

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

Vom . Dezember 2004

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1776), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nr. 1a Buchstabe c werden nach dem Wort „Entbindungspfleger“ das Komma und das Wort „Wochenpflegerin“ gestrichen.
2. § 17 Abs. 2a wird aufgehoben.
3. § 17a wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absätze 1 bis 9 werden wie folgt gefasst:

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

(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 ermitteln jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und vereinbaren entsprechende Richtwerte; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Anstelle der Richtwerte werden für die Finanzierungstatbestände nach Satz 1 ab dem Jahr 2009 entsprechende Pauschalbeträge vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder 2 nicht zu Stande, kann das Bundesministerium für Gesundheit

und Soziale Sicherung die Beträge durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben.

(3) Bei ausbildenden Krankenhäusern vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) ein krankenhausindividuelles Ausbildungsbudget, mit dem die Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen finanziert werden; § 11 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Sie stellen dabei Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze sowie die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen fest. Das Budget soll die Kosten der Ausbildungsstätten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung decken. Die für den Vereinbarungszeitraum zu erwartenden Kostenentwicklungen einschließlich der zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze sind zu berücksichtigen. Ab dem Jahr 2006 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 2 zu berücksichtigen. Es ist eine Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte anzustreben, die sich in der Regel an den Angleichungsschritten nach § 4 Abs. 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes orientiert. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. Ab dem Jahr 2009 ist das Ausbildungsbudget allein auf der Grundlage der Pauschalbeträge nach Absatz 2 zu vereinbaren. Soweit Richtwerte oder Pauschalbeträge nach Absatz 2 nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets. Die Ausbildung in der Region darf nicht gefährdet werden. Soweit eine Ausbildungsstätte in der Region erforderlich ist, zum Beispiel weil die Entfernungen und Fahrzeiten zu anderen Ausbildungsstätten nicht zumutbar sind, können auch langfristig höhere Finanzierungsbeträge gezahlt werden; zur Prüfung der Voraussetzungen sind die Vorgaben zum Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden. Weicht am Ende des Vereinbarungszeitraums die Summe der Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds nach Absatz 5 Satz 5 und den verbleibenden Abweichungen nach Absatz 6 Satz 5 oder die Summe der Zuschläge nach Absatz 9 Satz 1 von dem vereinbarten Ausbildungsbudget ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Steht bei der Verhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(4) Das Ausbildungsbudget für das Jahr 2005 wird bei ausbildenden Krankenhäusern auf der Grundlage der Kosten der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen für das Jahr 2004 ermittelt. Zusätzlich werden die für das Jahr 2005 zu erwartenden Veränderungen, insbesondere bei Zahl und Art der Ausbildungsplätze und Ausbildungsverträge sowie Kostenentwicklungen, berücksichtigt. Die bisher im Krankenhausbudget enthaltenen Ausbildungskosten werden zum 1. Januar 2005 aus dem Krankenhausbudget ausgegliedert (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe g des Krankenhausentgeltgesetzes); dabei ist die Höhe der Kosten nach Satz 1 für das Jahr 2004 zu Grunde zu legen. Eine Fehlschätzung der nach Satz 1 auszugliedernden Kosten ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Erlös-

budgets 2005 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen.

(4a) Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien rechtzeitig vor den Verhandlungen Nachweise und Begründungen insbesondere über Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze, die Kosten der Ausbildungsstätten, die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen, für die Höhe der nach Absatz 4 durchzuführenden Ausgliederung des Ausbildungsbudgets aus dem Krankenhausbudget und für die Vereinbarung von Zuschlägen nach Absatz 6 vorzulegen sowie im Rahmen der Verhandlungen zusätzliche Auskünfte zu erteilen.

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

1. erstmals für das Jahr 2006 einen Ausgleichsfonds in Höhe der von den Krankenhäusern im Land angemeldeten Beträge (Sätze 3 und 4),
2. die Höhe eines Ausbildungszuschlags je voll- und teilstationärem Fall, mit dem der Ausgleichsfonds finanziert wird,
3. die erforderlichen Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung zu stellenden Zuschlägen, insbesondere Vorgaben zur Verzinsung ausstehender Zahlungen der Krankenhäuser mit einem Zinssatz von acht vomhundert über dem Basiszins nach § 247 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

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

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

zwischen dem in Rechnung gestellten krankenhausesindividuellen Zuschlag nach Satz 3 und dem abzuführenden Zuschlag verbleibt dem ausbildenden Krankenhaus.

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

(8) Kommt eine Vereinbarung nach den Absätzen 3 und 4 oder eine Vereinbarung nach Absatz 5 zur Höhe des Ausgleichsfonds, den Ausbildungszuschlägen und den Verfahrensregelungen nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung oder die Festsetzung der Schiedsstelle ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(9) Kommt die Bildung eines Ausgleichsfonds nach Absatz 5 nicht zustande, werden die Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 oder 4 durch einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall finanziert, der den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt wird. Ist zu Beginn des Kalenderjahres dieser Zuschlag krankenhausesindividuell noch nicht vereinbart, wird der für das Vorjahr vereinbarte Zuschlag nach Satz 1 oder der für das Vorjahr geltende Zuschlag nach Absatz 6 Satz 2 und 3 weiterhin in Rechnung gestellt; § 15 Abs. 1 und 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ist entsprechend anzuwenden. Um Wettbewerbsverzerrungen infolge dieser Ausbildungszuschläge zu vermeiden, werden für diesen Fall die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen finanziellen Ausgleich zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern und Vorgaben zur Abrechnung der entsprechenden Zuschläge für die Jahre vorzugeben, für die ein Ausgleichsfonds nicht zustande gekommen ist. Die Landesregierungen in Ländern, in denen eine entsprechende Rechtsverordnung nach Absatz 10 in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung bereits für das Jahr 2004 besteht, werden ermächtigt, diese auch für das Jahr 2005 zu erlassen.“

- b) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 10 und Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Wird eine Vereinbarung getroffen, ist bei ausbildenden Krankenhäusern der Zuschlag nach Absatz 6 Satz 3 entsprechend zu erhöhen.“
- c) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 11.

4. § 17b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“ werden durch die Wörter „die be-

sonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

- bb) Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„für die Kalkulation und Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte, die nach Regionen differenziert werden können, sind die besonderen Leistungen zu benennen und zu bewerten und den Vertragsparteien im voraus zu übermitteln.“
- b) In Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „Stichprobe“ durch die Wörter „sachgerechten Auswahl“ ersetzt.
- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Abschläge“ ein Komma und die Wörter „von pauschalisierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
„Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalisierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme des einzelnen Krankenhauses entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht.“
 - cc) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 5“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.
- d) In Absatz 6 wird Satz 4 wie folgt gefasst:
„Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Absatz 3 Satz 5 angeglichen.“
- e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nr. 3 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:
„4. unter den Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 Richtwerte oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2 zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen vorzugeben.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Das DRG-Institut ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.“

f) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 7a eingefügt:

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

Artikel 2 **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 5a des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1776), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 6 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 4 von dem veränderten Gesamtbetrag“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 von dem veränderten Erlösbudget“ ersetzt.
2. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2008“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2005, 2006 und 2007“ durch die Angabe „der Jahre 2005 bis 2009“ ersetzt.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Halbsatz 1 werden die Wörter „dessen Basis“ durch die Wörter „das um eine Basisberichtigung“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 1 wird Buchstabe g wie folgt gefasst:

„g) die Ausgliederung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“.
 - cc) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Abs. 1.“

dd) Nummer 4 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz wird die Angabe „Absatz 5 Satz 2“ durch die Angabe „Absatz 6 Satz 2“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummern 3 und 4 werden angefügt:

„3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen, die mit Zuschlägen nach § 7 Satz 1 Nr. 4 finanziert werden,

4. verändert um eine Fehlschätzung bei der Ausgliederung der Ausbildungsstätten nach § 17a Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Ausgangswert für die Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2007 und 2008 ist jeweils das Erlösbudget des Vorjahres; die Vorgaben des Satzes 1 sind entsprechend anzuwenden.“

e) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

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

1. Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte,
2. eine für die in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Länder tarifvertraglich vereinbarte Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe,
3. die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zusätzliche Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 werden im Jahr 2005 zu 33 vom Hundert, im Jahr 2006 zu 50 vom Hundert, im Jahr 2007 zu 65 vom Hundert und im Jahr 2008 zu 80 vom Hundert finanziert und deshalb zusätzlich zur Budgetanpassung nach Absatz 6 mit folgendem Anteil der Entgelthöhe, die sich bei Fallpauschalen unter Anwendung des landesweiten Basisfallwerts ergibt, im Ausgangswert berücksichtigt:

1. 21,2 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 34,7 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 49,4 vom Hundert im Jahr 2007 und
4. 64,0 vom Hundert im Jahr 2008;

mit den gleichen Anteilen werden wegfallende Leistungen berücksichtigt, wenn diese Leistungen nicht bereits nach den Vorgaben des Absatzes 2 Nr. 1 budgetmindernd zu berücksichtigen sind. Zur Vereinfachung der Verhandlungen sollen die Vertragspar-

teilen die Vorgaben des Satzes 2 bei Fallpauschalen pauschaliert auf die entsprechende Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen anwenden, soweit diese nicht auf Änderungen der Fallpauschalen-Kataloge, der Abrechnungsregeln oder der Kodierrichtlinien zurückzuführen sind. Soweit im Einzelfall die für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten mit diesen Vomhundertsätzen nicht gedeckt werden können, zum Beispiel bei Transplantationen und anderen Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder bei der Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit, vereinbaren die Vertragsparteien abweichend von den Sätzen 2 und 3 eine Berücksichtigung in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten; soweit größere organisatorische Einheiten geschlossen werden und Leistungen nicht mehr erbracht werden, ist der Ausgangswert in Höhe der entfallenden Kosten zu verringern. Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte sind zu 100 vom Hundert zu berücksichtigen.“

f) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Halbsatz 1 wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2008“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird der abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

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

g) Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden durch folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für die Jahre 2005 bis 2008 wird ermittelt, indem jeweils der veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 von dem Zielwert nach Absatz 5 abgezogen und von diesem Zwischenergebnis

1. 15,0 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 23,5 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 30,8 vom Hundert im Jahr 2007 und
4. 44,4 vom Hundert im Jahr 2008

errechnet werden. Zur Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2008 werden der für das jeweilige Jahr maßgebliche veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 und der für das gleiche Jahr ermittelte Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Bei bisherigen besonderen Einrichtungen nach § 6 Abs. 1, die erstmals nach § 4 verhandeln, ist jeweils der nach Satz 1 für das jeweilige Jahr genannte Vomhundertsatz anzuwenden. Bei Krankenhäusern, deren Erlösbudget vermindert wird, wird die Angleichung nach den Sätzen 1 und 2 auf höchstens

1. 1,0 vom Hundert im Jahr 2005,

2. 1,5 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 2,0 vom Hundert im Jahr 2007,
4. 2,5 vom Hundert im Jahr 2008 und
5. 3,0 vom Hundert im Jahr 2009

vom veränderten Ausgangswert nach Absatz 4 begrenzt (Obergrenze).“

h) In Absatz 7 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 bis 2008 jeweils geltenden krankenhausindividuellen Basisfallwerte ist das jeweilige Erlösbudget nach Absatz 6 Satz 2

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

i) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Mindererlöse werden grundsätzlich zu 40 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen.“

cc) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren.“

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

j) In Absatz 12 Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2009“ und die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

k) In Absatz 14 Satz 1 werden die Wörter „im Falle“ durch die Wörter „in Folge“ und die Angabe „2006“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

3. In § 5 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorliegen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.“

4. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 wird die Angabe „in den Jahren 2005 und 2006“ durch die Angabe „ab dem Jahr 2005“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien nach § 11 haben die Information bei ihrer Vereinbarung zu berücksichtigen. Liegt bei fristgerecht erfolgter Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus eine Information nicht vor, kann die Vereinbarung ohne diese Information geschlossen werden; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung für das Jahr 2005 vor dem 1. Februar 2005 und für die Folgejahre vor dem 1. Januar geschlossen wird. Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln.“

bb) Im bisherigen Satz 5 Halbsatz 1 wird das Wort „Diese“ durch die Wörter „Die Vertragsparteien nach § 9“ ersetzt.

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

„(2a) In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, im Rahmen des Erlösbudgets nach § 4 ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren, wenn

1. diese Leistungen auf Grund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden,
2. auf Grund der Komplexität der Behandlung die Behandlungskosten die Höhe der DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mindestens 50 vom Hundert überschreiten und

3. das Krankenhaus sich an den Maßnahmen nach § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt.

Nach Vereinbarung des Zusatzentgelts melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9. Dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Begründung zu den Voraussetzungen nach Satz 1 zu übermitteln. Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind im DRG-Erlösvolumen nach § 4 Abs. 5 zu berücksichtigen.“

- d) In Absatz 3 werden die Sätze 2 und 3 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Für die Vereinbarung dieser Erlössumme gilt die Bundespflegesatzverordnung nach Maßgabe der folgenden Sätze entsprechend. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weit gehend über krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte abgerechnet werden, gelten insbesondere die Vorschriften zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nicht. Soweit für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 krankenhausesindividuelle Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden, ohne dass die Voraussetzungen nach Satz 3 vorliegen, sind für die Entgelte Kalkulationsunterlagen vorzulegen; Absatz 1 Satz 2 ist anzuwenden. Kalkulationsunterlagen nach Satz 4 für krankenhausesindividuelle Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind auch von Einrichtungen nach Satz 3 vorzulegen. Für tagesbezogene Entgelte gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung, für krankenhausesindividuelle Fallpauschalen und Zusatzentgelte die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.“

5. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Fallpauschale“ die Wörter „oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer“ eingefügt.
- b) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Ausbildungsvergütungen“ die Angabe „(§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)“ eingefügt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. Zu- und Abschläge nach § 5, ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14 und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“.

- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung inner-

halb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

7. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 2 bis 4 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität

1. nach Absatz 2 für das Jahr 2005 bezogen auf das Ausgabenvolumen und

2. nach Absatz 4 jeweils für die Jahre ab 2006 bezogen auf den Basisfallwert

bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.“

a1) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Vor der Ermittlung des Basisfallwerts ist die Erlössumme, die voraussichtlich in diesem Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird, abzuziehen; die Summe der Abschläge für Notfallversorgung ist erhöhend zu berücksichtigen.“

a2) In Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 werden der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern 6 und 7 angefügt:

„6. absenkend die Erlössumme, die voraussichtlich im jeweiligen Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird und deshalb für die Vergütung nicht zur Verfügung steht, sowie die sonstigen Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,

7. erhöhend die Summe der sonstigen Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4, insbesondere für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts in Folge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln 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.“

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „2007“ durch die Angabe „2009“ und die Wörter „im Falle“ durch die Wörter „in Folge“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„In den ab dem 1. Januar 2010 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 13 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“

d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, für das Jahr 2005 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. für die einzelnen Länder jeweils einen vorläufigen Basisfallwert festzulegen, der bei der Berechnung des Zielwerts nach § 4 Abs. 5 hilfsweise eingesetzt wird, falls ein landeseinheitlicher Basisfallwert noch nicht vereinbart ist, und
2. Ausgleichsregeln vorzugeben, nach denen Abweichungen des vorläufigen Basisfallwerts von dem auf Landesebene vereinbarten Basisfallwert ausgeglichen werden.

Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Nummer 1 gilt § 17b Abs. 7 Satz 3 und 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.“

8. § 11 Abs. 1 Satz 2 wird aufgehoben.

8a. In § 13 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „nach § 11“ durch die Angabe „nach § 10 oder § 11“ ersetzt.

8b. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10 und der krankenhausespezifischen Basisfallwerte, der Entgelte nach § 6 und der Zuschläge 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 dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Sie entscheidet über die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

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

9. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird Nummer 2 wie folgt geändert:

aa) Dem Buchstaben b werden die Wörter „bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich Kennzeichen für den entlassenen Standort,“ angefügt.

bb) In Buchstabe d werden die Wörter „um die letzten zwei Ziffern verkürzte“ gestrichen.

cc) In Buchstabe f werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „Datum und Art der durchgeführten“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 3 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:

„4. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik an das Statistische Bundesamt; dieses kann landesbezogene Daten an die Statistischen Landesämter übermitteln.“

bb) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Datenempfänger nach Satz 1 Nr. 3 und 4 dürfen die Postleitzahl nur für die Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken für ein Krankenhaus oder bei nach Standorten differenziertem Versorgungsauftrag für einen Standort verwenden; dabei dürfen nur folgende Daten verbunden werden: Postleitzahl, Patientenzahl und Fachabteilung in Verbindung mit DRG-Fallpauschalen oder Hauptdiagnose oder Prozedur.“

c) In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

10. In Anlage 1 werden das Vorblatt und die Formblätter E1, E2, E3 und B2 wie folgt gefasst:

Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)
nach § 11 Abs. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

E Entgelte nach § 17b KHG

- E1 Aufstellung der Fallpauschalen
- E2 Aufstellung der Zusatzentgelte
- E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhaushausindividuell verhandelten Entgelte

B Budgetermittlung

- B1 Gesamtbetrag und Basisfallwert nach § 3 KHEntgG für das Kalenderjahr 2003 oder 2004
- B2 Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2005

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus *)^{1) 2)}

DRG Nr.	Fallzahl (Anzahl der DRG)	Bewertungs- relation nach Fallpauschalen- Katalog	Summe der Bewertungsrelati- onen ohne Zu- und Abschläge (Sp. 2x3)	davon Verlegungen				davon Kurzlieger				davon Langlieger				Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Sp. 4 - (Sp. 8+12) + Sp. 16)
				Anzahl der Verlegungs- fälle	Anzahl der Tage mit Abschlag bei Verlegung	Bewertungs- relation je Tag bei Verlegung	Summe der Abschläge für Verlegungen (Sp. 6x7)	Anzahl der Kurzlieger- fälle	Anzahl der Tage mit uGVD- Abschlag	Bewertungs- relation je Tag bei uGVD- Abschlag	Summe der uGVD- Abschläge (Sp. 10x11)	Anzahl der Langlieger- fälle	Anzahl der Tage mit oGVD- Zuschlag	Bewertungs- relation je Tag bei oGVD- Zuschlag	Summe der oGVD- Zuschläge (Sp. 14x15)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Jahresfälle: 3)																
Summe Jahresfälle ³⁾																
Summe Überlieger ⁴⁾																
Summe insgesamt																

*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

- 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 DRG-Katalog des abgelaufenen Jahres (Ziel: u.a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
 - für das laufende Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem DRG-Katalog des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche)
 - für das laufende Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem DRG-Katalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Grundlage für die Vereinbarung von Budget und Mehr- oder Minderleistungen),
 - für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach dem DRG-Katalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Grundlage für die Budgetvereinbarung).
 Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen. Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.
- Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahrs und die Vorlage der Ist-Daten des laufenden Kalenderjahrs sind alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 5-6, 8-10, 12-14 und 16 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen. Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.
- Aufnahmen und Entlassungen im jeweiligen Kalenderjahr, ohne Überlieger am Jahresbeginn.
- Die Bewertungsrelationen für Überlieger sind jeweils nach dem im jeweiligen Vorjahr geltenden DRG-Katalog vorzulegen, d. h. bei Vorlage für den Vereinbarungszeitraum sind für die Überlieger die Bewertungsrelationen des DRG-Katalogs des laufenden Jahres anzuwenden.

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
<u>Jahresfälle: 2)</u>			
Summe der ZE bezogen auf die Jahresfälle			
Summe der ZE 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.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

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

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte³⁾

Entgelt nach § 6 KHEntgG	Untere Grenzdauer: Erster Tag mit Abschlag	Mittlere Verweildauer	Obere Grenzdauer: Erster Tag zusätzliches Entgelt	Fallzahl	vereinbarte Bewertungsrelation	Entgelthöhe (in €)	Bruttoerlösumme ohne Zu- und Abschläge (in €) (Sp. 5x7)	davon Verlegungen				davon Kurzlieger				davon Langlieger				Nettoerlösumme inkl. Zu- und Abschläge (in €) (Sp. 8 - (Sp. 12+16) + Sp. 20)
								Anzahl der Verlegungsfälle	Anzahl der Tage mit Abschlag bei Verlegung	Abschlag je Tag bei Verlegung (in €)	Summe der Abschläge für Verlegungen (in €) (Sp. 10x11)	Anzahl der Kurzliegerfälle	Anzahl der Tage mit uGVD-Abschlag	Abschlag je Tag bei uGVD-Überschreitung (in €)	Summe der uGVD-Abschläge (in €) (Sp. 14x15)	Anzahl der Langliegerfälle	Anzahl der Tage mit oGVD-Zuschlag	Zuschlag je Tag bei oGVD-Überschreitung (in €)	Summe der oGVD-Zuschläge (in €) (Sp. 18x19)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Summe:																				

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte⁴⁾

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Anzahl	Entgelthöhe	Erlössumme (Sp. 2x3)
1	2	3	4
Summe:			

E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte

Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	Fallzahl	Tage	Entgelthöhe	Erlössumme (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 Kalenderjahrs und die Vorlage der Ist-Daten des laufenden Kalenderjahrs sind grundsätzlich alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 9-10, 12-14, 16-18 und 20 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.

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

4) Jeweils gesonderte Aufstellung und Vorlage für Entgeltvereinbarungen nach § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntgG.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

B2 Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntG ab dem Kalenderjahr 2005

Ifd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
	Ermittlung des Ausgangswerts (Abs. 2 oder 3):			
1	Erlösbudget für das laufende Jahr			
2	./. Kosten für Zuschlags-Tatbestände (Nr. 1a)			
3	+/- Veränderungen Entgelte nach § 6 (Nrn. 1b und 3 sowie Abs. 4)			
4	./. entfallende Beträge nach § 18b KHG (Nr. 1c)			
5	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1d)			
6	./. Modelle, ab 2007 ggf. Integrationsverträge (Nr. 1e)			
7	./. Ausgliederung ausländischer Patienten (Nr. 1f)			
8	./. Ausgliederung der Ausbildung (Nr. 1g; nur 2005)			
9	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche (Nr. 2; nur 2005)			
10	+/- neue Basisberichtigungen, ohne Ausgleichsanteil (Abs. 1 S. 1 HS. 1)			
11	= Ausgangswert des Vorjahres			
12	+/- voraussichtl. Leistungsveränderungen (Abs.4 Satz 1 bis 4)			
13	+ BAT-Ost-West-Angleichung (Abs. 4 Satz 1 Nr. 2)			
14	+/- Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Abs. 4 Satz 1 Nr. 3)			
15	= veränderter Ausgangswert nach Absatz 4			
16	DRG-Erlösvolumen nach Absatz 5 Satz 1			
17	./. Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (Abs. 5 Satz 2)			
18	= Zielwert: DRG-Erlösvolumen (Abs. 5)			
	Ermittlung des Angleichungsbetrags:			
19	Zielwert aus Ifd. Nr. 18			
20	./. veränderter Ausgangswert aus Ifd. Nr. 15			
21	= Zwischenergebnis			
22 % von Ifd. Nr. 21 (Abs. 6 Satz 1) oder Obergrenze			
23	= Angleichungsbetrag (Abs. 6 Satz 1)			
	Ermittlung des Erlösbudgets:			
24	veränderter Ausgangswert aus Ifd. Nr. 15			
25	+/- Angleichungsbetrag aus Ifd. Nr. 23			
26	= Erlösbudget (Abs. 6 Satz 2)			
	Ermittlung des Basisfallwerts (Abs. 7):			
27	Erlösbudget aus Ifd. Nr. 26			
28	./. Erlöse aus Zusatzentgelten			
29	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
30	+/- neue Ausgleiche für Vorjahre *)			
31	= Verändertes Erlösbudget (Abs. 7 Satz 1)**)			
32	: Summe der effekt.Bewertungsrelationen (Anlage E1, Jahresfälle)			
33	= krankenhausindividueller Basisfallwert			
34	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen			

*) Bei Berichtigung ist hier nur der Ausgleich, nicht die Basisberichtigung auszuweisen. Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.

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

Artikel 3 **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 5b des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1776), wird wie folgt geändert:

1. § 6 Abs. 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 6 wird das abschließende Komma gestrichen und das Wort „oder“ angefügt.
 - b) Nummer 7 wird aufgehoben.
 - c) In Nummer 8 werden die Wörter „im Falle“ durch die Wörter „in Folge“ ersetzt.
2. In § 10 Abs. 1 Nr. 2 wird die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 17a Abs. 6“ ersetzt.
3. § 26 wird wie folgt gefasst:

„Das Budget nach § 12 für das Jahr 2005 wird um die Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen in Höhe des Betrags nach § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vermindert. Bei der Vereinbarung des Budgets für das Jahr 2006 ist die Berichtigung einer Fehlschätzung nach § 17a Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu berücksichtigen.“

Artikel 4 **Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung**

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

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

„4. Einrichtungen der Intensivmedizin und der Geriatrie sowie organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologiepatientinnen und -patienten, Transplantationspatientinnen und -patienten oder zur neonatologischen Intensivbehandlung, gegliedert nach Art und Anzahl der Betten, nach Berechnungs- und Belegungstagen sowie der Zahl der behandelten Fälle,“.
 - bb) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

- „7. Zahl der Plätze für teilstationäre Behandlung während des Tages und der Nacht, gegliedert nach Fachabteilungen, Einrichtungen der Geriatrie und organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologiepatientinnen und -patienten, Transplantationspatientinnen und -patienten, Dialysepatientinnen und -patienten oder zur neonatologischen Intensivbehandlung,“.
 - cc) In Nummer 15 werden die Wörter „besonderen Einrichtungen nach § 13 Abs. 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt durch die Wörter „organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologiepatientinnen und -patienten, Transplantationspatientinnen und -patienten, Dialysepatientinnen und -patienten oder der neonatologischen Intensivbehandlung“.
 - dd) In Nummer 17 werden die Wörter „nach der Bundespflegesatzverordnung“ und das nachfolgende Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „nach der Bundespflegesatzverordnung“ gestrichen.
2. In § 4 Nr. 3 wird das Wort „Telekommunikationsnummer“ durch das Wort „Telekommunikationsanschlussnummer“ ersetzt.

Artikel 5 **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 2014), wird wie folgt geändert:

- 1. § 134 wird aufgehoben.
- 2. Nach § 134 wird folgender § 134a eingefügt:

„§ 134a **Versorgung mit Hebammenhilfe**

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene, erstmalig bis zum 30. November 2006 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007, mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe

und deren Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen.

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

1. einem Berufsverband nach Absatz 1 Satz 1 auf Bundes- oder Landesebene angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass die von dem Berufsverband nach Absatz 1 abgeschlossenen Verträge Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Hebammen haben, oder
2. einem nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag beitreten.

Hebammen, für die die Verträge nach Absatz 1 keine Rechtswirkung haben, sind nicht als Leistungserbringer zugelassen. Das Nähere über Form und Verfahren des Nachweises der Mitgliedschaft in einem Berufsverband nach Satz 1 Nr. 1 sowie des Beitritts nach Satz 1 Nr. 2 regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.

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

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

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

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

(5) Als Hebammen im Sinne dieser Vorschrift gelten auch Entbindungspfleger.“

3. § 301a wird wie folgt gefasst:

„§ 301a

Abrechnung der Hebammen und Entbindungspfleger

(1) Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, den Krankenkassen folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 5 bis 7 sowie 9 und 10,
2. die erbrachten Leistungen mit dem Tag der Leistungserbringung,
3. die Zeit und die Dauer der erbrachten Leistungen, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist,

4. bei der Abrechnung von Wegegeld Datum, Zeit und Ort der Leistungserbringung sowie die zurückgelegte Entfernung,
5. bei der Abrechnung von Auslagen die Art der Auslage und, soweit Auslagen für Arzneimittel abgerechnet werden, eine Auflistung der einzelnen Arzneimittel,
6. das Kennzeichen nach § 293; rechnet die Hebamme ihre oder der Entbindungspfleger seine Leistungen über eine zentrale Stelle ab, so ist in der Abrechnung neben dem Kennzeichen der abrechnenden Stelle das Kennzeichen der Hebamme oder des Entbindungspflegers anzugeben.

Ist eine ärztliche Anordnung für die Abrechnung der Leistung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen.

(2) § 302 Abs. 2 Satz 1 bis 3 und Absatz 3 gelten entsprechend.“

Artikel 6

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

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

Artikel 7

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

(2) Artikel 4 tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

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

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

(5) Artikel 5 Nr. 3 tritt am 1. Januar 2007 in Kraft, für den Fall des erstmaligen Zustandekommens der Verträge nach § 134a nach dem 1. Januar 2007 jedoch erst zeitgleich mit dem Zustandekommen der Verträge. Zeitgleich mit dem Inkrafttreten von Artikel 5 Nr. 3 tritt die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662) in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung außer Kraft. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gibt den Tag des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 3 sowie des Außerkrafttretens der in Satz 2 genannten Verordnung im Bundesgesetzblatt bekannt.