

02.03.12

Stellungnahme des Bundesrates

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

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

1. Zum Gesetzentwurf insgesamt

- a) Die Länder haben sich im letzten Jahr in verschiedenen Fachgremien zur Entwicklung eines Psychiatrie-Entgeltsystems kritisch geäußert und die Anschlussfähigkeit des neuen Entgeltsystems an moderne sektorübergreifende Versorgungsansätze und den Einbezug von Modellprojekten integrierter Versorgung und regionaler Budgets gefordert. Dabei geht es ihnen darum, die finanziellen Steuerungsmöglichkeiten eines künftigen leistungsbezogenen Entgeltsystems nicht allein zur Herstellung von mehr Kostentransparenz und zur Kostendämpfung im stationären Sektor zu nutzen, sondern mit geeigneten finanziellen Anreizen auch dem Ziel einer qualitativen Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesamtversorgung gerecht zu werden. Nach Auffassung des Bundesrates muss insbesondere der bisher bestehende finanzielle Fehlanreiz zu vorrangiger stationärer Unterbringung beseitigt und durch ein sektorübergreifendes, patientenzentriertes und schwerpunktmäßig ambulantes Versorgungsangebot ersetzt werden.

- b) Der Bundesrat bewertet es daher positiv, dass der Gesetzentwurf mit einem neuen § 64b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Forderung der Länder nach verbesserten Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung in Form konkreter Vorgaben zur Durchführung von sektorübergreifenden Modellprojekten berücksichtigt. Er hält die Berücksichtigung der Ergebnisse solcher Modellprojekte für die weitere Entwicklung des Entgeltsystems für unabdingbar. Um dem Nachteil einer Zersplitterung der Versorgungsangebote und des Ausschlusses vieler Versicherter aus einem modellhaften Versorgungsangebot zu begegnen, sollten Modellvorhaben, die auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet sind, von allen gemäß § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam vereinbart werden. Aufgrund regionaler Besonderheiten sollen zeitlich begrenzt auch Modellvorhaben mit einzelnen Krankenkassen geschlossen werden können.
- c) Der Bundesrat begrüßt ferner, dass der Gesetzentwurf hinreichend lange Anpassungszeiten vorsieht, in denen sich die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen können.
- d) Der Bundesrat begrüßt weiterhin, dass die nunmehr auch für psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen vorgesehene Ermächtigung zur Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen in § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an eine regionale Versorgungsverpflichtung geknüpft wird und so unnötige Doppelstrukturen vermieden werden können.
- e) Der Bundesrat bedauert, dass die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17. März 2009 geänderte Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Personalstellen nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung, nach der Kliniken und Kostenträger eine wenigstens neunzigprozentige, bei entsprechenden Nachweisen auch hundertprozentige Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbaren können, für diejenigen Einrichtungen, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen, bereits 2012 endet. Es besteht

kein sachlicher Grund für eine Schlechterstellung dieser Einrichtungen mit den bereits 2013 freiwillig beitretenden Einrichtungen, denen diese Nachverhandlungsmöglichkeit bis 2016 erhalten bleiben soll. Da nach dem Gesetzentwurf die Finanzierung bis Anfang 2017 "budgetneutral" umgestellt worden sein soll, werden Defizite in der Personalausstattung jetzt - und in der Folge auf lange Sicht - festgeschrieben. Die Nachverhandlungsmöglichkeit sollte daher für alle Krankenhäuser gelten.

- f) Der Bundesrat hält es außerdem für notwendig, dass die Regelungen, mit denen der Gemeinsame Bundesausschuss zur Entwicklung von Richtlinien über Empfehlungen zur Personalausstattung sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beauftragt wird, die Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen berücksichtigen.
- g) Zu der in § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehenen Begleitforschung weist der Bundesrat darauf hin, dass belastbare und aussagekräftige Ergebnisse eine Evaluation bis Ende des Jahres 2015 erfordern, die Auswirkungen sowohl der standardisierten Entgeltsystematik als auch der Modellprojekte auf die regionalen Versorgungsstrukturen mit einbezieht.

2. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

(§ 17d Absatz 2 Satz 6 KHG)

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

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

Begründung:

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

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

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

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

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

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

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

Begründung:

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

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

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

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

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

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

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

Begründung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Begründung:

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

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

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

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

Begründung:

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

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

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

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

a) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

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

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

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

"Die Veränderung des nach Absatz 2 vereinbarten Landesbasisentgeltwerts darf die Quote des in entsprechender Anwendung des § 10

Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser festzulegenden Orientierungswertes nicht überschreiten."

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

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

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

Begründung:

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

8. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 Absatz 3 Satz 2 bis 5 BPfIV)

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

Begründung:

Für die Konvergenzphase zwischen 2017 und 2021 sollen nach dem Gesetzentwurf zusätzliche Leistungen nur teilweise vergütet werden. Damit würde das Morbiditätsrisiko systemwidrig auf die Krankenhäuser übertragen und faktisch ein über den Basisentgeltwert nachwirkender dauerhafter Mehrleistungsabschlag festgeschrieben. Gerade angesichts der steigenden Fallzahlen im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich ist ein solcher pauschaler Ansatz abzulehnen. Dieser Situation wurde § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 BPfIV (alte Fassung) erst im Jahr 2009 angepasst; mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde anerkannt, dass Leistungssteigerungen in voller Höhe vereinbart und gegebenenfalls vor der Schiedsstelle durchgesetzt werden können. Für eine Rücknahme dieser Regelung und eine stufenweise Rückkehr bis Ende der Konvergenzphase ist kein sachlicher Grund erkennbar.

9. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 Absatz 8 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 BPfIV)

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

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

Begründung:

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

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

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

10. Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 9 Absatz 1 Nummer 1 BPfIV)

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

Begründung:

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

11. Zu Artikel 3 Nummer 01 - neu - (§ 4 Absatz 2a KHEntgG) und
Nummer 4 (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6,
Satz 2 bis 4 und
Absatz 11 KHEntgG)

Artikel 3 ist wie folgt zu ändern:

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

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

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

Landes erfolgen, Entgelte, die ausschließlich Sachkosten vergüten und Leistungen, für die im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden. Der Mehrleistungsabschlag mindert das Erlösbudget nicht." '

b) Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

'4. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

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

bbb) Nummer 5 und 6 werden aufgehoben.

bb) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.'

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

Begründung:Zu Buchstabe a:

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

Zu Buchstabe b:

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

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

**12. Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und
Absatz 11 KHEntgG)**

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

'4. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern "erfasst worden sind," die Wörter "bei dem überwiegenden Anteil der Krankenhäuser nachgewiesen und nicht durch frei finanzierte Investitionen, zum Beispiel durch Überschüsse gemäß § 17 Absatz 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz, erwirtschaftet wurden," eingefügt.
- b) Absatz 11 wird aufgehoben. < entspricht dem Gesetzentwurf >

Begründung:

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

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

13. Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 10 Absatz 5 Satz 1,
Satz 2,
Satz 5,
Satz 6 und
Absatz 11 KHEntgG)

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

'4. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter "für das Jahr 2009" gestrichen.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter "werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds" durch die Wörter "wird nach Maßgabe des Satzes 5 der Unterschied" und die Wörter "für die Jahre 2008 und 2009 jeweils" durch die Wörter "für das jeweilige Vorjahr" ersetzt.
 - cc) In Satz 5 wird die Angabe "2009" gestrichen und es werden die Wörter "ein Drittel" durch die Wörter "zwei Drittel" ersetzt.
 - dd) In Satz 6 wird jeweils die Angabe "2009" durch die Angabe "2013" ersetzt.'
- b) Absatz 11 wird aufgehoben. < entspricht dem Gesetzentwurf >

Begründung:

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

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

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

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

Begründung:

Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Fassung des § 64b SGB V können Modellvorhaben, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet sind, gemeinsam von allen Krankenkassen oder individuell vereinbart werden. Durch den nach § 64b Absatz 1 Satz 1 SGB V eingefügten Satz 1a wird erreicht, dass Modellvorhaben, die auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung ausgerichtet sind, ausschließlich gemeinsam von allen Krankenkassen mit den Leistungserbringern vereinbart werden können. Dadurch wird sichergestellt, dass diese

Modellvorhaben nicht auf Versicherte bestimmter Krankenkassen beschränkt bleiben. Durch die neuen Sätze 1b und 1c in § 64b Absatz 1 SGB V wird sichergestellt, dass Vereinbarungen auch mit einzelnen Kassen für zeitlich begrenzte Modellvorhaben abgeschlossen werden können, die geeignet sind, regional bedingte Versorgungslücken zu schließen oder neue Finanzierungsinstrumentarien in der sektorübergreifenden Versorgung zu erproben. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, Erfahrungen mit alternativen Konzepten mit einer kurzen Laufzeit zu gewinnen. Nach der vereinbarten Erprobungszeit mit positivem Ergebnis soll das Modell gemeinsam und einheitlich für alle Kassen gelten, anderenfalls ist das Modell zu beenden.

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

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

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

Begründung:

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

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