

Referentenentwurf

Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A. Problem und Ziel

Unterschiedlich aufwändige voll- und teilstationäre Behandlungen werden derzeit in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen vergütet. Der Gesetzgeber hat deshalb im Jahr 2009 mit § 17d KHG 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 krankenhaushausindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgesetzt werden. Die Transparenz über das Leistungsgeschehen soll verbessert 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

Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ergeben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine fi-

nanziellen Auswirkungen, da hierdurch lediglich eine stärker leistungsorientierte Verteilung der bereits bislang verausgabten Mittel erfolgt.

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 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 BPfIV a.F. zum Ende des Jahres 2012 für Einrichtungen endet, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen.

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 2013 bis 2016 jährlich Erfüllungsaufwand zwischen rd. 1,77 Mio. Euro und rd. 2,76 Mio. Euro, ab 2017 kommt es für die Wirtschaft insgesamt zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rd. 109 Tsd. Euro, ab 2022 zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rd. 168 Tsd. Euro. Davon entfallen auf einmaligen Umstellungsaufwand 2013 rd. 1,46 Mio. Euro sowie in den Jahren 2014 und 2015 jeweils rd. 985 Tsd. Euro. Auf den zusätzlichen Erfüllungsaufwand je Jahr entfallen davon 2013 bis 2016 zwischen rd. 591 Tsd. Euro und rd. 1,77 Mio. Euro. Da für die Wirtschaft ab dem Jahr 2016 kein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht, entsprechen die Gesamtentlastungen für die Wirtschaft ab dem Jahr 2016 dem periodisch anfallenden Erfüllungsaufwand.

Neue Informationspflichten führen 2013 bis 2016 zu Bürokratiekosten zwischen rd. 591 Tsd. Euro und rd. 1,77 Mio. Euro. Von 2017 bis 2021 kommt es zu Entlastungen von rd. 345 Tsd. Euro p.a., ab 2022 in Höhe von rd. 413 Tsd. 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. 398 Tsd. Euro, 2014 bei rd. 199 Tsd. Euro und 2015 sowie 2016 bei rd. 298 Tsd. Euro. Ab 2017 kommt es für die Krankenkassen zu Entlastungen in Höhe von rd. 286 Tsd. Euro p.a., ab 2022 in Höhe von rd. 345 Tsd. Euro p.a. Von dem gesamten Erfüllungsaufwand fällt im Jahr 2013 einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rd. 299 Tsd. Euro an, der wiederum je zur Hälfte auf Bundes- bzw. Landesebene entfällt.

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.

Referentenentwurf für ein

Gesetz 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 6 des Gesetzes vom ???. Dezember 2011 (BGBl. I S. ???) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden die Sätze 2 bis 4 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 „sind Richtwerte nach § 17a Abs. 4b sowie“ durch die Wörter „ist ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 und sind“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 wird Satz 9 wie folgt gefasst:

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

3. § 17d wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch die Wörter „einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.
- 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 Satz 4 und wie folgt gefasst:

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

cc) Nach dem neuen Satz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Das Vergütungssystem wird zum 1. Januar 2013 oder 1. Januar 2014 jeweils auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen jeweils vorher und zwar bis zum 31. Oktober 2012 oder zum 31. Oktober 2013 den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 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 Basisentgeltwert vereinbart. Ab dem Jahr 2017 wird der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget der Einrichtungen nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung schrittweise an den landesweit geltenden Basisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.“

4. § 18 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 wird das Wort „DRG-Fallpauschalen“ durch die Wörter „pauschalisierte 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 Bundespflegesatzordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom ???. Dezember 2011 (BGBl. I S. ???) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Der Zweite bis Fünfte 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 Modellvorhaben

§ 17 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 18 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

§ 19 Übergangsvorschriften“.

b) Die Angaben zu Anlage 1 werden wie folgt gefasst:

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

c) Die Angaben zu Anlage 2 werden 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 an einem somatischen Krankenhaus für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) und für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen).“

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. § 3 wird 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 31. Oktober 2012 oder bis zum 31. Oktober 2013 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 von einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung Gebrauch machen; für alle anderen Krankenhäuser endet die Vereinbarungsmöglichkeit für das Jahr 2012. Ab dem 1. Januar 2015 ist die Einführung 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 für die Ermittlung des krankenhausespezifischen Basisentgeltwertes nach den Vorgaben des Absatzes 3 und zur Erörterung der Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur verwendet werden.

(2) Ab dem krankenhausespezifischen Einführungsjahr bis zum Jahr 2016 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 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

1. vermindert um

- a) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
- b) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 16 dieser Verordnung oder § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder von Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,
- c) darin enthaltene Kosten für Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, soweit diese 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 sonstigen Zu- und Abschlägen nach § 7 Satz 1 Nummer 3.

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 wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag durch die voraussichtliche Summe der effektiven Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle dividiert. Der für das jeweilige Jahr geltende Basisentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zu Grunde zu legen.

(4) Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen sind nach Maßgabe von § 17 Absatz 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung bei nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhäusern auf Antrag des Krankenhauses 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. Dies gilt 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, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 75 Prozent und ab dem Jahr 2015 zu 20 Prozent ausgeglichen. Mehrerlöse, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. 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 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des krankenhaushausindividuellen Basisentgeltwertes nach Absatz 3 Satz 3 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der effektiven Bewertungsrelationen nach Absatz 3 Satz 2 durch die vereinbarten Behandlungsfälle 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 4 infolge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen für Entgelte, die mit Bewertungsrelationen bewertet sind, die Mehrerlöse nach Satz 6 oder Satz 7 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 Vereinbarung des Gesamtbetrags zu Grunde gelegten Annahmen 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.“

6. § 4 wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021

(1) Jeweils zum 1. Januar 2017, 2018, 2019, 2020 und 2021 werden der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget des Krankenhauses (§ 3 Absatz 2 Satz 4 Nummer 1) stufenweise an den landesweit geltenden Basisentgeltwert 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 berichtigt ist; dieses wird

1. vermindert um

- a) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
- b) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 16 dieser Verordnung oder § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder von Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,
- c) die nach Absatz 9 auszugliedernden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, soweit diese 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.

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 landesweiten Basisentgeltwertes 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 zusätzlichen Kosten mit diesen Prozentsätzen nicht gedeckt werden können, zum Beispiel bei der Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit, 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

*) Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

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 Basisentgeltwert 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 und von diesem Zwischenergebnis

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

errechnet werden. 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

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

vom veränderten Ausgangswert nach Absatz 3 begrenzt (Kappungsgrenze).

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

1. zu vermindern um die voraussichtlichen Erlöse aus Zusatzentgelten 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) Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen sind nach Maßgabe von § 17 Absatz 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung bei nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhäusern auf Antrag des Krankenhauses in dem Erlösbudget zusätzlich zu berücksichtigen, soweit der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert niedriger ist als der Basisentgeltwert nach § 10. Dies gilt 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 Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden zu 20 Prozent ausgeglichen. 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 der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde gelegten Annahmen 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 den Zeitraum ab dem Jahr 2022 eine andere gesetzliche Regelung nicht in Kraft getreten ist, sind für die Ermittlung des Erlösbudgets Absatz 4 und für die Berücksichtigung von Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre Absatz 6 Satz 1 entsprechend anzuwenden. Die Absätze 8, 9 und 10 sind anzuwenden.“

7. § 5 wird wie folgt gefasst:

„§ 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 Berechnung 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.“

8. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 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 für besondere Einrichtungen nach § 17d Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, 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 der Bundesebene bewerteten Entgelte ausgenommen sind. 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 die 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 sind § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 9 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.

(3) Werden krankenhausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart, ist für diese Entgelte in entsprechender Anwendung von § 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 vorzulegen. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab, sind die Mehr- oder Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Absatz 8 zu ermitteln und auszugleichen.“

9. Die bisherigen §§ 7 und 8 werden aufgehoben.

10. Nach der Überschrift des Dritten Abschnitts wird § 7 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 der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 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 der Telematikzuschlag nach § 291a Absatz 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.“

11. § 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 8

Berechnung der Entgelte

(1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer 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 einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei einer Hochschulklinik aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, dem Krankenhausplan nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie 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 Aufnah-

metag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet. Für die zusätzlich zu tagbezogenen Entgelten berechenbaren Entgelte gelten die Vorgaben von § 8 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1, 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Sofern fallbezogene Entgelte zu berechnen sind, gelten die Vorgaben von § 8 Absatz 2 Satz 3, Absatz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine Rechtsverordnung nach § 17d Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Für die Patientinnen und Patienten von Belegärzten werden gesonderte Entgelte berechnet.

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

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

(5) Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und 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 der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte zu orientieren hat. 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 gesetzlichen 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 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, 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.“

12. Die Überschrift des Vierten Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Vereinbarungsverfahren“.

13. 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 gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausge-

sellschaft (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 nach Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten vorzunehmenden Zu- oder Abschlägen,
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 über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung von krankenhausespezifischen Entgelten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. die anteilige Erhöhungsrate 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,
7. Empfehlungen zu Interventionszeitpunkten für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen den Vertragsparteien nach § 11 erfolgen soll.

(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.“

14. § 10 wird 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 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. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen bei den Tatbeständen, die der Vereinbarung des Basisentgeltwertes zu Grunde gelegt werden, bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, 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 nach den Sätzen 3 bis 5 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. absenkend 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 und deshalb für die Vergütung nicht zur Verfügung steht, 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,
7. Vereinbarungen nach § 9 Absatz 1.

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

(3) Der nach Absatz 2 vereinbarte Basisentgeltwert darf den um die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veränderten und berichtigten Basisentgeltwert des Vorjahres nicht überschreiten.*) Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisentgeltwertes insbesondere infolge der Weiterentwicklung des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der Abrechnungsbestimmungen lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist.

(4) Bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über die Ober-

*) Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

grenze 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 Tarifraten berücksichtigt, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisentgeltwert ist von den Vertragsparteien um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen.

(5) Die Vereinbarung des Basisentgeltwertes ist bis zum 31. Oktober jedes 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 zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisentgeltwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.“

15. § 11 wird wie folgt gefasst:

„§ 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 schließen. Die Vereinbarung muss auch Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche 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. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen.

(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.

(6) Unabhängig von der Vereinbarung nach Absatz 1 sollen sich die Vertragsparteien zur Verbesserung der Koordination mit weiteren Versorgungsangeboten bei Patientinnen und Patienten mit aufwändigen Versorgungsverläufen über den weiteren Behandlungsverlauf abstimmen. Die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 zu Interventionszeitpunkten, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen den Vertragsparteien erfolgen soll, sind zu berücksichtigen.“

16. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12

Vorläufige Vereinbarung

Können sich die Vertragsparteien insbesondere über die Höhe des Gesamtbeitrags, des Erlösbudgets, des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes oder über die Höhe sonstiger Entgelte nicht einigen und soll wegen der Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, die Schiedsstelle nach § 13 angerufen werden, schließen die Vertragsparteien eine Vereinbarung, soweit die Höhe unstrittig ist. Die auf dieser Vereinbarung beruhenden Entgelte sind zu erheben, bis die endgültig maßgebenden Entgelte in Kraft treten. 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.“

17. Der bisherige § 19 wird § 13 und wie folgt geändert:

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

18. Der bisherige § 20 wird § 14 und wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisentgeltwertes nach § 10 und der krankenhausindividuellen 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 landesweit geltenden Basisentgeltwertes innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.“

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

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

19. Der bisherige § 21 wird § 15 und wie folgt gefasst:

„§ 15

Laufzeit

(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausindividuelle Höhe der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte und sonstiger Entgelte wird vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte weiter zu erheben; dies gilt auch für die 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, 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 vom Hundert 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.“

20. Nach der Überschrift des Fünften Abschnitts wird § 16 wie folgt gefasst:

„§ 16

Modellvorhaben

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 können ein zeitlich begrenztes Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung und deren Vergütung entwickeln. Modellvorhaben sollen insbesondere durch Verminderung stationärer Aufnahmen, durch Verkürzung stationärer Aufenthalte oder eine verbesserte Koordination mit weiteren Versorgungsangeboten eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten bei möglichst geringem Ressourceneinsatz fördern. Für das Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung zu vereinbaren, deren Kosten von den Vertragsparteien zu tragen sind. Modellvorhaben, deren Laufzeit über einen Zeitraum von fünf Jahren verlängert werden sollen, bedürfen der Zustimmung der Vertragsparteien auf Landesebene; bei der Entscheidung über die Verlängerung sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung nach Satz 3 zu berücksichtigen. Die Ergebnisse des Vorhabens und der wissenschaftlichen Begleitung sind nach Abschluss des Vorhabens, spätestens jeweils nach fünf Jahren, zu veröffentlichen.

(2) Die Vertragsparteien können Abweichendes von den Vorschriften dieser Verordnung vereinbaren, soweit dies für die Durchführung des Modellvorhabens erforderlich ist. Die Vorgaben zur Leistungsdokumentation und zur Datenübermittlung, insbesondere nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes sind auch für im Rahmen von Modellvorhaben erbrachte Leistungen verbindlich.

(3) Bei Beendigung eines Modellvorhabens vereinbaren die Vertragsparteien das Nähere zur Annäherung des Erlösbudgets der Einrichtung an den landesweit geltenden Basisentgeltwert nach § 10 in entsprechender Anwendung der Vorgaben von § 4.“

21. Der bisherige § 22 wird § 17 und wie folgt gefasst:

„§ 17

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

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

22. Der bisherige § 25 wird § 18.

23. Der bisherige § 26 wird § 19 und wie folgt gefasst:

„§ 19

Übergangsvorschriften

Krankenhäuser, die nicht in den Jahren 2013 oder 2014 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einführen, haben in diesen Jahren die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass für diese Einrichtungen die Möglichkeit einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 für das Jahr 2012 endet. Abweichend von Satz 1 können die Vertragsparteien nach § 11 für Krankenhäu-

ser, die ihre Leistungen im Rahmen eines Modellvorhabens erbringen und abrechnen wollen, von § 16 ab dem Inkrafttreten der Vorschrift Gebrauch machen.“

24. Die bisherige Anlage 1 wird aufgehoben und folgende Anlage eingefügt:

„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 krankenhausindividuell 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“

E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

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

Entgelt Nr.	Berechnungstage (nur tages- bezogene Entgelte)	Fallzahl (nur fall- und zeit- bezogene Entgelte)	Bewertungs- relation nach Entgeltkatalog	Summe der Bewertungsrelati- onen ohne Zu- und Abschläge (Sp. 2x4 od. 3x4)	davon Fälle mit patientenbezogenen Abschlägen				davon Fälle mit patientenbezogenen Zuschlägen				Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Sp. 5 - (Sp. 9) + Sp. 13)	Summer der Fälle (zu Spalte 4)
					Anzahl der Fälle mit Abschlägen	Anzahl der Tage mit Abschlägen	Bewertungs- relation je Abschlagstag	Summe der Abschläge (Sp. 7x8)	Anzahl der Fälle mit Zuschlägen	Anzahl der Tage mit Zuschlägen	Bewertungs- relation je Zuschlagstag	Summe der Zuschläge (Sp. 11x12)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Jahresfälle ^{*)}														
Summe für Jahresfälle ^{*)}														
Summe für Überlieger ^{*)}														
Summe insgesamt														

*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

- 1) 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.
- 2) 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 werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen. Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.
- 3) Aufnahmen und Entlassungen im jeweiligen Kalenderjahr, ohne Überlieger am Jahresbeginn.
- 4) Die Bewertungsrelationen für Überlieger 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.

E2 Aufstellung der Zusatzentgelte für das Krankenhaus

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 ²⁾			
Summe der ZE bezogen auf die Jahresfälle			
bezogen auf die Überlieger			
Summe ZE insgesamt			

*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

- 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) Ohne Überlieger am Jahresbeginn.

E3 Aufstellung der nach § 6 BpflV krankenhaushausindividuell verhandelten Entgelte

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E3 Aufstellung der nach § 6 BpflV krankenhaushausindividuell verhandelten Entgelte *)^{1) 2)}

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte³⁾

Entgelt nach § 6 BpflV	Fallzahl (fall- und zeit-bezogene Entgelte)	vereinbarte Bewertungsrelation	Entgelthöhe (in €)	Bruttoerlös-summe ohne Zu- und Abschläge (in €) (Sp. 2x4)	davon Fälle mit patientenbezogenen Abschlägen				davon Fälle mit patientenbezogenen Zuschlägen				Nettoerlös-summe inkl. Zu- und Abschläge (in €) (Sp. 5 - (Sp. 9) + Sp. 13)
					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	14
Summe:													

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte³⁾

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

E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte³⁾

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

*) Musterblatt: EDV-Ausdrucke möglich.

1) 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.

2) 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 6-7, 9-11 und 13 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.

3) Jeweils gesonderte Aufstellung und Vorlage für Entgeltvereinbarungen nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 2 BpflV.

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

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 BPfIV 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	./. Modelle, Integrationsverträge (Nr. 1b)		
4	./. Ausgliederung ausländische Patienten (Nr. 1c)		
5	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2)		
6	+/- Ausgliederung/Wiedereingliederung Zu- und Abschläge (Nr. 3)		
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 *)		
10	= Veränderter Gesamtbetrag (§ 3 Absatz 2 Satz 5)		
11	davon: verändertes Erlösbudget (§ 3 Absatz 2 Satz 5) **)		
12	davon: Entgelte nach § 6 Absatz 1 BPfIV		

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

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

**) Erlösbudget einschließlich der Erlöse für patientenbezogene Zu- und Abschläge.

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

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

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

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
	Ermittlung des Ausgangswerts (Absatz 2):		
1	Erlösbudget für das laufende Jahr		
2	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1a)		
3	./. Modelle, Integrationsverträge (Nr. 1b)		
4	./. Ausgliederung ausländische Patienten (Nr. 1c)		
5	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2)		
6	+ Einbeziehung von Innovationen (Nr. 3)		
7	+/- Ausgliederung/Wiedereingliederung Zu- und Abschläge (Nr. 4a)		
8	+/- Ausgl./Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Absatz 1 (Nr. 4b)		
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		
28	+/- neue Ausgleiche für Vorjahre *)		
29	= Verändertes Erlösbudget (Absatz 6 Satz 1 **)		
30	Jahresfälle)		
31	= krankenhausindividueller Basisentgeltwert		
32	nachrichtlich: Basisentgeltwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen		

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

**) Erlösbudget einschließlich der Erlöse für patientenbezogene Zu- und Abschläge.

25. Anlage 2 wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom ???. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ 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 aufgehoben.
5. § 16 wird aufgehoben.
6. In § 17 Absatz 5 werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ 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.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Soweit Krankenhäuser für Belegpatientinnen und -patienten sonstige Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung berechnen, werden gesonderte Belegpflegesätze 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 Bundespflegesatzverordnung“ 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 wird in Nummer 1 Buchstabe d 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 „pauschalieren Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
 - bb) In Satz 1 wird die Angabe „§ 11“ durch die Angabe „§18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 werden die Angabe „§ 11“ durch die Angabe „§18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“, die Angabe „2003 bis 2008“ durch die Angabe „2013 bis 2021“ sowie 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 1 des Gesetzes vom ???. Dezember 2011 (BGBl. I S. ???) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 64 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) 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.
 - b) 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 und 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder eine Optimierung der sektorenübergrei-

fenden Leistungserbringung, insbesondere unter Berücksichtigung der Einrichtungen nach § 118, 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 von § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf.

(2) Die Verträge zur Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Sie geben den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen die Verträge nach Absatz 1 wirksam werden, Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellen vor einer Beanstandung das Benehmen her.

(3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen eine Verlängerung beantragen. Für den Verfahrensablauf ist Absatz 2 entsprechend anzuwenden.

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

3. § 118 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absätze 1 und 2 gelten für psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen 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. In § 137 wird nach Absatz 1c 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 bestimmt insbesondere für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität in diesem Bereich. Er hat Maßnahmen zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. 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“, 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. In § 139c Satz 2 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„; sie gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.“

8. In § 291a Absatz 7a Satz 2 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„; 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 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „bis zum Jahr 2016“ und nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.
2. In § 9 Satz 2 zweiter Halbsatz 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 wird die Angabe „§ 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zweiter Satzteil der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Angabe „§ 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 am 1. Januar 2013 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 2 Nummer 5, 15, 20 und 23 treten am 1. Juli 2012 in Kraft.

(3) 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 krankenhausespezifisch wie auch krankenhausesübergreifend effizienter eingesetzt werden. Zugleich ist mit dem neuen Entgeltsystem auch die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen verbunden. Einrichtungen, die aufwändige Leistungen erbringen, sollen diese auch höher vergütet bekommen als Einrichtungen, die weniger aufwändige 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 krankenhausespezifisch und krankenhausesübergreifend ein bedarfsgerechter und effizienter Ressourceneinsatz erfolgen kann. Die Regelungen zielen ab auf,

- einen krankenhausespezifisch wie auch krankenhausesübergreifend 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 BPfIV 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. 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 krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwerte

ermittelt. Diese werden für die Rechnungsstellung mit den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen des Entgeltkataloges multipliziert. Die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte werden auf der Grundlage der Krankenhausbudgets unter Anwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge ermittelt. Damit finden die neuen Entgelte bereits bei der Ermittlung krankenhausesindividueller 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 Schätzfehlerrisiko 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 Leistungsgerechtigkeit. 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 entwickelt. 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.

Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Fallsteuerung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen Empfehlungen für Interventionszeitpunkte, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen kann. Hierdurch können eine sektorenübergreifende Leistungskoordination gefördert und spätere Rechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vermindert werden.

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 Bundespflegesatzverordnung 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 BPfIV 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 Übergangsphase 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 ge-

legt. 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 BPfIV 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. 3,1 Mio. Euro p.a. Im Jahr 2016 vermindert sich der Erfüllungsaufwand aufgrund des entfallenden Einmalaufwands deutlich auf rd. 2,1 Mio. Euro. Ab dem Jahr 2017 entstehen insgesamt Entlastungen in Höhe von rd. 395 Tausend Euro p.a., ab 2022 in Höhe von rd. 514 Tausend 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 zwei Vorgaben eingeführt, deren Erfüllungsaufwand im Wege der Ex-ante-Schätzung quantifiziert wird. Dies ist einerseits die Informationspflicht zur Vorlage neuer Vordrucke gemäß der Anlage zur BPfIV n.F. sowie andererseits die Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten gemäß § 10 BPfIV n.F.

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 BPfIV 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 Personalstunde 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 Tausend 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 BPfIV 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 BPfIV 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 Personenstunde – in den Jahren 2013 bis 2016 ein zusätzlicher periodischer Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser zwischen rd. 590 Tausend 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 Tsd. €)
2013	rd. 2.049
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, die in dem gesamten Erfüllungsaufwand der Wirtschaft bereits enthalten sind, entstehen folgende Be- und Entlastungen:

Jahr	Bürokratiekosten Wirtschaft (in Tsd. €)
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 – zwei Vorgaben eingeführt, die neuen Erfüllungsaufwand mit sich bringen. Dies sind die Verhandlung auf Basis der neuen Vordrucke AEB-Psych sowie die Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten. 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 Verhandlungsausrichtung (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 Tausend 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 BPfIV sieht in § 5 einen Krankenhausvergleich vor, der in der Neufassung der BPfIV 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 Tausend 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

aufwand 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 bedarfsgerechter 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 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 17)

Mit Buchstabe a werden Regelungen aufgehoben, die auf die krankhausindividuelle Vereinbarung von Abteilungspflegesätzen 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, können bei bundesweit kalkulierten pauschalierten Pflegesätzen nicht mehr angewandt werden. Sie gelten nur noch für die Krankenhäuser, die noch nach herkömmlichem System tagesgleiche Pflegesätze verhandeln, d. h. besondere Einrichtungen.

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 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

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 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

Zu Doppelbuchstabe aa

Die auf der Bundesebene ermittelten leistungsorientierten Entgelte nach § 17d KHG ersetzen nach Satz 3 die bisherigen, krankenhausindividuell 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 krankenhausindividueller 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 Kostenträger 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 31. Oktober 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 krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte der Einrichtungen sind in der im Jahr 2017 beginnenden Konvergenzphase schrittweise an einen landesweiten Basisentgeltwert 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 krankenspezifische Basisentgeltwert die maßgebliche Rolle. Satz 9 gibt deshalb vor, dass das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an das mit dem landesweiten Basisentgeltwert ermittelte Erlösbudget angeglichen wird. Nähere Bestimmungen zur Angleichung enthält die Bundespflegesatzverordnung.

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 Krankenträger 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 Pflegesätze 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 krankenspezifisch 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 (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)

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 landesweiten Basisentgeltwert 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 Gesamtbetrag verhandelt, der die gesamten Erlöse der Einrichtung für die pflegesatzfähigen Leistungen umfasst. Der Gesamtbetrag 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 31. Oktober 2012 oder bis zum 31. Oktober 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 Tarifierfinanzierung.

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

Die vor der Vereinbarung des neuen Gesamtbetrags vorzunehmenden Veränderungen der Ausgangsgrundlage, also des Gesamtbetrags des Vorjahres, gibt Satz 3 vor. 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 durften. Entsprechend sind bei einem Leistungsrückgang für das Krankenhaus auch nur die anteiligen variablen Kosten aus dem Krankenhausbudget auszugliedern. Buchstabe b sieht demgegenüber 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 § 16 BPfIV oder § 63 SGB V, grundsätzlich in voller Höhe vergütet werden. Sofern Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten im Gesamtbetrag enthalten sind und die Einrichtung von der Möglichkeit eine Ausgliederung Gebrauch macht, sind nach Buchstabe c auch die entsprechenden Vollkosten auszugliedern. Nummer 2 bestimmt, dass Verfallschungen 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 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.).

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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividueller 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 zeitbezogene Pauschalen.

Satz 2 gibt die Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes vor. Von dem um Ausgleich 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. 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 landeseinheitlicher Basisentgeltwert erst ab dem 1. Januar 2017 gilt, wird als Obergrenze für die Erhöhung des krankenhausindividuell 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 Ausgleiche und Berichtigungen veränderte Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 5 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 außen vor. Soweit Zu- und Abschläge jedoch nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 noch nicht ausgegliedert 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 8 vorgegeben.

Für Optionshäuser werden mit Satz 2 für die Jahre 2013 und 2014 deutlich verbesserte Mindererlösausgleichssätze vorgegeben, um das bei der erstmaligen Ermittlung des krankenhausindividuellen 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-Entgeltsystem 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 § 16 dieser Verordnung oder § 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.

Satz 3 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 4 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 5 – 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.

Zur Abgrenzung der kodierbedingten von den leistungsbedingten sonstigen Mehrerlösen bestimmt Satz 6 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 Behandlungsfälle multipliziert mit dem Mittelwert der je Behandlungsfall vereinbarten Bewertungsrelationen (Casemix-Index). Die resultierende Abschätzung zur Summe der zusätzlich erbrachten Bewertungsrelationen wird zur Ermittlung eines Euro-Betrags mit dem krankenhausindividuellen Basisentgeltwert multipliziert.

Satz 8 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 6 pauschaliert ermittelten sonstigen Mehrerlöse abgezogen werden.

Für den Fall, dass die vereinfachte Berechnung nach Satz 6 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 7 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 Erlösausgleichsbeträgen führt.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Absatz 4 Satz 1 BPfIV 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 BPfIV 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 Nummer 6 (§ 4)

Die unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind in der im Jahr 2017 beginnenden, fünfjährigen Konvergenzphase schrittweise an einen landesweiten Basisentgeltwert 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 x 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 landesweiten Basisentgeltwert 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 landesweiten Basisentgeltwert liegt, nur stufenweise angehoben. Ab dem Jahr 2022 werden die Erlösbudgets nach Absatz 11 voraussichtlich unter Verwendung des landesweiten Basisentgeltwertes 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 x 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 Krankenhäu-

ser 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 wegfallende 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 krankenhausesindividuelle 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 Basisentgeltwert 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 Kostenanteile 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.

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 anzugleichende 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 Bewertungsrelatio-

nen bewerteten Entgelten oder mit auf der Bundesebene bepreisten Zusatzentgelten vergütet werden. 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 BPfIV 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 Erhöhungsraten nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 angehoben.

Die voraussichtlich zusätzlich zu erbringenden oder wegfallenden Leistungen, die mit Bewertungsrelationen bewertet sind, sind im Ausgangswert mit bestimmten Quoten zu berücksichtigen, 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 wegfallende 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. wegfallender 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 wegfallender 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 Kodierrichtlinien zurückzuführen sind, sind zu bereinigen. Soweit die tatsächlichen Kosten für zusätzliche oder wegfallende 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 Fachabteilungen der Fall sein.

Nach Satz 5 sind sachkostenlastige Zusatzentgelte für Arzneimittel zu 100 Prozent bei den zusätzlichen oder wegfallenden 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

*) Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

nach Absatz 11 voraussichtlich die Leistungen mit dem landesweiten Basisentgeltwert 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 landesweiten Basisentgeltwert 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	bezogen auf	bezogen auf
<u>der Konvergenzschritte:</u>	<u>Ausgangswert 2017</u>	<u>Vorjahresbudget</u>
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 landesweit geltenden Basisentgeltwert 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 krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuell ermittelten Basisentgeltwertes wird der landesweite 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 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 krankenhausesindividuellen 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 3 bis 5 vorgegeben.

Nach Satz 3 ist für Mindererlöse grundsätzlich der bereits heute geltende Ausgleichssatz von 20 Prozent anzuwenden. Mindererlöse aufgrund der Erbringung von Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 16 dieser Verordnung oder § 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 4 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 5 – 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.

Zu Absatz 9

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Absatz 4 Satz 1 BPfIV 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 BPfIV 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 x 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 Nummer 7 (§ 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 Nummer 8 (§ 6)

Zu Absatz 1

Ähnlich wie im DRG-System ist 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 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 fall- oder tagesbezogene 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 die zeitlich befristete Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten zu. 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 krankenhausindividuellen Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 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 BPfIV a.F. zu beachten. Damit wird der Zuwachs der Erlössumme durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt.¹⁾ Es gelten zugleich unverändert die entsprechenden Ausnahmetatbestände und die Budgetberichterstattungsrate für die anteilige Tarifrefinanzierung. Die Erlössumme umfasst nach Satz 2 nicht die Innovationsentgelte nach Absatz 2. Für die Vereinbarung 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 9 (Aufhebung §§ 7 und 8 a.F.)

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 BPfIV 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 BPfIV a.F. ergeben. Entsprechendes gilt für nach § 17 Absatz 5 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 8 BPfIV a.F. berücksichtigungsfähige Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern.

Zu Nummer 10 (§ 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 BPfIV a.F. an das neue Entgeltsystem. In Satz 3 werden die abrechenbaren Entgeltzuschläge aufgezählt, die der Finanzierung von nicht unmittelbar medizinischen Leistungen dienen.

Zu Nummer 11 (§ 8)

Zu Absatz 1

¹⁾ Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

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 BPfIV a.F. Satz 2 gibt vor, wie bislang § 10 Absatz 3 BPfIV 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. Neben den tagesbezogenen Entgelten sind grundsätzlich zusätzliche Entgelte berechenbar. Nach Satz 2 stehen hierfür entsprechend den Vorschriften des KHEntgG bundesweit kalkulierte Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge zur Verfügung. Sofern Fallpauschalen berechnet werden, gelten hierfür nach Satz 3 die Regelungen des KHEntgG u. a. zur Fallzusammenführung und zur Abrechnung. Näheres oder Abweichendes regeln nach Satz 4 die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene durch eine Vereinbarung oder das Bundesministerium für Gesundheit durch Ersatzvornahme. Satz 5 stellt klar, dass für Patientinnen und Patienten von Belegärztinnen und Belegärzten gesonderte Entgelte berechnet werden. Diese Vorschrift 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 Krankenversicherungsschutz 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 12 (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 landesweiten Basisentgeltwertes durch die Vertragsparteien auf Landesebene Rechnung.

Zu Nummer 13 (§ 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 Krankenhausindividuellen Entgelten und Entgelten zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Nummer 4) und über Empfehlungen zu Interventionszeitpunkten (Nummer 7). Die Nummern 5 (anteilige Erhöhungsrates) und 6 (Aufbau der Datensätze) entsprechen im Grundsatz dem bisherigen § 15 Absatz 1 und 2 BPfIV a.F. Die für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zukünftig vorzulegenden Empfehlungen zu Interventionszeitpunkten zielen auf eine Verbesserung der Abstimmung des weiteren, auch über den vollstationären Krankenhausaufenthalt hinaus gehenden Behandlungsverlaufs für die betroffenen Patientinnen und Patienten ab. Zielsetzung muss es insbesondere sein, die Koordination der Behandlung im Sinne eines effektiven und effizienten Ressourceneinsatzes zu verbessern. Welche Erkrankungsbilder von psychisch kranken Menschen sich für die Vereinbarung von Interventionszeitpunkten besonders eignen, ist neben zeitlichen Vorgaben von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren. 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 Basisentgeltwerte 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 BPfIV a.F.

Zu Nummer 14 (§ 10)

Das Preisniveau der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte wird mit der Vereinbarung des Basisentgeltwertes 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 KHEntgG 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 Tariflöhnen 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 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

^{*)} Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

^{*)} Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

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. 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 worden 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. 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 sind nach Nummer 7 auch für die Vertragspartner auf Landesebene verbindlich und daher bei der Vereinbarung des landesweiten Basisentgeltwertes 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 Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Ausnahmeregelungen, die einen Anstieg der Krankenhausbudgets über die Veränderungsrate hinaus erlauben, werden dadurch überflüssig und können aufgehoben werden. 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 infolge der Weiterentwicklung des Vergütungssystems oder der Abrechnungsbestimmungen lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Ge-

*) Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden.

samtausgaben für Krankenhausleitungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist.

Zu Absatz 4

Auch im Rahmen des neuen Psych-Entgeltsystemes 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 BPfIV a.F.), sondern nur noch bezogen auf den landesweiten Basisentgeltwert, also das Preisniveau. Absatz 4 gibt hierfür nähere Einzelheiten vor. Nach Satz 1 ist es für eine anteilige Tarifrefinanzierung – 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 jedes 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 Nummer 15 (§ 11)

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht grundsätzlich dem bisherigen § 17 Absatz 1 BPfIV 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 krankenspezifischen 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.

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 V1, 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 krankenspezifischen 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 Krankenkassen 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 fordert Satz 4, dass der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen muss.

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 Absatz 6

Satz 1 enthält eine neugeschaffene Möglichkeit der Abstimmung der örtlichen Vertragsparteien über den weiteren Behandlungsverlauf bei Patientinnen und Patienten mit aufwändigen Versorgungsverläufen. Dabei sind nach Satz 2 die Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu Interventionszeitpunkten, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf erfolgen soll, zu berücksichtigen. Hierdurch soll eine sektorenübergreifende Fallsteuerung ermöglicht und verbessert werden, durch die eine Leistungscoordination über die verschiedenen Versorgungsbereiche gefördert werden kann sowie spätere Rechnungsprü-

fungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vermindert werden können. In Einzelfällen werden entsprechende Vereinbarungen mit guten Erfahrungen bereits heute in der Praxis getroffen. Durch die Regelung in Absatz 6 wird hierzu eine explizite rechtliche Grundlage und Vorgabe geschaffen.

Zu Nummer 16 (§ 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 17 (§ 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 KHEntgG nicht mehr gesetzlich ausgeschlossen wird.

Zu Nummer 18 (§ 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 landesweiten Basisentgeltwertes (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 landesweit geltenden Basisentgeltwertes – 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)

Die Vorschrift macht Vorgaben für Klageverfahren gegen die Genehmigung des landesweit geltenden Basisentgeltwertes 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 und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat.

Zu Nummer 19 (§ 15)

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält Regelungen zur Laufzeit der krankenhausesindividuell 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 krankenhausesindividuellen 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 bisherigen § 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. Daneben wird ein Spitzausgleich festgelegt, sofern der Ausgleichsbetrag durch den Betrag, die 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 20 (§ 16)

Modellvorhaben nach der Bundespflegesatzverordnung, die bisher auf die Entwicklung von pauschalierten Vergütungen ausgerichtet waren, wurden auf der Grundlage von § 24 BPfIV a.F. nur in vernachlässigbarem Umfang durchgeführt. Die Vorgaben zu Modellvorhaben nach § 24 BPfIV a.F. werden daher weiter entwickelt.

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 können zukünftig Modellvorhaben nach der BPfIV nicht nur zur Weiterentwicklung der Vergütung von Krankenhausleistungen, sondern auch zur Weiterentwicklung

der Versorgung vereinbart werden. Damit kann durch Modellvorhaben auch ein Beitrag zur Erledigung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 2 KHG zur Möglichkeit anderer Abrechnungseinheiten geleistet werden. Die Vorgaben zur Leistungsdokumentation und zur Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG sind nach Absatz 2 Satz 2 daher neben allgemeinen Gründen der Transparenz des Leistungsgeschehens auch deshalb für innerhalb von Modellvorhaben erbrachte Leistungen verbindlich. Modellvorhaben nach der BPfIV können vom Krankenhaus mit den an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Sozialleistungsträgern nur gemeinsam geschlossen werden. Modellvorhaben sind grundsätzlich auf einen Zeitraum von fünf Jahren begrenzt, sofern nicht nach Satz 4 eine Verlängerung erfolgt.

Satz 2 konkretisiert die Zielrichtung von Modellvorhaben, indem sie auf eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung bei möglichst geringem Ressourceneinsatz ausgerichtet sein sollen. Dies soll insbesondere durch eine Verminderung der Zahl der Krankenhausaufnahmen oder der Verkürzung von Krankenhausaufenthalten oder eine verbesserte Koordination zwischen dem stationären Bereich und weiteren Versorgungsangeboten, z. B. des vertragsärztlichen Bereichs, des Reha-Bereichs oder Angeboten zur gemeindenahen Versorgung von Patientinnen und Patienten, erfolgen. Kurzgefasst geht es insbesondere um die Förderung von Ansätzen, mit denen eine effektivere und effizientere Versorgung von psychisch kranken Menschen erreicht werden kann.

Satz 3 gibt wie bereits bisher die Notwendigkeit zur wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben vor. Dabei sind die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung von den Vertragsparteien zu tragen, die hierzu nähere Einzelheiten vereinbaren.

Sofern Modellvorhaben aufgrund positiver Ergebnisse über einen Zeitraum von fünf Jahren verlängert werden sollen, ist hierfür die Zustimmung der Vertragsparteien auf der Landesebene erforderlich. Dies sind nach § 10 Absatz 1 Satz 1 die Landeskrankengesellschaft, die Krankenkassen auf der Landesebene und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Die Vertragsparteien haben bei ihrer Entscheidung zur Verlängerung eines Modellvorhabens die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung berücksichtigen. Für eine Verlängerung von Modellvorhaben muss sorgfältig geprüft werden, ob und inwieweit die gesetzlichen Zielvorgaben für eine effektivere und effizientere Versorgung psychisch kranker Menschen erreicht werden, da nur dann eine Verlängerung gerechtfertigt ist.

Wie bisher sind nach Satz 5 die Ergebnisse des Modellvorhabens und der wissenschaftlichen Begleitung nach Abschluss des Modellvorhabens schriftlich zu veröffentlichen. Spätestens hat die Veröffentlichung nach fünf Jahren zu erfolgen. Durch die Vorgabe zur Veröffentlichung wird sichergestellt, dass die Ergebnisse allgemein zugänglich sind und einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen leisten können. Für die Veröffentlichung werden keine formalen Vorgaben gemacht, auch eine allgemein zugängliche Veröffentlichung im Internet ist ausreichend.

Zu Absatz 2

Soweit dies zur Durchführung eines Modellvorhabens erforderlich ist, können nach Satz 1 die Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich von den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung abweichen. Sie können somit z. B. abweichende Vereinbarungen zur Vergütung der Krankenhausleistungen durch ein Erlösbudget, eine Erlössumme und durch Zu- und Abschläge oder zur Berechnung der Entgelte nach den in § 7 genannten Entgeltarten treffen.

Um die Transparenz über das Leistungsgeschehen aufrecht zu erhalten und um grundsätzlich auch die Daten aus Modellvorhaben für die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems nutzen zu können, sind nach Satz 2 die Vorgaben zur Leistungsdokumentation insbesondere auf der Grundlage der Vorgaben von § 295 und § 301 SGB V und zur

Übermittlung der Daten nach § 21 KHEntgG für im Rahmen von Modellvorhaben erbrachte Leistungen weiterhin verbindlich.

Zu Absatz 3

Bei Beendigung eines Modellvorhabens haben die Vertragsparteien die näheren Einzelheiten zur Annäherung des bisherigen Erlösbudgets der jeweiligen Einrichtung an den landesweit geltenden Basisentgeltwert nach § 10 zu vereinbaren. Für den Annäherungsprozess sind dabei die Vorgaben des § 4 entsprechend anzuwenden. Für die Annäherung ergibt sich damit für die einzelne Einrichtung eine fünfjährige Konvergenzphase.

Zu Nummer 21 (§ 17)

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

Zu Nummer 22 (§ 18)

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

Zu Nummer 23 (§ 19)

§ 19 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 Pflege-satzvereinbarung 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 BPfIV n.F.). Sie können allerdings nach Satz 2 mit den Kostenträgern Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben bereits nach den neuen für Modellvorhaben geltenden Regelungen abrechnen.

Zu Nummer 24 (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 krankenhausespezifische 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 krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes.

Die Formulare der Anlage sollen dazu beitragen einen reibungslosen und zügigen Umstieg auf das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen zu ermöglichen. Da es sich hierbei um ein 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 entgeltnummernbezogen 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 krankenhausindividuellen Entgelte (Zusatzentgelte, fall- oder tagesbezogene 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 Bundespflegegesetzverordnung 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 krankenhausindividuellen Basisentgeltwert durchzuführen.

Das Formular B1 dient unter Einbeziehung der in § 3 Absatz 2 und 3 aufgeführten Tatbestände der Ermittlung dieses krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes als Abrechnungsgröße für das jeweilige Budgetjahr.

Zu B2

Mit dem Jahr 2017 beginnt entsprechend der Regelungen des § 4 die Konvergenzphase. Das Formular B2 gibt vor, wie sich das dem krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuelle Basisentgeltwert als Abrechnungsgröße für das jeweilige Budgetjahr ermittelt.

Zu Nummer 25 (Anlage 2)

Die Z-Formulare der Anlage 2 zur BPfIV für die „Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise geförderte 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 (Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 6)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflege-satzverordnung.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, mit der ein inzwischen nicht mehr zutref-fender 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 Selbstver-waltungspartner zukünftig die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG anrufbar.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Die Regelung hebt die Vorschriften zu zeitlich abgelaufenen Vorgaben für Finanzierungs-programme 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 Bundespflege-satzverordnung.

Zu Nummer 7 (§ 18)

Zu Buchstabe a

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

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung sieht weiterhin vor, dass für Belegpatientinnen und -patienten sowohl in somatischen als auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geson-derte pauschalierte Entgelte vereinbart werden. Sie wird mit Blick auf das neue Psych-Entgeltsystem redaktionell angepasst.

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 krankenhausesindividuelle, sonstige Entgelte nach § 6 BPfIV, nicht aber tagesgleiche Pflegesätze in der bisherigen Form berechnet werden.

Zu Nummer 8 (§ 19)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Bundespflege-satzverordnung.

Zu Nummer 9 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Die Regelung korrigiert einen inzwischen nicht mehr zutreffenden Verweis.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe 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 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 64)

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

Buchstabe b 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)

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.

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. Es finden nach § 63 Absatz 1 und 2 die allgemeinen Grundsätze in Bezug auf die Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben Anwendung. 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.

Zu Absatz 2

Im Rahmen der staatlichen Aufsicht über die Krankenkassen sind Verträge nach § 64b der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen und werden innerhalb von zwei Monaten auf ihre Rechtmäßigkeit geprüft. Um die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern, entfällt die bisherige Notwendigkeit für eine kassenindividuelle Satzungsregelung nach § 63 Absatz 5 Satz 1 SGB V. Wegen der möglichen Auswirkung der Verträge auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind die Länder (in der Regel die Gesundheitsministerien der Länder), in denen die Verträge wirksam werden, unabhängig von der aufsichtrechtlichen Zuständigkeit an der Prüfung zu betei-

gen. Die Länder erhalten damit einen weiteren Überblick über die Verträge mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen.

Zu Absatz 3

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 Berichtsergebnisse können die Krankenkassen eine Verlängerung der Modellvorhaben über die Dauer von acht Jahren hinaus begehren. Hierzu findet das gleiche Prozedere Anwendung, welches auch nach Absatz 2 bei der Erstinitiierung von Modellen durchzuführen ist. Dies bietet sich insbesondere bei Modellvorhaben an, die wissenschaftlich nachgewiesen die Patientenversorgung verbessern oder die sektorenübergreifende Versorgung im Patienteninteresse optimieren

Zu Absatz 4

Damit auch der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit gegeben ist, an derartigen Modellen mitzuwirken, wird ihnen mit Absatz 4 die Möglichkeit dazu eingeräumt. Im Hinblick auf die Ergebnisnutzung derartiger Modelle und deren Überführung in die Regelversorgung, besteht ein besonderes Interesse, eine Vielzahl von Krankenkassen zu beteiligen. Von daher ist auch die Teilnahme der privaten Krankenversicherung anzustreben.

Zu Nummer 3 (§ 118)

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

Zu Nummer 4 (§ 120)

Die Regelung bezieht sich auf die Vergütung somatischer Leistungen von Kinderspezialambulanzen. Da die krankenspezifischen 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 Indikatoren zur Bewertung der Leistungsqualität zu entwickeln. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung besteht 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 einrich-

tungs- 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 die Einführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung vorgegeben. Bis dahin hat der Gemeinsame Bundesausschuss Zeit, um 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 Vereinbarung 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 (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 Bundespflegegesetzordnung. Bei der Entscheidung über einen 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 Landespflegegesetzausschuss anzustreben.

Zu Artikel 6 (Abgrenzungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3)

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

Zu Nummer 2 (§ 4)

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

Zu Artikel 7 (Psychiatrie-Personalverordnung)

In Folge 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-Entgeltsystem angewendet haben, von der Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach § 6 Absatz 4 BPfIV 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 Absatz 2

Damit für die optionale Anwendung des neuen Psych-Entgeltsystems im Jahr 2013 im Herbst des Jahres 2012 prospektiv Pflegesatzverhandlungen geführt werden können, treten die maßgeblichen Grundlagen nach den §§ 3 und 11 BPfIV (neu) 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. Indem entsprechend frühzeitig auch die §§ 16 und 19 BPfIV (neu) in Kraft treten, besteht zudem die Möglichkeit – auch für nicht optierende Krankenhäuser – von den neu gefassten Regelungen zu Modellvorhaben nach § 16 BPfIV Gebrauch zu machen.

Zu Absatz 3

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

*) Über die Einführung des Orientierungswertes/Veränderungswertes und seine Anwendung auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird voraussichtlich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens entschieden