017 bis 2021 kommt es zu Entlastungen von rd. 345 000 Euro p. a., ab 2022 in Höhe von rd. 413 000 Euro p. a. Die Bürokratiekosten sind im dargestellten Erfüllungsaufwand enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Krankenkassen liegt der gesamte Erfüllungsaufwand 2013 bei rd. 404 000 Euro, 2014 bei rd. 199 000 Euro sowie 2015 und 2016 bei jeweils rd. 298 000 Euro. Ab 2017 kommt es für die Krankenkassen zu Entlastungen in Höhe von rd. 286 000 Euro p. a., ab 2022 in Höhe von rd. 345 000 Euro p. a. Von dem gesamten Erfüllungsaufwand fällt im Jahr 2013 ein einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von rd. 305 000 Euro an, der wiederum rd. je zur Hälfte auf Bundes- oder Landesebene entsteht. Für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fällt ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rd. 100 000 Euro an.

F. Weitere Kosten

Kosten für die Wirtschaft, die über den oben aufgeführten Erfüllungsaufwand einschließlich der Bürokratiekosten hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, ergeben sich nicht.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, *14.* März 2012

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
(Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1
NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 893. Sitzung am 2. März 2012 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus
Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist
in der als Anlage 4 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)

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), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 bis 4 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 5 Satz 5 werden die Wörter „Fallpauschalen oder Zusatzentgelten nach § 17b“ durch die Wörter „pauschalierten Pflegesätzen nach Absatz 1a“ ersetzt.

2. § 17b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch die Wörter „ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.
- b) Absatz 5 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch § 10 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 10 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung; er geht nicht in den Gesamtbetrag und die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.“

- c) In Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist“ durch die Wörter „nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte“ ersetzt.

3. § 17d wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 werden die Wörter „Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch die Wörter „einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Im Rahmen von Satz 4 ist auch die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für

die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu prüfen.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Nach Maßgabe der Sätze 4 bis 9 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Vergütungssystem wird für die Einrichtung für die Jahre 2013 bis 2016 budgetneutral umgesetzt, erstmals für das Jahr 2013.“

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Das Vergütungssystem wird zum 1. Januar 2013 oder 1. Januar 2014 jeweils auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 sein Verlangen bis zum 30. November des jeweiligen Vorjahres schriftlich mitzuteilen. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2015 eingeführt. Erstmals für das Jahr 2017 wird nach § 18 Absatz 3 Satz 3 ein landesweit geltender Basisentgeltwert vereinbart. Ab dem Jahr 2017 werden der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget der Einrichtungen nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung schrittweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösolumen angeglichen.“

- c) In Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist“ durch die Wörter „nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte“ ersetzt.

4. § 18 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird das Wort „DRG-Fallpauschalen“ durch die Wörter „pauschalierte Pflegesätze“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird das Wort „Fallpauschalen“ durch die Wörter „mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte nach den §§ 17b und 17d“ ersetzt.

5. In § 28 Absatz 4 Nummer 5 wird die Angabe „§ 4 Abs. 9“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 2**Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angaben zum Zweiten bis Fünften Abschnitt werden wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt
Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2013 bis 2016

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021

§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

Dritter Abschnitt
Entgeltarten und Abrechnung

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

§ 8 Berechnung der Entgelte

Vierter Abschnitt
Vereinbarungsverfahren

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

§ 12 Vorläufige Vereinbarung

§ 13 Schiedsstelle

§ 14 Genehmigung

§ 15 Laufzeit

Fünfter Abschnitt
Sonstige Vorschriften

§ 16 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 17 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

§ 18 Übergangsvorschriften“.

b) Die Angabe zu Anlage 1 wird wie folgt gefasst:

„Anlage: Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych)“.

c) Die Angabe zu Anlage 2 wird gestrichen.

2. § 1 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „oder Krankenhausabteilungen“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Krankenhaus im Sinne dieser Verordnung ist auch die Gesamtheit der selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) und für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) an einem somatischen Krankenhaus.“

3. In § 2 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger“ gestrichen.

4. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt
Vergütung der Krankenhausleistungen“.

5. Die §§ 3 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„§ 3
Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre
2013 bis 2016

(1) Das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird für die Jahre 2013 bis 2016 budgetneutral für das Krankenhaus eingeführt. Für die Jahre 2013 oder 2014 (Optionsjahre) erfolgt die Einführung auf Verlangen des Krankenhauses. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bis zum 30. November des jeweiligen Vorjahres den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes schriftlich mitzuteilen. Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2013 oder 2014 das Vergütungssystem einführen, können bis zum Jahr 2016 für das jeweilige Anwendungsjahr eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung treffen; für alle anderen Krankenhäuser endet die Vereinbarungsmöglichkeit für das Jahr 2012. Ab dem 1. Januar 2015 ist die Anwendung des Vergütungssystems für alle Krankenhäuser verbindlich. Für die Jahre 2013 bis 2016 dürfen die nach § 11 Absatz 4 vorzulegenden Nachweise über Art und Anzahl der Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 nur verwendet werden, um den krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert nach den Vorgaben des Absatzes 3 zu ermitteln und die Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur zu erörtern.

(2) Ab dem krankenhausesindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2016 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage der Vereinbarung ist der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird bei der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere

1. vermindert um

a) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,

b) darin enthaltene Kosten für Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, soweit sie nach Absatz 6 aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert werden,

2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleichs- und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,

3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von
 - a) sonstigen Zu- und Abschlägen nach § 7 Satz 1 Nummer 3,
 - b) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder von Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder erstmals im Rahmen des Krankenhausbudgets vergütet werden.

Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. Erlöse für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 (Erlösbudget), einschließlich noch nicht ausgegliederter sonstiger Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3; das Erlösbudget umfasst auch die effektiven Bewertungsrelationen,
2. Erlöse für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4 (Erlössumme nach § 6 Absatz 3).

Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 4 Nummer 1 sind um Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.

(3) Für die Abrechnung der Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 sind für die Jahre 2013 bis 2016 krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwerte zu ermitteln. Dazu werden von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 die Summe der Zusatzentgelte und die Erlöse für Überlieger abgezogen und der sich ergebende Betrag wird durch die vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert. Der für das jeweilige Jahr geltende Basisentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zu Grunde zu legen.

(4) Auf Antrag eines nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhauses sind Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen in dem Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 1 zusätzlich zu berücksichtigen, soweit der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert niedriger ist als der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert der Krankenhäuser in dem Land. Die Berücksichtigung erfolgt nach Maßgabe des § 17 Absatz 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Krankenhäuser, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.

(5) Weicht für die Jahre 2013 bis 2016 die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 von dem veränderten Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 5 ab, so werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mindererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 75 Prozent und ab dem Jahr 2015 zu 20 Prozent ausgeglichen,
2. Mehrerlöse, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen,
3. sonstige Mehrerlöse werden bis zur Höhe von 5 Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach Absatz 2 Satz 5 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen.

Die Vertragsparteien können im Voraus abweichende Ausgleichssätze vereinbaren, wenn dies der angenommenen Entwicklung von Leistungen und deren Kosten besser entspricht. Für den Bereich der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 1 Nummer 3 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage, die zusätzlich zu denjenigen Berechnungs- und Belegungstagen erbracht werden, die bei der Ermittlung des krankenhaushausindividuellen Basisentgeltwertes nach Absatz 3 Satz 3 zu Grunde gelegt werden,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Berechnungs- und Belegungstag; der Mittelwert wird ermittelt, indem die Summe der effektiven Bewertungsrelationen nach Absatz 3 Satz 2 durch die vereinbarten Berechnungs- und Belegungstage dividiert wird, und
3. krankenhaushausindividueller Basisentgeltwert nach Absatz 3 Satz 3.

Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 1 Nummer 3 infolge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 3 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 1 Nummer 2 werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen für Entgelte, die mit Bewertungsrelationen bewertet sind, die Mehrerlöse nach Satz 3 oder Satz 4 abgezogen werden.

(6) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Gesamtbetrags vergütet.

(7) Die Vertragsparteien sind an den Gesamtbetrag gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Annahmen, die der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu Grunde liegen, der Gesamtbetrag für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen der Gesamtbetrag nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtbetrag ist über den neu vereinbarten Gesamtbetrag abzurechnen; § 15 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 4

Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre
2017 bis 2021

(1) Jeweils zum 1. Januar 2017, 2018, 2019, 2020 und 2021 werden der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget des Krankenhauses (§ 3 Absatz 2 Satz 4 Nummer 1) stufenweise an den Landesbasisentgeltwert nach § 10 und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.

(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2017 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 für das Jahr 2016, dessen Basis nach § 3 Absatz 2 Satz 5 berichtet ist; dieses wird

1. vermindert um
 - a) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
 - b) die nach Absatz 9 auszugliedernden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, soweit sie in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2016 enthalten sind,
2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleichs- und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,
3. erhöht um die voraussichtlichen Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2, soweit bisher nach § 6 Absatz 2 vergütete Leistungen in das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einbezogen werden,
4. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von
 - a) sonstigen Zu- und Abschlägen nach § 7 Satz 1 Nummer 3,
 - b) Erlösen für Leistungen nach § 6 Absatz 1,
 - c) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder von Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder erstmals im Rahmen des Krankenhausbudgets vergütet werden.

Ausgangswert für die Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2018 bis 2021 ist jeweils das Erlösbudget des Vorjahres; die Vorgaben des Satzes 1 sind entsprechend anzuwenden.

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

1. Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen, die von den bundesweiten Entgeltkatalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,
2. die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. die jeweils nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate.

Zusätzliche Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 werden für das Jahr 2017 zu 33 Prozent, für das Jahr 2018 zu 45 Prozent, für das Jahr 2019 zu 55 Prozent, für das Jahr 2020 zu 65 Prozent und für das Jahr 2021 zu 75 Prozent finanziert und deshalb mit folgendem Anteil der Entgelthöhe, die sich bei Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 unter Anwendung des Landesbasisentgeltwertes ergibt, im Ausgangswert berücksichtigt:

1. 25,6 Prozent für das Jahr 2017,
2. 34,0 Prozent für das Jahr 2018,
3. 43,8 Prozent für das Jahr 2019,
4. 47,5 Prozent für das Jahr 2020 und
5. 50,0 Prozent für das Jahr 2021;

mit den gleichen Anteilen werden wegfallende Leistungen berücksichtigt, soweit diese Leistungen nicht bereits nach den Vorgaben des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 1 budgetmindernd zu berücksichtigen sind. Zur Vereinfachung der Verhandlungen sollen die Vertragsparteien die Vorgaben des Satzes 2 pauschaliert auf die entsprechende Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen anwenden, soweit diese nicht auf Änderungen der Entgeltkataloge, der Abrechnungsbestimmungen oder der Kodierrichtlinien zurückzuführen sind. Soweit im Einzelfall die für zusätzliche Leistungen entstehenden Kosten mit diesen Prozentsätzen nicht gedeckt werden können, vereinbaren die Vertragsparteien abweichend von den Sätzen 2 und 3 eine Berücksichtigung in Höhe eines von Satz 2 abweichenden Prozentsatzes; soweit größere organisatorische Einheiten geschlossen werden und Leistungen nicht mehr erbracht werden, ist der Ausgangswert entsprechend zu verringern. Zusatzentgelte für Arzneimittel sind zu 100 Prozent zu berücksichtigen.

(4) Als Zielwert für die Angleichung nach Absatz 1 wird für die Jahre 2017 bis 2021 jeweils ein Erlösvolumen für das Krankenhaus vereinbart, indem Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 mit dem jeweiligen Landesbasisentgeltwert nach § 10 bewertet werden und die ermittelte Summe der Erlöse um die voraussichtliche Summe der Erlöse aus Zusatzentgelten erhöht wird.

(5) Die Angleichung nach Absatz 1 erfolgt für das Jahr 2017 zu 10 Prozent, für die Jahre 2018 und 2019 zu jeweils 15 Prozent und für die Jahre 2020 und 2021 zu jeweils 20 Prozent. Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für die Jahre 2017 bis 2021 wird ermittelt, indem jeweils der veränderte Ausgangswert nach Absatz 3 von dem Zielwert nach Absatz 4 abgezogen wird und von diesem Zwischenergebnis folgende Anteile errechnet werden:

1. 10,0 Prozent für das Jahr 2017,
2. 16,7 Prozent für das Jahr 2018,
3. 20,0 Prozent für das Jahr 2019,
4. 33,3 Prozent für das Jahr 2020 und
5. 50,0 Prozent für das Jahr 2021.

Zur Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021 werden der für das jeweilige Jahr maßgebliche veränderte Ausgangswert nach Absatz 3 und der für das gleiche Jahr ermittelte Angleichungsbetrag nach Satz 2 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Bei bisherigen besonderen Einrichtungen nach § 6 Absatz 1, die erstmals nach § 4 verhandeln, ist jeweils der nach Satz 2 für das jeweilige Jahr genannte Prozentsatz anzuwenden. Bei Krankenhäusern, deren Erlösbudget vermindert wird, wird die Angleichung nach den Sätzen 2 und 3 auf höchstens folgende Anteile vom veränderten Ausgangswert nach Absatz 3 begrenzt (Kappungsgrenze):

1. 1,0 Prozent für das Jahr 2017,
2. 1,5 Prozent für das Jahr 2018,
3. 2,0 Prozent für das Jahr 2019,
4. 2,5 Prozent für das Jahr 2020 und
5. 3,0 Prozent für das Jahr 2021.

(6) Zur Ermittlung der für die Jahre 2017 bis 2021 jeweils geltenden krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte ist das jeweilige Erlösbudget nach Absatz 5 Satz 3

1. zu vermindern um die voraussichtlichen Erlöse aus Zusatzentgelten sowie Erlöse für Überlieger und
2. zu verändern um noch durchzuführende, vorgeschriebene Ausgleichs für Vorjahre, auch soweit diese Folge einer Berichtigung sind.

Das veränderte Erlösbudget nach Satz 1 wird durch die vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen für die Behandlungsfälle dividiert. Der sich ergebende Basisentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zu Grunde zu legen.

(7) Auf Antrag eines nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhauses sind Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen in dem Erlösbudget zusätzlich zu berücksichtigen, soweit der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert niedriger ist als der Landesbasisentgeltwert nach § 10. Die Berücksichtigung erfolgt nach Maßgabe des § 17 Absatz 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Krankenhäuser, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.

(8) Das nach Absatz 5 Satz 3 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Absatz 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichungen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht von diesem Gesamtbetrag die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 ab, so werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mindererlöse werden zu 20 Prozent ausgeglichen,
2. Mehrerlöse werden bis zur Höhe von 5 Prozent des Gesamtbetrags nach Satz 1 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen.

Die Vertragsparteien können im Voraus abweichende Ausgleichssätze vereinbaren, wenn dies der angenommenen Entwicklung von Leistungen und deren Kosten besser entspricht.

(9) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Gesamtbetrags nach Absatz 8 Satz 1 vergütet.

(10) Die Vertragsparteien nach § 11 sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Annahmen, die der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde liegen, das Erlösbudget für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Erlösbudget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist über das neu vereinbarte Erlösbudget abzurechnen; § 15 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(11) Falls für die Zeit ab dem Jahr 2022 keine andere gesetzliche Regelung in Kraft getreten ist, sind für die Ermittlung des Erlösbudgets Absatz 4 und für die Berücksichtigung von Ausgleichs und Berichtigungen für Vorjahre Absatz 6 Satz 1 entsprechend anzuwenden. Die Absätze 8, 9 und 10 sind anzuwenden.

§ 5

Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

(1) Die nach § 9 Absatz 1 Nummer 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge nach § 17d Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für die Vertragsparteien nach § 11 verbindlich. Auf Antrag einer Vertragspartei ist zu prüfen, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag vorliegen. Wurde für einen Tatbestand ein bundeseinheitlicher Zu- oder Abschlagsbetrag festgelegt, der für die Zwecke der Abrechnung gegenüber den Patientinnen und Patienten oder den Kostenträgern auf eine krankenhausindividuelle Bezugsgröße umgerechnet werden muss, so vereinbaren die Vertragsparteien gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

(2) Für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gilt § 17d Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

§ 6

Vereinbarung sonstiger Entgelte

(1) Für Leistungen, die mit den nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, und ab dem Jahr 2017 für besondere Einrichtungen nach § 17d Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte, sofern die Leistungen oder die besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17d Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung

der auf Bundesebene bewerteten Entgelte ausgenommen sind. In eng begrenzten Ausnahmefällen vereinbaren die Vertragsparteien Zusatzentgelte. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 sind zu beachten.

(2) Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2017 zeitlich befristete Entgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 und der Erlössumme nach Absatz 3 vereinbaren. Für die Einzelheiten des Verfahrens ist § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 9 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.

(3) Werden krankhausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und 2 vereinbart, so ist für diese Entgelte in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung eine Erlössumme zu bilden. Sie umfasst nicht die Entgelte nach Absatz 2. Für die Vereinbarung der Entgelte und der Erlössumme sind Kalkulationsunterlagen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 vorzulegen. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab, so sind die Mehr- oder Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Absatz 8 zu ermitteln und auszugleichen.“

6. Nach § 6 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Dritter Abschnitt
Entgeltarten und Abrechnung“.

7. Nach der Überschrift des Dritten Abschnitts werden die §§ 7 und 8 wie folgt gefasst:

„§ 7
Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patientinnen und Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. Ausbildungszuschlag (§ 17a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17d Absatz 2 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Absatz 4),
4. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten erfasst werden (§ 6 Absatz 1),
5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 aufgenommen worden sind (§ 6 Absatz 2).

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden folgende Zuschläge abgerechnet:

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

§ 8

Berechnung der Entgelte

(1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Patientinnen und Patienten des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Bei Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 zu berechnen; dies gilt auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln. Die Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Absatz 1 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie aus einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei einer Hochschulklinik aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, aus dem Krankenhausplan nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie aus einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Tagesbezogene Entgelte für voll- oder teilstationäre Leistungen werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet. Satz 1 erster Halbsatz gilt entsprechend bei internen Verlegungen; wird ein Patient oder eine Patientin an einem Tag mehrfach intern verlegt, berechnet nur die zuletzt aufnehmende Abteilung das tagesbezogene Entgelt. Für die zusätzlich zu tagesbezogenen Entgelten berechenbaren Entgelte gelten die Vorgaben des § 8 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1, 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Sofern fallbezogene Entgelte zu berechnen sind, gelten die Vorgaben des § 8 Absatz 2 Satz 3, Absatz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Näheres

oder Abweichendes wird von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart oder in einer Rechtsverordnung nach § 17d Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt. Für die Patientinnen und Patienten von Belegärzten werden gesonderte Entgelte berechnet.

(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Berechnungstag den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, so sind von den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 Abschlüsse nach § 137 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

(5) Das Krankenhaus kann von Patientinnen und Patienten eine angemessene Vorauszahlung verlangen, soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit den voraussichtlich zu zahlenden Entgelten orientiert. Die Sätze 1 bis 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 getroffen werden.

(6) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patientinnen und Patienten oder deren gesetzlichem Vertreter die voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben, es sei denn, die Patientin oder der Patient ist in vollem Umfang für die Krankenhausbehandlung versichert. Im Übrigen kann jede Patientin und jeder Patient verlangen, dass die voraussichtlich abzurechnenden Entgelte unverbindlich mitgeteilt werden. Stehen bei der Aufnahme einer selbstzahlenden Patientin oder eines selbstzahlenden Patienten die Entgelte noch nicht endgültig fest, so ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, dass das zu zahlende Entgelt sich erhöht, wenn das neue Entgelt während der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Erhöhung ist anzugeben.“

8. Nach § 8 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Vierter Abschnitt
Vereinbarungsverfahren“.

9. Nach der Überschrift des Vierten Abschnitts wird § 9 wie folgt gefasst:

„§ 9
Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Katalog nach § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten einschließlich der Bewertungsrelationen sowie in geeigneten Fällen Regelungen zu Zu- oder Abschlägen, die nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmen sind,
 2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
 3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen zu Zu- und Abschlägen,
 4. Empfehlungen für die Kalkulation und die krankenspezifische Vergütung von Leistungen und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
 5. die anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 4 Satz 5,
 6. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1 sowie die Weiterentwicklung der Abschnitte E1 bis E3 und B1 und B2 nach der Anlage dieser Verordnung.
- (2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Nummer 1 bis 3 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 17d Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
10. Nach § 9 wird die Überschrift des bisherigen Dritten Abschnitts gestrichen.
11. Die §§ 10 bis 12 werden wie folgt gefasst:

„§ 10
Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 vereinbaren die in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich, erstmals für das Jahr 2017, einen landesweit geltenden Basisentgeltwert (Landesbasisentgeltwert) für das folgende Kalenderjahr. Dabei gehen sie als Ausgangsgrundlage von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach der Anlage zu dieser Verordnung aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Summe der Erlöse für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1, und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen. Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren, dass Fehlschätzungen bei den Tatbeständen, die der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes zu Grunde gelegt werden, bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes für das Folgejahr berichtigt werden. Sie haben in der Vereinbarung fest-

zulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Berichtigung vorgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Veränderungsrate nach Absatz 3 bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.

(2) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
3. Leistungsveränderungen, soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den mit Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bewerteten Leistungen,
4. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht durch mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach Absatz 3 Satz 1 überschreiten; dabei werden die Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 nicht einbezogen,
5. mindernd die Summe der Erlöse, die voraussichtlich im jeweiligen Jahr auf Grund der Kappungsgrenze nach § 4 Absatz 5 Satz 5 bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird, sowie die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3, soweit die Leistungen bislang durch den Basisentgeltwert finanziert worden sind,
6. erhöhend die Summe der sonstigen Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3, soweit die Leistungen bislang durch den Basisentgeltwert finanziert worden sind,
7. Vereinbarungen nach § 9 Absatz 1.

Bei der Anwendung von Satz 1 Nummer 3 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Leistungen bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes mindernd berücksichtigt werden. Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Minderung des Landesbasisentgeltwertes auszugleichen.

(3) Der nach Absatz 2 vereinbarte Landesbasisentgeltwert darf den um die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veränderten und berichtigten Landesbasisentgeltwert des Vorjahres nicht überschreiten. Dies gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Landesbasisentgeltwertes lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzun-

gen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Lediglich technisch bedingt ist eine Erhöhung des Landesbasisentgeltwertes insbesondere dann, wenn sie auf die Weiterentwicklung des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der Abrechnungsbestimmungen zurückzuführen ist.

(4) Bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 3 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 3 Satz 1 und der Tarifrater berücksichtigt, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet. Maßstab für die Ermittlung dieser Tarifrater ist 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 Landesbasisentgeltwert ist von den Vertragsparteien um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen.

(5) Die Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes ist bis zum 31. Oktober jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. Oktober des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Landesbasisentgeltwert auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich fest.

§ 11

Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

(1) Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert, die Erlössumme, die sonstigen Entgelte, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu treffen. Die Vereinbarung muss auch Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen zu angemessenen monatlichen Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der

Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen.

(2) Der Vereinbarungszeitraum beträgt ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, kann vereinbart werden.

(3) Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Budget und die neuen Entgelte mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten können.

(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde

1. für die Jahre ab 2013, 2014 oder 2015 die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach der Anlage dieser Verordnung sowie die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit Ausnahme der Abschnitte V1, V4, L4 und K4,
2. für die Jahre ab 2017 die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach der Anlage dieser Verordnung.

Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Das Krankenhaus hat auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigt.

(5) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann.

§ 12 Vorläufige Vereinbarung

Können sich die Vertragsparteien insbesondere über die Höhe des Gesamtbetrags, des Erlösbudgets, des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes oder über die Höhe sonstiger Entgelte nicht einigen und soll deswegen die Schiedsstelle nach § 13 angerufen werden, schließen die Vertragsparteien eine Vereinbarung, soweit die Höhe unstrittig ist. Die auf dieser Vereinbarung beruhenden Entgelte sind so lange zu erheben, bis die endgültig maßgebenden Entgelte verbindlich werden. Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses infolge der erhobenen vorläufigen Entgelte werden durch Zu- oder Abschläge auf die Entgelte des laufenden

oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen.“

12. § 19 wird § 13 und wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Pflegesatzvereinbarung“ durch die Wörter „Vereinbarung nach § 10 oder § 11“ und wird die Angabe „§ 17“ durch die Angabe „§ 10 oder § 11“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird aufgehoben.

13. § 20 wird § 14 und wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten Landesbasisentgeltwertes nach § 10 und der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte, des Erlösbudgets, der Erlössumme, der sonstigen Entgelte und der Zu- und Abschläge nach § 5 ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieser Verordnung sowie sonstigem Recht entspricht. Sie entscheidet über die Genehmigung des Landesbasisentgeltwertes innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.“

- b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Pflegesatzvereinbarung“ durch das Wort „Vereinbarung“ ersetzt.
- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Im Hinblick auf die Genehmigung des Landesbasisentgeltwertes ist der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

14. § 21 wird § 15 und wird wie folgt gefasst:

„§ 15 Laufzeit

(1) Die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte und sonstigen Entgelte werden in der für das Kalenderjahr vereinbarten krankenhausesindividuellen Höhe vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, so sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, sofern in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte weiter zu erheben; dies gilt auch bei der Einführung des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 2013, 2014 oder 2015. Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

(2) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte werden durch Zu- und Abschläge auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden neuen Entgelte ausgeglichen. Wird der Ausgleichsbetrag durch die Erlöse aus diesen

Zu- und Abschlägen im restlichen Vereinbarungszeitraum über- oder unterschritten, so wird der abweichende Betrag über die Entgelte des nächsten Vereinbarungszeitraums ausgeglichen; es ist ein einfaches Ausgleichsverfahren zu vereinbaren. Würden die Entgelte durch diesen Ausgleich und einen Betrag nach § 3 Absatz 7 oder § 4 Absatz 10 insgesamt um mehr als 30 Prozent erhöht, sind übersteigende Beträge bis jeweils zu dieser Grenze in nachfolgenden Budgets auszugleichen. Ein Ausgleich von Mindererlösen entfällt, soweit die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von dem Krankenhaus zu vertreten ist.“

15. Die bisherigen §§ 13 bis 15 werden aufgehoben.
 16. Nach § 15 wird die Überschrift des bisherigen Vierten Abschnitts wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt
 Sonstige Vorschriften“.

17. Nach dem bisherigen § 21 wird die Überschrift des bisherigen Fünften Abschnitts gestrichen.

18. § 22 wird § 16 und wird wie folgt gefasst:

„§ 16
 Gesondert berechenbare ärztliche
 und andere Leistungen

Die Berechnung belegärztlicher Leistungen richtet sich nach § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen richten sich nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

19. Die §§ 23 und 24 werden aufgehoben.
 20. § 25 wird § 17.

21. Die bisherigen §§ 17 und 18 werden aufgehoben.

22. § 26 wird § 18 und wird wie folgt gefasst:

„§ 18
 Übergangsvorschriften

Krankenhäuser, die in den Jahren 2013 oder 2014 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einführen, haben in diesen Jahren die Bundespflege-satzverordnung in der am 31. Dezember 2012 gel-tenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass für diese Einrichtungen eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 letztmalig für das Jahr 2012 möglich ist.“

23. Anlage 1 wird durch die folgende Anlage ersetzt:

„Anlage

Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung
 (AEB-Psych)

E Entgelte nach § 17d KHG

E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte

E2 Aufstellung der Zusatzentgelte

E3 Aufstellung der nach § 6 krankenhaushausindividuell verhandelten Entgelte

B Budgetermittlung

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 für die Kalenderjahre 2013 bis 2016

B2 Erlösbudget und Basisentgeltwert nach § 4 ab dem Kalenderjahr 2017“.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus ^{1) 2)}

Entgelt Nr.	Berechnungstage ³⁾ (nur tagesbezogene Entgelte)	dazugehörige Fallzahl	Fallzahl (nur fall- und zeitraumbezogene Entgelte)	dazugehörige Belegungstage	Bewertungsrelation nach Entgeltkatalog	Summe der Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Sp. 2x4 und 3x4)	davon Fälle mit patientenbezogenen Abschlägen				davon Fälle mit patientenbezogenen Zuschlägen				Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Sp. 5 - (Sp. 9) + Sp. 13)
							Anzahl der Fälle mit Abschlägen	Anzahl der Tage mit Abschlägen	Bewertungsrelation je Abschlagstag	Summe der Abschläge (Sp. 7x8)	Anzahl der Fälle mit Zuschlägen	Anzahl der Tage mit Zuschlägen	Bewertungsrelation je Zuschlagstag	Summe der Zuschläge (Sp. 11x12)	
1	2	2a	3	3a	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Jahresfälle und alle Fälle mit tagesbezogenen Entgelten ⁴⁾															
Summe ⁴⁾															
Überlieger (nur fall- und zeitraumbezogene Entgelte) ⁵⁾															
Summe ⁵⁾															
Summe insgesamt															

- Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:
 - für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem Entgeltkatalog des abgelaufenen Jahres (Ziel: u.a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
 - für das laufende Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem Entgeltkatalog des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche)
 - für das laufende Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem Entgeltkatalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Grundlage für die Vereinbarung von Budget und Mehr- oder Minderleistungen),
 - für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach dem Entgeltkatalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Grundlage für die Budgetvereinbarung).
 Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen. Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.
- Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres und die Vorlage der Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres sind alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 6-7, 9-11 und 13 nicht ausgefüllt zu werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen. Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.
- Alle Berechnungstage innerhalb des Budgetzeitraumes unabhängig von der Aufnahme oder Entlassung.
- Bei tagesbezogenen Entgelten erfolgt die Fallzählung nach der folgenden formelhaften Zuordnung: (Aufnahmen + Entlassungen) : 2. Ohne interne Verlegungen. Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden nicht einbezogen. Folgende Leistungsverläufe bei der Behandlung von Patientinnen oder Patienten werden nur als ein vollstationärer Fall gezählt:
 - Unterbrechung der Behandlung durch Beurlaubung,
 - Wiederaufnahme einer Patientin oder eines Patienten, bei der nur ein Wochenende zwischen der Wiederaufnahme und der vorhergehenden Entlassung liegt,
 - Kombination von voll- und teilstationärer Behandlung,
 - Kombination von vor-, voll- und nachstationärer Behandlung.
 Eine zusätzliche Zählung als teilstationärer Fall ist nicht zulässig.
 Für fall- und zeitraumbezogene Entgelte erfolgt die Fallzählung für alle aufgenommenen und entlassenen Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr ohne Überlieger am Jahresbeginn.
- Für fall- und zeitraumbezogene Entgelte werden die Bewertungsrelationen für Überlieger in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patientin oder der Patient entlassen wird. Sie sind jeweils nach dem im jeweiligen Vorjahr geltenden Entgeltkatalog vorzulegen, d. h. bei Vorlage für den Vereinbarungszeitraum sind für die Überlieger die Bewertungsrelationen des Entgeltkatalogs des laufenden Jahres anzuwenden. Die Darstellung und Vereinbarung der Überlieger entfällt im Jahr des Systemwechsels.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E2 Aufstellung der Zusatzentgelte für das Krankenhaus ¹⁾

ZE-Nr.	Anzahl der ZE	Entgelthöhe lt. ZE-Katalog	Erlössumme
1	2	3	4
Jahresfälle und alle Fälle mit tagesbezogenen Entgelten ²⁾			
Summe der ZE			
Überlieger (nur fall- und zeit- raumbezogene Entgelte) ²⁾			
Summe der ZE			
Summe ZE insgesamt			

- 1) Die Aufstellung ist für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:
- für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem ZE-Katalog des abgelaufenen Jahres (Ziel: u.a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
 - für das laufende Kalenderjahr die hochgerechneten Ist-Daten nach dem ZE-Katalog des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche),
 - für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach dem ZE-Katalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Darstellung für die Budgetvereinbarung).
- 2) Darstellung entsprechend der Fußnoten 4 und 5 des Abschnitts E1.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E3 Aufstellung der nach § 6 Bundespflegesatzverordnung krankenhausindividuell verhandelten Entgelte ¹⁾²⁾

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte ³⁾

Entgelt nach § 6 BpflV	Fallzahl (tages-, fall- oder zeitraum-bezogene Entgelte)	Entgelthöhe (in €)	Bruttoerlös-summe ohne Zu- und Ab-schläge (in €) (Sp. 2x4)	davon Fälle mit patientenbezogenen Abschlägen				davon Fälle mit patientenbezogenen Zuschlägen				Nettoerlös-summe inkl. Zu- und Ab-schläge (in €) (Sp. 4 - (Sp. 8) + Sp. 12)
				Anzahl der Fälle mit Abschlägen	Anzahl der Tage mit Abschlägen	Abschlag je Tag (in €)	Summe der Abschläge (Sp. 7x8)	Anzahl der Fälle mit Zuschlägen	Anzahl der Tage mit Zuschlägen	Zuschlag je Tag (in €)	Summe der Zuschläge (Sp. 11x12)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Summe:												

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte ³⁾

Zusatzentgelt nach § 6 BpflV	Anzahl	Entgelt-höhe	Erlös-summe (Sp. 2x3)
1	2	3	4
Summe:			

E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte ³⁾

Entgelt nach § 6 Absatz 1 BpflV	Fallzahl	Tage	Entgelthöhe	Erlös-summe (Sp. 3x4)
1	2	3	4	5
Summe:				

- Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:
 - für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten nach den vereinbarten Entgelten des abgelaufenen Jahres (Ziel: u.a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
 - für das laufende Kalenderjahr die hochgerechneten Ist-Daten nach den vereinbarten Entgelten des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche),
 - für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach den geforderten Entgelten für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Darstellung für die Budgetvereinbarung).
 Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen.
- Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres und die Vorlage der Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres sind grundsätzlich alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 5-6, 8-10 und 12 nicht ausgefüllt zu werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.
- Jeweils gesonderte Aufstellung und Vorlage für Entgeltvereinbarungen nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 2 BpflV.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 Bundespflegesatzverordnung für die Kalenderjahre 2013 bis 2016

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
	Anpassung des Gesamtbetrags (§ 3 Absatz 2):		
1	Gesamtbetrag für das laufende Jahr		
2	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1a)		
3	./. Ausgliederung ausländischer Patienten/Patientinnen (Nr. 1b)		
4	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2)		
5	+/- Aus-/ Wiedereingliederung von Zu- und Abschlägen (Nr. 3a)		
6	+/- Modelle, Integrationsverträge (Nr. 3b)		
7	= Ausgangsbetrag für Vereinbarung nach § 3		

hier: Verhandlung des Gesamtbetrags für den Vereinbarungszeitraum

8	Gesamtbetrag für den Vereinbarungszeitraum		
9	+/- neue Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre ¹⁾		
10	= Veränderter Gesamtbetrag (§ 3 Absatz 2 Satz 5)		
11	davon: verändertes Erlösbudget (§ 3 Absatz 2 Satz 5) ²⁾		
12	davon: Entgelte nach § 6 Absatz 1 BPflV		

	Ermittlung des Basisentgeltwerts:		
13	Erlösbudget aus lfd. Nr. 11 ²⁾		
14	./. Erlöse aus Zusatzentgelten		
15	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn ³⁾		
16	= Summe mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte einschl. lfd. Nr. 9		
17	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Anlage E1) ⁴⁾		
18	= krankenhausindividueller Basisentgeltwert		
19	nachrichtlich: Basisentgeltwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen		

- 1) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.
- 2) Erlösbudget einschließlich der Erlöse für patientenbezogene Zu- und Abschläge.
- 3) Ausgliederung der Überliegererlöse für fall- und zeitraumbezogene Entgelte.
- 4) Summe der Jahresfälle und alle Fälle mit tagesbezogenen Entgelten (Spalte 14 Abschnitt E1).

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B2 Erlösbudget und Basisentgeltwert nach § 4 Bundespflegesatzverordnung ab dem Kalenderjahr 2017

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungs- zeitraum
	1	2	3
	Ermittlung des Ausgangswerts (Absatz 2):		
1	Erlösbudget für das laufende Jahr		
2	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1a)		
3	./. Ausgliederung ausländischer Patienten/Patientinnen (Nr. 1b)		
4	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2)		
5	+ Einbeziehung von Innovationen (Nr. 3)		
6	+/- Aus-/ Wiedereingliederung von Zu- und Abschlägen (Nr. 4a)		
7	+/- Aus-/ Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Absatz 1 (Nr. 4b)		
8	+/- Modelle, Integrationsverträge (Nr. 4c)		
9	= Ausgangswert des Vorjahres		
10	+/- voraussichtliche Leistungsveränderungen (Absatz 3 Satz 1 Nr. 1)		
11	+/- Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Absatz 3 Satz 1 Nr. 2)		
12	+ Berichtigungsrate (Absatz 3 Satz 1 Nr. 3)		
13	= veränderter Ausgangswert (Absatz 3)		
	Ermittlung des Zielwerts (Absatz 4):		
14	Erlöse aus mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten		
15	+ voraussichtliche Erlöse aus Zusatzentgelten		
16	= Zielwert (Absatz 4)		
	Ermittlung des Angleichungsbetrags:		
17	Zielwert aus lfd. Nr. 16		
18	./. veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 13		
19	= Zwischenergebnis		
20 % von lfd. Nr. 19 (Absatz 5 Satz 2) oder Kappungsgrenze		
21	= Angleichungsbetrag (Absatz 5 Satz 2)		
	Ermittlung des Erlösbudgets:		
22	veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 13		
23	+/- Angleichungsbetrag aus lfd. Nr. 21		
24	= Erlösbudget (Absatz 5 Satz 3)		
	Ermittlung des Basisentgeltwerts (Absatz 6):		
25	Erlösbudget aus lfd. Nr. 24		
26	./. voraussichtliche Erlöse aus Zusatzentgelten (lfd. Nr. 15)		
27	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn ¹⁾		
28	+/- neue Ausgleiche für Vorjahre ²⁾		
29	= Verändertes Erlösbudget (Absatz 6 Satz 1) ³⁾		
30	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Anlage E1) ⁴⁾		
31	= krankenhausindividueller Basisentgeltwert		
32	nachrichtlich: Basisentgeltwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen		

- 1) Ausgliederung der Überliegererlöse für fall- und zeitraumbezogene Entgelte.
- 2) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.
- 3) Erlösbudget einschließlich der Erlöse für patientenbezogene Zu- und Abschläge.
- 4) Summe der Jahresfälle und alle Fälle mit tagesbezogenen Entgelten (Spalte 14 Abschnitt E1).

24. Anlage 2 wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Bundespfllegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.
2. In § 8 Absatz 4 wird die Angabe „Satz 3 Nr. 5“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.
3. § 9 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
4. § 10 Absatz 11 wird wie folgt gefasst:

„(11) (weggefallen)“.
5. § 16 wird wie folgt gefasst:

„§ 16 (weggefallen)“.
6. In § 17 Absatz 5 werden nach dem Wort „Bundespfllegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.
7. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „pauschalierte Pflegesätze nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „für das Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ frühestens für das Jahr 2017“ eingefügt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Soweit für Belegpatientinnen und -patienten gesonderte Entgelte nach Satz 1 nicht oder noch nicht vereinbart wurden, werden gesonderte sonstige Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespfllegesatzverordnung vereinbart.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Fallpauschalen“ durch die Wörter „mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „§ 6“ die Wörter „oder nach § 6 der Bundespfllegesatzverordnung“ eingefügt.
 - cc) Satz 3 wird aufgehoben.

8. In § 19 Absatz 2 Satz 1 und 2 werden jeweils nach dem Wort „Bundespfllegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.

9. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d wird die Angabe „§ 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 4“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Fallpauschalen“ durch die Wörter „pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 11“ durch die Wörter „§ 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird die Angabe „§ 11“ durch die Wörter „§ 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“, wird die Angabe „2003 bis 2008“ durch die Angabe „2013 bis 2021“ und wird das Wort „Basisfallwerts“ durch das Wort „Basisentgeltwertes“ ersetzt.

Artikel 4

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 3 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 64 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „sind die Vergütungen“ die Wörter „oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2“ sowie vor dem Wort „Risikostruktur“ die Wörter „Morbiditäts- oder“ eingefügt und werden die Wörter „im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern“ durch die Wörter „sowie dem in den Verträgen nach Absatz 1 jeweils vereinbarten Inhalt des Modellvorhabens zu bereinigen“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird das Wort „Verringerung“ durch die Wörter „Bereinigung des Behandlungsbedarfs oder“ ersetzt.
- c) In Satz 3 werden die Wörter „mit dem Budget nach § 12 der Bundespfllegesatzverordnung oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ durch die Wörter „nach der Bundespfllegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz“ ersetzt.
- d) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Ausgliederung nach Satz 1 sind nicht auf die einzelne Leistung bezogene, insbesondere periodenfremde, Finanzierungsverpflichtungen in Höhe der ausgliederten Belegungsanteile dem Modellvorhaben zuzuordnen.“

2. Nach § 64a wird folgender § 64b eingefügt:

„§ 64b
Modellvorhaben zur psychiatrischen
oder psychosomatischen Versorgung

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.

(2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

(3) Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zu Grunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens mitzuteilen. Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine Vereinbarung. § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung und die Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(4) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.“

3. Dem § 118 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend.“

4. In § 120 Absatz 1a Satz 5 werden die Wörter „sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils“ gestrichen.

5. Nach § 137 Absatz 1c wird folgender Absatz 1d eingefügt:

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen.“

6. In § 137e Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes“ durch die Wörter „pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Wörter „oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ und nach den Wörtern „§ 13 des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Wörter „oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

7. § 139c Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.“

8. § 291a Absatz 7a Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.“

9. In § 301 Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „§ 17b“ die Angabe „und § 17d“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung

Die Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. Juni 2011 (BGBl. I S. 1041) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Satz 1 werden nach den Wörtern „Kosten sowie“ die Wörter „bis zum Jahr 2016“ und werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.

2. In § 9 Satz 2 werden die Wörter „dem Landespflegesatzausschuß nach § 20 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Abgrenzungsverordnung

Die Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.
2. In § 4 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zweiter Satzteil der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 17 Absatz 4b Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 7

Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung

Die Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), die durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 8

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am 1. Januar 2013 in Kraft.
- (2) In Artikel 2 Nummer 5 tritt § 3 am 1. Juli 2012 in Kraft.
- (3) In Artikel 2 Nummer 11 tritt § 11 am 1. Juli 2012 in Kraft.
- (4) Artikel 2 Nummer 22 tritt am 1. Juli 2012 in Kraft.
- (5) Artikel 4 Nummer 1 und 2 tritt am 1. Juli 2012 in Kraft.
- (6) Artikel 7 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Handlungsbedarf

Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) sieht die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die voll- und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen vor. Bislang sind diese Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen von der Anwendung der fallpauschalierenden Entgelte für zugelassene Krankenhäuser ausgenommen (§ 17b Absatz 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG). Zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wurde mit § 17d KHG im Jahr 2009 der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erteilt. Das Entgeltsystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung von medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen abzubilden. Dabei soll der Differenzierungsgrad praktikabel sein. Für die Konzeption des Entgeltsystems ist zu prüfen, ob neben tagesbezogenen Entgelten für bestimmte Leistungen andere Abrechnungseinheiten möglich sind (z. B. Fallbezug). Ferner soll geprüft werden, inwieweit auch die Einbeziehung ambulanter Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) möglich ist.

Ebenso wie beim DRG-System, bei dem der Gesetzgeber auch die Entwicklung eines durchgängigen Entgeltsystems vorgibt (§ 17b Absatz 1 Satz 1 KHG), wird damit ein umfassendes, möglichst alle voll- und teilstationären Leistungen einbeziehendes Entgeltsystem angestrebt. Nicht gemeint ist damit ein alle Leistungssektoren umfassendes Entgeltsystem. Bereits die grundsätzliche gesetzliche Begrenzung auf die voll- und teilstationären Leistungen steht dem entgegen.

Mit der Entwicklung des Entgeltsystems wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung. Die Selbstverwaltungspartner haben mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben das von ihnen getragene Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu beauftragen (§ 17d Absatz 3 Satz 3 KHG). Die Selbstverwaltungspartner haben sich am 17. November 2009 auf die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen geeinigt. Das InEK hat im Jahr 2010 einen Pretest zur Entwicklung der Kalkulationsmethodik durchgeführt. Auf der Grundlage der Ergebnisse des Pretests wurde am 16. November 2010 ein Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen veröffentlicht. Im Jahr 2011 wurde mit freiwillig teilnehmenden psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine erste Probekalkulation durchgeführt. Für die Begleitforschung wurden Vorarbeiten durchgeführt. Eine Vorstudie zur Vorbereitung einer anschließend auf dieser Grundlage vorzunehmenden Ausschreibung wurde vergeben.

Die Kalkulation, die vom InEK auf der Grundlage von Daten aus einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern erfolgen soll, ist so abzuschließen, dass bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und Bewertungsrelationen von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbart werden können. Das neue Vergütungssystem ist nach § 17d Absatz 4 Satz 3 KHG im Jahr 2013 erstmals unter budgetneutralen Bedingungen für die Abrechnung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anzuwenden.

Die Einzelheiten für den weiteren Einführungsprozess hat der Gesetzgeber noch nicht ausgestaltet. Er hat lediglich den Hinweis gegeben, dass diese im Rahmen eines späteren Gesetzgebungsverfahrens festzulegen sind. Konkret sind die gesetzlichen Vorgaben für die Einbindung des neuen Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung zu treffen. Mit diesem Gesetz werden nunmehr die näheren gesetzlichen Festlegungen getroffen, wie die Vergütung der Leistungen im neuen Psych-Entgeltsystem erfolgen wird. Neben langfristigen Weichenstellungen der Vergütungssystematik werden auch Übergangsregelungen formuliert. Z. B. wird die Dauer der für die Krankenhäuser vorgesehenen budgetneutralen Einführung des neuen Entgeltsystems sowie die Ausgestaltung des daran anschließenden allmählichen Übergangs zu einem landeseinheitlichen Preissystem (Konvergenzphase) festgelegt. Der gesetzliche Rahmen wird für die erstmalige Anwendung im Jahr 2013 bereits für die prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen im Herbst 2012 benötigt.

Ziele

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems wird nunmehr auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik der Weg von der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgesetzt. Die Einführung des Entgeltsystems führt dazu, dass die Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen nicht mehr krankenhausespezifisch vereinbart wird, vielmehr sind bundeseinheitliche Entgelte zu kalkulieren. Die heutige krankenhausespezifische Mischfinanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistungsgerechtigkeit der Finanzierung.

Mit dem neuen Entgeltsystem soll die Transparenz über die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen der Krankenhäuser verbessert werden. Durch die leistungsorientierte Ausgestaltung des neuen Psych-Entgeltsystems wird die Möglichkeit eröffnet, Versorgungsstrukturen zu analysieren und zu optimieren. Die Vergleichbarkeit von Einrichtungen auf der Grundlage ihrer Leistungen wird zunehmen. Die Verknüpfung von Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausesintern wie auch krankenhausesübergreifend effizienter eingesetzt werden. Zugleich ist mit dem neuen Entgeltsystem auch die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen verbunden. Einrichtungen, die aufwendige Leistungen erbringen, sollen diese auch höher

vergütet bekommen als Einrichtungen, die weniger aufwendige Patientinnen und Patienten versorgen. Das Geld soll den Leistungen folgen. Durch die sowohl für Krankenhäuser wie auch Krankenkassen gestärkte Transparenz ist zudem davon auszugehen, dass nicht nur die Verteilungsgerechtigkeit zunimmt, sondern auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gestärkt wird. Die Qualität der Leistungen soll durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren gefördert werden. Die Ergebnisse sind dabei nach Außen transparent zu machen.

Mit dem KHRG wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene mit der Entwicklung und Einführung des leistungsorientierten Entgeltsystems beauftragt. Mit diesem Gesetz erfolgen jetzt entsprechende Anpassungen der Vergütungsstrukturen, damit krankenhausintern und krankenhausübergreifend ein bedarfsgerechter und effizienter Ressourceneinsatz erfolgen kann. Die Regelungen zielen ab auf

- einen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend effizienteren Einsatz von Ressourcen,
- die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen,
- die Verbesserung der Leistungsqualität,
- Anreize zur frühzeitigen Umstellung auf das neue Entgeltsystem,
- eine allmähliche Überleitung vom alten in das neue Vergütungssystem und damit,
- lange Anpassungszeiten, in denen die Einrichtungen sich auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen können, sowie
- Vorgaben zur Verhandlung des Preisniveaus (Landesbasisentgeltwert) im neuen Entgeltsystem.

II. Wesentliche Inhalte und Schwerpunkte des Gesetzes

II.1 Wesentlicher Inhalt

Mit dem Gesetz wird das neue Psych-Entgeltsystem in die Krankenhausfinanzierung eingebunden. Die Überleitung vom alten in das neue Vergütungssystem wird geregelt. Dazu werden die bisherigen kostenorientierten Vergütungsregelungen der BpflV a. F. sukzessive ersetzt durch leistungsorientierte Vergütungsregelungen. Die neuen Vergütungsregelungen knüpfen an den von den Selbstverwaltungspartnern auf Basis des § 17d KHG bereits begonnenen Entwicklungsschritten zum neuen Entgeltsystem an, z. B. der Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen, und nehmen diese Elemente des neuen Entgeltsystems auf.

Die Entwicklung und Einführung des Psych-Entgeltsystems erfolgt schrittweise und im Rahmen eines lernenden Systems. Das lernende System schließt dabei auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen ein, die bei Anpassungsbedarf ebenfalls weiterentwickelt werden können. Diese Herangehensweise hat sich bereits bei der DRG-Einführung bewährt. Wie auch das DRG-System wird das neue Psych-Entgeltsystem datengestützt entwickelt. Dazu wurden in den vergangenen Jahren funktionsfähige Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung der Entgeltsysteme etabliert. Zugleich verfügen die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene mit dem InEK über ein Institut mit sehr guten Erfahrungen in der Kalkulation stationärer Entgelte. Änderungsvorschläge zu den medizinischen Klassifikationen

können von Beteiligten wie z. B. den medizinischen Fachgesellschaften jährlich im Rahmen des bestehenden Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bzw. zu dem für das Psych-Entgeltsystem noch einzurichtenden Vorschlagsverfahren der Selbstverwaltungspartner beim InEK eingebracht werden. Dieser schrittweisen Entwicklung des Psych-Entgeltsystems als lernendem System trägt der Gesetzentwurf durch eine vierjährige budgetneutrale Einführungsphase und eine fünfjährige Überführungsphase (Konvergenzphase) ausgeprägt Rechnung. Den Einrichtungen wird bis zur Anwendung eines Festpreissystems mit einheitlichen Landesbasisentgeltwerten eine lange Anpassungszeit eingeräumt, in der sie sich auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen können.

II.2 Schwerpunkte des Gesetzes

II.2.1 Budgetneutralität

Die budgetneutrale Phase des Psych-Entgeltsystems startet im Jahr 2013 und dauert vier Jahre. Durch die Budgetneutralität wird das neue Psych-Entgeltsystem für die Jahre 2013 bis 2016 unter geschützten Bedingungen eingeführt. Die Systematik der bisherigen Budget- und Pflegesatzverhandlungen wird schrittweise umgestellt. So werden zunächst die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen weiterhin nach den bisherigen Regeln vereinbart, so dass durch das neue Entgeltsystem bedingte Verluste oder Gewinne für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vermieden werden.

Dabei wird weiterhin ein Budget verhandelt, das die gesamten Erlöse der Einrichtung für die pflegesatzfähigen Leistungen umfasst. Das Budget wird jedoch nicht mehr mit Abteilungs- und Basispflegesätzen abgerechnet. Vielmehr werden unter Berücksichtigung der bundesweiten Bewertungsrelationen jeweils krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt. Diese werden für die Rechnungsstellung mit den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen des Entgeltkataloges multipliziert. Die krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte werden auf der Grundlage der Krankenhausbudgets unter Anwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge ermittelt. Damit finden die neuen Entgelte bereits bei der Ermittlung krankenhausindividueller Basisentgeltwerte als Verrechnungsgröße auf das vereinbarte Budget Anwendung.

Die lange budgetneutrale Einführungsphase und die damit verbundenen geschützten Bedingungen ermöglichen es den Einrichtungen, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Sie gibt jedoch auch den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene umfassend Zeit, die Entwicklung des neuen Entgeltsystems voranzutreiben und weiter zu verbessern. Sie trägt damit den zu leistenden grundlegenden Entwicklungsarbeiten für das Entgeltsystem Rechnung.

II.2.2 Optionsjahre

In den ersten beiden Jahren der insgesamt vierjährigen budgetneutralen Einführungsphase (2013 und 2014) können die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen das neue Entgeltsystem auf freiwilliger Grundlage einführen (Optionsjahre). Für die Kostenträger ist die Annahme der

Abrechnungen nach den neuen Psych-Entgelten von Anfang an verpflichtend. In den Jahren 2015 und 2016 ist dann unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtend. Die Einrichtungen können sich somit ab dem Zeitpunkt der Vorlage des Gesetzentwurfs über drei Jahre auf die verpflichtende Umstellung vorbereiten. Mit der verpflichtenden budgetneutralen Anwendung erhalten die Einrichtungen zwei weitere Jahre unter geschützten Bedingungen.

II.2.3 Anreize zur frühzeitigen Umstellung auf das neue Entgeltsystem

Eine frühzeitige Umstellung auf das neue Entgeltsystem bietet den Einrichtungen längere Zeiträume, um Know-how und Erfahrungen mit dem neuen System zu sammeln. Mit dem Gesetz werden daher Anreize geschaffen, schon während der Optionsjahre das neue Entgeltsystem auf freiwilliger Basis einzuführen. Dazu werden für die Optionshäuser in den Jahren 2013 und 2014 vorübergehend deutlich verbesserte Mindererlösausgleiche vorgegeben. Damit wird bei der erstmaligen Ermittlung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte das Schätzfehlerisiko besser ausgeglichen. Ab 2015 wird die Mindererlösausgleichsquote wieder abgesenkt.

Darüber hinaus ist die Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als weiterer Anreiz für Optionseinrichtungen im Gegensatz zu nicht optierenden Einrichtungen bis zum Jahr 2016 möglich. Für Psych-Einrichtungen liegt darin ein Anreiz für einen frühzeitigen Umstieg, da in dieser Phase der Budgetneutralität die Psych-PV unter Finanzierungsaspekten noch von Relevanz ist. Wenn das neue Entgeltsystem mit Beginn der Konvergenzphase zum 1. Januar 2017 erstmals ökonomische Wirkung entfaltet, wird in Folge des schrittweisen Umstiegs auf ein leistungsorientiertes Entgeltsystem die Psych-PV als Finanzierungsinstrument von zusätzlichen Personalstellen für alle Einrichtungen aufgehoben.

II.2.4 Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen

In der budgetneutralen Phase wird die Höhe der vereinbarten Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Entgeltsystem beeinflusst. Erst mit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 sollen unterschiedlich leistungsgerechte Krankenhausbudgets in mehreren Stufen an das neue, landesweit einheitliche Preisniveau angeglichen werden. Dazu werden für das Jahr 2017 erstmalig Landesbasisentgeltwerte vereinbart, die sich aus dem Erlös- und Leistungsvolumen für die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte im Land ableiten.

Die unterschiedlich leistungsgerechten Krankenhausbudgets werden in der fünfjährigen Konvergenzphase stufenweise angeglichen, indem die Differenz zwischen dem nach den bisherigen Regeln verhandelten Budget und dem unter Berücksichtigung des neuen Landesbasisentgeltwertes ermittelten Psych-Erlösvolumen abgebaut wird. Krankenhäuser mit zu hoch bewerteten Erlösbudgets müssen in dieser Phase Erlöseinbußen hinnehmen, sofern sie nicht die lange Einführungszeit unter geschützten Bedingungen für rechtzeitige Anpassungen an die geänderten Rahmenbedingungen nutzen. Krankenhäuser mit zu gering bewerteten Erlösbudgets werden dagegen Erlöszuwächse realisieren. Damit erfolgt eine Umverteilung hin zu mehr Leistungs-

gerechtigkeit. Um die Auswirkungen bei Erlöseinbußen abzufedern, werden konvergenzbedingte Budgetminderungen einzelner Einrichtungen durch eine Kappungsgrenze begrenzt (beginnend bei 1 Prozent, jährlich um 0,5 Prozentpunkte steigend). Die Summe der Kappungsbeträge ist bei der Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes mindernd zu berücksichtigen, um hierdurch Mehrausgaben für die Kostenträger zu vermeiden.

II.2.5 Weitere Regelungen zum Entgeltsystem

Angelehnt an die Systematik des Krankenhausentgeltgesetzes sind Zusatzentgelte, krankenhausesindividuelle Entgelte sowie Zu- und Abschläge abrechenbar.

Einzelne Einrichtungen können mit dem Konzept der besonderen Einrichtungen nach Abschluss der budgetneutralen Phase von der Anwendung des Psych-Entgeltsystems zeitlich befristet ausgenommen werden, wenn deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden.

Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können bei fehlender sachgerechter Abbildung im Psych-Entgeltsystem krankenhausesindividuelle Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern geschlossen werden. Die von Krankenhäusern für die Verhandlungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem vorzulegenden Aufstellungen für die Budgetverhandlungen werden auf das leistungsorientierte Entgeltsystem ausgerichtet (u. a. neue Aufstellung zu Art und Anzahl der Leistungen). Nach der erstmaligen gesetzlichen Vorgabe können die Aufstellungen von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene weiter entwickelt werden.

II.2.6 Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Mit der Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems wächst die Notwendigkeit einer systematischen Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Der Entwurf sieht daher eine Regelung vor, die den Gemeinsamen Bundesausschuss verpflichtet, in seinen Richtlinien erforderliche Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für diesen Bereich festzulegen sowie Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität zu entwickeln. Die Indikatoren sind in Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung umzusetzen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit Beginn der Konvergenzphase des Psych-Entgeltsystems zum 1. Januar 2017 einzuführen sind. Damit sich Patientinnen und Patienten zukünftig über die Qualität der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung informieren können, ist zudem vorgegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, soweit diese zur Information geeignet sind, in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufnehmen lassen muss.

II.2.7 Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorenübergreifende Versorgung hat in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine wichtige Bedeutung. Zur Förderung dieser Versorgungsmöglichkeiten werden die Vorgaben für Modellvorhaben weiter ent-

wickelt. Möglich sind Modellvorhaben z. B. zur optimierten Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereich, zu neuen Formen der Leistungserbringung wie z. B. Home Treatment oder zur Versorgung auf der Grundlage von regionalen Budgets. Die geltenden Dokumentationsvorgaben sind auch für Modellvorhaben verbindlich.

Zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten wird auch psychosomatischen Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen) die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V eröffnet.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit und der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich.

Das Vergütungssystem für die Finanzierung der Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Änderungen in diesem System sind folgerichtig ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung gilt im Interesse der Absicherung einheitlicher wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung und betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben.

Das DRG-Vergütungssystem wird bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG vereinbart und weiterentwickelt. Dies gilt entsprechend für das zu entwickelnde Psych-Entgeltsystem nach § 17d KHG. Mit dem vorliegenden Gesetz werden die rechtlichen Vorgaben für die Einbindung des neuen Psych-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung festgelegt. Die Änderungen knüpfen an die bestehende, bereits unter einheitlichen Bedingungen auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG vorgegebene Bundespflegeverordnung an. Dabei orientieren sie sich, an dem ebenfalls unter einheitlichen Bedingungen auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG eingeführten DRG-Vergütungssystem. Die Regelungsziele sind durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene bei dem Entgeltsystem der Krankenhäuser zu einer Rechtszersplitterung mit gravierenden Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Anwendung des Entgeltsystems durch die Krankenhäuser und zu einer Beeinträchtigung des Fortbestandes eines einheitlichen Systems der Versorgung der Bevölkerung führen würde.

IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

V. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

V.1 Bund, Länder und Gemeinden

Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erfolgt eine stärker leistungsorientierte Verteilung der vorhandenen Mittel. Finanzielle Auswirkungen für die öffentlichen Haushalte

von Bund, Ländern und Gemeinden ergeben sich daher hierdurch nicht.

Den Kommunen und Ländern können als Träger von Krankenhäusern zusätzliche Aufwendungen für die Finanzierung der erforderlichen administrativen Infrastruktur insbesondere im Bereich EDV-Ausstattung entstehen. Dies wird im Bereich des Erfüllungsaufwands differenzierter quantifiziert. Die damit verbundene Steigerung der Effizienz der Krankenhausverwaltungen dürfte jedoch bereits auf mittlere Sicht die Mehraufwendungen überwiegen.

V.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erfolgt lediglich eine stärker leistungsorientierte Verteilung der bereits bislang verausgabten Mittel. Finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt ergeben sich daher hierdurch nicht.

Durch die Anhebung der Mindererlösausgleichsquote in den Optionsjahren 2013 und 2014 von 20 Prozent auf 75 Prozent ergeben sich unter der Annahme, dass im Jahr 2013 ein Drittel und im Jahr 2014 zwei Drittel der Einrichtungen freiwillig das neue Psych-Entgeltsystem anwenden, Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung von geschätzt rd. 16 Mio. bzw. rd. 33 Mio. Euro. Dem stehen in nicht quantifizierbarer Höhe Einsparungen gegenüber, indem die Möglichkeit zur Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung nach § 6 Absatz 4 BpflV a. F. zum Jahr 2012 für Einrichtungen endet, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen.

VI. Erfüllungsaufwand

Durch das neue Gesetz entstehen für die Krankenhäuser und Krankenkassen unterschiedliche Vorgaben, die mit Be- und Entlastungen verbunden sind. Für Bürgerinnen und Bürger macht das Gesetz keine Vorgaben.

Das neue Vergütungssystem wird in mehreren Schritten etabliert, so dass ein reiner Vorher-Nachher-Vergleich den Erfüllungsaufwand nur unzureichend abbilden würde. Der Erfüllungsaufwand wurde daher für die Wirtschaft (Krankenhäuser) und die Verwaltung (Krankenkassen) jeweils differenziert für die Jahre der Ein- und Übergangphase quantifiziert. Erfüllungsaufwand entsteht grundsätzlich erst mit dem Umstieg der Einrichtungen auf das neue Entgeltsystem. Dazu wurde angenommen, dass je ein Drittel der Krankenhäuser das neue Vergütungssystem in den zwei Optionsjahren 2013 bzw. 2014 einführt und ein Drittel im Jahr 2015 umsteigt. Abweichend davon wurde bei der Ermittlung des Erfüllungsaufwands angenommen, dass Schulungen sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Krankenkassen bereits im Jahr 2013 durchgeführt werden.

Der Erfüllungsaufwand wurde auf Basis einer Ex-ante-Abschätzung mit Hilfe von Zeitwerten und unter Berücksichtigung der im Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung enthaltenen Lohnkostentabellen des Statistischen Bundesamtes ermittelt. Der Ermittlung zugrunde liegende Mengengerüste wurden – soweit sie aus der Quantifizierung von Bürokratiekosten bisheriger Informationspflichten im

Standardkostenmodell nicht zur Verfügung stehen – unter Einbezug von Einzelexperten der Krankenhäuser und Krankenkassen geschätzt.

Die Zahl der Einrichtungen, für die das neue Entgeltsystem Anwendung findet, wurde zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands mit insgesamt 591 Psych-Einrichtungen zugrunde gelegt. Diese Zahl ergibt sich anhand von Daten nach § 21 KHEntgG für den Psych-Entgeltbereich.

Die mit dem Gesetz eingeführten Vorgaben richten sich überwiegend sowohl an die Krankenkassen als auch an die Krankenhäuser. Lediglich eine Vorgabe (Wegfall des Krankenhausvergleichs nach § 5 BPflV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung) betrifft in Hinblick auf den Erfüllungsaufwand ausschließlich die Krankenkassen. Für die Vorgabe zur Qualitätssicherung wird begründet, warum aus heutiger Sicht noch kein Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser ermittelt werden kann.

Für Krankenhäuser und Krankenkassen insgesamt entsteht bis zum Jahr 2015, also dem Jahr der verpflichtenden Anwendung des neuen Entgeltsystems, ein sukzessiv ansteigender Erfüllungsaufwand von insgesamt bis zu rd. 3,2 Mio. Euro p.a. Im Jahr 2016 vermindert sich der Erfüllungsaufwand aufgrund des entfallenden Einmalaufwands deutlich auf rd. 2,2 Mio. Euro. Ab dem Jahr 2017 entstehen insgesamt Entlastungen in Höhe von rd. 295 000 Euro p. a., ab 2022 in Höhe von rd. 414 000 Euro p. a.

VI.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger werden weder Informationspflichten noch inhaltliche Pflichten (Handlungen) eingeführt. Für Bürgerinnen und Bürger entsteht somit kein Erfüllungsaufwand.

VI.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft (Krankenhäuser) werden durch das neue Gesetz drei Vorgaben eingeführt, deren Erfüllungsaufwand im Wege der Ex-ante-Schätzung quantifiziert wird. Dies ist die Informationspflicht zur Vorlage neuer Vordrucke gemäß der Anlage zur BPflV n. F., die Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten gemäß § 10 BPflV n. F. sowie die Vereinbarung über Art und Umfang der nach § 64b SGB V (Modellvorhaben) zu übermittelnden Daten. Auf Letztere entfällt im Jahr 2013 einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rd. 6 000 Euro. Hinzu kommt mit der zusätzlichen Datenübermittlung der Krankenhäuser im Rahmen der Durchführung von Modellvorhaben eine nicht quantifizierbare Informationspflicht. Je Modellvorhaben beläuft sich der jährliche Erfüllungsaufwand auf rd. 200 Euro, die Zahl der zukünftig vereinbarten Modellvorhaben lässt sich jedoch nicht abschätzen.

Verhandlung auf der Basis neuer Vordrucke

Auf örtlicher Ebene ändern sich im neuen Psych-Entgeltsystem die Verhandlungsgegenstände und die dafür zugrunde gelegten Vordrucke. Für die Krankenhäuser ist die Lieferung der neuen Vordrucke AEB-Psych (§ 11 BPflV n. F.) sowohl mit einmaligem Aufwand als auch mit periodischem Erfüllungsaufwand verbunden.

Einmaliger Erfüllungsaufwand durch neue Vordrucke

Einmaliger Erfüllungsaufwand ergibt sich für neue Softwareprogramme, mit denen die neuen Vordrucke aus dem Krankenhausinformationssystem erstellt werden sowie für Schulungsaufwand im Zusammenhang mit der AEB-Psych. Der Aufwand für Software für reine Psych-Einrichtungen wird höher ausfallen als für selbständige, gebietsärztlich geleitete Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern, in denen entsprechende Software für den DRG-Bereich bereits vorliegt. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2009 245 reine Psych-Einrichtungen. In einer Mischkalkulation wurde der einmalige Aufwand für Software ermittelt. Der Erfüllungsaufwand für Software entsteht in Abhängigkeit vom Einstieg der jeweiligen Einrichtungen in den beiden Optionsjahren bzw. dem Jahr 2015 als Jahr der verbindlichen Einführung des neuen Entgeltsystems.

Neben dem Erfüllungsaufwand für Software entsteht für die Krankenhäuser einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Notwendigkeit von Schulungen im Umgang mit den neuen Vordrucken. Unter Berücksichtigung einer Sachkostenpauschale je Personaleinheit ergibt sich für die Wirtschaft im Jahr 2013 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rd. 1,46 Mio. Euro sowie in den Jahren 2014 und 2015 jeweils ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rd. 985 000 Euro.

Periodischer Erfüllungsaufwand durch neue Vordrucke

Zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen übermitteln die Krankenhäuser erstmalig ab dem Jahr 2013 die Abschnitte E1 bis E3 und B1 der neuen Vordrucke AEB-Psych (Anlage der BPflV n. F.) Für die Krankenhäuser entsteht durch die Verhandlung auf Basis der neuen Vordrucke periodischer Erfüllungsaufwand, der aus der Vorbereitungszeit zur Erstellung der für die Verhandlung vorzulegenden Vordrucke und dem mit der Verhandlung der AEB-Psych verbundenen Zeitaufwand resultiert. Da die Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 optional in das neue Entgeltsystem einsteigen können und der Einstieg erst für 2015 verbindlich vorgegeben ist, entsteht der mit den neuen Vordrucken verbundene jährliche Erfüllungsaufwand für die Einrichtungen erst gestuft ab den Jahren 2013 bis 2015.

Mit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017, in dem erstmalig ein Landesbasisentgeltwert kalkuliert wird, werden auf Krankenhausebene statt eines Gesamtbudgets nur noch Art und Menge der Leistungen verhandelt. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1 der BPflV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung entfällt daher in 2017 vollständig. Dem zusätzlichen Aufwand durch die neuen Vordrucke stehen daher ab dem Jahr 2017 Entlastungen durch den Wegfall der bisherigen LKA-Vordrucke gegenüber. Diese Entlastungen wurden anhand der im Standardkostenmodell hinterlegten Daten ermittelt. Ab 2022 fällt auch die Ermittlung der Konvergenzschritte weg, d. h., es werden ausschließlich Leistungsart und -mengen verhandelt. Die jährliche Entlastung steigt in Höhe des bisherigen Aufwands für die Ermittlung der Konvergenzschritte (Vordruck B2).

Insgesamt ergibt sich für die Krankenhäuser – unter Berücksichtigung einer Sachkostenpauschale je Personaleinheit – in den Jahren 2013 bis 2016 ein zusätzlicher periodischer Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser zwischen rd. 590 000 Euro p. a. und rd. 1,77 Mio. Euro p. a. Ab 2017 ist

der periodische Erfüllungsaufwand der Krankenhäuser auch durch die Verhandlung der Landesbasisentgeltwerte beeinflusst.

Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten

Die Preiskomponente wird ab 2017 jährlich auf Landesebene verhandelt. Diese Aufgabe besteht im Psych-Bereich bislang nicht. Unter Berücksichtigung einer Sachkostenpauschale je Personenstunde entsteht durch die Verhandlungen der Landesbasisentgeltwerte insgesamt ein Erfüllungsaufwand von jährlich rd. 245 000 Euro.

Saldiert für alle neuen Vorgaben inklusive des Einmalaufwands ergibt sich für die Wirtschaft insgesamt folgender Erfüllungsaufwand:

Jahr	Gesamtsaldo Wirtschaft (in T €)
2013	rd. 2 055
2014	rd. 2 166
2015	rd. 2 757
2016	rd. 1 772
2017	rd. –109
2018	rd. –109
2019	rd. –109
2020	rd. –109
2021	rd. –109
2022 ff.	rd. –168

Bürokratiekosten der Wirtschaft

Die Vorgabe geänderter Vordrucke (AEB-Psych) gilt als Informationspflicht der Krankenhäuser. Die ab 2013 – zunächst nur bei optierenden Krankenhäusern – entstehenden Kosten der AEB-Psych sind somit Bürokratiekosten der Wirtschaft. Ab 2017 steht der neuen Informationspflicht eine Entlastung durch den Wegfall der bisherigen Informationspflicht (LKA-Vordrucke) gegenüber. Hierdurch werden die Kosten für die neue AEB-Psych überkompensiert. Als Bürokratiekosten der Wirtschaft bereits enthalten sind, entstehen folgende Be- und Entlastungen:

Jahr	Bürokratiekosten Wirtschaft (in T €)
2013	rd. 591
2014	rd. 1 181
2015	rd. 1 772
2016	rd. 1 772
2017	rd. –354
2018	rd. –354
2019	rd. –354
2020	rd. –354
2021	rd. –354
2022 ff.	rd. –413

VI.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Für die Verwaltung (Krankenkassen) werden durch das neue Gesetz – analog zu den Vorgaben für die Krankenhäuser – drei Vorgaben eingeführt, die neuen Erfüllungsaufwand mit sich bringen. Dies sind die Verhandlung auf Basis der neuen Vordrucke AEB-Psych, die Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten sowie die Vereinbarung über Art und Umfang der nach § 64b SGB V (Modellvorhaben) zu übermittelnden Daten. Auf Letztere entfällt im Jahr 2013 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rd. 6 000 Euro. Für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fällt ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rd. 100 000 Euro für die Datenannahme, -aufbereitung und -auswertung im Rahmen der Durchführung von Modellvorhaben an. Darüber hinaus kommt es aufgrund des Wegfalls des Krankenhausvergleichs nach § 5 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, zu einer Entlastung bei bestehendem Erfüllungsaufwand.

Verhandlung auf der Basis neuer Vordrucke

Für die Krankenkassen entsteht durch die neue Verhandlungsrichtung (Art und Menge der Leistungen statt Kosten und Leistungen) und die neue Verhandlungsgrundlage AEB-Psych ein einmaliger sowie ein periodischer Erfüllungsaufwand.

Einmaliger Erfüllungsaufwand durch die AEB-Psych als neue Verhandlungsgrundlage

Ebenso wie die Krankenhäuser müssen die Krankenkassen Schulungen zu den neuen Verhandlungsgrundlagen durchführen. Dazu wurde angenommen, dass die Krankenkassen die Schulungen durch ihre Verbände in Eigenregie konzeptionell entwickeln und durchführen. Geschult werden alle Budgetverhandler der Krankenkassen.

Periodischer Erfüllungsaufwand durch neue Vordrucke

Im Zusammenhang mit der neuen AEB-Psych entsteht bei den Krankenkassen periodischer Erfüllungsaufwand für die Sichtung, die Analyse und Strategieentwicklung sowie den zusätzlichen Zeitaufwand für die Verhandlungen. Dazu wurden fünf Stunden je Verhandler und Einrichtung zugrunde gelegt. Bei der Ermittlung dieses Zeitaufwands wurden die bereits ab 2013 wegfallenden Teile der LKA-Vordrucke berücksichtigt. Mit dem vollständigen Wegfall der LKA ab dem Jahr 2017 stehen dem neuen jährlichen Erfüllungsaufwand durch die AEB-Psych Entlastungen gegenüber, die unter Verwendung der Daten des Standardkostenmodells ermittelt wurden.

Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten

Grundlage für die Ermittlung des Erfüllungsaufwands der Krankenkassen durch die Verhandlungen der Landesbasisentgeltwerte ist die Annahme paritätisch besetzter Gremien. Daher wurden der Quantifizierung die gleichen Parameter zugrunde gelegt wie für die Krankenhäuser. Ab dem Jahr 2017 entsteht hierdurch ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rd. 249 000 Euro. Die geringfügige Differenz zu dem entsprechenden Wert der Krankenhäuser geht auf die unterschiedlichen Lohnkostentabellen für die Wirtschaft bzw. den öffentlichen Dienst zurück.

Wegfall des Krankenhausvergleichs

Die aktuelle Fassung der BpflV sieht in § 5 einen Krankenhausvergleich vor, der in der Neufassung der BpflV ab 2017 entfällt. Der Krankenhausvergleich soll die Vertragsparteien auf krankenhausesindividueller Ebene bei der Ermittlung leistungsgerechter Budgets unterstützen. Da mit dem neuen Entgeltsystem auf der Bundesebene leistungsorientierte Entgelte ermittelt werden, entfällt zukünftig die Notwendigkeit des Krankenhausvergleichs. Der Krankenhausvergleich wird heute nicht verbindlich und einheitlich erstellt. Ein Krankenhausvergleichstool wird heute von drei Kassenarten erstellt. Dazu werden für jede Psych-Einrichtung die Budgetforderungen und -vereinbarungen jeweils händisch erfasst. Durch die Aufhebung kommt es ab 2017 für die Krankenkassen zu einer jährlichen Entlastung in Höhe von rd. 117 000 Euro.

Weiterer nicht näher zu quantifizierender Erfüllungsaufwand durch Vorgaben zur Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird durch das Gesetz beauftragt, in seinen Richtlinien die erforderlichen Festlegungen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu treffen und Indikatoren zur Bewertung der Leistungsqualität zu entwickeln. Für die Krankenhäuser potenziell entstehender Erfüllungsaufwand z. B. durch Prozess- oder Strukturvorgaben hängt insbesondere davon ab, welche Maßnahmen der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt und welche Aktivitäten die einzelnen Leistungserbringer in diesem Bereich bisher schon unternehmen. Grundsätzlich sind die Leistungserbringer bereits heute gesetzlich verpflichtet, notwendige Maßnahmen zur kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität ihrer Leistungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu ergreifen. Der durch die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses insoweit neu entstehende Erfüllungsaufwand ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzuschätzen. Er lässt sich erst schätzen, wenn die Richtlinienvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossen sind.

VII. Weitere Kosten

Kosten für die Wirtschaft, die über den oben aufgeführten Erfüllungsaufwand einschließlich der Bürokratiekosten hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht.

Im Hinblick auf das Umsatzvolumen für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen in Höhe von rd. 5,5 Mrd. Euro und die durch das neue Entgeltsystem bewirkte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich, ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten.

VIII. Nachhaltigkeit

Der Gesetzentwurf regelt die bereits mit dem KHRG angelegte Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Die Ablösung kostenorientierter Budgets durch eine leistungsorientierte Krankenhausvergütung führt dazu, dass krankenhausesintern und krankenhausesübergreifend ein bedarfsgerech-

ter und effizienter Ressourceneinsatz gestärkt wird. Damit zielt der Gesetzentwurf auf einen sparsamen und effizienten Ressourceneinsatz bei gleichzeitiger Verbesserung der Leistungsqualität (Nachhaltigkeitsindikatorenbereich 1). Insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Zahl psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen begegnet der Entwurf durch die Verbesserung der Allokationseffizienz und damit die Erschließung von Effizienzreserven einem über das medizinisch notwendige Maß hinausgehenden Anstieg der Gesundheitsausgaben. Eine effizientere Mittelverteilung kann einen Beitrag zur Bremsung der Ausgabenzuwächse in der Zukunft leisten. Dadurch können die Haushalte der Kostenträger – und damit über den Sozialausgleich mittelbar auch der Bundeshaushalt – potenziell entlastet werden. Damit geht somit – wenn auch in geringem Umfang – ein Beitrag zur Konsolidierung des Staatshaushaltes einher (Managementregel 7 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie).

IX. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 17)

Mit Buchstabe a werden Regelungen aufgehoben, die auf die krankenhausesindividuelle Vereinbarung von Abteilungs- pflegesätzen für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen und einen Basispflegesatz für die nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Kosten von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen abstellen. Die Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems führt dazu, dass die Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen grundsätzlich nicht mehr krankenhausesindividuell vereinbart wird. Vielmehr werden zukünftig bundeseinheitliche Bewertungsrelationen kalkuliert. Diese beziehen sich nicht mehr nur pauschal auf die Leistungen einer Fachabteilung, sondern unterscheiden nach ökonomischen und medizinischen Gesichtspunkten zwischen den verschiedenen Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen.

Buchstabe b trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass mit dem neuen Psych-Entgeltsystem nunmehr neben das DRG-System ein weiteres bundesweites Entgeltsystem tritt, bei dem die Höhe der Entgelte grundsätzlich nicht auf krankenhausesindividueller Ebene vereinbart wird. Die Vorgaben von § 17 Absatz 5 Satz 1 bis 4 KHG, die bei selbstkostenorientierten Pflegesatzverhandlungen den nicht geförderten Krankenhäusern eine zusätzliche Berücksichtigung ihrer Investitionskosten bis zur Obergrenze der Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser eröffnen, erhalten bei bundesweit kalkulierten pauschalierten Pflegesätzen einen anderen Vergleichsmaßstab. Vergleichsmaßstab ist in der budgetneutralen Phase der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert der Krankenhäuser in dem Land (§ 3

Absatz 4 BPfIV n. F.) und in der Konvergenzphase der Landesbasisentgeltwert (§ 4 Absatz 7 BPfIV n. F.).

Zu Nummer 2 (§ 17b)

Zu Buchstabe a

Soweit im DRG-System Finanzierungstatbestände nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, haben die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene nach Absatz 1 Satz 4 bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge zu vereinbaren. Um eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden Krankenhäusern zu vermeiden, wurde mit § 17a Absatz 5 ein Ausgleichsfonds auf Landesebene etabliert, der durch einen je voll- und teilstationären Fall in Rechnung zu stellenden Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 finanziert wird. Die Änderung passt die Bezugnahme von Richtwerten auf den Ausbildungszuschlag an.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung beim DRG-Systemzuschlag im Zusammenhang mit der Einbindung in die Krankenhausbudgets und die Erlösausgleiche. Der DRG-Systemzuschlag dient der Finanzierung der den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene übertragenen Entwicklungsaufgaben stationärer Entgeltsysteme.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ermöglicht es dem Bundesministerium für Gesundheit, den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Fristen für Arbeitsschritte zur Vereinbarung des Vergütungssystem ohne vorgeschriebene Form vorzugeben. Gegenüber der bisherigen Regelung, nach der für die Vorgaben von Fristen eine eigene Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit erforderlich war, ergibt sich dadurch eine erhebliche Vereinfachung und eine Reduzierung des Erfüllungsaufwands.

Zu Nummer 3 (§ 17d)

Die Regelungen legen den zeitlichen Rahmen für die Ein- und Überführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems fest. Das neue Entgeltsystem wird schrittweise und als lernendes System eingeführt: Einer vierjährigen budgetneutralen Phase soll sich eine fünfjährige Konvergenzphase anschließen. Die budgetneutrale Phase umfasst zudem mit den Jahren 2013 und 2014 zwei optionale Jahre, in denen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem für die Krankenhäuser auf freiwilliger Grundlage erfolgt. Die Einzelheiten werden durch die Bundespflegesatzverordnung näher ausgestaltet.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Soweit im neu zu entwickelnden Psych-Entgeltsystem Finanzierungstatbestände nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, haben die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene nach Absatz 2 Satz 4 in Verbindung mit § 17b Absatz 1 Satz 4 bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge zu vereinbaren. Um eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden

den Krankenhäusern zu vermeiden, wurde mit § 17a Absatz 5 ein Ausgleichsfonds auf Landesebene etabliert, der durch einen je voll- und teilstationären Fall in Rechnung zu stellenden Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 finanziert wird. Die Änderung passt die Bezugnahme von Richtwerten auf den Ausbildungszuschlag an.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 4 sieht u. a. die Vereinbarung von bundeseinheitlichen Regelungen für Zu- und Abschläge vor, soweit Finanzierungstatbestände nicht in allen Einrichtungen vorliegen. In diesem Rahmen haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene durch den neuen Satz 6 zu prüfen, ob wegen der Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme von Einrichtungen an einer regionalen Pflichtversorgung Zu- oder Abschläge vorzunehmen sind. Zielsetzung muss es dabei sein, dass Einrichtungen, die an der regionalen Versorgungsverpflichtung teilnehmen, hieraus keine wirtschaftlichen Nachteile gegenüber Einrichtungen erwachsen, die nicht an der regionalen Versorgungspflicht teilnehmen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die auf der Bundesebene ermittelten leistungsorientierten Entgelte nach § 17d KHG ersetzen nach Satz 3 die bisherigen, krankhausindividuell vereinbarten und abgerechneten tagesgleichen Abteilungs- und Basispflegesätze. Die Ablösung erfolgt dabei schrittweise nach den in den Sätzen 4 bis 9 skizzierten Rahmenbedingungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das neue Psych-Entgeltsystem wird nach Satz 4 erstmals für das Jahr 2013 für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen angewendet. Dabei erfolgt die Umsetzung für die Jahre 2013 bis 2016 budgetneutral und somit unter geschützten Bedingungen. Budgetneutral bedeutet, dass die Budgets der Einrichtungen noch nach den bisherigen Regeln vereinbart werden. Die neuen Entgelte finden jedoch bereits durch Ermittlung krankhausindividueller Basisentgeltwerte als Verrechnungsgröße auf das vereinbarte Budget Anwendung. Für die Einrichtungen werden damit durch das neue Entgeltsystem bedingte Verluste oder Gewinne in der budgetneutralen Phase vermieden. Die Budgetneutralität bezieht sich bei Krankenhäusern, die auch über somatische Fachabteilungen verfügen, lediglich auf die psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Einführung des neuen Entgeltsystems erfolgt nach Satz 5 für die Jahre 2013 und 2014 für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf freiwilliger Grundlage (Optionsjahre). Krankenhäuser, die für das Jahr 2013 das Entgeltsystem einführen, können nicht für das Jahr 2014 wieder auf das alte Entgeltsystem zurück umsteigen, da dieses dann bereits nach Satz 3 als ersetzt anzusehen ist. Sofern ein Krankenhaus von der Option Gebrauch macht, bezieht sich diese auf alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen des Krankenhauses und kann nicht für einzelne Abteilungen gewählt werden. Für die Kosten-

träger ist die Annahme der Abrechnungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem verpflichtend. Das Krankenhaus hat nach Satz 6 sein Verlangen zur optionalen Anwendung des Entgeltsystems schriftlich den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, also den Kostenträgern vor Ort mit maßgeblichen Belegungsanteilen, mitzuteilen. Es handelt sich bei der Mitteilung um eine einseitige Erklärung zur Information der Kostenträger, die nicht einer Einwilligung der Kostenträger bedarf. Die Mitteilung ist fristgebunden. Sie ist bis zum 30. November des Jahres vor der erstmaligen Anwendung abzugeben.

Die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem ist nach Satz 7 unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen ab dem Jahr 2015 verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Auch für das Jahr 2016 erfolgt die Anwendung unter budgetneutralen Bedingungen. Mit der verpflichtenden budgetneutralen Anwendung erhalten die Einrichtungen zwei weitere Jahre unter geschützten Bedingungen.

Die unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte der Einrichtungen sind in der im Jahr 2017 beginnenden Konvergenzphase schrittweise an einen Landesbasisentgeltwert anzugleichen. Satz 8 gibt vor, dass der Landesbasisentgeltwert von den in § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG genannten Beteiligten als Vertragsparteien auf der Landesebene erstmals für das Jahr 2017 zu vereinbaren ist. Die Landesebene bestimmt damit mit Wirkung für die Vertragsparteien, die das Krankenhausbudget vereinbaren, die Höhe der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte. Innerhalb der bis zum Jahr 2021 dauernden Konvergenzphase spielt für die tatsächliche Abrechnungshöhe der Entgelte jedoch noch das Erlösbudget des einzelnen Krankenhauses und damit der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert die maßgebliche Rolle. Satz 9 gibt deshalb vor, dass das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an das mit dem Landesbasisentgeltwert ermittelte Erlösbudget angeglichen wird. Nähere Bestimmungen zur Angleichung enthält die Bundespflegesatzverordnung.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ermöglicht es dem Bundesministerium für Gesundheit, den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Fristen für Arbeitsschritte zur Vereinbarung des Vergütungssystems ohne vorgeschriebene Form vorzugeben. Gegenüber der bisherigen Regelung, nach der für die Vorgaben von Fristen eine eigene Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit erforderlich war, ergibt sich dadurch eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung und eine Reduzierung des Erfüllungsaufwands.

Zu Nummer 4 (§ 18)

Zu Buchstabe a

§ 18 Absatz 3 Satz 2 KHG nimmt Leistungen, für die Entgelte auf der Bundesebene kalkuliert werden, von der Vorlage von Kostenunterlagen durch den Krankenhausträger aus. Da für die durch das Psych-Entgeltsystem abgedeckten Leistungen zukünftig grundsätzlich auch keine Verhandlungen zur Entgelthöhe zwischen den Vertragsparteien, die das einzelne Krankenhausbudget vereinbaren, zu führen sind, ist die Ausnahme zu erweitern auf die pauschalierten Pfl-

gesätze nach § 17 Absatz 1a KHG. Diese umfassen die auf der Bundesebene kalkulierten Entgelte des DRG-Systems nach § 17b KHG und die kalkulierten Entgelte nach § 17d KHG.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung im Zusammenhang mit der nunmehr, ebenso wie bei DRG-Fallpauschalen, grundsätzlich auch nicht mehr krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelthöhe für die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Zu Nummer 5 (§ 28)

Anpassung eines zwischenzeitlich nicht mehr zutreffenden Verweises.

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird an die vorgenommenen Änderungen, insbesondere die Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung und an die Streichung von Paragraphen, angepasst.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Der Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung umfasst nicht nur psychiatrische und psychosomatische Fachkrankenhäuser, sondern bezieht sich auch auf psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Nach dem neuen Satz 2 werden als Krankenhaus im Sinne der Bundespflegesatzverordnung auch selbständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern (Allgemeinkrankenhäusern) definiert. Soweit ein Krankenhaus über mehrere psychiatrische oder psychosomatische Abteilungen verfügt, wird die Gesamtheit dieser Fachabteilungen durch eine Legaldefinition als Krankenhaus im Sinne der Bundespflegesatzverordnung definiert. Der Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung ist damit deckungsgleich mit den Einrichtungen, für die das neue Psych-Entgeltsystem nach § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG Anwendung findet.

Zu Nummer 3 (§ 2)

Die Vorschrift beseitigt den für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausleistungen unzutreffenden Hinweis auf Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Zu Nummer 4 (Zweiter Abschnitt)

Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung. Die neue Struktur der Bundespflegesatzverordnung lehnt sich an diejenige des Krankenhausentgeltgesetzes an. Im Zweiten Abschnitt werden zukünftig die näheren Einzelheiten für die Ein- und Überführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems einschließlich der Regelungen zu Zu- und Abschlägen und krankenhausesindividuell zu verhandelnden sonstigen Entgelten vorgegeben. Die bisherigen Vorschriften des Zweiten Abschnitts werden teils an anderer Stelle in die neue Struktur aufgenommen (z. B. Regelungen

der §§ 3 und 4 BPfIV a. F.). Teils kann wegen der mit dem neuen Psych-Entgeltsystem einher gehenden Veränderungen auf eine Übernahme in die neue Struktur verzichtet werden, z. B. Krankenhausvergleich nach § 5 BPfIV a. F. aufgrund der verbesserten Transparenz des neuen Entgeltsystems oder §§ 7 und 8 BPfIV a. F. aufgrund der Umstellung von kostenorientierten Entgeltverhandlungen auf leistungsorientierte Budgetverhandlungen.

Zu Nummer 5 (§§ 3 bis 6)

Zu § 3

Das neue Psych-Entgeltsystem wird für die Jahre 2013 bis 2016 unter geschützten Bedingungen eingeführt. Die insgesamt vierjährige budgetneutrale Einführungsphase umfasst zudem eine zweijährige optionale Phase, in der die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen das neue Entgeltsystem auf freiwilliger Grundlage einführen können (Optionsjahre). In der budgetneutralen Phase wird das Krankenhausbudget noch nach den bisherigen Regeln verhandelt. Die neuen Entgelte finden jedoch bereits durch Ermittlung krankenhausesindividueller Basisentgeltwerte als Verrechnungsgröße auf das vereinbarte Budget Anwendung. Die lange vierjährige budgetneutrale Einführungsphase ermöglicht es den Einrichtungen, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Sie gibt zudem den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene ausreichend Zeit, die Entwicklung des neuen Entgeltsystems voranzutreiben und weiter zu verbessern. Wenn zum 1. Januar 2017 in einem ersten Schritt krankenhausesindividuelle Basisentgeltwerte an das durch den Landesbasisentgeltwert definierte landeseinheitliche Preisniveau angeglichen werden, liegt bereits der fünfte Psych-Entgeltkatalog vor. Die budgetneutrale Phase senkt somit deutlich mögliche Risiken der Einführung des neuen Entgeltsystems.

In der Übergangsphase von 2013 bis 2016 wird schrittweise die Systematik der bisherigen Budget- und Pflegesatzverhandlungen umgestellt. Es wird weiterhin ein Gesamtbeitrag verhandelt, der die gesamten Erlöse der Einrichtung für die pflegesatzfähigen Leistungen umfasst. Der Gesamtbeitrag wird jedoch nicht mehr mit Abteilungs- und Basispflegesätzen, sondern mit den auf der Bundesebene bewerteten und – wo dies noch nicht möglich ist – mit krankenhausesindividuellen Entgelten gegenüber den Patientinnen und Patienten oder ihren Kostenträgern abgezahlt. Der Gesamtbetrag teilt sich auf in das Erlösbudget, das die Summe der Erlöse aus den auf der Bundesebene mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten und den Zusatzentgelten umfasst, und die Erlössumme, die die krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte zusammenfasst. Das Erlösbudget ist ab dem Jahr 2017 maßgebliche Größe für die schrittweise Angleichung unterschiedlich leistungsgerechter Budgetniveaus.

Zu Absatz 1

Das neue Psych-Entgeltsystem nach § 17d KHG wird nach Satz 1 in einem langjährigen Einführungszeitraum unter geschützten Bedingungen eingeführt. Es wird für die Jahre 2013 bis 2016 budgetneutral eingeführt.

Krankenhäuser sind in den Jahren 2013 und 2014 nicht verpflichtet, ihre Leistungen nach dem neuen Entgeltsystem abzurechnen. Vielmehr können sie nach Satz 2 für die Jahre

2013 und 2014 auf freiwilliger Grundlage von dem neuen Entgeltsystem Gebrauch machen. Das Krankenhaus hat dazu nach Satz 3 den an der Pflegesatzverhandlung teilnehmenden Kostenträgern als anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG schriftlich bis zum 30. November 2012 oder bis zum 30. November 2013 mitzuteilen, dass es im Folgejahr das neue Psych-Entgeltsystem zur Abrechnung seiner Leistungen anwenden will. Für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem verpflichtend.

Als Anreiz zur frühzeitigen Anwendung des neuen Entgeltsystems erhalten nach Satz 4 Optionshäuser die Möglichkeit, bis zum Jahr 2016 für das jeweilige Anwendungsjahr von der Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV weiterhin Gebrauch zu machen. Einrichtungen, die das Entgeltsystem bereits im Jahr 2013 einführen, können Personalstellen nach der Psych-PV somit grundsätzlich noch bis zum Budgetjahr 2016 nachverhandeln. Einrichtungen, die von dem ersten Optionsjahr 2013 keinen Gebrauch machen, dafür aber das Optionsjahr 2014 nutzen, können für das Jahr 2013 keine Personalstellen nachverhandeln, dafür aber für das Jahr 2014 und die folgenden Jahre bis zum Budgetjahr 2016. Für Einrichtungen, die das Entgeltsystem erst im Jahr 2015, also mit der für alle Krankenhäuser verbindlichen Anwendung, einführen, endet nach Satz 4 zweiter Halbsatz die Nachverhandlungsmöglichkeit nach § 6 Absatz 4 BPfIV a. F. bereits für das Budgetjahr 2012. Für das Jahr 2017, wenn das neue Entgeltsystem erstmals ökonomische Wirkung entfaltet, wird die Psych-PV als Instrument zur Forderung und Finanzierung zusätzlicher Personalstellen aufgehoben. Zusätzliche Anreize für einen frühzeitigen Einstieg erhalten Optionshäuser durch verbesserte Mindererlösausgleiche in den Jahren 2013 und 2014 (vgl. Absatz 5 Satz 2).

Die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem ist nach Satz 5 unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen ab dem Jahr 2015 verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Auch für das Jahr 2016 erfolgt die Anwendung unter budgetneutralen Bedingungen. Mit der verpflichtenden budgetneutralen Anwendung erhalten die Einrichtungen zwei weitere Jahre unter geschützten Bedingungen.

Die neuen Erkenntnisse aus den erstmals vorzulegenden Nachweisen über Art und Anzahl der Entgelte und dem daraus ableitbaren krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert dürfen nach Satz 6 nur für die Ermittlung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes und zur Erörterung der medizinischen Leistungsstruktur verwendet werden. Sie dürfen in der budgetneutralen Phase nicht zu zusätzlichen Budgetabsenkungen führen. Für die Annäherung unterschiedlich hoher krankenhausesindividueller Basisentgeltwerte ist in der Konvergenzphase ein gesetzlich vorgegebener Angleichungsprozess nach § 4 vorgesehen. Um die nach § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 BPfIV a. F. verhandelbaren Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur sachgerecht belegen zu können, ist das neue Entgeltsystem, bereits ab dem Jahr 2013 von Optionshäusern nutzbar.

Zu Absatz 2

Ausfluss der budgetneutralen Umsetzung des Entgeltsystems ist, dass nach Satz 1 für die Jahre 2013 bis 2016 der

Gesamtbetrag der Einrichtung nach den bisherigen Regelungen des § 6 Absatz 1 und 2 BPfIV a. F. vereinbart wird. Es gelten damit unverändert die entsprechenden Ausnahmetatbestände und die Budgetberichtigungsrate für die anteilige Tariffinanzierung.

Nach Satz 2 ist Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags der für das jeweilige Vorjahr von den Vertragsparteien des Krankenhausbudgets vereinbarte Gesamtbetrag.

Die bei der Vereinbarung des neuen Gesamtbetrags insbesondere zu berücksichtigenden Tatbestände gibt Satz 3 vor. Es handelt sich dabei teilweise um andere als die in § 6 Absatz 1 und 2 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung aufgeführten Sachverhalte und teilweise um präzisierende Klarstellungen. Eine doppelte Berücksichtigung desselben Sachverhalts bei der Vereinbarung des neuen Gesamtbetrags findet dadurch nicht statt. Nach Nummer 1 ist der vereinbarte Gesamtbetrag um Tatbestände zu vermindern, die im Folgejahr nicht mehr mit dem Gesamtbetrag finanziert werden. Nach Buchstabe a sind bei der Verlagerung von Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, die im Folgejahr aber z. B. ambulant erbracht werden und nicht mehr vom Krankenhausbudget umfasst sind, die anteiligen Kosten für diese Leistungen abzuziehen. Dies entspricht der Vorgehensweise, dass bei zusätzlichen Leistungen grundsätzlich nur die zusätzlich entstehenden variablen Kosten in die Krankenhausbudgets eingehen dürfen. Entsprechend sind bei einem Leistungsrückgang für das Krankenhaus auch nur die anteiligen variablen Kosten aus dem Krankenhausbudget auszugliedern. Sofern Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten im Gesamtbetrag enthalten sind und die Einrichtung von der Möglichkeit eine Ausgliederung Gebrauch macht, sind nach Buchstabe b auch die entsprechenden Vollkosten auszugliedern. Nummer 2 bestimmt, dass Verfälschungen des als Ausgangsgrundlage dienenden Gesamtbetrags des Vorjahres, die in Folge von periodenfremden Verrechnungen entstanden sind, jeweils rückgängig zu machen sind. Zu- und Abschläge sind nicht Bestandteil des Gesamtbetrags und deshalb nach Nummer 3 Buchstabe a auszugliedern bzw. wieder einzugliedern, wenn die Voraussetzungen für die Erhebung des Zu- oder Abschlags entfallen. Die Ausgangsgrundlage ist nur um die sonstigen Zu- oder Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3, nicht um die Ausbildungszuschläge zu verändern, da im Krankenhausbudget enthaltene Ausbildungskosten bereits zum Jahr 2005 ausgegliedert wurden (§ 26 BPfIV a. F.). Buchstabe b sieht eine Ausgliederung auf Vollkostenbasis für voll- und teilstationäre Leistungen vor, die zwar nicht mehr Bestandteil des Krankenhausbudgets sind, die das Krankenhaus aber weiterhin erbringt und die nach anderen Vorschriften, z. B. Modellvorhaben nach § 63 SGB V, welches auch die Modellvorhaben nach § 64b SGB V einschließt, grundsätzlich in voller Höhe vergütet werden. Umgekehrt sind Leistungen, die im Vorjahr z. B. im Rahmen von Modellvorhaben erbracht worden sind, mit ihren Vollkosten erhöhend im Gesamtbetrag zu berücksichtigen, wenn das Modellvorhaben nicht weiter besteht und die Leistungen nunmehr wieder Bestandteil des Krankenhausbudgets sind.

Der nach Satz 1 auf der Ausgangsgrundlage von Satz 3 vereinbarte Gesamtbetrag ist nach Satz 4 aufzuteilen auf das

Erlösbudget einerseits und die Erlössumme andererseits. Die Aufteilung ist als Vorstufe zur Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes erforderlich. Das Erlösbudget umfasst die Erlöse für Entgelte, die mit den auf der Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalogen vergütet werden (§ 7 Satz 1 Nummer 1 und 2). Maßgeblich sind dabei die effektiven Bewertungsrelationen, die z. B. zeitabhängige Entgeltzu- oder -abschläge umfassen. Soweit sonstige Zu- oder Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 noch nicht ausgegliedert wurden, sind auch diese Bestandteil des Erlösbudgets. Die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 umfasst demgegenüber die Erlöse aus krankenhausesindividuellen Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 4, also für noch nicht auf der Bundesebene bewertete Leistungen und für die Leistungen besonderer Einrichtungen.

Mit Satz 5 wird für den vereinbarten Gesamtbetrag und das Erlösbudget gewährleistet, dass bestehende Rechtsansprüche aus Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre berücksichtigt werden. Eine Berichtigung bezieht sich auf die Korrektur des zuletzt vereinbarten Budgets. Sie ist bei der Budgetvereinbarung für das folgende Kalenderjahr sowohl als entsprechende Korrektur des Basisbudgets zu berücksichtigen, als auch führt sie zu einem zusätzlichen Ausgleich für die Differenz aus dem zu berichtigenden Zeitraum. Die Verrechnung dieser periodenfremden Ansprüche erfolgt über das Erlösbudget und wirkt sich somit auch auf die Höhe des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes aus (Absatz 4).

Zu Absatz 3

Um in der budgetneutralen Phase die voll- und teilstationären Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach dem neuen Entgeltsystem abrechnen zu können, ist nach Satz 1 für die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte ein krankenhausesindividueller Basisentgeltwert zu ermitteln. Anders als im DRG-System ist der maßgebliche Multiplikator für die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte kein Basisfallwert. Mit Blick auf den Prüfauftrag nach § 17d Absatz 1 Satz 2 KHG, wonach zu prüfen ist, ob für bestimmte Leistungsbereiche auch andere als tagesbezogene Abrechnungseinheiten eingeführt werden können, ermöglicht der Basisentgeltwert neben tagesbezogenen Entgelten auch fallpauschalierende Entgelte sowie weitere zeitraumbezogene Pauschalen.

Satz 2 gibt die Ermittlung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes vor. Von dem um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 ist zunächst die Summe der Zusatzentgelte abzuziehen, da für diese keine Bewertungsrelationen, sondern Euro-Beträge hinterlegt sind. Ferner sind die nicht im Budget zu berücksichtigenden Erlöse für Überlieger abzuziehen. Die nähere Definition der Überlieger ergibt sich aus der AEB-Psych bzw. der nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 BPfIV n. F. von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene weiterentwickelten Fassung der AEB-Psych. Zur Ermittlung des Basisentgeltwertes ist dann der resultierende Euro-Betrag durch die voraussichtliche Summe der effektiven Bewertungsrelationen zu teilen, die sich für die vereinbarten Behandlungsfälle des Vereinbarungsjahrs ergibt.

Nach Satz 3 ist der ermittelte Basisentgeltwert jeweils im maßgeblichen Vereinbarungszeitraum der Abrechnung der

mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zu Grunde zu legen.

Zu Absatz 4

Entsprechend der Vorgabe des § 17 Absatz 5 KHG ermöglicht Absatz 4 bei staatlich nicht oder teilweise nicht geförderten Krankenhäusern, bei denen sich ein niedriger Basisentgeltwert ergibt, die zusätzliche Finanzierung von Investitionskosten. Da ein Landesbasisentgeltwert erst ab dem 1. Januar 2017 gilt, wird als Obergrenze für die Erhöhung des krankenhausesindividuell ermittelten Basisentgeltwertes der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert vorgegeben. Zusätzlich berücksichtigt werden können nur Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Kosten für bereits abgeschlossene oder noch laufende Investitionsmaßnahmen bereits bei den bisherigen Budget- und Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt worden sind; diese Fälle sollen nicht neu verhandelt werden. Sofern Krankenhäuser von dieser Regelung Gebrauch machen, können sie dies in Form der bisherigen Anlage 2 der BPfIV a. F. darlegen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt für die Jahre 2013 bis 2016 entsprechend zu § 12 Absatz 2 BPfIV a. F. die Vorgehensweise für den Fall, dass die prospektiv vereinbarten Erlöse von den tatsächlich eingetretenen Erlösen abweichen. Dabei sind zwei Grundkonstellationen zu unterscheiden: Werden durch eine höhere Leistungserbringung die vereinbarten Erlöse überschritten, so ist ein Mehrerlösausgleich durchzuführen. Bei einer gegenüber der Vereinbarung geringeren Leistungserbringung ist ein Mindererlösausgleich erforderlich. Grundgedanke dahinter ist, dass bei Leistungszuwächsen nur die zur Leistungserbringung erforderlichen zusätzlichen Kosten, bei Leistungsrückgängen demgegenüber die Fixkosten gedeckt werden sollen. Die konkreten Ausgleichssätze orientieren sich an diesem Grundgedanken, sind aber Ergebnis der gesundheitspolitischen Diskussion und nicht betriebswirtschaftlich ermittelt.

Zur Feststellung, ob ein Erlösausgleich vorzunehmen ist, ist nach Satz 1 der prospektiv vereinbarte und um periodenfremde Ausgleichs- und Berichtigungen veränderte Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 5 den im Kalenderjahr angefallenen Erlösen für die auf der Bundesebene bewerteten Entgelte und die krankenhausesindividuellen Entgelte gegenüber zu stellen. Bei den Erlösausgleichen sind auch die in das Budget einbezogenen Überliegererlöse zu berücksichtigen. Da Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 auszugliedern sind und somit grundsätzlich nicht Bestandteil des Gesamtbetrags sind, bleiben sie bei der Durchführung der Erlösausgleiche außen vor. Soweit Zu- und Abschläge jedoch nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 noch nicht ausgliedert sind, ist bei der Durchführung der Erlösausgleiche eine identische Vorgehensweise wie bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags vorzunehmen, um unberechtigte Erlösausgleiche zu verhindern. Die näheren Einzelheiten für die Durchführung der Erlösausgleiche werden durch die Sätze 2 bis 5 vorgegeben.

Für Optionshäuser werden mit Satz 1 Nummer 1 für die Jahre 2013 und 2014 deutlich verbesserte Mindererlösausgleichssätze vorgegeben, um das bei der erstmaligen Ermitt-

lung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes deutlich erhöhte Schätzfehlerisiko besser auszugleichen. Allein durch Kodiermängel können bei der prospektiven Vereinbarung von Art und Menge der auf der Bundesebene bewerteten Entgelte auch bei unverändertem Leistungsgeschehen größere Abweichungen von dem vereinbarten Gesamtbetrag auftreten. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die bereits im Jahr 2013 oder 2014 das Psych-Entgeltssystem anwenden, erhalten durch die verbesserten Mindererlösausgleiche zudem einen zusätzlichen Anreiz zur frühzeitigen Anwendung des neuen Entgeltsystems. Für das Budgetjahr 2015 ist wieder der bisherige Ausgleichssatz für Mindererlöse anzuwenden. Mindererlöse aufgrund der Erbringung von Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V wie auch von Integrationsverträgen nach § 140b SGB V werden nicht ausgeglichen. Sie sind nicht Bestandteil des Gesamtbetrags, da dieser bereits durch die Vorgaben von Absatz 2 entsprechend zu vermindern ist.

Für das Kalenderjahr, für das das Krankenhaus den Systemwechsel vornimmt, ist ein vollständiger Erlösausgleich für die in Abzug gebrachten Überliegererlöse (siehe dazu Begründung zu Abschnitt B1) vorzunehmen.

Satz 1 Nummer 2 gibt vor, dass kodierbedingte Mehrerlöse bei mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten vollständig auszugleichen sind. Die Regelung ermöglicht eine verursachungsgerechte Berücksichtigung von sogenannten Right- und Upcoding-Effekten im einzelnen Krankenhaus.

Als Regelsätze zum Ausgleich der leistungsbedingten sonstigen Mehrerlöse werden durch Satz 1 Nummer 3 die auch bisher geltenden Sätze übernommen: Bei bis zu 5 Prozent Budgetüberschreitung liegt der Ausgleichssatz bei 85 Prozent, darüber hinaus liegt der Ausgleichssatz bei 90 Prozent. Es handelt sich dabei um einen pauschalierten Ausgleichssatz, der auch darauf ausgerichtet ist, keine Anreize für eine Ausdehnung der stationären Leistungserbringung zu setzen. Damit wird indirekt eine Verlagerung zu einer vermehrt ambulanten Leistungserbringung unterstützt.

Um eine Über- oder Unterfinanzierung bei einer von der angenommenen Entwicklung abweichenden Leistungsmenge zu vermeiden, wird den Vertragsparteien, die das Krankenhausbudget vereinbaren, mit Satz 2 – ähnlich wie bisher (§ 12 Absatz 2 Satz 2 BPfIV a. F.) – die Möglichkeit eröffnet, prospektiv abweichende Ausgleichssätze von den gesetzlich vorgegebenen Mehr- und Mindererlösausgleichssätzen zu vereinbaren.

Zur Abgrenzung der kodierbedingten von den leistungsbedingten sonstigen Mehrerlösen bestimmt Satz 3 ein pauschaliertes Berechnungsverfahren zur Ermittlung der leistungsbedingten sonstigen Mehrerlöse bei mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten. Dieses kam entsprechend auch bereits im Zusammenhang mit der DRG-Einführung zum Einsatz. Hierzu werden die zusätzlich erbrachten Berechnungs- und Belegungstage multipliziert mit dem Mittelwert der je Berechnungs- und Belegungstag vereinbarten Bewertungsrelationen (Casemix-Index). Die resultierende Abschätzung zur Summe der zusätzlich erbrachten Bewertungsrelationen wird zur Ermittlung eines Euro-Betrags mit dem krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert multipliziert. Dabei ist ein Berechnungstag gemäß der Legaldefinition in § 8 Absatz 2 Satz 1 ein Tag, für den tagesbezogene

Entgelte für voll- oder teilstationäre Leistungen berechnet werden. Ein Belegungstag ist ein Tag, für den entweder – in analoger Anwendung der Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes – eine Fallpauschale oder eine zeitraumbezogene Pauschale (außer Tagespauschale) berechnet wird.

Satz 5 sieht vor, dass die vollständig auszugleichenden kodierbedingten Mehrerlösanteile bestimmt werden, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen für Entgelte, die mit Bewertungsrelationen bewertet sind, die nach Satz 3 pauschaliert ermittelten sonstigen Mehrerlöse abgezogen werden.

Für den Fall, dass die vereinfachte Berechnung nach Satz 3 dazu führt, dass tatsächlich eingetretene Veränderungen der Leistungsstruktur in ihrer Gesamtsumme nicht sachgerecht erfasst und damit letztlich Mehrerlösanteile unberechtigt vollständig ausgeglichen werden, kann eine der Vertragsparteien nach Satz 4 unter Vorlage entsprechender Unterlagen eine individuellere Ermittlung verlangen. Entsprechendes gilt für die Kostenträger, wenn die vereinfachte Berechnung vor dem Hintergrund der Leistungsstruktur zu zu geringen Erlösausgleichbeträgen führt.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Absatz 4 Satz 1 BPflV a. F. Leistungen für bestimmte ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel der Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, können aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert werden. Sie werden damit von den Erlösausgleichen ausgenommen. Es bleibt aber auch für diese Patientinnen und Patienten bei den für alle Benutzer eines Krankenhauses einheitlichen Entgelten.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 12 Absatz 3 BPflV a. F. Die Regelung ermöglicht bei wesentlichen Änderungen die Neuvereinbarung des Gesamtbetrags, wenn das Erfordernis noch im laufenden Kalenderjahr bzw. Budgetjahr von einer Vertragspartei angezeigt wird. Sie entspricht grundsätzlich dem Gedanken des Wegfalls der Geschäftsgrundlage.

Zu § 4

Die unterschiedlichen krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind in der im Jahr 2017 beginnenden, fünfjährigen Konvergenzphase schrittweise an einen Landesbasisentgeltwert anzugleichen. Der Landesbasisentgeltwert ist von den Vertragsparteien auf der Landesebene erstmals für das Jahr 2017 zu vereinbaren. Die kostenorientierten Budgetverhandlungen werden auf leistungsorientierte Verhandlungen umgestellt. Der bisherige Krankenhausvergleich wird damit überflüssig und entfällt. Hierdurch ergeben sich ab 2017 Aufwandsminderungen für die Krankenkassen. Die bislang mit einer Vielzahl von Ausnahmetatbeständen auf das einzelne Krankenhausbudget bezogene Zuwachsbegrenzung wird durch die Begrenzung der Entwicklung des Landesbasisentgeltwertes, also die Begrenzung der Preiszuwächse, abgelöst. Der Tragung der Morbidität durch die Kostenträger kann dadurch transparenter Rechnung getragen werden.

Zum 1. Januar 2017 wird die Verhandlung des Erlösbudgets auf die neue Entgeltsystematik umgestellt. Grundsätzlich gilt die Formel „Menge × Preis“. Allerdings wird das so ermittelte Erlösbudget nicht unmittelbar zu dem mit dem Landesbasisentgeltwert bewerteten Ergebnis wirksam. Um Krankenhäusern, deren Basisentgeltwert im Jahr 2017 noch über dem Landesbasisentgeltwert liegt, Zeit für eine Anpassung ihrer Leistungs- und Kostenstrukturen zu geben, werden die Erlösbudgets in den Jahren 2017 bis 2021 schrittweise dem neuen landeseinheitlichen Preisniveau angenähert. Entsprechend werden die Erlösbudgets der Krankenhäuser, deren Basisentgeltwert unter dem Landesbasisentgeltwert liegt, nur stufenweise angehoben. Ab dem Jahr 2022 werden die Erlösbudgets nach Absatz 11 voraussichtlich unter Verwendung des Landesbasisentgeltwertes ermittelt.

Für die Angleichung der Basisentgeltwerte und der Erlösbudgets wird mit den Absätzen 2 bis 5 eine formelhafte Annäherung vorgegeben. Das nach der Formel „Menge × Preis“ ermittelte Erlösvolumen als Zielgröße wird dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget gegenübergestellt, das um voraussichtliche Leistungsveränderungen fortgeschrieben wird. Das letzte Erlösbudget der Einrichtung wird sodann um einen positiven oder negativen Angleichungsbetrag verändert, der sich aus der Differenz ergibt und der je nach Konvergenzjahr unterschiedlich hoch ist.

Für Krankenhäuser mit hohen Basisentgeltwerten gilt zudem eine Kappungsgrenze, die konvergenzbedingte Budgetverminderungen auf einen Prozentanteil des Erlösbudgets begrenzt. Mit Blick auf die zu erwartende weitere Verbesserung des Entgeltsystems im Rahmen des lernenden Systems und mögliche Anpassungsreaktionen der Krankenhäuser bei ihren Leistungs- und Kostenstrukturen wird die Kappungsgrenze sukzessive angehoben.

Der Angleichungsmechanismus der Konvergenzphase bewirkt eine nur teilweise Vergütung für neue Leistungen. Im Jahr 2017 gehen zusätzliche Leistungen nur zu einem Drittel des Landesentgeltwertes in das Erlösbudget des Krankenhauses ein. Bis zum Jahr 2021 steigt die Quote sukzessive auf 75 Prozent. Für wegfällende Leistungen mindert sich das Erlösbudget entsprechend. Grundsätzlich entspricht dieser pauschalierte Ansatz der bisherigen Vorgehensweise bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets, bei der neue Leistungen nur in Höhe der variablen Kosten berücksichtigt wurden.

Zu Absatz 1

Der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert und damit auch das Erlösbudget des Krankenhauses werden mit Beginn der Konvergenzphase zum 1. Januar 2017 in einem mehrjährigen Verfahren stufenweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus jeweils für das Krankenhaus ergebende Erlösvolumen angeglichen. Zum 1. Januar 2022 gilt dann nach Absatz 11 grundsätzlich für alle Psych-Einrichtungen ein landesweit einheitlicher Landesbasisentgeltwert und damit ein landeseinheitliches Preisniveau.

Zu Absatz 2

Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2017 ist nach Satz 1 das berichtigte Erlösbudget für das Jahr 2016. Es ist nach Nummer 1 zu vermindern um Kos-

tenanteile für Tatbestände, die von diesem Budget noch umfasst sein können, jedoch ab dem Jahr 2017 außerhalb des Erlösbudgets finanziert werden. Nummer 2 ermöglicht die Durchführung vorgeschriebener periodenfremder Verrechnungen auf Grund von Rechtsansprüchen. Das Erlösbudget ist nach Nummer 3 um das voraussichtliche Entgeltvolumen für Leistungen zu erhöhen, für die im Vorjahr noch krankenhausesindividuelle Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 vereinbart wurden und die für das Vereinbarungsjahr in die bundesweiten Entgeltkataloge aufgenommen wurden. Ferner ist das Erlösbudget nach Nummer 4 um Zu- und Abschläge zu verändern, die nicht Bestandteil des Erlösbudgets sind und die deshalb auszugliedern bzw. ggf. wieder einzugliedern sind, wenn die Voraussetzungen für die Erhebung des Zu- oder Abschlags entfallen. Zudem sind nicht im Ausgangswert enthaltenen Erlöse für Leistungen, für die bislang krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart wurden und die damit Bestandteil der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 waren, wieder einzugliedern, wenn sie im Vereinbarungsjahr in den bundesweiten Entgeltkatalogen bewertet sind bzw. auszugliedern, sofern für bislang in den bundesweiten Entgeltkatalogen bewertete Leistungen krankenhausesindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind oder die Einrichtung als besondere Einrichtung anerkannt wird. Zudem ist eine Ausgliederung oder Wiedereingliederung auf Vollkostenbasis für voll- und teilstationäre Leistungen vorgesehen, die nicht mehr bzw. wieder Bestandteil des Krankenhausbudgets sind.

In den folgenden Konvergenzjahren 2018 bis 2021 sind die skizzierten Vorgaben des Satzes 1 entsprechend anzuwenden.

Zu Absatz 3

Für die sachgerechte Angleichung unterschiedlicher Budgetniveaus ist es erforderlich, dass das anzuleichende Erlösbudget (Ausgangswert) und das leistungsgerechte Erlösbudget (Zielwert) hinsichtlich der einbezogenen Tatbestände wie Art und Anzahl der Leistungen vergleichbar sind. Dies wird gewährleistet, indem der Ausgangswert nach Absatz 3 um bestimmte Tatbestände verändert wird und somit ein veränderter Ausgangswert ermittelt wird.

Für die Ermittlung des veränderten Ausgangswertes sind nach Satz 1 verschiedene Tatbestände zu berücksichtigen. Nach Nummer 1 sind dies Veränderungen von Art und Anzahl der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen, die mit den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten oder mit auf der Bundesebene bepreisten Zusatzentgelten vergütet werden; Veränderungen, die lediglich aufgrund einer veränderten Kodierung entstehen, sind nicht zu berücksichtigen. Nach Nummer 2 ist dies ferner die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Absatz 3 Satz 1 SGB V. Sofern die Tarifraten nach § 6 Absatz 2 BpflV a. F. die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Absatz 3 Satz 1 SGB V übersteigt, erfolgt weiterhin eine anteilige Tarifrefinanzierung. Hierdurch wird durch Nummer 3 der Ausgangswert um die anteilige Erhöhungsratenach § 9 Absatz 1 Nummer 5 angehoben.

Die voraussichtlich zusätzlich zu erbringenden oder wegfalenden Leistungen, die mit Bewertungsrelationen bewertet sind, sind im Ausgangswert mit bestimmten Quoten zu be-

rücksichtigen, wozu mit Satz 2 bis 4 Näheres vorgegeben wird.

Nach Satz 2 gehen im Jahr 2017 zusätzliche Leistungen zu einem Drittel des Landesentgeltwertes in das Erlösbudget des Krankenhauses ein. Bis zum Jahr 2021 steigt die Quote sukzessive auf 75 Prozent. Für wegfällende Leistungen mindert sich das Erlösbudget entsprechend. Grundsätzlich entspricht dieser pauschalierte Ansatz der bisherigen Vorgehensweise bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets, bei der neue Leistungen nur in Höhe der variablen Kosten berücksichtigt wurden. Da zugleich die Verbindung mit den Angleichungsquoten der Konvergenzphase berücksichtigt werden muss, werden mit den Nummern 1 bis 5 für die Berücksichtigung zusätzlicher bzw. wegfällender Leistungen im Ausgangswert jeweils niedrigere Quoten vorgegeben. Durch die erhöhenden Konvergenzeffekte ergeben sich letztlich die im ersten Satzteil von Satz 2 genannten Finanzierungsquoten. Satz 3 sieht für die Berücksichtigung zusätzlicher oder wegfällender Leistungen eine pauschalierte Umsetzung vor. Eine Abweichung von dieser gesetzlichen Vorgabe („sollen“) ist nur ausnahmsweise in begründeten Einzelfällen möglich. Einflüsse, die auf die Entwicklung der Entgeltkataloge, der Abrechnungsbestimmungen oder der Kodierichtlinien zurückzuführen sind, sind zu bereinigen. Soweit die tatsächlichen Kosten für zusätzliche oder wegfällende Leistungen mit den gesetzlichen Quoten nicht gedeckt werden können, vereinbaren nach Satz 4 die örtlichen Vertragsparteien in Höhe eines abweichenden Prozentsatzes eine sachgerechte Berücksichtigung. Dies dürfte insbesondere bei Strukturveränderungen wie der Eröffnung oder Schließung von größeren organisatorischen Einheiten wie z. B. einer Fachabteilung der Fall sein.

Nach Satz 5 sind sachkostenlastige Zusatzentgelte für Arzneimittel zu 100 Prozent bei den zusätzlichen oder wegfällenden Leistungen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

Ab dem Jahr 2017 wird das Erlösbudget nach der neuen Entgeltsystematik verhandelt. Grundsätzlich gilt die Formel „Menge x Preis“. Das so ermittelte Erlösvolumen wird jedoch nicht sofort für die Krankenhäuser wirksam, wenn es von dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget abweicht. Vielmehr wird das krankenhausesindividuelle Erlösbudget nach den Vorgaben der Absätze 4 und 5 jeweils zum 1. Januar 2017, 2018, 2019, 2020 und 2021 schrittweise an das neue Erlösvolumen und damit an das landeseinheitliche Preisniveau angeglichen. Dem nach Absatz 3 ermittelten veränderten Ausgangswert wird hierfür in der Konvergenzphase zunächst das nach Absatz 4 ermittelte leistungsgerechte Erlösbudget als Zielwert gegenüber gestellt. Zur Ermittlung wird die voraussichtlich zu erbringende Art und Anzahl der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte mit dem Landesbasisentgeltwert für das Vereinbarungsjahr multipliziert. Zusätzlich ist für die Berechnung des Zielwertes die Summe der Erlöse aus Zusatzentgelten zu berücksichtigen, die auf der Bundesebene bepreist sind. Zum Jahr 2022 erfolgt der letzte Konvergenzschritt, indem nach Absatz 11 voraussichtlich die Leistungen mit dem Landesbasisentgeltwert bewertet werden. Hiermit wird zugleich eine Umstellung in der Ermittlungssystematik des Erlösbudgets vorgenommen.

Zu Absatz 5

Die Angleichung zwischen dem leistungsorientierten Zielwert nach Absatz 4 und dem veränderten Ausgangswert nach Absatz 3 erfolgt durch Differenzermittlung zwischen den beiden Werten sowie Addition oder Verminderung um einen schrittweise ansteigenden Anteilswert des maßgeblichen Angleichungsbetrags, der dem veränderten Ausgangswert hinzuzurechnen ist. Satz 1 benennt bezogen auf die Ausgangssituation im Jahr 2017 nachrichtlich die Angleichungsquoten für die gesamte Konvergenzphase. Mit jährlichen Konvergenzstufen in Höhe von 10, 15, 15, 20, 20 und 20 Prozent wird die ermittelte Differenz abgebaut, wobei die letzte Konvergenzstufe durch den in Absatz 11 vorgesehenen Übergang auf den Landesbasisentgeltwert vorgegeben wird. Die Konvergenzschritte steigen als Ausdruck des lernenden Systems sukzessive an.

Die für die Angleichung in der Konvergenzphase letztlich maßgeblichen Quoten, die für die Ermittlung des Angleichungsbetrags angewendet werden, werden durch Satz 2 vorgegeben. Sie weichen deshalb von den Werten nach Satz 1 ab, weil sie sich auf das jeweilige Vorjahresbudget mit bereits konvergierten Anteilen beziehen. Da die Ermittlung des maßgeblichen Angleichungsbetrags nicht auf die Ausgangssituation 2017, sondern auf das jeweilige Vorjahresbudget Bezug nimmt, ergeben sich die folgenden, entsprechend umgerechneten Prozentsätze:

Umrechnung der Konvergenz- schritte:	bezogen auf Ausgangswert 2017	bezogen auf Vorjahres- budget
2017	10	10,0
2018	15	16,7
2019	15	20,0
2020	20	33,3
2021	20	50,0
2022	20	100 (Rest)

Das Erlösbudget im jeweiligen Konvergenzjahr wird schließlich nach Satz 3 ermittelt, indem zu dem veränderten Ausgangswert nach Absatz 3 der nach Satz 2 berechnete maßgebliche Angleichungsbetrag hinzuaddiert wird. Dabei ist das Vorzeichen zu beachten, so dass ein Krankenhausbudget zu vermindern ist, wenn bei einem niedrigeren Zielwert ein negativer Angleichungsbetrag entsteht.

Für besondere Einrichtungen, die zeitlich befristet von der Anwendung des Psych-Entgeltsystems ausgenommen worden sind, gibt Satz 4 vor, welche Konvergenzquoten anzuwenden sind, wenn diese Einrichtungen nicht mehr ausgenommen sind und somit auch auf der Bundesebene ermittelte pauschalierte Entgelte abrechnen. Die Konvergenzphase wird somit für besondere Einrichtungen nicht verlängert. Auch diese Krankenhäuser haben von Beginn der Konvergenzphase die Möglichkeit, sich auf die veränderten Vergütungsbedingungen einzustellen.

Satz 5 legt für Einrichtungen, die in Folge der schrittweisen Angleichung an den Landesbasisentgeltwert und damit an das landesweite Preisniveau höhere Budgetanteile verlieren, eine Kappungsgrenze für Budgetminderungen fest. Um konvergenzbedingte Budgetminderungen insbesondere in den Anfangsjahren zu vermindern, wird eine sukzessive ansteigende Kappungsgrenze in Höhe von 1 Prozent im Jahr 2017,

1,5 Prozent im Jahr 2018, 2 Prozent im Jahr 2019, 2,5 Prozent im Jahr 2020 und 3 Prozent im Jahr 2021 eingeführt. Die Regelung begrenzt den Anpassungsbedarf auf zumutbare Größenordnungen und vermeidet Überforderungen.

Zu Absatz 6

Der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert wird ermittelt, indem der Teil des Erlösbudgets, der auf mit Bewertungsrelationen bewertete Leistungen entfällt (Satz 1), durch die Summe der effektiven Bewertungsrelationen der entsprechend vereinbarten Behandlungsfälle dividiert wird (Satz 2). Der resultierende Basisentgeltwert wird nach Satz 3 mit dem jeweiligen effektiven Relativgewicht für Entgelte aus dem Psych-Entgeltkatalog multipliziert und ergibt den jeweils abzurechnenden Betrag für die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte.

Zu Absatz 7

Entsprechend der Vorgabe des § 17 Absatz 5 KHG ermöglicht Absatz 7 bei staatlich nicht oder teilweise nicht geförderten Krankenhäusern, bei denen sich ein niedriger Basisentgeltwert ergibt, die zusätzliche Finanzierung von Investitionskosten. Als Obergrenze für die Erhöhung des krankenhausindividuell ermittelten Basisentgeltwertes wird der Landesbasisentgeltwert vorgegeben. Zusätzlich berücksichtigt werden können nur Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Kosten für bereits abgeschlossene oder noch laufende Investitionsmaßnahmen bereits bei den bisherigen Budget- und Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt worden sind; diese Fälle sollen nicht neu verhandelt werden. Sofern Krankenhäuser von dieser Regelung Gebrauch machen, können Sie dies in Form der bisherigen Anlage 2 der BPfIV a. F. darlegen.

Zu Absatz 8

Sofern die tatsächlich eingetretenen Erlöse von den prospektiv vereinbarten Erlösen abweichen, sind nach Absatz 8 auch in der Konvergenzphase entsprechend zu § 12 Absatz 2 BPfIV a. F. Erlösausgleiche vorzunehmen. Für Zwecke der Erlösausgleiche werden die von dem vereinbarten Erlösbudget und der Erlössumme umfassten Krankenhauserlöse nach Satz 1 wieder zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Durch eine damit mögliche Saldierung von Erlösausgleichen wird die Komplexität möglicher Erlösausgleichssituationen vermindert.

Zur Feststellung, ob ein Erlösausgleich vorzunehmen ist, ist der nach Satz 1 ermittelte Gesamtbetrag für die prospektiv vereinbarten Erlöse nach Satz 2 den im Kalenderjahr angefallenen Erlösen für die auf der Bundesebene bewerteten Entgelte und die krankenhausindividuellen Entgelte gegenüber zu stellen. Da Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 auszugliedern sind und somit grundsätzlich nicht Bestandteil des Gesamtbetrags sind, bleiben sie bei der Durchführung der Erlösausgleiche weiterhin grundsätzlich außen vor. Die näheren Einzelheiten für die Durchführung der Erlösausgleiche werden durch die Sätze 2 und 3 vorgegeben.

Nach Satz 2 Nummer 1 ist für Mindererlöse grundsätzlich der bereits heute geltende Ausgleichssatz von 20 Prozent anzuwenden. Mindererlöse aufgrund der Erbringung von

Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V wie auch von Integrationsverträgen nach § 140b SGB V werden nicht ausgeglichen. Sie sind auszugliedern und damit nicht Bestandteil des Gesamtbetrags nach Satz 1.

Mehrerlöse werden nach Satz 2 Nummer 2 wie bereits für die Jahre 2015 und 2016 bei einer Budgetüberschreitung von bis zu 5 Prozent zu 85 Prozent ausgeglichen, darüber hinaus liegt der Ausgleichssatz bei 90 Prozent.

Um eine Über- oder Unterfinanzierung bei einer von der angenommenen Leistungsentwicklung abweichenden Leistungsmenge zu vermeiden, wird den Vertragsparteien, die das Krankenhausbudget vereinbaren, mit Satz 3 – ähnlich wie bisher (§ 12 Absatz 2 Satz 2 BPflV a. F.) – die Möglichkeit eröffnet, prospektiv abweichende Ausgleichssätze von den gesetzlich vorgegebenen Mehr- und Mindererlösausgleichssätzen zu vereinbaren.

Zu Absatz 9

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Absatz 4 Satz 1 BPflV a. F. Leistungen für bestimmte ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel der Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, können aus dem für Zwecke der Ermittlung der Erlösausgleiche gebildeten Gesamtbetrag ausgegliedert werden. Sie werden damit von den Erlösausgleichen ausgenommen. Es bleibt aber auch für diese Patientinnen und Patienten bei den für alle Benutzer eines Krankenhauses einheitlichen Entgelten.

Zu Absatz 10

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 12 Absatz 3 BPflV a. F. Die Regelung ermöglicht bei wesentlichen Änderungen die Neuvereinbarung des Gesamtbetrags, wenn das Erfordernis noch im laufenden Kalender- bzw. Budgetjahr von einer Vertragspartei angezeigt wird. Sie entspricht grundsätzlich dem Gedanken des Wegfalls der Geschäftsgrundlage.

Zu Absatz 11

Sollte eine gesetzliche Regelung zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen nach Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2022 nicht rechtzeitig in Kraft treten, wird durch Absatz 11 vorgegeben, dass die örtlichen Vertragsparteien das Erlösbudget ab dem Jahr 2022 nach den Vorgaben für die Vereinbarung des Zielwertes in der Konvergenzphase vereinbaren (Menge \times Preis). Im Übrigen gelten die Vorgaben zu den Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre, zu den Erlösausgleichen nach Absatz 8 und zur Ausgliederung der Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten nach Absatz 9 sowie zur Bindung an und zur Neuvereinbarung des Erlösbudgets (Absatz 10).

Zu § 5

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen durch die örtlichen Vertragsparteien. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge, die nach Satz 1 für die örtlichen Vertragsparteien verbindlich sind. Mit diesen Regelungen können die Voraussetzungen für Zuschläge bestimmt werden und, soweit möglich, auch die konkrete Höhe des

gegenüber den Krankenkassen abzurechnenden Zuschlags. Von den örtlichen Vertragsparteien ist nach Satz 2 auf Antrag einer Vertragspartei zu prüfen, ob bei der einzelnen Einrichtung die Voraussetzungen für einen Zuschlag vorliegen. Können sich die örtlichen Vertragsparteien nicht einigen, ist die Schiedsstelle anrufbar. Soweit für Zu- und Abschlagstatbestände eine Umrechnung auf eine bestimmte, krankenhausesindividuelle Bezugsgröße erforderlich ist (z. B. Fallzahl oder Summe der Erlöse), so hat dies nach Satz 3 im Rahmen der bundeseinheitlichen Vorgaben durch die örtlichen Vertragsparteien zu erfolgen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 verweist für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auf die Geltung von § 17d Absatz 2 Satz 5 KHG, wonach für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, die in einem Krankenhaus auf Grund geringer Fallzahlen mit den auf der Bundesebene bewerteten pauschalierten Entgelten nicht wirtschaftlich erbracht werden können, Zuschläge für die Vorhaltung dieser Leistungen zu zahlen sind, soweit dies zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Die für die Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbaren hierfür Maßstäbe, in welchen Fällen solche Zuschläge gezahlt werden sollten und wie die Höhe der Zuschläge grundsätzlich bemessen werden sollte. Die Prüfung, ob ein entsprechender Tatbestand vorliegt und welche Zuschlagshöhe zu zahlen ist, ist Aufgabe der örtlichen Vertragsparteien. Ein Zuschlag für die Vorhaltung von Leistungen darf nicht gezahlt werden, wenn eine andere geeignete Einrichtung diese Leistungen ohne Zuschlag erbringen kann. Mit dieser Vorgabe sollen die Zuschläge begrenzt und eine Wettbewerbsverzerrung zwischen Krankenhäusern ausgeschlossen werden. Welche andere Einrichtung für die Leistungserbringung in Frage kommt, ist u. a. anhand von Entfernungen und Verkehrsverbindungen zu entscheiden. Maßgeblich sind hierbei die Maßstäbe der Vertragsparteien auf Bundesebene. Kommt eine Einigung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus über das „ob“ nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde darüber, ob die Erbringung der Leistung bei diesem Krankenhaus erforderlich ist. Dabei hat sie auch die Interessen anderer Krankenhäuser, die keinen Zuschlag erhalten, zu beachten. Können sich die örtlichen Vertragsparteien nicht über die Zuschlagshöhe einigen, ist die Schiedsstelle anrufbar.

Zu § 6

Zu Absatz 1

Ähnlich wie im DRG-System ist grundsätzlich auch für das Psych-Entgeltsystem davon auszugehen, dass nicht alle von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbrachte Leistungen sachgerecht mit den auf der Bundesebene kalkulierten Entgelten vergütet werden können. Nach Absatz 1 wird für Leistungen, die mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, die Möglichkeit der Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten eröffnet. Dies gilt entsprechend für Leistungen, die grundsätzlich sachgerecht vergütet sind, jedoch eine entsprechende Vergütung nicht erreicht wird, weil eine Einrichtung Besonderheiten aufweist, die in ihrem Leistungsspektrum

begründet sind. Eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung durch die örtlichen Vertragsparteien ist nach Satz 1 und 2 möglich, sofern die Vertragsparteien auf Bundesebene dies im Rahmen der Vereinbarung der Entgeltkataloge bzw. einer Vereinbarung zu besonderen Einrichtungen entsprechend feststellen. Gelingt eine Einigung der Selbstverwaltungspartner nicht, sind die im Rahmen einer Ersatzvornahme getroffenen entsprechenden Entscheidungen maßgeblich. Mit Blick darauf, dass das neue Entgeltsystem im Jahr 2017 mit dem ersten Konvergenzschritt erstmals ökonomische Wirkung entfaltet, ist dies dementsprechend erstmals für das Budgetjahr 2017 möglich. Die örtlichen Vertragsparteien können tages-, fall- oder zeitraumbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte und in eng begrenzten Ausnahmefällen auch krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte vereinbaren. Können sich die örtlichen Vertragsparteien nicht über die Entgelte einigen, ist die Schiedsstelle anrufbar. Für die sachgerechte Kalkulation der krankenhausesindividuellen Entgelte sind nach Satz 2 die Kalkulationsempfehlungen der Vertragsparteien auf der Bundesebene zu beachten.

Zu Absatz 2

Soweit neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit den bundesweiten Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können, lässt Absatz 2 grundsätzlich die zeitlich befristete Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten zu. Im Vergleich zur somatischen Krankenhausversorgung ist jedoch nach Expertenschätzung aufgrund einer geringeren Anzahl neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei der Versorgung psychisch kranker Menschen davon auszugehen, dass ein Bedarf zur Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zusatzentgelten nur in wenigen Fällen gegeben ist. Es gilt auch hier wie bei anderen stationären Leistungen die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nach § 137c SGB V, wonach neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt und finanziert werden, ohne dass vorher eine Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlich ist. Dies gilt, solange die Methode nicht auf Antrag eines Antragsberechtigten vom Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft und – ggf. nach einer befristeten Erprobungszeit – ausgeschlossen wird. Für die näheren Einzelheiten der Vereinbarung von innovativen Leistungen sind die Regelungen des § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 9 KHEntgG entsprechend anzuwenden. Können sich die örtlichen Vertragsparteien nicht über die Entgelte einigen, ist die Schiedsstelle anrufbar.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 Satz 1 werden die Erlöse für die vereinbarten krankenhausesindividuellen Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 für noch nicht sachgerecht vergütete Leistungen und besondere Einrichtungen in einer gemeinsamen Erlössumme zusammengefasst. Für die Vereinbarung der Erlössumme sind die Vorgaben des § 6 Absatz 1 und 2 BPflV a. F. zu beachten. Damit wird der Zuwachs der Erlössumme durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt. Es gelten zugleich unverändert die entsprechenden Ausnahmetatbestände und die Budgetberichtigungsrate für die anteilige Tariffinanzierung. Die Erlössumme umfasst nach Satz 2 nicht die Innovationsentgelte nach Absatz 2. Für die Verein-

barung der Entgelte und die Erlössumme sind nach Satz 3 die von den Vertragsparteien auf Bundesebene empfohlenen Kalkulationsvorgaben zu beachten und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, einschließlich ggf. weiterentwickelter Abschnitte der Anlage dieser Verordnung (AEB-Psych). Für den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen finden die Vorgaben des § 4 Absatz 8 Anwendung, der die Zusammenfassung der Erlössumme und des Erlösbudgets zu einem Gesamtbetrag vorsieht.

Zu Nummer 6 (Dritter Abschnitt)

Redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung. Anstelle der bisherigen Regelungen zu den Entgeltarten, die durch den Gesamtbetrag und die hieraus abgeleiteten tagesgleichen Pflegesätze gekennzeichnet waren, werden im Dritten Abschnitt nunmehr die einzelnen Entgeltarten des neuen Psych-Entgeltsystems sowie Regelungen zu deren Berechnung aufgeführt.

Zu Nummer 7 (§§ 7 und 8)

Mit der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems rückt die Verhandlung von Art und Anzahl der Leistungen, für die auf der Bundesebene Entgelte kalkuliert werden, in den Vordergrund. In der neu strukturierten Bundespflegesatzverordnung verliert dementsprechend die kostenbezogene Verhandlung des einzelnen Krankenhausbudgets an Bedeutung. Die differenzierten Vorgaben der §§ 7 und 8 BPflV a. F. zu den pflegesatzfähigen Kosten sowie der im Pflegesatz berücksichtigungsfähigen Kosten werden daher aufgehoben. Unabhängig davon gelten entsprechende Vorgaben des KHG, aber auch der Abgrenzungsverordnung fort. Im Zusammenhang mit der Kostenerstattung von Ärzten wird weiterhin auf die Erstattungssätze verwiesen, die sich aus § 7 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 und Nummer 5 BPflV a. F. ergeben. Entsprechendes gilt für nach § 17 Absatz 5 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 8 BPflV a. F. berücksichtigungsfähige Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern.

Zu § 7

§ 7 zählt die Entgelte auf, die dem Kostenträger vom Krankenhaus bei voll- oder teilstationärer Behandlung in Rechnung gestellt werden können. Dabei umfasst Satz 1 die abrechenbaren Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen. Es handelt sich um eine Anpassung der Vorgaben des § 10 Absatz 1 und 2 BPflV a. F. an das neue Entgeltsystem. In Satz 3 werden die abrechenbaren Entgeltzuschläge aufgezählt, die der Finanzierung von nicht unmittelbar medizinischen Leistungen dienen.

Zu § 8

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Dies gilt auch für ausländische Patientinnen und Patienten. Insoweit entspricht die Vorschrift dem bisherigen § 14 Absatz 1 Satz 1 BPflV a. F. Satz 2 gibt vor, wie bislang § 10 Absatz 3 BPflV a. F., dass bei Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, der Versorgungsanteil mit den normalen Entgelten

für die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet wird. Mehrkosten der Behandlung in Folge der Studien und die Kosten für die Durchführung der Studie sind über Finanzmittel für Forschung und Lehre oder Drittmittel zu finanzieren. Die Entgelte dürfen nach Satz 3, außer bei der Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten, analog zur bisherigen Regelung des § 14 Absatz 1 Satz 2 BPfIV a. F. nur im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses berechnet werden. Dieser ergibt sich gemäß Satz 4 für die verschiedenen Arten von Krankenhäusern entsprechend dem bisherigen § 4 BPfIV a. F.

Zu Absatz 2

Satz 1 gibt vor, für welche Tage des Krankenhausaufenthalts das Krankenhaus dem Kostenträger tagesbezogene Entgelte berechnen kann. Die Ermittlung dieser Berechnungstage entspricht dem bisherigen § 14 Absatz 2 Satz 1 BPfIV a. F. Satz 2 macht Vorgaben für die Berechnung tagesbezogener Entgelte bei internen Verlegungen, bei denen nur für die zuletzt aufnehmende Abteilung das tagesbezogene Entgelt ermittelt wird. Neben den tagesbezogenen Entgelten sind grundsätzlich zusätzliche Entgelte berechenbar. Nach Satz 3 stehen hierfür entsprechend den Vorschriften des KHEntgG bundesweit kalkulierte Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge zur Verfügung. Sofern Fallpauschalen berechnet werden, gelten hierfür nach Satz 4 die Regelungen des KHEntgG u. a. zur Fallzusammenführung und zur Abrechnung. Näheres oder Abweichendes regeln nach Satz 5 die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene durch eine Vereinbarung. Sofern dies im Zusammenhang mit dem neuen Psych-Entgeltsystem sachgerecht ist, können sie dabei z. B. auch von der Vorgabe abweichen, dass der Entlassungs- oder Verlegungstag grundsätzlich nicht zu berechnen ist. Alternativ kann dies auch durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Ersatzvornahme erfolgen. Satz 6 stellt klar, dass für Patientinnen und Patienten von Belegärztinnen und Belegärzten gesonderte Entgelte berechnet werden. Dies entspricht den Vorgaben in § 18 Absatz 2 KHEntgG.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 erhalten die Krankenhäuser in den neuen Ländern einen bis zum 31. Dezember 2014 befristeten Investitionszuschlag. Die Regelung entspricht dem bisherigen § 14 Absatz 3 BPfIV a. F.

Zu Absatz 4

Nach Absatz 4 muss ein Krankenhaus Vergütungsabschläge auf die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte und die bundesweit kalkulierten Zusatzentgelte hinnehmen, wenn es seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht nachkommt. Bei Einrichtungen, die ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht nachkommen und keine bundeseinheitlich kalkulierten Entgelte abrechnen, sind die Abschläge im Rahmen der krankenhausesindividuellen Entgeltverhandlungen zu berücksichtigen. Die Regelung entspricht dem bisherigen § 14 Absatz 6 BPfIV a. F.

Zu Absatz 5

Satz 1 bestimmt, dass eine angemessene Vorauszahlung vom Krankenhaus verlangt werden kann, wenn der Patient oder die Patientin nicht nachweisen kann, dass ein Kranken-

versicherungsschutz besteht. Nach Satz 2 besitzt das Krankenhaus nach der ersten Woche des Krankenhausaufenthalts einen Anspruch auf eine Abschlagszahlung auf bereits erbrachte Teilleistungen. Diese Vorschrift dient der Sicherung der Liquidität des Krankenhauses. Die Regelungen gelten nach Satz 3 nicht, soweit andere Vereinbarungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen bestehen. Der Absatz entspricht weitgehend dem bisherigen § 14 Absatz 4 BPfIV a. F.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht unter Berücksichtigung redaktioneller Änderungen inhaltlich dem bisherigen § 14 Absatz 5 BPfIV a. F.

Zu Nummer 8 (Vierter Abschnitt)

Redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung. Neben den bisherigen Vorgaben für die Bundesebene und die örtlichen Vertragsparteien sowie zur Anrufung der Schiedsstelle und der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde werden im Vierten Abschnitt zukünftig auch Vorgaben für die Vertragsparteien auf Landesebene gemacht (§ 10). Die geänderte Überschrift des Vierten Abschnitts trägt diesen zusätzlichen Vorgaben für die Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes durch die Vertragsparteien auf Landesebene Rechnung.

Zu Nummer 9 (§ 9)

§ 9 führt in Absatz 1 die Vereinbarungen auf, die bereits nach § 17d KHG von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffen sind (Nummern 1 bis 3), und erweitert diese um Vereinbarungen über Empfehlungen zur Kalkulation und Vergütung von krankenhausesindividuellen Entgelten und Entgelten zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Nummer 4).

Mit Nummer 1 wird begrenzt auf geeignete Fälle die Möglichkeit eröffnet, Regelungen zu Zu- oder Abschlägen zu vereinbaren, wenn erkrankungstypische Behandlungszeiten unter- oder überschritten sind. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass diese Regelung beim überwiegenden Spektrum der in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen behandelten Erkrankungsbilder nicht zum Tragen kommt. Dennoch gibt es auch bei bestimmten Erkrankungen, die in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen behandelt werden, typische Behandlungszeiten, die hinsichtlich ihrer Eignung für Zu- und Abschläge auf Basis empirischer Daten zu prüfen sind. Für möglicherweise geeignete Anwendungsfälle kann beispielhaft der qualifizierte Entzug bei Abhängigkeitserkrankungen genannt werden.

Die Nummern 5 (anteilige Erhöhungsrage) und 6 (Aufbau der Datensätze) entsprechen im Grundsatz dem bisherigen § 15 Absatz 1 und 2 BPfIV a. F. Die Selbstverwaltungspartner können die Abschnitte E1 bis E3 und B1 und B2 nach der Anlage zu dieser Verordnung, der AEB-Psych, weiterentwickeln. Dabei können sie u. a. auch die Regelungen zu Überliegern ändern und konkretisieren. Sie können damit auch die Abgrenzung des nach § 3 oder § 4 BPfIV n. F. ausgliedernden Erlösvolumens für Überlieger verändern.

Es handelt sich bei der Aufzählung nach Absatz 1 um eine nicht abgeschlossene Liste von Vereinbarungsgegenständen, worauf das Wort „insbesondere“ verweist. So können die Vertragsparteien auf Bundesebene beispielsweise – soweit erforderlich – auch Vorgaben oder Empfehlungen für die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Landesbasisentgeltwerte machen.

Absatz 2 regelt das Verfahren für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nicht einigen können. Scheitert die Vereinbarung der Entgeltkataloge, der Abrechnungsbestimmungen oder der Regelungen über Zu- und Abschläge, ist das Bundesministerium für Gesundheit nach Maßgabe des § 17d Absatz 6 KHG ermächtigt, entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen. In den übrigen Fällen entscheidet die Bundesschiedsstelle. Die Vorschrift entspricht im Grundsatz dem bisherigen § 15 Absatz 3 BpflV a. F.

Zu Nummer 10 (Streichung der Überschrift des Dritten Abschnitts a. F.)

Die bisherige Überschrift des Dritten Abschnitts wird als redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegegesetzverordnung gestrichen.

Zu Nummer 11 (§§ 10 bis 12)

Zu § 10

Das Preisniveau der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte wird mit der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes auf der Landesebene bestimmt. Aus der Multiplikation von bundeseinheitlich festgelegter Bewertungsrelation und dem landesspezifischem Basisentgeltwert ergibt sich die Höhe der einzelnen Entgelte.

Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien auf der Landesebene vereinbaren nach Satz 1 jährlich einen für die Vertragsparteien vor Ort verbindlichen Basisentgeltwert. Da die Krankenhausbudgets in der budgetneutralen Phase bis einschließlich 2016 noch nach den bisherigen Regelungen verhandelt werden, erfolgt die erstmalige Vereinbarung für das Jahr 2017. Ausgangsbasis für die Verhandlungen sind die Vereinbarungswerte für das Jahr, das dem Jahr vorangeht, für das die Vereinbarung gelten soll, insbesondere die Summe der effektiven Bewertungsrelationen und die Summe der Erlöse aus mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten. Auf dieser Grundlage ist die Entwicklung für das Jahr, für das die Vereinbarung gelten soll, nach Satz 2 zu schätzen. Wegen der Unsicherheiten hinsichtlich der Ausgangsdaten für die Vereinbarung des Basisentgeltwertes und der Schätzrisiken bei den Annahmen für das Jahr, in dem der Basisentgeltwert gelten soll, bestimmt Satz 3, dass die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren, dass Fehlschätzungen im Folgejahr korrigiert werden können. Um willkürliche nachträgliche Korrekturen zu vermeiden, verpflichtet Satz 4 die Vertragsparteien, bereits prospektiv die Tatbestände und Voraussetzungen festzulegen, für die später eine Korrektur vorgenommen werden kann. Satz 5 bestimmt, dass die Korrektur sowohl zu einer Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) als auch zu Ausgleichszahlungen über

die Differenz zwischen prospektiv vereinbartem und später berichtigtem Basisentgeltwert führt. Durch die Basisberichtigung wird sichergestellt, dass die Verhandlungen des Basisentgeltwertes für das folgende Jahr auf einer sachgerechten Ausgangsbasis aufsetzen. Um zu vermeiden, dass durch die Berichtigung die Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Basisentgeltwertes ausgehebelt wird, legt Satz 6 fest, dass die Berichtigung nur insoweit durchzuführen ist, als sie auch bei sofortiger Berücksichtigung in der ursprünglichen Vereinbarung des Basisentgeltwertes nicht zu einer Überschreitung der Veränderungsrate geführt hätte.

Zu Absatz 2

Satz 1 bestimmt, welche Aspekte bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes insbesondere zu berücksichtigen sind. Die somit nicht abschließende Aufzählung lehnt sich an die Vorgaben zur Vereinbarung der Basisfallwerte nach dem KHEntG an. Nach Nummer 1 sind bei der Verhandlung voraussichtliche Entwicklungen der Personal- und Sachkosten zu berücksichtigen. Der Begriff allgemeine Kostenentwicklung verdeutlicht dabei, dass nicht auf die Kostenentwicklung einzelner Krankenhäuser abzustellen ist, sondern auf allgemein zu erwartende Entwicklungen, die das Preisniveau beeinflussen. Hierzu zählen beispielsweise eine voraussichtliche Anhebung von Tarifröhnen und -gehältern sowie der Anstieg von Einkaufspreisen bei Sachmitteln. Nummer 2 sieht Verhandlungen über die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven vor, die noch nicht von den Kalkulationsergebnissen auf der Bundesebene erfasst worden sind. Die Wirtschaftlichkeitsreserven können auch landesspezifisch sein. Nummer 3 legt in Verbindung mit Satz 2 fest, dass zu erwartende Leistungssteigerungen die Kostenträger grundsätzlich nicht mit dem gesamten in Rechnung stellbaren Entgeltvolumen belasten dürfen, sondern nur in Höhe der zusätzlich entstehenden, variablen Kosten. Der Regelung liegt die betriebswirtschaftliche Überlegung zu Grunde, dass bei einer Leistungssteigerung im Regelfall eine Kostendegression je Leistungseinheit eintritt. Zusätzliche Leistungen, gemessen an Fallzahlen, Tagen und Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten, werden bei dieser Regelung anteilig auch zusätzlich vergütet. Trotz einem folglich möglicherweise abgesenkten Basisentgeltwert stehen den Krankenhäusern im Land bei Leistungssteigerungen insgesamt mehr Mittel zur Verfügung. Sofern die Ausgabenentwicklung in dem Bereich der nicht mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V überschreitet, ist der überschießende Betrag nach Nummer 4 absenkend zu berücksichtigen. Nicht einbezogen in das Ausgabenvolumen nach Nummer 4 werden dabei die Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3. Nach Nummer 5 ist die voraussichtliche Summe der Erlöse mindernd zu berücksichtigen, die sich aus der Kappung der Konvergenzbeträge bei Krankenhäusern mit überdurchschnittlichem krankenhausindividuellem Basisentgeltwert ergeben, da die Kappung ansonsten zu einer Erhöhung der Krankenkassenausgaben führen würde. Für die sachgerechte Umsetzung hat sich hierzu ein iteratives Berechnungsverfahren bewährt. Daneben ist hier auch die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 mindernd zu berücksichtigen, sofern die Leistungen bislang durch den Basisentgeltwert finanziert wor-

den sind. Hierdurch wird eine Doppelfinanzierung durch Zuschläge einerseits und den Basisentgeltwert andererseits vermieden. Nummer 6 bestimmt, dass die Summe der sonstigen Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 erhöhend zu berücksichtigen ist, sofern die Leistungen bislang durch den Basisentgeltwert finanziert worden sind. Die Abschläge führen zu einer Verminderung des Ausgabenvolumens für stationäre Krankenhausleistungen. Da mit den Abschlägen jedoch keine Absenkung des Gesamtausgabenvolumens beabsichtigt ist, sondern lediglich eine sachgerechte Umverteilung der Vergütung zwischen den Krankenhäusern, muss die Summe der Abschläge bei den einzelnen Einrichtungen im Land durch eine Erhöhung des Basisentgeltwertes berücksichtigt werden. Mögliche Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, auch diejenigen, die über die in § 9 Absatz 1 Nummern 1 bis 6 konkret Benannten („insbesondere“) hinausgehen, sind nach Nummer 7 auch für die Vertragspartner auf Landesebene verbindlich und daher, sofern – sachlich angezeigt – bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes zu berücksichtigen.

Satz 2 stellt zu Satz 1 Nummer 3 klar, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes ceteris paribus absenkend berücksichtigt werden, da sie nur mit ihren geschätzten variablen Kosten in die Verhandlung eingehen.

Nach Satz 3 sind die finanziellen Auswirkungen einer verbesserten Kodierung durch eine entsprechende Absenkung des Basisentgeltwertes zu neutralisieren. Bislang werden in den Krankenhäusern noch wenig Nebendiagnosen erfasst. Auf Grund der Erfahrungen mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystem in Deutschland – wie auch in anderen Ländern – ist damit zu rechnen, dass sich in den ersten Jahren nach der Einführung des neuen Entgeltsystems das Kodierverhalten in den Krankenhäusern ändert und mehr und differenzierter entgeltrelevante Diagnosen und Prozeduren erfasst werden als bisher. Es kann zur Abrechnung höherwertiger Entgelte kommen, ohne dass sich das Leistungsgeschehen entsprechend verändert. Um zu vermeiden, dass solche Effekte die Ausgaben erhöhen, ohne dass eine tatsächliche Leistungssteigerung dahinter steht, bestimmt Satz 3, dass diese Effekte durch eine entsprechende Absenkung des Basisentgeltwertes auszugleichen sind.

Zu Absatz 3

Durch Satz 1 wird die vereinbarte Anhebung des nach Absatz 1 berichtigten Basisentgeltwertes des Vorjahres auf die Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 SGB V beschränkt. Durch diese Regelung ist zukünftig – wie bereits bei somatischen Krankenhäusern – die Entwicklung der Preiskomponente nach oben gesetzlich begrenzt. Das Morbiditätsrisiko wird zukünftig transparenter von den Kostenträgern getragen. Die bislang in § 6 Absatz 1 der Bundespflegegesetzverordnung enthaltenen Ausnahmeregelungen, die einen Anstieg der Krankenhausbudgets über die Veränderungsrate hinaus erlauben, werden dadurch überflüssig und finden keine Anwendung mehr. Satz 2 legt Ausnahmeregelungen für die Geltung der Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Basisentgeltwertes fest. Die Obergrenze gilt danach nicht, soweit eine Erhöhung des Basisentgeltwertes lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätz-

zungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Satz 3 führt aus, dass eine technisch bedingte Erhöhung des Basisentgeltwertes insbesondere dann vorliegt, wenn sie auf die Weiterentwicklung des Vergütungssystems oder der Abrechnungsbestimmungen zurückzuführen ist.

Zu Absatz 4

Auch im Rahmen des neuen Psych-Entgeltsystems werden lineare Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen weiterhin anteilig durch die Krankenkassen refinanziert. Ab dem Jahr 2017 werden anteilig zu refinanzierende Tarifsteigerungen jedoch nicht mehr wie bisher erhöhend für das Krankenhausbudget berücksichtigt (vgl. § 6 Absatz 2 BPflV a. F.), sondern nur noch bezogen auf den Landesbasisentgeltwert, also das Preisniveau. Absatz 4 gibt hierfür nähere Einzelheiten vor. Nach Satz 1 ist es für eine anteilige Tarifierfinanzierung – wie bisher – erforderlich, dass die vereinbarten linearen Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen die jeweils maßgebliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V überschreiten. Satz 2 führt aus, dass tarifvertraglich vereinbarte Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen, die die Veränderungsrate übersteigen, bezogen auf die Personalkosten hälftig von den Kostenträgern getragen werden. Die auf die Personalkosten bezogene Refinanzierungsquote wird bezogen auf die Gesamtkosten bzw. den Landesbasisentgeltwert umgerechnet und durch Satz 5 wie bisher weiterhin mit 40 Prozent vorgegeben. Satz 3 gibt vor, dass die relevante Tarifraten nach Satz 2 als gewichtete Mischrate der jeweils maßgeblichen Tarifraten im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich zu ermitteln sind. Die Ermittlung hat durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu erfolgen, die nach Satz 4 in Höhe der Differenz zwischen der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V und der von ihnen ermittelten Tarifraten, die die Veränderungsrate übersteigt, eine Erhöhungsrate für den Landesbasisentgeltwert zu vereinbaren haben.

Zu Absatz 5

Absatz 5 macht weitere Vorgaben zur Vereinbarung des Basisentgeltwertes. Satz 1 legt fest, dass die Vereinbarung des Basisentgeltwertes prospektiv bis zum 31. Oktober jeden Jahres für das jeweils folgende Jahr zu treffen ist. Die Verhandlungen sind nach Satz 2 unverzüglich aufzunehmen, nach dem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Eine Vereinbarung kommt nach Satz 3 durch Einigung der an der Verhandlung teilnehmenden Parteien zustande und ist schriftlich abzuschließen. Sofern die Vertragsparteien keine Einigung erzielen können, setzt Satz 4 die Schiedsstelle auf Landesebene den Basisentgeltwert auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich fest.

Zu § 11

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht grundsätzlich dem bisherigen § 17 Absatz 1 BPflV a. F. Satz 1 legt die neuen Verhandlungsgegenstände der Vertragsparteien auf Ortsebene fest, die sich aus der Systematik der neuen Vergütungsregelungen ergeben. Danach ist eine Vereinbarung über den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert, die Erlössumme, die sonstigen Entgelte, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und

Mindererlösausgleiche zu treffen. Die Vereinbarung ist nach Satz 2 wie bisher auch weiterhin prospektiv zu treffen. Satz 3 verpflichtet die Vertragsparteien dazu, auch eine Vereinbarung über ein zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus zu treffen. Dabei sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Vereinbarung kommt nach Satz 4 durch Einigung der an der Verhandlung teilnehmenden Vertragsparteien zustande und ist schriftlich abzuschließen. Die Vereinbarung bedarf nach § 18 Absatz 1 Satz 3 KHG der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht dem bisherigen § 17 Absatz 2 BPfIV a. F. und legt durch Satz 1 fest, dass der Vereinbarungszeitraum in der Regel ein Kalenderjahr beträgt. Satz 2 ermöglicht es den Vertragsparteien jedoch auch, einen Vereinbarungszeitraum festzulegen, der mehrere Kalenderjahre umfasst.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 17 Absatz 3 BPfIV a. F. und macht Vorgaben hinsichtlich des Beginns, der Dauer und des Abschlusses der Verhandlungen. Die Regelung zielt auf einen frühzeitigen Beginn und eine zügige Durchführung der Verhandlungen ab. Hierdurch kann ein rechtzeitiges, nicht rückwirkendes Wirksamwerden der neu verhandelten Werte erreicht werden.

Zu Absatz 4

Satz 1 regelt wie bislang § 17 Absatz 4 Satz 2 bis 4 BPfIV a. F., welche Unterlagen der Krankenhausträger als Grundlage für die Verhandlung zu übermitteln hat. Da die Budgets in der budgetneutralen Phase nach den bisherigen Regelungen vereinbart werden, sind in dieser Zeit noch weitgehend die bisherigen Formulare vorzulegen. Nicht mehr übermittelt werden müssen dagegen die Abschnitte VI, V4, L4 und K4 sowie die Anlage 2. Hierdurch werden die vorzulegenden Formulare bereits frühzeitig vermindert. Daneben sind die Abschnitte E1 bis E3 und B1 der Anlage zur neuen Fassung der BPfIV zu übermitteln. Dies ist zur Ermittlung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes sowie zur Abzahlung des vereinbarten Budgets erforderlich (Nummer 1). Da ab 2017 für alle Krankenhäuser sowohl die Budgetverhandlungen als auch die Vergütung der Leistungen nach den Regelungen des neuen, leistungsorientierten Entgeltsystems erfolgen, sind ab diesem Zeitpunkt nur noch die Abschnitte E1 bis E3 und B2 der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung zu übermitteln (Nummer 2). Sofern Einrichtungen von der Möglichkeit der Berücksichtigung von neuen Investitionskosten Gebrauch machen können, können sie hierzu weiterhin die Anlage 2 der BPfIV a. F. verwenden. Satz 2 legt wie bisher § 17 Absatz 4 Satz 5 BPfIV a. F. aus Gründen der Vereinfachung von Übermittlung und Nutzung der Daten fest, dass diese auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen sind; Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 zum einheitlichen Aufbau der Datensätze und zur Datenübermittlung sind zu beachten. Satz 3 eröffnet den Kranken-

kassen auch weiterhin die bereits bislang bestehende Möglichkeit, weitere Unterlagen anzufordern, sofern dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses erforderlich ist. Die Anforderung unterliegt verschiedenen Voraussetzungen, um den aus der Datenübermittlung resultierenden Verwaltungsaufwand auf das notwendige Maß zu begrenzen. Zum einen bedarf die Anforderung weiterer Unterlagen eines gemeinsamen Verlangens der Kostenträger. Zum anderen muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen.

Zu Absatz 5

Die in Absatz 5 vorgesehene Vorklärung von relevanten Fragestellungen soll die zügige Durchführung der Verhandlungen erleichtern. Die Vorklärung erstreckt sich auf Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge.

Zu § 12

Die Vorschrift entspricht der Möglichkeit zum Abschluss einer vorläufigen Pflegesatzvereinbarung nach § 18 BPfIV a. F. und nimmt hierbei Anpassungen an das neue Entgeltsystem vor. Satz 1 verpflichtet die Vertragsparteien, im Falle einer Nichteinigung hinsichtlich einzelner zu vereinbarenden Werte eine Vereinbarung über die Werte zu schließen, deren Höhe unstrittig ist. Die auf dieser vorläufigen Vereinbarung beruhenden Entgelte sind nach Satz 2 abzurechnen, bis die endgültigen Entgelte in Kraft treten. Hierdurch soll verhindert werden, dass das Krankenhaus auf Grund der verzögerten Vereinbarung oder Festsetzung in Liquiditätsschwierigkeiten gerät. Durch die Verwendung des Wortes „insbesondere“ in Satz 1 wird verdeutlicht, dass die dort angegebenen möglichen Streitpunkte nicht abschließend sind. Immer wenn zwischen den Parteien Uneinigkeit über einen entgeltrelevanten Faktor der Vereinbarung besteht, ist der Anwendungsbereich des § 12 angesprochen. So kann die vorläufige Vereinbarung auch dann in Betracht kommen, wenn sich die Parteien beispielsweise über die Höhe der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 uneinig sind. Satz 3 regelt den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse, die auf Grund der Abrechnung der vorläufig vereinbarten Entgelte entstehen. Da auch die vorläufige Vereinbarung Bestimmungen über einzelne entgeltrelevante Faktoren enthält, bedarf sie – wie bisher – einer Genehmigung nach § 14. Zwischen den Parteien noch strittige Einzelfragen sind nicht Gegenstand dieser Genehmigungsentscheidung.

Zu Nummer 12 (§ 13)

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 19 Absatz 1 und 2 BPfIV a. F. Absatz 1 enthält eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des neuen Vergütungssystems. Absatz 3 entfällt, da die Schiedsstellenfähigkeit als Konfliktlösungsmechanismus für bestimmte Sachverhalte analog zur Vorgehensweise nach § 13 KHEntG nicht mehr gesetzlich ausgeschlossen wird.

Zu Nummer 13 (§ 14)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Die Vorschrift entspricht im Grundsatz dem bisherigen § 20 Absatz 1 BPfIV a. F. und wurde im Hinblick auf die neuen

auf Ortsebene zu vereinbarenden Sachverhalte angepasst. Neu ist die Genehmigung des Landesbasisentgeltwertes (Satz 1). Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung und des sonstigen Rechts, d.h. insbesondere des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entspricht (Satz 2). Daher handelt es sich bei der Genehmigung um eine Rechtskontrolle. Die zuständige Landesbehörde ist nicht befugt, von der Vereinbarung oder der Festsetzung abweichende Entgelte zu genehmigen. Nach Satz 3 hat die Landesbehörde über die Genehmigung des Landesbasisentgeltwertes – analog zum Basisfallwert im Krankenhausentgeltgesetz – innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags auf Genehmigung zu entscheiden.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des neuen Entgeltsystems.

Zu Buchstabe c (Absatz 4 – neu)

Die Vorschrift macht Vorgaben für Klageverfahren gegen die Genehmigung des Landesbasisentgeltwertes nach § 10. Analog zum Krankenhausentgeltgesetz bestimmt Satz 1, dass der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben ist. Satz 2 legt fest, dass kein Vorverfahren stattfindet. Nach Satz 3 hat die Klage keine aufschiebende Wirkung.

Zu Nummer 14 (§ 15 – neu)

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält Regelungen zur Laufzeit der krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte sowie sonstiger Entgelte. Er entspricht im Grundsatz dem bisherigen § 21 Absatz 1 Satz 1 bis 4 BPfIV a. F. Satz 1 legt als Beginn der Laufzeit dieser Entgelte grundsätzlich den Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums fest. Dies setzt voraus, dass die neuen Entgelte durch Genehmigung wirksam geworden sind. Liegt zu Beginn des Vereinbarungszeitraums eine wirksame Genehmigung der Entgelte bzw. des krankenhaushausindividuellen Basisentgeltwertes nicht vor, ist keine rückwirkende Erhebung der neuen Pflegesätze vorgesehen. In diesem Fall sind die Entgelte vielmehr erst ab dem ersten Tage des auf die Genehmigung folgenden Monats zu erheben. In der Vereinbarung oder der Schiedsstellenentscheidung kann nach Satz 2 auch ein späterer Zeitpunkt festgelegt werden. Nach Satz 3 werden die bisher erhobenen Entgelte so lange weiter erhoben, bis nach den neuen Entgelten abgerechnet wird. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die das neue Entgeltsystem erstmalig anwenden, sei es in den Jahren 2013 oder 2014 optional oder im Jahr 2015 verpflichtend. Satz 4 legt fest, dass die bisher abgerechneten Entgelte um etwaige Ausgleichsbeträge zu bereinigen sind, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 macht Vorgaben über den Umgang mit Mehr- oder Mindererlösen, die aus der Weitererhebung der bisherigen Entgelte resultieren. Er entspricht im Grundsatz dem bis-

herigen § 21 Absatz 2 Satz 1 bis 4 BPfIV a. F. Satz 1 sieht den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse mit Hilfe von Zu- und Abschlägen auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden neuen Entgelte vor. Mit Satz 2 wird ein Spitzausgleich festgelegt, sofern der Ausgleichsbetrag durch den Betrag, der aus den Zu- oder Abschlägen resultiert, über- oder unterschritten wird. Der Differenzbetrag ist dann über die Entgelte des nächsten Vereinbarungszeitraums auszugleichen. Dabei ist ein einfaches Ausgleichsverfahren zu vereinbaren. Satz 3 beschränkt die Zuschläge, die sich aus dem Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sowie aus der Neuvereinbarung des Gesamtbetrags oder des Erlösbudgets ergeben, auf 30 Prozent der Entgelte. Die übersteigenden Beträge sind in nachfolgenden Budgets auszugleichen, wobei wiederum die 30 Prozentgrenze zu beachten ist. Hierdurch werden zu große Sprünge in der Entgelthöhe vermieden. Satz 4 versagt dem Krankenhaus den Ausgleich von Mindererlösen nach Absatz 2, soweit es die verspätete Genehmigung der Vereinbarung zu vertreten hat. Hierdurch wird auf eine frühzeitige Aufnahme und eine zügige Durchführung der Verhandlungen hingewirkt.

Zu Nummer 15 (Aufhebung der §§ 13 bis 15 a. F.)

Die bisherigen §§ 13 bis 15 BPfIV a. F. werden als redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung aufgehoben.

Zu Nummer 16 (Fünfter Abschnitt)

Redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 17 (Streichung der Überschrift des Fünften Abschnitts a. F.)

Die bisherige Überschrift des Fünften Abschnitts wird als redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung gestrichen.

Zu Nummer 18 (§ 16 – neu)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung infolge der Einführung des neuen Entgeltsystems sowie um die Aufhebung abgelaufener Vorschriften.

Zu Nummer 19 (Aufhebung der §§ 23, 24 a. F.)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung infolge der Einführung des neuen Entgeltsystems.

Zu Nummer 20 (§ 17)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung infolge der Einführung des neuen Entgeltsystems.

Zu Nummer 21 (Aufhebung der §§ 17, 18 a. F.)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Bundespflegesatzverordnung infolge der Einführung des neuen Entgeltsystems.

Zu Nummer 22 (§ 18 – neu)

§ 18 enthält Übergangsregelungen zur Anwendbarkeit von Vorschriften. Nach Satz 1 gilt für Krankenhäuser, die nicht auf freiwilliger Basis bereits in den Jahren 2013 oder 2014 das neue Vergütungssystem anwenden, für diesen Zeitraum die Bundespflegesatzverordnung in der bisherigen Fassung. Diese Krankenhäuser wenden daher weiterhin das bisherige Vergütungssystem und die dazugehörigen Rechtsgrundlagen für die Pflegesatzvereinbarung an, wobei die Maßgabe gilt, dass für diese Einrichtungen die Möglichkeit einer Vereinbarung nach dem bisherigen § 6 Absatz 4 für das Jahr 2012 endet (zu den näheren Einzelheiten vgl. § 3 Absatz 1 BPflV n. F.).

Zu Nummer 23 (Anlage)

Erstmalig für das Jahr 2013, spätestens jedoch für das Jahr 2015 vereinbart das Krankenhaus mit den Krankenkassen das zu erwartende Leistungsvolumen auf der Grundlage eines Kataloges nach § 17d Absatz 1 KHG und der dort vorgesehenen Bewertungsrelationen. Darüber hinaus können ergänzend Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 KHG und weitere krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden.

Für die Verhandlung werden die bisherigen Formulare der Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung durch die in der Anlage aufgeführten Formulare E1 bis E3 sowie B1 und B2 ersetzt. Da in der budgetneutralen Phase bis zum Jahr 2016 noch die Budgetverhandlungen für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach den bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen erfolgen, ist während dieser Zeit auch noch die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) nach der Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit Ausnahme der Formulare V1, V4, L4 und K4 vorzulegen.

Durch den Wegfall der zuvor beschriebenen Formulare und der Anlage 2, kann ein Teil des Erstellungsaufwandes für die neuen Formulare aufgefangen werden. Durch den in 2017, also ab Beginn der Konvergenzphase, eintretenden, vollständigen Wegfall der LKA-Erstellung, wird es zu einer spürbaren Aufwandsentlastung sowohl auf Krankenhaus- wie auch auf Krankenkassenseite kommen.

Die neue Anlage (AEB-Psych) umfasst die Aufstellung der Entgelte nach Art und Anzahl (E1 bis E3) und die Erlösbudget- und Gesamtbetragsermittlung (B1 bzw. B2). Sie dienen der Verhandlungsvorbereitung und Budgetvereinbarung. Wesentlicher Aspekt ist die Ermittlung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes.

Die Formulare der Anlage sollen dazu beitragen einen reibungslosen und zügigen Umstieg auf das pauschalierende Entgeltssystem für psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen zu ermöglichen. Da es sich hierbei um eine lernendes System handelt, haben die Vertragspartner auf Bundesebene jederzeit die Möglichkeit die Weiterentwicklung der Abschnitte E1 bis E3 und B1 und B2 zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 Nummer 6).

Zu E1

Das Formblatt E1 umfasst die Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus. Es dient der transparenten Darstellung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen. Hierbei sind entgeltnum-

mernbezogen die Daten der im Kalenderjahr aufgenommenen und entlassenen Patienten (Jahresfälle) aufzulisten. Die Überlieger werden gesondert dargestellt und den Jahresfällen zugeschlagen. Dieses Formular ist für das abgelaufene Geschäftsjahr (Ist-Werte), für das laufende Geschäftsjahr sowohl nach dem Entgeltkatalog des laufenden Geschäftsjahres, wie auch nach dem Entgeltkatalog des Vereinbarungszeitraumes und für den Vereinbarungszeitraum (Forderung), vorzulegen.

Zu E2 und E3

Entsprechend der Anlage 1 zum Krankenhausentgeltgesetz werden in den Formularen E2 und E3 die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte einerseits und die krankenhausesindividuellen Entgelte (Zusatzentgelte, tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte) andererseits aufgelistet.

Zu B1

In den Jahren 2013 bis 2016 erfolgt die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen budgetneutral. Bis zu diesem Zeitpunkt wird der Gesamtbetrag weiterhin nach § 6 Absatz 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung vereinbart. Ab dem Jahr des Umstiegs, spätestens im Jahr 2015 ist die Abrechnung der Krankenhausfälle jedoch mit dem krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert durchzuführen.

Das Formular B1 dient unter Einbeziehung der in § 3 Absatz 2 und 3 aufgeführten Tatbestände der Ermittlung dieses krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes als Abrechnungsgröße für das jeweilige Budgetjahr. Die in dem Formular zwischen den laufenden Nummern 7 und 8 aufgeführte Verhandlung des Gesamtbetrags erfolgt nach § 6 Absatz 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Sachverhalte, die bereits von den laufenden Nummern 2 bis 6 erfasst werden, sind nicht Gegenstand der Verhandlung, damit es nicht zu einer doppelten Berücksichtigung kommt.

Als Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn (siehe hierzu lfd. Nummer 15 i. V. m. der Fußnote 3) sind für das Kalenderjahr, für das das Krankenhaus den Systemwechsel vornimmt, bei fall- und zeitraumbezogenen Entgelten die gesamten Überliegererlöse abzuziehen. Überliegererlöse für tagesbezogene Entgelte kommen nicht zum Tragen, da die Erlöse tagesbezogen dem jeweiligen Budgetjahr zuzuordnen sind (s. E1 Fußnote 3).

Zu B2

Mit dem Jahr 2017 beginnt entsprechend der Regelungen des § 4 die Konvergenzphase. Das Formular B2 gibt vor, wie sich das dem krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert zu Grunde liegende Erlösbudget aus dem veränderten Ausgangswert durch die Ermittlung eines Angleichungsbetrages an den Zielwert ergibt. Darüber hinaus wird an dieser Stelle auch der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert als Abrechnungsgröße für das jeweilige Budgetjahr ermittelt.

Zu Nummer 24 (Anlage 2)

Die Z-Formulare der Anlage 2 zur BPflV für die „Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise geför-

derte Krankenhäuser“ werden aufgehoben. Mit der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems und des damit verbundenen einheitlichen Preisniveaus entfällt nach Abschluss der Konvergenzphase die Möglichkeit der Berücksichtigung zusätzlicher Investitionskosten in den Pflegesätzen. Die verbindliche Vorlage der gesonderten Nachweisform wird frühzeitig aufgehoben. In der budgetneutralen Phase und in der Konvergenzphase können aber die Vertragsparteien weiterhin auf freiwilliger Grundlage für Zwecke des § 17 Absatz 5 KHG von den Formularen Gebrauch machen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 6)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, mit der ein inzwischen nicht mehr zutreffender Verweis korrigiert wird.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Die Möglichkeit zur Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit wird konzentriert auf Entscheidungen zu den DRG-Entgeltkatalogen und den Abrechnungsbestimmungen. In allen anderen Fällen ist bei Nicht-Einigung der Selbstverwaltungspartner zukünftig die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG anrufbar.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Die Regelung hebt die Vorschriften zu zeitlich abgelaufenen Vorgaben für Finanzierungsprogramme für Ärztinnen und Ärzte auf.

Zu Nummer 5 (§ 16)

Durch die Regelung werden zeitlich abgelaufene Vorschriften aufgehoben.

Zu Nummer 6 (§ 17)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 7 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems.

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems. Zum anderen wird festgelegt, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesonderte Entgelte für Belegpatientinnen und -patienten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen frühestens für das Jahr 2017 zu vereinbaren haben. Durch dieses Vorgehen wird der schrittweisen Entwicklung des neuen Entgeltsystems und der damit einhergehenden sukzessiven Verbesserung der Datengrundlagen Rechnung

getragen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben zu entscheiden, ob die frühestens für das Jahr 2017 zu vereinbarenden gesonderten Entgelte für Belegpatientinnen und -patienten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf der Basis empirischer Daten eigenständig kalkuliert oder aus den Entgelten für voll- und teilstationäre Behandlung abgeleitet werden. Diese Entscheidung ist insbesondere vom Umfang und der Qualität der dann vorliegenden Daten abhängig. Mindestens bis einschließlich zum Jahr 2016 sind für Belegpatientinnen und -patienten krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung sieht vor, dass bis zur Vereinbarung von gesonderten Entgelten für Belegpatientinnen und -patienten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesonderte krankenhausindividuelle Entgelte zwischen den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems.

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung sieht vor, dass für Belegpatientinnen und -patienten sowohl in somatischen als auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen 80 Prozent der für Hauptabteilungen maßgeblichen, mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte abgerechnet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung überträgt die Vorgabe, dass bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen ist, auch auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit dem neuen Psych-Entgeltsystem, das dazu führt, dass für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zwar noch krankenhausindividuelle, sonstige Entgelte nach § 6 BpflV, nicht aber tagesgleiche Pflegesätze in der bisherigen Form berechnet werden.

Zu Nummer 8 (§ 19)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 9 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Die Regelung korrigiert einen inzwischen nicht mehr zutreffenden Verweis.

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung sieht vor, dass die Vertragsparteien auf der Ortsebene – analog zum somatischen Bereich – in der budgetneutralen Phase und in der Konvergenzphase den aus einer unvollständigen oder verspäteten Datenübermittlung resultierenden Abschlag bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes berücksichtigen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 64)

Zur Klarstellung werden unter den Buchstaben a und b in den Sätzen 1 und 2 redaktionelle Anpassungen an die übrigen gesetzlichen Regelungen zur Bereinigung vorgenommen.

Buchstabe c nimmt eine redaktionelle Anpassung von Verweisen aufgrund von Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung vor.

Buchstabe d gibt für die nach § 64 Absatz 3 Satz 1 vorzunehmende Bereinigung der Vergütungsvolumina und Krankenhausbudgets vor, dass im Falle einzelvertraglicher Vereinbarungen einzelner Kostenträger kollektive Finanzierungsverpflichtungen dem Modellvorhaben in Höhe der ausgegliederten Belegungsanteile zuzuordnen sind. Kollektive, nicht auf die einzelne Versorgungsleistung bezogene Finanzierungsverpflichtungen liegen z. B. bei periodenfremden Erlösausgleichen oder der Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG vor. Durch die pragmatische Vorgabe können Streitigkeiten vermieden werden. Einzelheiten zur Wiedereingliederung der Leistungen sind im Fall der Änderung und Kündigung von Modellvorhaben individuell in den Verträgen zu regeln.

Zu Nummer 2 (§ 64b – neu)

Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung psychischer Erkrankungen können die Krankenkassen oder ihre Verbände bereits bislang sowohl gemeinsam als auch individuell mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern Modellvorhaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder zur Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung vereinbaren. Dabei können insbesondere auch die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und der Institutsambulanzen nach § 118 einbezogen werden. Um die Anwendung dieser Möglichkeiten im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen zu stärken, werden die Vorgaben für Modellvorhaben mit § 64b weiter entwickelt. Mit der neuen Rechtsgrundlage wird Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Rechnung getragen, die durch eine oftmals besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte und eine vielfach besonders hohe Zahl der einzubeziehenden Akteure gekennzeichnet ist. Zur Weiterentwicklung der Versorgung gilt es hier daher besonders, unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen und zu fördern. Hierzu werden in § 64b die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen. Soweit in § 64b nichts Abweichendes geregelt ist, finden auch für Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung die allgemeinen Grundsätze nach den §§ 63 bis 65 in Bezug auf die Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben Anwendung.

Zu Absatz 1

Modellvorhaben nach § 64b können nach Absatz 1 gemeinsam von den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen werden. Auch einzelne Krankenkassen können Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen. Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer sind auch im Rahmen der Modellvorhaben zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung zum Vertragsschluss mit den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt sind. Zu den zum Vertragsschluss berechtigten Leistungserbringern zählen damit neben den stationären Einrichtungen auch die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigten Ärzte und Einrichtungen. Satz 2 stellt klar, dass durch Modellvorhaben eine bestehende Versorgungsverpflichtung nicht abbedingt werden kann, z. B. hat eine durch die Krankenhausplanung des Landes vorgegebene regionale Versorgungsverpflichtung weiterhin Bestand.

Damit auch die Daten aus Modellvorhaben für die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG genutzt werden können und zur Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen, wird die nach § 63 Absatz 3 bestehende Möglichkeit zur Abweichung von geltenden Rechtsvorschriften eingeschränkt. Nach Satz 3 kann deshalb in Modellvorhaben, die die Versorgung psychisch kranker Menschen zum Gegenstand haben, nicht von den Vorgaben zur Übermittlung von Leistungsdaten abgewichen werden. Dies gilt entsprechend für die Übermittlung von Daten nach § 21 KHEntgG. Soweit von den Vorschriften des Zehnten Kapitels des SGB V zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nicht abgewichen wird, ist nach § 63 Absatz 3a Satz 2 und 3 eine schriftliche Unterrichtung des Versicherten und dessen Einwilligung nicht erforderlich.

Um die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern, entfällt die Notwendigkeit für eine krankenkassenindividuelle Satzungsregelung nach § 63 Absatz 5 Satz 1 und die dann erforderliche Genehmigung der Satzung durch die Aufsichtsbehörde. Die nach § 63 Absatz 5 Satz 3 geregelte Vorlagepflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden gilt dagegen. Um einen umfassenden Überblick über die Modellvorhaben und ggf. die Berücksichtigung von Ergebnissen bei der Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems zu ermöglichen, ist nach Satz 5 eine Anzeige der Vertragspartner beim DRG-Institut über die Durchführung eines Modellvorhabens eine Voraussetzung für die Vereinbarung eines Modellvorhabens.

Zu Absatz 2

Um den Modellcharakter sicherzustellen, bedarf es einer Laufzeitbefristung dieser Verträge. Gleichzeitig muss diese Frist jedoch so bemessen sein, dass verwertbare Ergebnisse erzielt werden können. Für die Auswertung der Modellvorhaben ist nach § 65 ein wissenschaftlicher Bericht zu veröffentlichen. Der Bericht hat darzulegen, inwieweit die gesetzten Ziele erreicht wurden. Dabei müssen der Aufwand und der Nutzen der Berichtserstellung in einem vernünftigen Verhältnis stehen, um die Ergebnisse des Modellvorhabens zu evaluieren. Unter Würdigung der Berichtsergeb-

nisse können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung der Modellvorhaben über die Dauer von acht Jahren hinaus begehren. Dies bietet sich insbesondere bei Modellvorhaben an, die wissenschaftlich nachgewiesen die Patientenversorgung verbessern oder die sektorenübergreifende Versorgung im Patienteninteresse optimieren.

Zu Absatz 3

Um die Ergebnisse und Besonderheiten von Modellvorhaben ggf. auch für die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems nutzbar machen zu können, gibt Satz 1 vor, dass die Vertragsparteien eines Modellvorhabens neben der Regeldokumentation zusätzliche Daten an das DRG-Institut zu übermitteln haben. Damit wird zudem eine verbesserte Transparenz über die bestehenden Modellvorhaben und deren Besonderheiten erreicht. Zu übermitteln sind Angaben, die die Leistungs- und Kostenseite in den Modellvorhaben transparent machen. Hierzu gehören insbesondere Daten zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten und zu spezifischen Leistungsinhalten, die nicht über die bestehenden medizinischen Klassifikationen abgebildet werden, ferner Angaben zu den Kosten, die den verhandelten Vergütungen zu Grunde gelegt wurden. Zur Verminderung des Aufwands für die Einrichtungen ist eine gesonderte Kostenkalkulation nicht zwingend erforderlich, auch eine Übermittlung der für die Vergütungsvereinbarung maßgeblichen Verhandlungsunterlagen ist zu diesem Zwecke ausreichend. Schließlich sind Informationen zu den strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens zu übermitteln. Nach Satz 2 schließen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) eine Vereinbarung über Art und Umfang der nach Satz 1 zu meldenden Daten. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben auch nähere Einzelheiten zu einer Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut zu regeln. Durch die Meldung soll ein umfassender Überblick über die bestehenden Modellvorhaben ermöglicht werden. Soweit möglich sollen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auch die Daten der Modellvorhaben und den Einfluss von Modellvorhaben auf die Versorgung bei der Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG einbeziehen. Nach Satz 3 sind die Einzelheiten der Datenübermittlung im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik zu vereinbaren. Soweit Einrichtungen die vereinbarten Daten nicht übermitteln, sind Vergütungsabschlüsse vorzunehmen. Wenn eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nicht oder teilweise nicht gelingt, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Satz 4 stellt sicher, dass der dem DRG-Institut für die Datenannahme und -aufbereitung sowie für die Annahme der Meldung der Modellvorhaben entstehende Aufwand durch den DRG-Systemzuschlag zu finanzieren ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 räumt auch der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit ein, an derartigen Modellen mitzuwirken. Im Hinblick auf die Ergebnismutzung derartiger Modelle und deren Überführung in die Regelversorgung besteht ein be-

sonderes Interesse, eine Vielzahl von Krankenkassen zu beteiligen. Von daher ist auch die Teilnahme der privaten Krankenversicherung anzustreben.

Zu Nummer 3 (§ 118)

Es besteht ein hohes Maß an medizinischer Übereinstimmung der Patientengruppen in den psychosomatischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychosomatischen Fachabteilungen mit denen der psychiatrischen Kliniken sowie Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Fachabteilungen. Dies begründet die Notwendigkeit einer entsprechenden gesetzlichen Verankerung für die Ermächtigung zur Einrichtung einer Institutsambulanz. Weiter geht es auch bei den psychosomatischen Einrichtungen darum, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen und dadurch die soziale Integration der Kranken zu fördern. Es ist nicht das Ziel einer gesetzlichen Ermächtigung, neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen zu schaffen. Um dies zu gewährleisten, bestimmen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Spitzenverband Bund, KBV und DKG) – wie bei den psychiatrischen Institutsambulanzen – durch einen dreiseitigen Vertrag den Umfang einer entsprechend zu § 118 Absatz 2 SGB V ausgestalteten gesetzlichen Ermächtigung (Gruppe psychosomatisch Erkrankter, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch psychosomatische Institutsambulanzen/Psychosomatische Fachkliniken bedürfen). Dabei haben die Vertragsparteien zur näheren Ausgestaltung und Begrenzung der gesetzlichen Ermächtigung – vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungspflichtung der Einrichtungen – auch Festlegungen zum spezifisch erforderlichen Versorgungsbedarf zu treffen, um hierdurch „zielgenau“ nur an dem jeweiligen Versorgungsbedarf ausgerichtete Ermächtigungen zu bewirken.

Zu Nummer 4 (§ 120)

Die Regelung bezieht sich auf die Vergütung somatischer Leistungen von Kinderspezialambulanzen. Da die krankenhaushausindividuellen Entgelte von besonderen Einrichtungen nach § 6 Absatz 3 KHEntgG in einer Erlössumme zusammenzufassen sind, nicht aber auch zusätzlich in einem Budget nach § 12 BPflV a. F. kann die Vorschrift entsprechend gekürzt werden.

Zu Nummer 5 (§ 137)

Die Vorschrift stellt sicher, dass die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung begleitet wird.

Durch die Regelung in Satz 1 wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, in seinen Richtlinien die erforderlichen Festlegungen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu treffen und Empfehlungen zu dem für die Versorgung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Bewertung der Qualität zu entwickeln. Bisher hat die Psychiatrie-Personalverordnung auch als Qualitätssicherungsinstrument darauf hingewirkt, dass das für die stationäre

Behandlung erforderliche therapeutische Personal in den stationären Einrichtungen vorgehalten wurde. Durch den Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung ab dem Jahr 2017 verliert dieser Maßstab zur Sicherung der Strukturqualität seine Wirkung. Um möglichen Anreizen zu einem Personalabbau in den Einrichtungen entgegenzuwirken, ist es erforderlich, auch zukünftig Maßstäbe für eine angemessene Personalausstattung zur Verfügung zu stellen. Deshalb wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Empfehlungen für die Ausstattung mit therapeutischem Personal in stationären Einrichtungen festzulegen. Bei der Festlegung der Empfehlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung insbesondere in Bezug auf die genannten Berufsgruppen zur Orientierung heranzuziehen und an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anzupassen. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung besteht darüber hinaus aktuell sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Bedarf für eine verstärkte systematische und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sind deshalb nach dem Wortlaut der Regelung nicht auf die stationäre Versorgung begrenzt, sondern sektorenübergreifend auszugestalten. Es ist damit Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, geeignete Anforderungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen sowie Indikatoren für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen. Die Indikatoren sind erforderlich, um mit ihnen relevante Qualitätsaspekte der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu überprüfen und zwischen den Leistungserbringern vergleichen zu können. Dies ist insbesondere zur Beobachtung der Entwicklung der Versorgungsqualität bei der Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen von besonderer Bedeutung.

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen zeitgleich mit dem Beginn der Konvergenzphase zur Einführung des neuen Entgeltsystems in den stationären Einrichtungen greifen. Nach Satz 2 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss deshalb eine Frist bis zum 1. Januar 2017 für deren Einführung vorgegeben. Bis dahin hat der Gemeinsame Bundesausschuss Zeit, um einerseits die Empfehlungen an die Personalausstattung und andererseits mit Hilfe des unabhängigen Institutes nach § 137a wissenschaftlich fundierte Indikatoren für die Qualitätsbewertung in Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln sowie Verfahren zu ihrer Erhebung und Auswertung in themenspezifischen Bestimmungen festzulegen.

Durch Satz 3 wird vorgegeben, dass die zur Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse der Messungen zur Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Krankenhäuser in die Qualitätsberichte der Einrichtungen aufzunehmen sind, damit sich Interessierte einrichtungsbezogen und unmittelbar über die Versorgungssituation informieren können.

Zu Nummer 6 (§ 137e)

Die Verweise in § 137e auf die jeweils einschlägigen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts für die Verein-

barung von sog. NUB-Entgelten werden ergänzt um die entsprechenden Verweise auf die Regelungen in der Bundespflegesatzordnung für die Vereinbarung von besonderen Entgelten für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen des neuen Psych-Entgeltsystems.

Zu Nummer 7 (§ 139c)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung von Verweisen aufgrund von Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 8 (§ 291a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung von Verweisen aufgrund von Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 9 (§ 301)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems.

Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 8)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung. Die vom Krankenhaus zu führende Kosten- und Leistungsrechnung hat den besonderen Anforderungen, die sich aus der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung ergeben, nur bis einschließlich zum Budgetjahr 2016 Rechnung zu tragen.

Zu Nummer 2 (§ 9)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzordnung. Bei der Entscheidung über eine Antrag zur Befreiung eines Krankenhauses von der Pflicht, eine Kosten- und Leistungsrechnung nach den in § 8 festgelegten Vorgaben zu erstellen, sind zukünftig einvernehmliche Regelungen mit den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene anstatt mit dem Landespflegesatzausschuss anzustreben.

Zu Artikel 6 (Änderung der Abgrenzungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Artikel 7 (Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung)

Infolge der Entwicklung eines leistungsorientierten Entgeltsystems wird die Psych-PV mit Beginn der Konvergenzphase zum 1. Januar 2017 als Finanzierungsinstrument von Personalstellen aufgehoben (vgl. Artikel 8). Im Rahmen der bis zum Jahr 2016 andauernden budgetneutralen Phase sind

die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen noch als Ausnahmetatbestand zur Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V anwendbar. Zudem können noch bis zum Jahr 2016 Einrichtungen, die bereits während der Optionsjahre das neue Psych-Entgeltssystem angewendet haben, von der Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach § 6 Absatz 4 BPflV a. F. Gebrauch machen.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. Januar 2013 in Kraft tritt, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu den Absätzen 2 bis 5

Damit für die optionale Anwendung des neuen Psych-Entgeltssystems im Jahr 2013 im Herbst des Jahres 2012 pro-

spektiv Pflegesatzverhandlungen geführt werden können, treten nach den Absätzen 2 und 3 die maßgeblichen Grundlagen nach den §§ 3 und 11 BPflV n. F. bereits am 1. Juli 2012 in Kraft. Hiermit werden die Einzelheiten für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2013 und für die vorzulegenden Unterlagen vorgegeben. Entsprechend frühzeitig tritt nach Absatz 4 auch die Übergangsregelung des § 18 BPflV n. F. in Kraft, die klarstellt, dass in den Jahren 2013 oder 2014 nicht optierende Krankenhäuser in diesen Jahren weiterhin die Bundespflegesatzverordnung in der bisherigen Fassung anwenden. Von den neu gefassten Regelungen zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V kann nach Absatz 5 ebenfalls bereits zum 1. Juli 2012 Gebrauch gemacht werden.

Zu Absatz 6

Die Psych-PV wird mit Beginn der Konvergenzphase zum 1. Januar 2017 aufgehoben.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat den Entwurf des Gesetzes geprüft. Der Entwurf hat Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand von Wirtschaft und Verwaltung.

Für die Wirtschaft, hier Krankenhäuser, entsteht laut Ressort bis zum Jahr 2016 Umstellungsaufwand in Höhe von insgesamt 3,43 Mio. Euro, der sich auf die Jahre 2013 bis 2015 verteilt. Hinzu kommt jährlicher Aufwand für die Budgetverhandlungen. Dieser jährliche Aufwand erreicht voraussichtlich 2015 mit rund 1,8 Mio. Euro den Höhepunkt.

Bei den Krankenkassen entsteht im Jahr 2013 Umstellungsaufwand in Höhe von gut 300 000 Euro. Hinzu kommt jährlicher Aufwand für Budgetverhandlungen. Dieser jährliche

Aufwand erreicht ebenfalls voraussichtlich 2015 den Höhepunkt mit rund 300 000 Euro. Für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fällt ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 100 000 Euro an.

Das Ressort hat den voraussichtlichen Aufwand transparent dargestellt. Es rechnet mittelfristig (ab dem Jahr 2017) mit einem Absinken des Erfüllungs- und Vollzugaufwandes sogar unter das derzeitige Niveau.

Der NKR erkennt an, dass ein grundlegender Systemwechsel für mehrere Jahre zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand, insbesondere Umstellungsaufwand, führt. Er hat daher keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 893. Sitzung am 2. März 2012 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zum Gesetzentwurf insgesamt

- a) Die Länder haben sich im letzten Jahr in verschiedenen Fachgremien zur Entwicklung eines Psychiatrie-Entgeltsystems kritisch geäußert und die Anschlussfähigkeit des neuen Entgeltsystems an moderne sektorübergreifende Versorgungsansätze und den Einbezug von Modellprojekten integrierter Versorgung und regionaler Budgets gefordert. Dabei geht es ihnen darum, die finanziellen Steuerungsmöglichkeiten eines künftigen leistungsbezogenen Entgeltsystems nicht allein zur Herstellung von mehr Kostentransparenz und zur Kostendämpfung im stationären Sektor zu nutzen, sondern mit geeigneten finanziellen Anreizen auch dem Ziel einer qualitativen Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesamtversorgung gerecht zu werden. Nach Auffassung des Bundesrates muss insbesondere der bisher bestehende finanzielle Fehlanreiz zu vorrangiger stationärer Unterbringung beseitigt und durch ein sektorübergreifendes, patientenzentriertes und schwerpunktmäßig ambulantes Versorgungsangebot ersetzt werden.
- b) Der Bundesrat bewertet es daher positiv, dass der Gesetzentwurf mit einem neuen § 64b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Forderung der Länder nach verbesserten Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung in Form konkreter Vorgaben zur Durchführung von sektorübergreifenden Modellprojekten berücksichtigt. Er hält die Berücksichtigung der Ergebnisse solcher Modellprojekte für die weitere Entwicklung des Entgeltsystems für unabdingbar. Um dem Nachteil einer Zersplitterung der Versorgungsangebote und des Ausschlusses vieler Versicherter aus einem modellhaften Versorgungsangebot zu begegnen, sollten Modellvorhaben, die auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet sind, von allen gemäß § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam vereinbart werden. Aufgrund regionaler Besonderheiten sollen zeitlich begrenzt auch Modellvorhaben mit einzelnen Krankenkassen geschlossen werden können.
- c) Der Bundesrat begrüßt ferner, dass der Gesetzentwurf hinreichend lange Anpassungszeiten vorsieht, in denen sich die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen können.
- d) Der Bundesrat begrüßt weiterhin, dass die nunmehr auch für psychosomatische Krankenhäuser und

Abteilungen vorgesehene Ermächtigung zur Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen in § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an eine regionale Versorgungsverpflichtung geknüpft wird und so unnötige Doppelstrukturen vermieden werden können.

- e) Der Bundesrat bedauert, dass die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17. März 2009 geänderte Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Personalstellen nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung, nach der Kliniken und Kostenträger eine wenigstens neunzigprozentige, bei entsprechenden Nachweisen auch hundertprozentige Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbaren können, für diejenigen Einrichtungen, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen, bereits 2012 endet. Es besteht kein sachlicher Grund für eine Schlechterstellung dieser Einrichtungen mit den bereits 2013 freiwillig beitretenden Einrichtungen, denen diese Nachverhandlungsmöglichkeit bis 2016 erhalten bleiben soll. Da nach dem Gesetzentwurf die Finanzierung bis Anfang 2017 „budgetneutral“ umgestellt worden sein soll, werden Defizite in der Personalausstattung jetzt – und in der Folge auf lange Sicht – festgeschrieben. Die Nachverhandlungsmöglichkeit sollte daher für alle Krankenhäuser gelten.
 - f) Der Bundesrat hält es außerdem für notwendig, dass die Regelungen, mit denen der Gemeinsame Bundesausschuss zur Entwicklung von Richtlinien über Empfehlungen zur Personalausstattung sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beauftragt wird, die Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen berücksichtigen.
 - g) Zu der in § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehenen Begleitforschung weist der Bundesrat darauf hin, dass belastbare und aussagekräftige Ergebnisse eine Evaluation bis Ende des Jahres 2015 erfordern, die Auswirkungen sowohl der standardisierten Entgeltsystematik als auch der Modellprojekte auf die regionalen Versorgungsstrukturen mit einbezieht.
2. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 17d Absatz 2 Satz 6 KHG)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist in § 17d Absatz 2 der anzufügende Satz 6 wie folgt zu fassen:

„Im Rahmen von Satz 4 ist ein Abschlag je Berechnungs- und Belegungstag für die Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu vereinbaren.“

Begründung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zu prüfen ist, ob Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu vereinbaren sind.

Die Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung sollte im Interesse der Rechts- und Verwaltungsvereinfachung durch einen Abschlag berücksichtigt werden. Es würde so zugleich deutlich werden, dass die Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung der Regelfall ist. Für die Einführung eines solchen Abschlags kann im Grundsatz auf die bewährten Vorgaben zum Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in § 4 Absatz 6 Krankenhausentgeltgesetz zurückgegriffen werden. Allerdings kann noch kein Betrag festgelegt werden, der im Falle einer ausbleibenden Einigung zur Höhe des Abschlags oder einer fehlenden Rechtsverordnung gelten soll. Die vorliegende Änderung setzt den vorstehenden Regelungsvorschlag durch eine entsprechende Änderung des § 17d Absatz 2 Satz 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz um.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 17d Absatz 4 Satz 6 KHG) und Artikel 2 Nummer 5 (§ 3 Absatz 1 Satz 3 BPflV)

a) In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc ist in § 17d Absatz 4 der anzufügende Satz 6 wie folgt zu fassen:

„Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 sein Verlangen bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres schriftlich mitzuteilen.“

b) In Artikel 2 Nummer 5 ist in § 3 Absatz 1 der Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sein Verlangen bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres schriftlich mitzuteilen.“

Begründung

Durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene soll der Entgeltkatalog bis zum 30. September 2012 vereinbart werden. Der Gesetzentwurf sieht für die Teilnahme an der Optionsphase die Erklärung bis zum 30. November des jeweiligen Jahres vor. Somit verbleiben den an der Optionsphase teilnehmenden Krankenhäusern nur zwei Monate Zeit zwischen der Vereinbarung des Entgeltkatalogs und der Erklärung zur Teilnahme an der Optionsphase gegenüber den Kostenträgern. Dies ist mehr als knapp bemessen, um mögliche Folgen für die Häuser abzuschätzen beziehungsweise Bewertungen im Sinne einer verlässlichen Geschäftsplanung vorzunehmen. Sollten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nicht einigen, kommt es zu einer Verschärfung der Situation, da dann eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgen muss. Die Veröffentlichung des Entgeltkatalogs würde sich in dem Fall noch weiter verschieben, so dass optionswillige Krankenhäuser möglicherweise ohne Kenntnis des Kataloges

ihre Bereitschaft erklären müssten. Im Rahmen der Einführung des DRG-Systems bestand bereits schon einmal die Notwendigkeit einer Verschiebung der Entscheidungsfrist.

Mit der angestrebten Änderung erhalten optionswillige Krankenhäuser ausreichend Gelegenheit, den Katalog und die Folgewirkungen zu bewerten.

4. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 3 Absatz 1 Satz 4 BPflV) und Nummer 22 (§ 18 BPflV)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 5 ist in § 3 Absatz 1 der Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Alle Krankenhäuser können bis zum Jahr 2016 für das jeweilige Anwendungsjahr eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung treffen.“

b) In Nummer 22 sind in § 18 die Wörter „mit der Maßgabe“ und die Wörter „, dass für diese Einrichtungen eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 letztmalig für das Jahr 2012 möglich ist“ zu streichen.

Begründung

Die bisherige Regelung des § 6 Absatz 4 BPflV sieht vor, dass, soweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen in einem Krankenhaus bis zum 31. Dezember 2008 nicht in vollen Umfang umgesetzt wurden, diese gemäß § 6 Absatz 4 BPflV in den Budgetvereinbarungen verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden.

Dies hat in den vergangenen drei Jahren maßgeblich zu einer besseren Umsetzung der Psych-PV beigetragen. Eine vollständige Umsetzung beziehungsweise die Refinanzierung der Psych-PV wurde bisher jedoch noch nicht und wird wohl auch nicht in 2012 erreicht.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Regelung des § 6 Absatz 4 BPflV nur noch für die Krankenhäuser über 2012 hinaus gelten soll, die gemäß § 3 Absatz 1 PsychEntgG bereits in den Optionsjahren 2013 und 2014 auf das neue Vergütungssystem umsteigen. Für alle anderen Krankenhäuser endet die Umsetzung der Psych-PV folglich in 2012.

Grundsätzlich werden Anreize für den frühzeitigen Umstieg auf das neue Psych-Entgeltsystem positiv bewertet. Durch die Nichtweitergeltung des § 6 Absatz 4 BPflV für die Nicht-Optionshäuser würden diese aber faktisch bestraft und schlechter gestellt als nach geltendem Recht.

Es wird daher eine Weitergeltung des § 6 Absatz 4 BPflV für alle Krankenhäuser bis zum Ende der budgetneutralen Phase vorgeschlagen. Damit werden die Kosten aller Krankenhäuser für die Umsetzung der Psych-PV auch bei der erstmaligen Berechnung des Landesbasisentgeltwertes in 2017 berücksichtigt. Sie stehen folglich auch in ihrem Gesamtumfang dauerhaft zur Verfügung.

Als Anreiz für einen frühzeitigen Umstieg in das neue Vergütungssystem bleibt weiterhin die Anhebung der Mindererlösausgleichsquote in den Optionsjahren 2013 und 2014 auf 75 Prozent (sonst 20 Prozent).

Die durch den Änderungsvorschlag entstehenden Mehrkosten sind nicht bezifferbar und gehen zu Lasten der GKV. Dies könnte Zusatzbeiträge zu Lasten der GKV-Versicherten nach sich ziehen (muss aber nicht). Gleichwohl steht diesen Mehrkosten die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung durch ausreichendes Pflegepersonal gegenüber.

5. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 5 ist in § 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 die Angabe „und 2014“ durch die Angabe „bis 2016“ zu ersetzen und die Wörter „und ab dem Jahr 2015 zu 20 Prozent“ sind zu streichen.

Begründung

Beim Umstieg in das neue System ist das Hauptrisiko für Krankenhäuser – auch bei budgetneutraler Umsetzung – die Fehlschätzung der Bewertungsrelationen im Gegensatz zur früher maßgeblichen Prognose der Belegungstage. Daraus kann sich ein zu niedriger krankenhausesindividueller Basisentgeltwert ergeben, auch ohne dass die Belegungszahlen nennenswert hinter der Prognose zurückbleiben. Dieses Risiko muss durch höhere Mindererlösausgleiche in der gesamten Einführungsphase kompensiert werden.

6. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 5 ist in § 3 Absatz 5 Satz 1 die Nummer 3 wie folgt zu fassen:

„3. sonstige Mehrerlöse werden zu 65 Prozent des veränderten Gesamtbetrages nach Absatz 2 Satz 5 ausgeglichen.“

Begründung

Um einen weiteren Anreiz zum Umstieg auf das neue Entgeltsystem zu schaffen, sollten aufgrund der zu verzeichnenden deutlichen Zunahme psychiatrischer Krankheiten die Risiken für optionswillige Krankenhäuser im Bereich der Mehrerlöse gemindert und der Mehrerlösausgleichssatz generell auf 65 Prozent angehoben werden.

Im Übrigen sind die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgleichssätze als grundsätzlich unzureichend zu bewerten. Im Vergleich zum Krankenhausentgeltgesetz sind die Mehrerlösausgleiche im derzeitigen Gesetzentwurf wesentlich schlechter und mit einer medizinisch leistungsgerechten Vergütung nicht verträglich. Bei Unter- beziehungsweise Überschreitungen von vereinbarten Leistungen ist daher eine Unterfinanzierung vorprogrammiert.

Mit der angestrebten Änderung soll erreicht werden, dass die aufgrund der noch fehlenden Erfahrungen im neuen Entgeltsystem zu erwartenden Belastungen nicht ausschließlich zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

7. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 BPflV),

Nummer 11 (§ 10 Absatz 3 Satz 1 BPflV)

und Artikel 3 Nummer 3a – neu –

(§ 10 Absatz 6 KHEntgG)

a) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Nummer 5 ist in § 4 Absatz 3 Satz 1 die Nummer 2 wie folgt zu fassen:

„2. der Orientierungswert nach § 10 Absatz 3 Satz 1,“

bb) In Nummer 11 ist in § 10 Absatz 3 der Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Die Veränderung des nach Absatz 2 vereinbarten Landesbasisentgeltwerts darf die Quote des in entsprechender Anwendung des § 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser festzulegenden Orientierungswertes nicht überschreiten.“

b) In Artikel 3 ist nach der Nummer 3 folgende Nummer 3a einzufügen:

„3a. § 10 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Zum 1. Januar 2014 wird die Veränderungsrate nach Absatz 4 durch einen vom Statistischen Bundesamt entwickelten und jährlich fortzuschreibenden Orientierungswert für Krankenhäuser abgelöst, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Der Orientierungswert wird vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis 30. September durch Rechtsverordnung festgelegt.“

Begründung

Die für die Steigerung der Krankenhauspreise maßgebliche Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 SGB V bildet die realen Kostenentwicklungen in Krankenhäusern nur unzureichend ab. Insbesondere die steigenden Personalkosten führen nach der bestehenden Regelung zu einem steigenden Missverhältnis zwischen Kosten- und Einnahmementwicklung. Zum 1. Januar 2014 ist deshalb der bereits von § 10 Absatz 6 KHEntgG vorgesehene Orientierungswert sowohl für somatische als auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verpflichtend einzuführen.

8. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 4 Absatz 3 Satz 2 bis 5 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 5 sind in § 4 Absatz 3 die Sätze 2 bis 5 zu streichen.

Begründung

Für die Konvergenzphase zwischen 2017 und 2021 sollen nach dem Gesetzentwurf zusätzliche Leistungen nur teilweise vergütet werden. Damit würde das Morbiditätsrisiko systemwidrig auf die Krankenhäuser übertragen und faktisch ein über den Basisentgeltwert nachwirkender dauerhafter Mehrleistungsabschlag festgeschrieben.

Gerade angesichts der steigenden Fallzahlen im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich ist ein solcher pauschaler Ansatz abzulehnen. Dieser Situation wurde § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 BPflV (alte Fassung) erst im Jahr 2009 angepasst; mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde anerkannt, dass Leistungssteigerungen in voller Höhe vereinbart und gegebenenfalls vor der Schiedsstelle durchgesetzt werden können. Für eine Rücknahme dieser Regelung und eine stufenweise Rückkehr bis Ende der Konvergenzphase ist kein sachlicher Grund erkennbar.

9. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 4 Absatz 8 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 5 sind in § 4 Absatz 8 Satz 2 die Nummern 1 und 2 wie folgt zu fassen:

- „1. Mindererlöse werden zu 40 Prozent ausgeglichen,
2. Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.“

Begründung

Um einen weiteren Anreiz zum Umstieg auf das neue Entgeltsystem zu schaffen, sollten aufgrund der zu verzeichnenden deutlichen Zunahme psychiatrischer Krankheiten die Risiken für optionswillige Krankenhäuser im Bereich der Mehrerlöse gemindert und der Mehrerlösausgleichssatz auf 65 Prozent für die Optionsjahre angehoben werden.

Im Übrigen sind die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgleichssätze als grundsätzlich unzureichend zu bewerten. Im Vergleich zum Krankenhausentgeltgesetz sind die Mehrerlösausgleiche im derzeitigen Gesetzentwurf wesentlich schlechter und mit einer medizinisch leistungsgerechten Vergütung nicht verträglich. Bei Unter- beziehungsweise Überschreitungen von vereinbarten Leistungen ist daher eine Unterfinanzierung vorprogrammiert.

Mit der angestrebten Änderung soll erreicht werden, dass die aufgrund der noch fehlenden Erfahrungen im neuen Entgeltsystem zu erwartenden Belastungen nicht ausschließlich zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

10. Zu Artikel 2 Nummer 9

(§ 9 Absatz 1 Nummer 1 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 9 sind in § 9 Absatz 1 Nummer 1 die Wörter „sowie in geeigneten Fällen Regelungen zu Zu- oder Abschlägen, die nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmen sind“ zu streichen.

Begründung

Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen basiert ausdrücklich auf Tagespauschalen und nicht auf Fallpauschalen. Zu- und Abschläge für Über- oder Unterschreitungen von Liegezeiten sind daher nur bei Fallpauschalen gerechtfertigt, da die Verweildauer eine der wichtigsten Bestimmungsgrößen für den Kostenaufwand pro Fall darstellt. Tagespauschalen werden definitionsgemäß gerade ohne Einfluss der Liegezeit kalkuliert. Die vorgesehene Regelung ist daher als systemfremd zu streichen.

11. Zu Artikel 3 Nummer 01 – neu –

(§ 4 Absatz 2a KHEntgG)

und Nummer 4 (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6, Satz 2 bis 4 und Absatz 11 KHEntgG)

Artikel 3 ist wie folgt zu ändern:

- a) Der Nummer 1 ist folgende Nummer 01 voranzustellen:

„01. § 4 Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 erhalten die Krankenhäuser für den Vereinbarungszeitraum für Mehrleistungen gegenüber der nach Satz 2 festzusetzenden Basis eine verminderte Vergütung. Basis für die Bestimmung von Mehrleistungen ist die Summe der vereinbarten Bewertungsrelationen für den Vereinbarungszeitraum 2012. Vereinbarte Mehrleistungen gegenüber der Basis werden, wenn ein Wert von 5 Prozent nicht überschritten wird, mit einem Abschlag in Höhe von 15 Prozent, ansonsten mit einem Abschlag in Höhe von 7,5 Prozent des Landesbasisfalles belegt. Werden mehr als 10 Prozent Mehrleistungen gegenüber der Basis nach Satz 2 vereinbart, ist die Basis für die Bewertung der Mehrleistungen abweichend von Satz 2 ein Wert von 110 Prozent der ursprünglichen Basis. Satz 4 gilt für weitere Steigerungen entsprechend. Mehrleistungen gegenüber einer neuen Basis werden entsprechend der Staffelung nach Satz 3 bis 5 vergütet. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen und auf der Rechnung gesondert auszuweisen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen sind zusätzliche Leistungen im Zusammenhang mit der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen, Entgelte, die ausschließlich Sachkosten vergüten und Leistungen, für die im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden. Der Mehrleistungsabschlag mindert das Erlösbudget nicht.“

- b) Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

„4. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. die technischen Auswirkungen der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln.“

bbb) Nummer 5 und 6 werden aufgehoben.

bb) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.‘

b) Absatz 11 wird aufgehoben. < entspricht dem Gesetzentwurf >

Begründung

Zu Buchstabe a

Da die Steigerung der Landesbasisfallwerte hinter den Personal- und Sachkostensteigerungen zurückbleibt, sind Krankenhäuser wirtschaftlich auf die Erhöhung der Fallzahlen angewiesen. Diese Systematik kann nur dadurch durchbrochen werden, dass den Krankenhäusern einerseits eine verlässlichere Abbildung der Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert zugestanden wird (vgl. Änderungen in § 10 Absatz 3 KHEntgG), andererseits aber gestaffelte Abschläge auf Mehrleistungen festgeschrieben werden.

Zu Buchstabe b

Die derzeitigen Regelungen zur Vergütung der Krankenhausleistungen sehen vor, dass die Fortschreibung des Landesbasisfallwertes an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt ist. Folglich besteht eine zu geringe Steigerung des Landesbasisfallwertes, um die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser zu decken. Die Preissteigerungen sind grundsätzlich geringer als die Kostensteigerungen. Die Krankenhäuser sind aus wirtschaftlicher Sicht zu steigenden Fallzahlen gezwungen. Mehrfälle führen zu Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Regelungen für die Ermittlung des Basisfallwertes sind so zu ändern, dass die allgemeine Sach- und Personalkostenentwicklung im Krankenhausbereich mit dem Landesbasisfallwert finanziert wird. Die Vorgabe, dass Leistungssteigerungen im Lande bei der Berechnung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden, muss gestrichen werden. Dafür werden einheitliche, gestaffelte Abschläge bei der Vergütung von Mehrleistungen festgelegt, die für jedes Krankenhaus gelten, das Leistungssteigerungen mit den Krankenkassen vereinbart (§ 4 Absatz 2a KHEntgG).

12. Zu Artikel 3 Nummer 4

(§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 11 KHEntgG)

In Artikel 3 ist die Nummer 4 wie folgt zu fassen:

„4. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „erfasst worden sind,“ die Wörter „bei dem überwiegenden Anteil der Krankenhäuser nachgewiesen und nicht durch frei finanzierte Investitionen, zum Beispiel durch Überschüsse gemäß § 17 Absatz 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz, erwirtschaftet wurden,“ eingefügt.

b) Absatz 11 wird aufgehoben. < entspricht dem Gesetzentwurf >‘

Begründung

Mit der Einfügung wird klargestellt, dass Wirtschaftlichkeitsreserven, die durch frei finanzierte Investitionen generiert und zum Beispiel durch Überschüsse gemäß § 17 Absatz 1 KHG refinanziert werden, nicht bei den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert berücksichtigt und ausgeschöpft werden dürfen.

Die zu ändernde Regelung des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG konterkariert die Vorgabe, dass Krankenhäuser ihre Überschüsse behalten können. Die Änderung ermöglicht, dass Krankenhäuser unternehmerisch tätig werden, Investitionen frei finanzieren und dafür auch Überschüsse nach § 17 Absatz 1 KHG verwenden können. Die Klarstellung verhindert eine indirekte Enteignung der Krankenhäuser durch Ausschöpfung derartiger Wirtschaftlichkeitsreserven. Dies ist auch unter den verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten der Trägervielfalt und des besonderen Schutzes privater und frei gemeinnütziger Krankenhäuser geboten.

13. Zu Artikel 3 Nummer 4

(§ 10 Absatz 5 Satz 1, Satz 2, Satz 5, Satz 6 und Absatz 11 KHEntgG)

In Artikel 3 ist die Nummer 4 wie folgt zu fassen:

„4. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „für das Jahr 2009“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds“ durch die Wörter „wird nach Maßgabe des Satzes 5 der Unterschied“ und die Wörter „für die Jahre 2008 und 2009 jeweils“ durch die Wörter „für das jeweilige Vorjahr“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird die Angabe „2009“ gestrichen und es werden die Wörter „ein Drittel“ durch die Wörter „zwei Drittel“ ersetzt.

dd) In Satz 6 wird jeweils die Angabe „2009“ durch die Angabe „2013“ ersetzt.‘

b) Absatz 11 wird aufgehoben. < entspricht dem Gesetzentwurf >

Begründung

Angesichts der Deckelung der Preissteigerungsrate auf die Quote der Grundlohnentwicklung (Veränderungsrate) steigert sich für Krankenhäuser aufgrund des hohen Personalkostenanteils das Missverhältnis zwischen Kosten- und Einnahmenentwicklung. Auch im Bereich der Allgemeinkrankenhäuser ist daher der Anteil der Tarifsteigerungen, der die Veränderungsrate übersteigt, zusätzlich im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen.

14. Zu Artikel 4 Nummer 2

(§ 64b Absatz 1 Satz 1a – neu – bis 1c – neu – SGB V)

In Artikel 4 Nummer 2 sind in § 64b Absatz 1 nach Satz 1 folgende Sätze einzufügen:

„Modellvorhaben, die auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet sind, können nur von allen gemäß § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam vereinbart werden. Zeitlich begrenzte Modellvorhaben aufgrund von regionalen Besonderheiten sind auch mit einzelnen Krankenkassen möglich. Nach Ablauf einer zu vereinbarenden Erprobungszeit mit positivem Ergebnis ist das Modell in einen regelhaften Leistungsbereich zu überführen, der gemeinsam und einheitlich von allen Kassen zu verhandeln ist.“

Begründung

Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Fassung des § 64b SGB V können Modellvorhaben, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet sind, gemeinsam von allen Krankenkassen oder individuell vereinbart werden. Durch den nach § 64b Absatz 1 Satz 1 SGB V eingefügten Satz 1a wird erreicht, dass Modellvorhaben, die auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung ausgerichtet sind, ausschließlich gemeinsam von allen Krankenkassen mit den Leistungserbringern vereinbart werden können. Dadurch wird sichergestellt, dass diese Modellvorhaben nicht auf Versicherte bestimmter Krankenkassen beschränkt bleiben. Durch die neuen Sätze 1b und 1c in § 64b Absatz 1 SGB V wird sichergestellt, dass Vereinbarungen auch mit einzelnen Kassen für zeitlich begrenzte Modellvorhaben abgeschlossen werden können, die geeignet sind, regional bedingte Versorgungs-

lücken zu schließen oder neue Finanzierungsinstrumentarien in der sektorübergreifenden Versorgung zu erproben. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, Erfahrungen mit alternativen Konzepten mit einer kurzen Laufzeit zu gewinnen. Nach der vereinbarten Erprobungszeit mit positivem Ergebnis soll das Modell gemeinsam und einheitlich für alle Kassen gelten, andernfalls ist das Modell zu beenden.

15. Zu Artikel 4 Nummer 7a – neu –

(§ 140b Absatz 4 Satz 3 SGB V)

In Artikel 4 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

„7a. § 140b Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben.“

Begründung

Mit der Streichung des § 140b Absatz 4 Satz 3 wird klargestellt, dass die stationäre Versorgung im Rahmen von Integrationsverträgen dem jeweiligen Versorgungsauftrag der Leistungserbringer (hier: Krankenhäuser) entsprechen muss.

Die Integrationsversorgung ist ein Wettbewerbsinstrument in der Hand der einzelnen Krankenkassen mit dem Ziel der Verbesserung der intersektoralen Versorgung. § 140b Absatz 4 Satz 3 SGB V regelt, dass sich die Vertragspartner darauf verständigen können, Leistungen auch dann zu erbringen, wenn die Erbringung dieser Leistung vom Zulassungs- und Ermächtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Damit können Leistungen der Integrationsversorgung auch unabhängig vom Versorgungsauftrag erbracht werden und zum Beispiel den Krankenhausplan der Länder unterlaufen. Das darf aber nicht das Ziel der Regelung zur gewünschten Verbesserung der intersektoralen Versorgung über Integrationsverträge sein.

Anlage 4

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates**1. Zum Gesetzentwurf insgesamt**

Die Bundesregierung begrüßt, dass in der grundsätzlichen Ausrichtung des Gesetzentwurfes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine große Übereinstimmung mit dem Bundesrat besteht. Zu den konkreten Änderungen des Vorschlages wird auf die Nummern 4 und 14 verwiesen. Der darüber hinaus gehende Vorschlag, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Vorgaben und Empfehlungen nach § 137 Absatz 1d SGB V die Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen hat, wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft. Bei dem Hinweis zur Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG ist zu berücksichtigen, dass der bereits jetzt vorgesehene wissenschaftliche Bericht nach § 65 SGB V zur Auswertung des Modellvorhabens durch die Vertragsparteien des Modellvorhabens zu veranlassen und zu veröffentlichen ist. Anzumerken ist zudem, dass nach der Begründung des Gesetzentwurfes die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene aufgefordert sind, bei der Begleitforschung soweit möglich auch die Daten der Modellvorhaben und den Einfluss von Modellvorhaben auf die Versorgung einzubeziehen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 17d Absatz 2 Satz 6 KHG)

Anstelle der geforderten gesetzlichen Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu vereinbaren, sollte an der offeneren und flexibleren Prüfpflicht festgehalten werden, die den Selbstverwaltungspartnern in Abhängigkeit der Prüfergebnisse sowohl die Möglichkeit für Regelungen für Zu- oder Abschläge eröffnet.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 17d Absatz 4 Satz 6 KHG) und Artikel 2 Nummer 5 (§ 3 Absatz 1 Satz 3 BPflV)

Der Vorschlag verfolgt die Absicht, Einrichtungen, die von der Optionsphase Gebrauch machen wollen, einen Monat länger Zeit für die Entscheidung zur Teilnahme am Optionsmodell einzuräumen.

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

4. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 3 Absatz 1 Satz 4 BPflV) und Nummer 22 (§ 18 BPflV)

Der Vorschlag verfolgt die Absicht, die nach § 6 Absatz 4 BPflV bestehende Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) auch für nicht optierende Einrichtungen zu erhalten. Die Länder befürchten, dass die

Nicht-Optionshäuser ansonsten faktisch bestraft und schlechter gestellt werden als nach geltendem Recht.

Der Vorschlag wird unter Einbeziehung seiner finanziellen Auswirkungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

5. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 BPflV)

Der Vorschlag verfolgt die Absicht, den Psych-Einrichtungen Mindererlöse mit 75 Prozent auch noch in den Jahren 2015 und 2016 und damit während der gesamten budgetneutralen Phase verbessert auszugleichen.

Der Gesetzentwurf sieht eine Verbesserung des Mindererlösausgleichs als zeitlich befristeten Anreiz während der Optionsjahre 2013 und 2014 vor, damit Einrichtungen frühzeitig auf freiwilliger Grundlage das neue Entgeltsystem anwenden.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

6. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 BPflV)

Der Vorschlag verfolgt die Absicht, den Psych-Einrichtungen Mehrerlöse mit 65 Prozent statt den bisher geltenden 85 bis 90 Prozent dauerhaft verbessert auszugleichen.

Der Gesetzentwurf behält die bestehenden pauschalieren Erlösausgleichssätze bei, um keine Anreize für eine Ausdehnung der stationären Leistungserbringung zu setzen und eine Verlagerung zu einer vermehrt ambulanten Leistungserbringung zu unterstützen.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

7. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 BPflV), Nummer 11 (§ 10 Absatz 3 Satz 1 BPflV) und Artikel 3 Nummer 3a – neu – (§ 10 Absatz 6 KHEntgG)

Der Vorschlag verfolgt die Absicht, für Psych-Einrichtungen ab dem Jahr 2017 und für somatische Krankenhäuser ab dem Jahr 2014 den vollen Orientierungswert als Obergrenze für den Zuwachs des Landesbasisentgelts bzw. des Landesbasisfallwerts zur Anwendung zu bringen.

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde bestimmt, dass das Statistische Bundesamt einen Orientierungswert ermittelt, der die Kostenentwicklung im Krankenhaus besser abbildet als die Grundlohnrate. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt per Rechtsverordnung das Jahr, in dem die Grundlohnrate abgelöst wird, und den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes (Veränderungswert). Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde zur Stabilisierung der

finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgegeben, dass die Landesbasisfallwerte in den Jahren 2011 und 2012 nur in Höhe der abgesenkten Veränderungsrate, und zwar gemindert um 0,25 Prozentpunkte im Jahr 2011 und um 0,5 Prozentpunkte im Jahr 2012, ansteigen dürfen.

Die Einführung des Veränderungswerts wird unter Berücksichtigung der finanziellen Situation der Krankenhäuser wie der Implikationen für die Kostenträger im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

8. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 4 Absatz 3 Satz 2 bis 5 BPfIV)

Der Vorschlag führt dazu, dass im Rahmen der Vereinbarung des Erlösbudgets in der Konvergenzphase für die Ermittlung des veränderten Ausgangswerts kein Bewertungsmaßstab für zusätzliche wie auch wegfallende Leistungen vorgegeben wird. Eine schrittweise Annäherung unterschiedlich leistungsgerechter Erlösbudgets an einen Landesbasisentgeltwert wäre dadurch nicht möglich. Zudem gewährleistet die bestehende Regelung für zusätzliche Leistungen – ebenso wie für bereits bisher im Budget berücksichtigte Leistungen – eine schrittweise Annäherung an das landesweite Preisniveau.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

9. Zu Artikel 2 Nummer 5

(§ 4 Absatz 8 Satz 2 Nummer 1 und 2 BPfIV)

Der Vorschlag verfolgt die Absicht, die Erlösausgleiche für Psych-Einrichtungen ab dem Jahr 2017 zu verbessern, indem die Mindererlöse von 20 auf 40 Prozent erhöht und die Mehrerlöse von 85 bis 90 Prozent auf 65 Prozent vermindert werden.

Der Gesetzentwurf verändert die Erlösausgleichssätze nur zeitlich befristet als Anreiz, damit Einrichtungen frühzeitig auf freiwilliger Grundlage das neue Entgeltssystem anwenden.

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

10. Zu Artikel 2 Nummer 9

(§ 9 Absatz 1 Nummer 1 BPfIV)

Der Vorschlag fordert eine Streichung der Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, in geeigneten Fällen Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, wenn erkrankungstypische Behandlungszeiten über- oder unterschritten werden.

Die Regelung ist auf geeignete Fälle beschränkt. Als mögliches Beispiel nennt der Gesetzentwurf den qualifizierten Entzug bei Abhängigkeitserkrankungen. Derzeit erfolgt bei mehr als 25 Prozent der Behandlungsfälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (sog. F-Diagnosen) eine Abrechnung in dem auf Fallpauschalen basierenden DRG-System. Je nach Art der F-Diagnosen weicht der Anteil jedoch deutlich von diesem Mittelwert ab. Vor diesem Hintergrund und angesichts des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 2 KHG, ob neben tagesgleichen Pflegesätzen auch andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können, ist der An-

wendungsbereich und -umfang der Regelung auf Basis empirischer Daten näher zu prüfen.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

11. Zu Artikel 3 Nummer 01 – neu –

(§ 4 Absatz 2a KHEntgG),

Nummer 4 (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6, Satz 2 bis 4 und Absatz 11 KHEntgG)

Der Vorschlag beabsichtigt einerseits eine Modifikation des Mehrleistungsabschlags nach § 4 Absatz 2a KHEntgG und eine Streichung von absenkend zu berücksichtigenden Faktoren bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 KHEntgG sowie andererseits eine Aufhebung der bestehenden Minderung der Grundlohnrate für das Jahr 2012 (§ 10 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG).

Die korrespondierenden Vorschläge zu § 4 Absatz 2a und § 10 Absatz 3 KHEntgG bergen die Gefahr erheblicher Mehrausgaben für die Kostenträger. Es ist nicht sichergestellt, dass die Einsparungen durch die modifizierten Mehrleistungsabschläge die Mehrausgaben kompensieren, die infolge der vorgeschlagenen Streichung absenkender Faktoren bei der Basisfallwertvereinbarung entstehen. Im Vergleich zur bestehenden Berücksichtigung der Kosten von zusätzlichen Leistungen im Rahmen des § 10 Absatz 3 KHEntgG ist eine entsprechend nachhaltige Wirkung nicht gegeben. Darüber hinaus beinhaltet die vorgeschlagene gestufte Ausgestaltung der Mehrleistungsabschläge fragwürdige Anreizwirkungen.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

12. Zu Artikel 3 Nummer 4

(§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 11 KHEntgG)

Der Vorschlag fordert, dass bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven eingeschränkt berücksichtigt werden können.

Der geforderte Nachweis, dass Wirtschaftlichkeitsreserven bei dem überwiegenden Anteil der Krankenhäuser anfallen und nicht durch frei finanzierte Investitionen erwirtschaftet wurden, ist nicht praktikabel. Zudem werden die Landesbasisfallwerte im Rahmen eines Verhandlungsmodells durch die Vertragsparteien auf der Landesebene vereinbart. § 10 Absatz 3 KHEntgG benennt dabei in nicht abschließender Form zu berücksichtigende Verhandlungsparameter. Eine gesetzliche Einschränkung dieser Parameter ist vor dem Hintergrund des Verhandlungsmodells mit Schiedsstellenregelung nicht angezeigt.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

13. Zu Artikel 3 Nummer 4

(§ 10 Absatz 5 Satz 1, Satz 2, Satz 5, Satz 6 und Absatz 11 KHEntgG)

Der Vorschlag beabsichtigt eine dauerhafte und vollständige Refinanzierung von oberhalb der Grundlohnrate liegenden Tarifsteigerungen (§ 10 Absatz 5 KHEntgG). Die geforderte Tarifierungsquote

von zwei Dritteln auf die Gesamtkosten würde bezogen auf die Personalkosten zu einer vollständigen Tarifrefinanzierung führen. Der Vorschlag geht damit deutlich über die von der Deutschen Krankenhausesgesellschaft geforderte anteilige Tarifrefinanzierung für das Jahr 2012 hinaus.

Die Bundesregierung beobachtet die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und deren Entwicklung aufmerksam. Ein Fokus liegt dabei auf der durch Tarifabschlüsse beeinflussten Kostenentwicklung im Krankenhaus. Die Höhe der Tarifsteigerungen für das Jahr 2012 steht noch nicht abschließend fest. Die Bundesregierung hat zudem auch die Ausgabenentwicklung der Kostenträger im Blick. Die vorläufige Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen weist für das Jahr 2011 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum einen Anstieg der Ausgaben für Krankenhausbehandlung in Höhe von 3,7 Prozent je Versicherten aus. Dies entspricht einem Zuwachs von rd. 2 Mrd. Euro. Die vorgeschlagene vollständige und dauerhafte Refinanzierung von oberhalb der Grundlohnrate liegenden Tarifsteigerungen würde zu deutlichen und dauerhaften Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen und die übrigen Kostenträger führen und beinhaltet fragwürdige Anreizwirkungen für die Tarifvertragspartner.

Aus den genannten Gründen kann diesem Vorschlag nicht entsprochen werden.

14. Zu Artikel 4 Nummer 2
(§ 64b Absatz 1 Satz 1a – neu – bis 1c – neu – SGB V)

Der Vorschlag strebt an, dass Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen grundsätzlich nur unter Beteiligung aller gemäß § 18 Absatz 2 KHG an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger abgeschlossen werden können.

Modellvorhaben sind als Instrument zur Erprobung neuer Ansätze in der Versorgung konzipiert. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollen die hierfür erforderlichen Suchprozesse erleichtern und fördern. Durch eine gesetzliche Beschränkung von Modellvorhaben auf „gemeinsam und einheitlich“ abzuschließende Verträge würde dieser Erprobungs- und Suchprozess eingeschränkt. Zudem erscheint die vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Modellvorhaben zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung und Modellvorhaben aufgrund von

regionalen Besonderheiten nicht praktikabel abgrenzbar. Auch die vorgeschlagene Erprobungszeit bei Modellvorhaben bei regionalen Besonderheiten ist verzichtbar, da Modellvorhaben jedweder Form immer nur zeitlich befristet zulässig sind. Danach können sie bei entsprechend positiven Ergebnissen durch gesetzliche Regelung in die Regelversorgung übernommen werden.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

15. Zu Artikel 4 Nummer 7a – neu –
(§ 140b Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Die geforderte Streichung des § 140b Absatz 4 Satz 3 SGB V würde der grundlegenden Zielsetzung der integrierten Versorgung widersprechen. Ziel der integrierten Versorgung ist eine Verbesserung der Effizienz und der Qualität in der Versorgung, indem Kooperation und Koordination im Versorgungsgeschehen über Fach- und Sektorengrenzen hinweg ermöglicht wird. Die Regelungen zur integrierten Versorgung lassen hierzu für Versorgungsverträge bewusst Abweichungen von der kollektivvertraglichen Regelversorgung zu. § 140b Absatz 4 Satz 3 SGB V lässt Integrationsverträge zu, bei denen die beteiligten Leistungserbringer auch Leistungen erbringen, die von ihrem Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus nicht gedeckt sind. Dies gewährleistet, dass die Leistungserbringung im Rahmen der integrierten Versorgung nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert wird. Auch bei der integrierten Versorgung darf die vertragliche Vereinbarung nur Leistungen beinhalten, die von dem durch mindestens einen teilnehmenden Leistungserbringer eingebrachten Status umfasst sind. Es wird also in keinem Falle ein nicht vorhandener Status einfach fingiert. Der fragliche Zulassungsstatus ist in jedem Integrationsverbund zumindest bei einem Vertragspartner vorhanden. Die übrigen Vertragspartner können sich nur im Rahmen des Integrationsvertrags diesen Status „aneignen“. Letztlich liegt es damit vor allem im eigenen Interesse des jeweils den Status einbringenden Vertragspartners, dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen des Integrationsvertrags trotz der Erleichterung im Hinblick auf den jeweiligen Zulassungsstatus keine sinnwidrige Versorgung erfolgt.

Dem Vorschlag kann daher nicht entsprochen werden.

