

## **Gesetzentwurf**

### **der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

#### **Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)**

##### **A. Problem und Ziel**

Bei der Entwicklung eines diagnoseorientierten DRG-Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups) wurden mit dem Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2004 wichtige Schritte hin zu einer Anpassung an deutsche Versorgungs-verhältnisse erreicht. Dennoch ist die sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistungen durch das auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungen kalkulierte deutsche DRG-Fallpauschalensystem in einigen Teilbereichen noch verbesserungsbedürftig (z. B. Intensivmedizin, Langliegerversorgung, Vergütung von Medikamenten im Bereich der Onkologie). Insbesondere deshalb werden die Rahmenbedingungen für die ab dem Jahr 2005 schrittweise erfolgende Heranführung der Krankenhausbudgets an die landesweiten Fallpreise (so genannte Konvergenzphase) modifiziert. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen verändert sowie weitere Detailänderungen bei einzelnen gesetzlichen Regelungen vorgenommen. Ziel des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes ist die sachgerechte Weiterentwicklung der bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung im Sinne des lernenden Systems. Des Weiteren wird die staatliche Vergütungsfestsetzung für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab dem Jahr 2007 in das Vertragssystem der GKV überführt.

##### **B. Lösung**

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

##### **C. Alternativen**

Keine

#### **D. Kosten der öffentlichen Haushalte**

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen mit dem Gesetz keine zusätzlichen Ausgaben, da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden. Die neu eingeführten pauschalierten Aufwandsentschädigungen, die vom DRG-Institut aus dem DRG-Systemzuschlag an kalkulierende Krankenhäuser zu zahlen sind, führen zwar zu einer zusätzlichen, aus Beitragsgeldern zu deckenden Belastung in Höhe von rd. 7 Mio. Euro. In begrenztem Umfang entstehen auch nicht genau quantifizierbare Mehrausgaben durch die Öffnungsklausel nach § 4 Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach statt der pauschalen Finanzierungsquoten für zusätzliche, sachkostenintensive Leistungen auch höhere kostenorientierte Ertragsanteile verhandelt werden können. Diese Mehrausgaben werden jedoch aufgefangen, indem – entsprechend der Verlängerung der Konvergenzphase – auch die Vergütung zusätzlicher Leistungen zum vollen DRG-Katalogpreis um ein Jahr verschoben wird. Hierdurch entstehen im Jahr 2007 geringere Ausgaben in einer geschätzten Größenordnung von 150 Mio. Euro. Da der Konvergenzmechanismus insgesamt ausgabenneutral ist, führt auch die Streckung der DRG-Einführung nicht zu Mehrausgaben. Insgesamt sind die vorgesehenen Maßnahmen somit als kostenneutral einzuschätzen.

#### **E. Sonstige Kosten**

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

#### **F. Gesetzesfolgenabschätzung**

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

## Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)

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

### Artikel 1

#### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 38 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), wird wie folgt geändert:

1. 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.

(3) Bei ausbildenden Krankenhäusern vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) ein krankenhausespezifisches 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 landesweit geltenden Richtwerte zu berücksichtigen. Mittelfristig ist eine Angleichung der krankenhausespezifischen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte anzustreben. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und mittelfristig zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. 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 ausgliedernden Kosten ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen.

(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 Vmhundert über dem Basiszins der Europäischen Zentralbank.

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 krankenspezifischen, 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 krankenspezifischen Zuschlag nach Satz 3 und dem abzuführenden Zuschlag verbleibt dem ausbildenden Krankenhaus.

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

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

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

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

- „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 „Abschlüsse“ ein Komma und die Wörter „von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
- „Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte 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 Satz 4 wird die Angabe „2005, 2006 und 2007“ durch die Angabe „2005 bis 2008“ ersetzt.
- gabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“.
- 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) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:
- „3. 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 des Erlösbudgets für das Jahr 2007 ist 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-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe.
- Zusätzliche Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 werden mit folgendem Anteil der Entgelthöhe, die sich bei Anwendung des landesweiten Basisfallwerts ergibt, berücksichtigt:
1. 33 vom Hundert im Jahr 2005,
  2. 50 vom Hundert im Jahr 2006 und
  3. 75 vom Hundert im Jahr 2007;
- 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 Vertragsparteien die Vorgaben des Satzes 2 bei Fallpauschalen pauschaliert auf die entsprechende Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen anwenden. Soweit im Einzelfall die für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten mit diesen Vomhundertsätzen nicht gedeckt werden können, zum Beispiel bei Transplantationen 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 Leis-

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

1. In § 3 Abs. 6 Satz 1 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 2007“ ersetzt.
  - b) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2005, 2006 und 2007“ durch die Angabe „der Jahre 2005 bis 2008“ ersetzt.
  - c) In Absatz 2 zweiter Halbsatz Nr. 1 wird Buchstabe g wie folgt gefasst:
 

„die Ausgliederung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Maß-

- tungen nicht mehr erbracht werden, ist der Ausgangswert in Höhe der entfallenden Kosten zu verringern.“
- f) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5; in Satz 1 wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2007“ ersetzt.
- g) 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 2007 wird ermittelt, indem jeweils der veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 von dem Zielwert nach Absatz 5 abgezogen und von diesem Zwischenergebnis
1. 15 vom Hundert im Jahr 2005,
  2. 30 vom Hundert im Jahr 2006 und
  3. 50 vom Hundert im Jahr 2007
- errechnet werden. Zur Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2007 werden der für das jeweilige Jahr maßgebliche veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 und der für das gleiche Jahr ermittelte Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert.“
- h) In Absatz 7 Satz 1 wird der Satzteil vor der Angabe „Absatz 6 Satz 2“ wie folgt gefasst:
- „Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 bis 2007 geltenden krankenhausindividuellen Basisfallwerte ist das jeweilige Erlösbudget nach“.
- i) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5 Satz 2 oder“ gestrichen.
- bb) In Satz 6 Nr. 1 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.
- j) In Absatz 12 Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ und die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
- k) In Absatz 14 Satz 1 werden die Wörter „im Falle“ durch die Wörter „in Folge“ und die Angabe „2006“ durch die Angabe „2007“ ersetzt.
3. In § 5 wird folgender Absatz 3 angefügt:
- „(3) Soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale 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. In § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird die Angabe „und 2006“ durch die Angabe „bis 2007“ ersetzt.
5. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Fallpauschale“ die Wörter „oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer“ eingefügt.
- b) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Ausbildungsvergütungen“ die Angabe „(§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)“ eingefügt.
6. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. Zu- und Abschläge nach § 5, ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14 und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
7. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „Sie können dabei 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.“
- 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.“
- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ 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) Die Vereinbarung oder Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwerts bedarf nicht der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde. Eine Klage gegen die Vereinbarung oder die Festsetzung des landesweiten Basisfallwertes hat keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt.“
8. § 11 Abs. 1 Satz 2 wird aufgehoben.
9. § 21 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe f werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „Datum und Art der durchgeführten“ eingefügt.
- b) In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2007“ ersetzt.

### Artikel 3

#### Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 262 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), 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 Artikel 1 der 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, Transplanta-

tionspatientinnen 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 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3054), 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 Bundespflegegesetzverordnung 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.

Berlin, den 3. September 2004

**Franz Müntefering und Fraktion**  
**Katrin Göring-Eckardt, Krista Sager und Fraktion**



## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Inhalt des Gesetzes

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

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltssystem vorgegeben, insbesondere zur budgetneutralen Einführung in den Jahren 2003 und 2004, zur stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau vom 1. Januar 2005 bis zum 1. Januar 2007, zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene.

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

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

Auf dieser Grundlage führten über 1 000 Krankenhäuser das neue DRG-Vergütungssystem im Jahr 2003 freiwillig ein (Optionsmodell 2003). Im Jahr 2004 haben auch die restlichen rd. 850 Akutkrankenhäuser das DRG-System verbindlich einzuführen (Ausnahme: Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin).

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

- Absicherung der Ausbildungsfinanzierung: Die bisher im Gesetz vorgesehenen verbindlichen landeseinheitlichen Pauschalbeträge je Ausbildungsplatz und Beruf werden durch Richtwerte ersetzt. Ab dem 1. Januar 2005 werden die Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen aus dem Krankenhausbudget herausgelöst und eigenständig in einem Ausbildungsbudget verhandelt. Die Verhandlungen sollen sich künftig an landesdurchschnittlichen Finanzierungsbeträgen (Richtwerte) orientieren und mittelfristig zu einer einheitlicheren Höhe der Finanzierungsbeträge führen. Damit soll die Entwicklung wirtschaftlicher Ausbildungsstrukturen gefördert werden. Soweit erforderlich können Ausbau, Schließung oder Zusammenlegung von Ausbildungsstätten durch Strukturverträge finanziell unterstützt werden. Ausbildungsstätten in bevölkerungsschwachen Regionen können unter bestimmten Voraussetzungen durch einen Sicherstellungszuschlag finanziell abgesichert werden.

Schon das bisherige Gesetz sieht eine wettbewerbsneutrale Finanzierung der Ausbildung vor, bei der sowohl auszubildende als auch nicht auszubildende Krankenhäuser einen Ausbildungszuschlag je Krankenhausfall in Rechnung stellen. Die so von den Patienten und Patientinnen oder ihren Krankenversicherungen gezahlten Beträge sind an einen bei der Landeskrankenhausesellschaft zu errichtenden Ausbildungsfonds abzuführen, aus dem die Ausbildung finanziert wird. Da die Errichtung der Ausbildungsfonds gesetzlich bereits um ein Jahr verschoben werden musste und Probleme auf der Landesebene der Selbstverwaltung immer noch nicht ausgeräumt sind, gibt dieses Gesetz folgende Ersatzlösung vor: Ist in einem Land ein Ausbildungsfonds noch nicht errichtet, so sollen die Ausbildungskosten krankenhausesindividuell nur von den auszubildenden Krankenhäusern in Rechnung gestellt werden. Ergeben sich hieraus Wettbewerbsverzerrungen zwischen auszubildenden Krankenhäusern und nicht auszubildenden Krankenhäusern, sind die einzelnen Bundesländer ermächtigt, durch Rechtsverordnung

- einen Ausgleich (Umlageverfahren) zu schaffen. Von einer solchen Ermächtigung machen seit Jahren die Bundesländer Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen Gebrauch.
- Unveränderter Beginn der Konvergenzphase, in der das bisherige krankenhausindividuelle Preisniveau schrittweise an das neue landeseinheitliche Preisniveau angepasst wird, am 1. Januar 2005. Weil der neue DRG-Katalog in einigen Teilbereichen noch verbesserungsbedürftig ist, wird diese Übergangsphase um ein Jahr vom 1. Januar 2007 auf den 1. Januar 2008 verlängert. Damit wird innerhalb dieser Phase einerseits ein zusätzlicher Entwicklungsschritt für den DRG-Katalog ermöglicht und andererseits Krankenhäusern mehr Zeit für die erforderliche Anpassung eingeräumt. Die bisher in gleichen Schritten vorgesehene Anpassung der Budgets wird umgestellt auf eine niedrigere Anpassung im ersten Jahr und progressiv ansteigende Anpassungen in den Folgejahren.
  - Nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben würden zusätzliche, prospektiv vereinbarte DRG-Leistungen ab dem Jahr 2005 in den Krankenhausbudgets berücksichtigt (schiedsstellenfähig). Die Höhe der Berücksichtigung würde nicht mehr verhandelt, sondern automatisch im Jahr 2005 zu einem Drittel und im Jahr 2006 zur Hälfte des landesweiten DRG-Preises zusätzlich in die Budgets einbezogen. Die zusätzlichen Leistungen würden ab dem Jahr 2007 auch in voller Höhe zusätzlich finanziert. Infolge der verlängerten Konvergenzphase und der niedrigeren Anpassungsquoten würden diese Vorgaben jedoch dazu führen, dass zusätzliche Leistungen insbesondere im Jahr 2005 nur zu 15 Prozent und im Jahr 2006 nur zu rd. 30 Prozent finanziert, somit insbesondere bei teuren Implantaten oder Medikamenten unterfinanziert wären. § 4 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wird deshalb dahin gehend geändert, dass bei Leistungsveränderungen (Veränderung von Art und Anzahl der Leistungen) für die Jahre 2005 und 2006 die bisher geltenden Finanzierungsanteile fortgelten (33 Prozent bzw. 50 Prozent). Im Jahr 2007 werden neue Leistungen noch nicht zu 100 Prozent, sondern zu 75 Prozent finanziert. Bei besonders hohen Kosten für zusätzliche Leistungen (z. B. bei Transplantationen) ist auch künftig die Höhe der entsprechenden Budgetveränderung im Einzelfall zu verhandeln.
  - Unterstützung der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts, der erstmals für das Jahr 2005 festzulegen ist. Da es noch erhebliche Unsicherheiten bei den Datengrundlagen und der Verfahrensweise gibt, wird durch eine Ergänzung des § 10 KHEntgG eine Korrektur der Verhandlungsergebnisse im Folgejahr zugelassen. Fehlschätzungen können somit berichtigt werden. Darüber hinaus wird durch eine Ergänzung des § 14 KHEntgG klargestellt, dass die Vereinbarung oder Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwerts nicht der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde bedarf. Die Klarstellung dient auch der gebotenen Verkürzung des Verfahrens.
  - Zahlungen an Krankenhäuser, die sich freiwillig an der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen beteiligen. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden verpflichtet, diese Krankenhäuser finanziell zu unterstützen. Sie sollen damit zumindest teilweise von dem entstehenden Aufwand entlastet werden. Gleichzeitig soll ein Anreiz geschaffen werden, sich auch dann weiter an der Kalkulation zu beteiligen, wenn das Krankenhaus von einer Beteiligung selbst nur noch wenig Zusatznutzen hat. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch künftig eine leistungsfähige Stichprobe kalkulierender Krankenhäuser zusammengestellt werden kann.
  - Absicherung der Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten, um u. a. die Erfüllung der Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG) sicherzustellen. Soweit durch die Selbstverwaltung auf der Bundesebene oder eine Ersatzvornahme der Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Regelungen für Zuschläge nicht vorgegeben worden sind, vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort diese Zuschläge – wie bisher.
- Darüber hinaus wird die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) an das neue Krankenhausfinanzierungsrecht angepasst (Artikel 4).
- Des Weiteren werden die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ablösung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) durch Umstellung der Vergütungsfestsetzung auf vertragliche Vereinbarungen ab 2007 geschaffen (Artikel 5). Die Kernelemente der Neuregelung sind:
- vertragliche Vergütungsvereinbarungen auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (gemeinsam und einheitlich) und den Berufsverbänden der Hebammen ab dem Jahr 2007,
  - Einführung einer Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus,
  - Weitergeltung der HebGV bis zum erstmaligen Abschluss einer vertraglichen Vergütungsvereinbarung.
- ## II. Kosten
- Mit dem Gesetz wird der gesetzliche Rahmen für die weitere DRG-Einführung fortentwickelt. Die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems gelten unverändert fort und wurden bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen. Vor diesem Hintergrund entstehen durch dieses Gesetz für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben. Entsprechendes gilt für die Unternehmen. Zwar führen die pauschalieren Aufwandsentschädigungen, die vom DRG-Institut aus dem DRG-Systemzuschlag an kalkulierende Krankenhäuser zu zahlen sind, zu einer zusätzlichen, aus Beitragsgeldern zu deckenden Belastung in Höhe von rd. 7 Mio. Euro jährlich. Ebenso führt die neue Vorgabe des § 4 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG zur Berücksichtigung von höheren Kosten bei sehr teuren zusätzlichen Leistungen zu zusätzlichen Ausgaben. Andererseits entstehen auf Grund der von 2007 auf 2008 um ein Jahr verschobenen Vergütung zusätzlicher Leistungen mit dem vollen DRG-Katalogpreis Einsparungen in einer geschätzten Größenordnung von 150 Mio. Euro. Insgesamt ist somit nicht mit einer zusätzlichen Belastung

zu rechnen. Da der Konvergenzmechanismus insgesamt ausgabenneutral ist, führt die bloße Streckung nicht zu Mehrausgaben. Deshalb ist mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler nicht zu rechnen. Auch ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten.

### III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes stützt sich auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19a, 12 Grundgesetz (GG). Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, vor allem aber der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Abs. 2 GG).

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

Die Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen im Rahmen des Fortbestandes des bundeseinheitlich geregelten GKV-Systems. Sie enthalten erforderliche Anpassungen im Hinblick auf die Versorgung mit Hebammenhilfe.

#### B. Einzelbegründung

##### Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

###### Zu Nummer 1 (§ 2 Nr. 1a KHG)

Folgeänderung im Hinblick auf den Wegfall der Ausbildung zur Wochenpflegerin durch das Hebammengesetz vom 4. Juni 1985.

###### Zu Nummer 2 (§ 17 Abs. 2a KHG)

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

###### Zu Nummer 3 (§ 17a KHG)

###### Zu Buchstabe a

Absatz 1, der die Pflegesatzfähigkeit der Ausbildungskosten und die Anrechnung von Auszubildenden auf die Stellen von voll ausgebildeten Personen regelt, wird redaktionell angepasst. Dabei wird klargestellt, dass auch die Kosten der Ausbildungsstätten nur insoweit über Entgelte finanziert werden, als es sich um pflegesatzfähige Kosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz handelt.

Auf Grund einer schwierigen Datenlage und der sehr unterschiedlichen Ausgangssituation soll die ab dem 1. Januar 2005 vorgesehene Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen mit Hilfe von landeseinheitlichen Pauschalen ersetzt werden durch eine weiterhin krankenhausespezifische Vereinbarung eines Ausbildungsbudgets. Nach Absatz 2 treten an die Stelle der bisher angestrebten Pauschalen nunmehr Richtwerte, die die durchschnittlichen Kosten der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen im Lande widerspiegeln. Die Richtwerte werden weiterhin von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbart. Sie können regional oder länderbezogen differenziert werden. Soweit möglich sollen die sehr unterschiedlichen Kosten der Ausbildungsstätten mittelfristig auf dem Verhandlungswege an diese Richtwerte angepasst werden. Ziel ist es, zu wirtschaftlicheren Ausbildungsstrukturen zu kommen.

Absatz 3 bestimmt, dass für jedes Krankenhaus mit den Krankenkassen ein individuelles Ausbildungsbudget vereinbart wird. Als Grundlage für die Budgetfindung stellen die Vertragsparteien Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest. Ob und ggf. in welchem Umfang Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden, liegt in der Entscheidungshoheit der ausbildenden Krankenhausträger, ggf. in Abstimmung mit dem Land. Durch die mittelfristig anzustrebende Angleichung der Finanzierung an die landeseinheitlichen Richtwerte darf die Ausbildung in der Region nicht gefährdet werden. Soweit erforderlich können Ausbau, Schließung und Zusammenlegung von Ausbildungsstätten durch Strukturverträge unterstützt werden. Dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. Zur Sicherstellung der Ausbildung in bevölkerungsschwachen Regionen kann unter bestimmten Voraussetzungen für eine Ausbildungsstätte auch langfristig ein Sicherstellungszuschlag gezahlt werden. Soweit die vorgesehene Finanzierung das prospektiv vereinbarte Ausbildungsbudget unter- oder überschreitet, werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. Das Krankenhaus erhält somit das vereinbarte Ausbildungsbudget.

Absatz 4 regelt die Ausgliederung der Ausbildungskosten aus dem bisherigen Gesamtbudget des Krankenhauses. Künftig gibt es somit einerseits ein Budget für Krankenhausleistungen, die nach dem DRG-Vergütungssystem oder mit tagesgleichen Pflegesätzen nach der Bundespflegegesetzverordnung vergütet werden, und andererseits ein gesonderetes Ausbildungsbudget, das zweckgebunden nur für die Ausbildung verwendet werden darf (Absatz 7). Nach den bisherigen gesetzlichen Vorgaben ist davon auszugehen, dass die für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten für Auszubildende (Mehrkosten der Ausbil-

dungsvergütungen) benötigten Mittel im Rahmen des bisherigen Krankenhausbudgets vereinbart sind. Absatz 4 bestimmt deshalb, dass bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets 2005 gleichzeitig festgelegt wird, welcher Finanzierungsbetrag für die Ausbildung im Krankenhausbudget 2004 enthalten war. Dieser Betrag bildet die Grundlage für die Finanzierung der Ausbildung in den Folgejahren, die nicht gefährdet werden darf. Die Ausgliederung eines zu niedrigen Betrags mit dem Ziel, das Krankenhausbudget zu schonen, kann weder im Interesse der Ausbildung noch im Interesse der Krankenhäuser liegen. Dieser vermeintliche Vorteil beim Krankenhausbudget würde im Verlauf des Konvergenzprozesses durch die Angleichung an das landeseinheitliche Preisniveau ohnehin verloren gehen. Auf Grund der zu erwartenden Schwierigkeiten bei der Kalkulation des Ausgliederungsbetrags bestimmt Satz 4, dass Fehlschätzungen des Betrags einmalig im Folgejahr korrigiert werden.

Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 schreibt wie das derzeit geltende Gesetz die Bildung eines Ausbildungsfonds auf der Landesebene (Ausgleichsfonds) vor. Die Selbstverwaltungspartner auf der Landesebene vereinbaren die Höhe dieses Ausgleichsfonds nach den Vorgaben der Sätze 3 und 4. Der Fonds wird durch einen Ausbildungszuschlag gespeist, der von allen Krankenhäusern im Land – also ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern – den Patienten oder Patientinnen oder ihren Krankenversicherungen bzw. Sozialleistungsträgern in Rechnung gestellt wird. Die Höhe des Ausbildungszuschlags wird grundsätzlich auf der Landesebene festgelegt (Satz 1 Nr. 2). Dort werden auch die erforderlichen näheren Verfahrensregeln vereinbart (Nummer 3). Dabei sind für den Fall, dass Krankenhäuser die eingenommenen Ausbildungszuschläge nicht zeitnah an den Ausbildungsfonds abführen, Zinszahlungen in Höhe von 8 Prozent über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank festzulegen. Dies sind derzeit insgesamt 9,14 Prozent. Diese Vorgabe entspricht § 288 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Nach einem amtlichen Hinweis, dient diese Regelung zum Teil auch der Umsetzung der Richtlinie 2000/35/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. Juni 2000 zur Bekämpfung von Zahlungsverzug im Geschäftsverkehr (ABl. EG Nr. L 200 S. 35). Satz 2 bestimmt, dass der Ausgleichsfonds unverändert von der Landeskrankenhausesellschaft errichtet und verwaltet wird.

Die Höhe des Ausbildungsfonds muss im Herbst eines Jahres für das Folgejahr vereinbart werden, damit ab dem 1. Januar des Folgejahres der Ausbildungszuschlag in Rechnung gestellt werden kann. Zu diesem Zeitpunkt sind die Ausbildungsbudgets der ausbildenden Krankenhäuser für das Folgejahr noch nicht vereinbart. Die Höhe des Ausbildungsfonds kann somit grundsätzlich nur auf der Grundlage der im Vorjahr vereinbarten Ausbildungsbudgets ausbildender Krankenhäuser ermittelt werden. Deshalb kann ein Ausbildungsfonds erstmals für das Jahr 2006 vereinbart werden. Soweit absehbar ist, dass sich im Folgejahr die Anzahl der Ausbildungsplätze oder der Auszubildenden wesentlich ändert, können Krankenhäuser – mit entsprechender Begründung – aktuellere Werte melden (Satz 3). Fehlende Meldungen können durch Schätzungen der Vertragsparteien auf Landesebene ersetzt werden (Satz 4). Nach Satz 5 zahlt die Landeskrankenhausesellschaft die den ausbildenden Krankenhäusern zustehenden Beträge in monatlichen Raten aus.

Absatz 6 regelt die Erhebung der Zuschläge und die Abführung der Mittel an den Ausbildungsfonds. Nach Satz 1 erheben alle nicht ausbildenden Krankenhäuser den auf der Landesebene festgesetzten Ausbildungszuschlag. Ausbildende Krankenhäuser erhalten Zahlungen aus dem Ausbildungsfonds grundsätzlich in Höhe des angemeldeten Vorjahresbudgets. Bei ihnen müssen demnach hausindividuell Abweichungen des vereinbarten neuen Ausbildungsbudgets vom Vorjahresbudget berücksichtigt werden. Dies geschieht nach den Vorgaben der Sätze 2 und 3. Ist das neue Ausbildungsbudget höher als das Vorjahresbudget, kann das Krankenhaus anstelle des landeseinheitlichen Ausbildungszuschlags einen entsprechend höheren krankenspezifischen Zuschlag vereinbaren und abrechnen. Ist das neue Ausbildungsbudget niedriger als das Vorjahresbudget, rechnet das Krankenhaus einen entsprechend niedrigeren Zuschlag ab. Positive oder negative Differenzen zum landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag verbleiben beim Krankenhaus. Es hat – wie die nicht ausbildenden Krankenhäuser – den Zuschlag in der landesweit geltenden Höhe an den Ausbildungsfonds abzuführen (Sätze 4 und 5).

Absatz 7 gibt vor, dass die finanziellen Mittel des Ausbildungsbudgets zweckgebunden zu verwenden sind. Dies hat der Jahresabschlussprüfer des Krankenhauses zu bestätigen.

Absatz 8 enthält für die Vereinbarung der Ausbildungsbudgets und des Ausbildungsfonds die üblichen Vorgaben zur Schiedsstellenfähigkeit und Genehmigung sowie zum Rechtsweg.

Auch auf Grund von Problemen bei der Umsetzung von Einzelheiten der angestrebten wettbewerbsneutralen Ausbildungsfinanzierung ist die Einführung von Ausbildungsfonds durch den Gesetzgeber bereits um ein Jahr auf den 1. Januar 2005 verschoben worden. Nachdem im Januar dieses Jahres auf neue Unsicherheiten bei der steuerrechtlichen Behandlung der Ausbildungsfonds hingewiesen wurde, gibt Absatz 9 nun ein gestuftes Verfahren vor für den Fall, dass diese nicht ausgeräumt werden können. Wird – aus welchem Grunde auch immer – in einem Land ein Ausbildungsfonds nicht rechtzeitig vereinbart und errichtet, so bestimmt Satz 1, dass die Fondsfinanzierung für dieses Jahr entfällt und jedes ausbildende Krankenhaus sein Ausbildungsbudget eigenständig über einen krankenspezifischen Ausbildungszuschlag finanziert. Für den Fall, dass hierdurch Wettbewerbsverzerrungen zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern entstehen, werden die Länder ermächtigt, einen finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenhäusern durch Rechtsverordnung zu organisieren. Solche Umlagenverordnungen gibt es bereits seit Jahren in den Ländern Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen.

#### **Zu den Buchstaben b und c**

Redaktionelle Folgeänderungen.

#### **Zu Nummer 4 (§ 17b KHG)**

##### **Zu Buchstabe a**

Doppelbuchstabe aa stellt klar, dass zu den nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG auf der Bundesebene zu verhandelnden Regelungen für Zu- und Abschläge auch die Zuschläge für

Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere Tumorzentren und geriatrische Zentren sowie entsprechende Schwerpunkte, gehören.

Die besonderen Aufgaben der Zentren und Schwerpunkte, die im DRG-System über Zuschläge finanziert werden dürfen, wurden durch den Gesetzgeber bereits mehrfach und grundsätzlich übereinstimmend definiert; vergleiche hierzu die amtlichen Begründungen zu § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung 1995 (Bundesratsdrucksache 381/94, S. 27) sowie zu § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG. Es handelt sich um übergreifende Aufgaben wie Konsile, interdisziplinäre Video-Fallkonferenzen einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, besondere Dokumentationsleistungen, z. B. für klinische Krebsregister und Nachsorgeempfehlungen, Fortbildungsaufgaben und ggf. Aufgaben der Qualitätssicherung. Zu den besonderen Aufgaben der Zentren und Schwerpunkte, die nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG pflegesatzfähig und im Rahmen des DRG-Systems über Zuschläge zu finanzieren sind, gehören nicht die Leistungen (Kosten) der Behandlung und Versorgung der Patienten; diese Leistungen sind über die normalen Entgelte nach dem KHEntgG (Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder andere Entgelte) zu vergüten. Die Finanzierung der besonderen Aufgaben der Zentren und Schwerpunkte darf nur im Rahmen der nach § 17 KHG pflegesatzfähigen Kosten erfolgen.

Die bisher hier genannten Zuschläge für Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsfinanzierung entfallen an dieser Stelle. Sie werden nun abschließend in § 17a KHG geregelt.

Doppelbuchstabe bb lässt wegen der unterschiedlichen Aufgaben der Zentren und Schwerpunkte in den einzelnen Ländern eine regionale bzw. länderweise Differenzierung der Zuschläge zu. Er verpflichtet außerdem die Zentren und Schwerpunkte, ihre besonderen Leistungen zu benennen und kalkulatorisch zu bewerten. Die Kalkulationsunterlagen sind den Vertragsparteien im Voraus zu übermitteln.

#### **Zu Buchstabe b**

Die pauschalierten Entgelte nach dem DRG-Vergütungssystem werden auf der Grundlage von Datenerhebungen in deutschen Krankenhäusern kalkuliert. Diese Krankenhäuser beteiligen sich freiwillig an dem Kalkulationsverfahren. Auch künftig werden für die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems Krankenhäuser benötigt, die mit ihrem internen Rechnungswesen die erforderlichen qualitativen Voraussetzungen erfüllen können. Diese Voraussetzungen werden künftig höher angesetzt werden müssen, als sie derzeit durch den Kalkulationsleitfaden der Selbstverwaltungspartner vorgegeben sind. Dabei werden die Anforderungen des DRG-Kalkulationsverfahrens zum Teil von den Anforderungen des einzelnen Krankenhauses an sein internes Rechnungswesen abweichen und darüber hinausgehen. Es kommt somit eher darauf an, eine Auswahl geeigneter Krankenhäuser zusammenzustellen, die über eine differenzierte Kosten- und Leistungsrechnung verfügen und darüber hinaus freiwillig die erforderliche Mehrarbeit erbringen, als eine nach statistischen Regeln repräsentative Stichprobe anzustreben. Buchstabe b ersetzt deshalb den Begriff „Stichprobe“ durch die Wörter „sachgerechte Auswahl“ von

Krankenhäusern. Nur durch eine möglichst gute und differenzierte Kostenzuordnung zu den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sowie durch eine mehrjährige Beteiligung der Krankenhäuser am Kalkulationsverfahren kann der DRG-Fallpauschalen-Katalog bei den jährlichen Überarbeitungen schrittweise verbessert werden.

#### **Zu Buchstabe c**

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

Satz 2 unter Doppelbuchstabe bb bestimmt, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene – oder in deren Auftrag das DRG-Institut – unter den Gesichtspunkten der Qualität des Rechnungswesens und der Notwendigkeit der zu erhebenden fallbezogenen Daten (nicht personenbezogen) für die Weiterentwicklung des DRG-Systems über die Teilnahme eines Krankenhauses entscheiden. Ein Anspruch des einzelnen Krankenhauses auf Teilnahme und damit ggf. auf zusätzliche Finanzierungsmittel wird nicht gewährt.

Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor.

#### **Zu Buchstabe d**

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

#### **Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

##### **Zu Nummer 1 (§ 3 Abs. 6 KHEntgG)**

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

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

#### **Zu Nummer 2 (§ 4 KHEntgG)**

##### **Zu den Buchstaben a und b**

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

##### **Zu Buchstabe c**

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

##### **Zu Buchstabe d**

Redaktionelle Änderung infolge der Änderungen durch die Buchstaben e bis g. Doppelbuchstabe cc berücksichtigt die in § 17a Abs. 4 Satz 4 KHG vorgesehene einmalige Korrekturmöglichkeit für Fehlschätzungen bei der Ausgliederung der Ausbildungsstätten aus dem Krankenhausbudget.

##### **Zu Buchstabe e**

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

Satz 1 Nr. 1 bestimmt dementsprechend, dass Veränderungen von Art und Menge der Leistungen zu verhandeln sind. Dies gilt sowohl für zusätzliche als auch für wegfallende Leistungen; vergleiche hierzu auch die Sätze 3 und 4. Die Vorschrift lässt auch eine Anpassung des Krankenhausbudgets zu, wenn im Rahmen von Strukturveränderungen oder beispielsweise wegen fehlender Belegärzte eine bisher belegärztlich geführte Abteilung in eine hauptamtlich geführte

Abteilung umgewandelt werden muss. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine hauptamtlich geführte Abteilung in eine Belegabteilung umgewandelt wird.

Satz 1 Nr. 2 zur Berücksichtigung von BAT-Ost-West-Angleichungen entspricht der Vorgabe des bisherigen Absatzes 5 Satz 2 zweiter Halbsatz.

Satz 2 erster Halbsatz gibt die Entgeltanteile vor, mit denen zusätzliche Leistungen vergütet werden. Der zweite Halbsatz bestimmt, dass diese Entgeltanteile auch bei wegfallenden Leistungen anzuwenden sind und somit das Budget mindern, allerdings nur bei Leistungen, die nicht unter die Tatbestände nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe d bis f fallen.

Da in der Regel eine Vielzahl von Leistungsveränderungen zu erwarten ist, gibt Satz 3 vor, dass diese Budgetveränderungen nicht für jede Fallpauschale einzeln verhandelt, sondern anhand der Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Case-mix) für die Leistungsveränderungen, die der Regelung unterliegen, summarisch ermittelt werden sollen. Eine Abweichung von dieser gesetzlichen Vorgabe („sollen“) ist nur ausnahmsweise in begründeten Einzelfällen möglich.

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

##### **Zu Buchstabe f**

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

##### **Zu Buchstabe g**

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

Infolge der Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr bis zum 1. Januar 2008 müssen nun die Quoten für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Budgets an das landeseinheitliche Preisniveau neu vorgegeben werden. Dabei wird zu Beginn der Konvergenzphase eine geringere Angleichungsquote vorgeben, die in den Folgejahren steigt. Mit diesem progressiven Verlauf wird berücksichtigt, dass der DRG-Fallpauschalen-Katalog, der für das Jahr 2004 in Teilbereichen noch nicht ausreichend differenziert war, jährlich überarbeitet und schrittweise weiterentwickelt wird. Gemessen am Ausgangswert 2005 wird die Differenz zwischen dem bisherigen krankenhausesindividuellen Erlösbudget und dem künftigen Erlösbudget in Höhe des landes-

einheitlichen Preisniveaus (Basisfallwerts) mit jährlichen Konvergenzstufen in Höhe von 15, 25, 30 und 30 Prozent abgebaut. Da die in § 4 Abs. 4 KHEntgG verwendete Berechnungsformel (vgl. Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe e) nicht auf die Ausgangssituation 2005, sondern auf das jeweilige Vorjahresbudget Bezug nimmt, müssen dort entsprechend umgerechnete Prozentsätze angewendet werden; vergleiche die folgende Aufstellung:

Umrechnung der Konvergenz- schritte	bezogen auf Ausgangswert 2005	bezogen auf Vorjahresbudget
2005	15	15
2006	25	30
2007	30	50
2008	30	100 (Rest)

#### Zu den Buchstaben h bis j

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

#### Zu Buchstabe k

Redaktionelle Änderungen infolge der Verlängerung der Konvergenzphase und der Verabschiedung des Gesetzes zur Änderung der Bundesärztleitung und anderer Gesetze.

#### Zu Nummer 3 (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)

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

#### Zu Nummer 4 (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Redaktionelle Änderung infolge der Verlängerung der Konvergenzphase.

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

Buchstabe a ergänzt die Aufstellung der abrechenbaren Entgelte um die später eingeführten DRG-Abschläge bei Fällen mit einer Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer (so genannte Kurzlieger). Buchstabe b nimmt eine re-

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

#### Zu Nummer 6 (§ 8 Abs. 2 KHEntgG)

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

#### Zu Nummer 7 (§ 10 KHEntgG)

#### Zu Buchstabe a

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

#### Zu Buchstabe b

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass infolge von Veränderungen des Fallpauschalen-Katalogs oder der Abrechnungsregeln, z. B. bei einer Zusammenlegung von Fällen, der Basisfallwert rein technisch bedingt erhöht wird, ohne dass dadurch Mehrausgaben für Krankenhausleistungen entstehen. Buchstabe b lässt deshalb für solche technisch bedingten Erhöhungen eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V zu.

#### Zu Buchstabe c

Doppelbuchstabe aa passt die Vorschrift zur Berücksichtigung der Mehrkosten auf Grund der Abschaffung des Arztes im Praktikum an die verlängerte Konvergenzphase an und nimmt eine redaktionelle Anpassung vor.

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

**Zu Buchstabe d**

Die Regelung dient der gebotenen Verkürzung des Verfahrens zur Bestimmung des landesweit geltenden Basisfallwerts. Eine Genehmigung durch das jeweilige Bundesland ist nicht vorgesehen. Bei einer Klage gilt bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung der vereinbarte oder festgesetzte landesweite Basisfallwert.

**Zu Nummer 8** (§ 11 KHEntgG)

Die Vorschrift des bisherigen Satzes 2 wird nach § 17a Abs. 3 KHG verlagert.

**Zu Nummer 9** (§ 21 KHEntgG)

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

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

**Zu Artikel 3** (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**Zu Nummer 1** (§ 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV)

Die zusätzlichen Kosten infolge der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze werden ab dem Jahr 2005 nicht mehr über das Krankenhausbudget, sondern über das gesonderte Ausbildungsbudget nach § 17a KHG finanziert. § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 wird deshalb gestrichen.

**Zu Nummer 2** (§ 10 BPfIV)

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

**Zu Nummer 3** (§ 26 BPfIV)

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

**Zu Artikel 4** (Änderung des Krankenhausstatistik-Verordnung)**Zu Nummer 1** (§ 3 KHStatV)

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

chend wird durch Buchstabe a Doppelbuchstabe dd und Buchstabe b der Verweis auf die BPfIV gestrichen.

**Zu Nummer 2** (§ 4 Nr. 3 KHStatV)

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

**Zu Artikel 5** (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 134 SGB V)

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

**Zu Nummer 2** (§ 134a SGB V)

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

**Zu Absatz 1**

Die Leistungen der Hebammenhilfe und deren Vergütungen werden – erstmalig mit Wirkung ab dem Jahr 2007 – auf Spitzenverbandsebene mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen vertraglich vereinbart. Die zu schließenden Verträge dienen der eigenverantwortlichen und kontinuierlichen Fortentwicklung der bisher staatlich verordneten Vergütungsstrukturen. Satz 2 enthält die von den Vertragsparteien dabei zu beachtenden Rahmenvorgaben.

**Zu Absatz 2**

Die Vorschrift ist zur Regelung der Geltungswirkung der nach Absatz 1 getroffenen Kollektivverträge für die freiberuflich tätigen Hebammen notwendig. Satz 2 stellt klar, dass Hebammen, die weder einem der vertragsschließenden Be-



rufsverbände auf Bundes- oder Landesebene angehören noch den von den Vertragspartnern getroffenen Vereinbarungen beitreten, ihre Leistungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen können. Die Vorschrift berührt nicht den berufsrechtlichen Status freiberuflicher Hebammen, die zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit weder einer staatlichen Zulassung noch einer speziellen Zulassung durch die Krankenkassen bedürfen, sondern hierzu lediglich eine bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dem Hebammengesetz zu erteilende Erlaubnis vorweisen müssen.

Zu den Absätzen 3 und 4

Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine vertragliche Regelung, wird der Vertragsinhalt durch eine Schiedsstelle festgesetzt. Sofern eine Einigung über die erstmalige vertragliche Vergütungsregelung ab 2007 nicht oder verspätet zustande kommt, gilt bis zur Entscheidung der Schiedsstelle die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung weiter, die für diesen Fall erst mit dem erstmaligen Zustandekommen der Verträge außer Kraft tritt (vgl. Artikel 7 Abs. 5). Im Falle der Nichteinigung über zu schließende Anschlussverträge gilt der jeweils bestehende Vertrag bis zur Entscheidung der Schiedsstelle weiter.

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

Zu Absatz 5

Die Vorschrift stellt rechtstechnisch klar, dass sich die Regelungen auch auf Entbindungspfleger erstrecken.

### **Zu Nummer 3 (§ 301a SGB V)**

Absatz 1 stellt eine notwendige Folgeänderung zu Artikel 5 Nr. 2 (§ 134a) dar. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie mit Blick auf das grundrechtlich verankerte Bestimmtheitsgebot ist eine gesetzliche Festlegung der Art und des Umfangs der für die Abrechnung zu übermittelnden Daten erforderlich. Bei den dort im Einzelnen aufgeführten Daten handelt es sich um solche, die den Krankenkassen bereits heute auf der Grundlage des geltenden Rechts übermittelt werden. In Absatz 2 wird festgelegt, dass auch für den Bereich der Hebammen und Entbindungspfleger das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mittels

Richtlinien von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam bestimmt wird.

### **Zu Artikel 6 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)**

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

### **Zu Artikel 7 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)**

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Die Änderungen der Krankenhausstatistik-Verordnung werden ab dem 1. Januar 2005 wirksam.

Zu den Absätzen 3 bis 5

Die Inkrafttretensvorschriften der Absätze 3 bis 5 beziehen sich auf die Ablösung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung durch Überführung der Vergütungsfestsetzung auf vertragliche Regelungsstrukturen ab dem Jahr 2007 und sind in ihrer Differenzierung notwendig, um hierfür einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten. Mit dem Inkrafttreten der Vorschriften des § 134a Abs. 1 SGB V über die zu schließenden Verträge, des § 134a Abs. 2 Satz 3 SGB V über die nähere Ausgestaltung des Beitritts nicht berufsverbandsangehöriger Hebammen sowie des § 134a Abs. 4 SGB V über die Bildung einer Schiedsstelle bereits zum 1. Januar 2006 wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien bereits frühzeitig mit den notwendigen Vorbereitungen für die Überführung beginnen können. Die Vorschrift über die Aufnahme der Tätigkeit der Schiedsstelle (§ 134a Abs. 3 SGB V) tritt unmittelbar nach Ablauf der für den Abschluss der erstmaligen vertraglichen Vergütungsvereinbarung gesetzten Frist am 1. Dezember 2006 in Kraft. Zum 1. Januar 2007 treten die Vorschriften des § 134a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V über die Bindungswirkung vertraglicher Vergütungsvereinbarungen für freiberufliche Hebammen in Kraft. Ebenfalls zum 1. Januar 2007, für den Fall des erstmaligen Zustandekommens der Verträge nach § 134a SGB V zu einem späteren Zeitpunkt jedoch erst zu diesem späteren Zeitpunkt, tritt die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung außer Kraft sowie die Folgeänderung des § 301a SGB V in Kraft.





