

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

- Drs. 17/13079 -

Zu Artikel 1, 5a - neu -, 5b - neu - und 5c - neu -  
(SGB V, KHEntgG, BPfIV und KHG)

(Zuführung aus der Liquiditätsreserve,  
Hygieneförderprogramm,  
Versorgungszuschlag,  
voller Orientierungswert 2014 und 2015,  
anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen 2013,  
Krankenhausrechnungsprüfung)

1. Artikel 1 wird folgende Nummer 3 angefügt:

„3. § 271 Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt geändert:

a) Nach den Wörtern „zum 1. Januar 2013 entstehen,“ werden die Wörter „sowie der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zum ... [*einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel ...*] entstehen,“ eingefügt.

b) Die Wörter „1,78 Milliarden Euro“ werden durch die Wörter „2,34 Milliarden Euro“ ersetzt. ‘

2. Nach Artikel 5 werden die folgenden Artikel 5a bis 5c eingefügt:

**, Artikel 5a**  
**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
  - a) Hygienefachkräften in der Pflege in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
2. bei Fort- und Weiterbildungen
  - a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro,
  - b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
  - c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
  - d) zu Ärztinnen oder Ärzten und Krankenhausapothekerinnen oder Krankenhausapothekern mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
  - e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und
  - f) zur Hygienefachkraft in der Pflege durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro;

Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a und b und Satz 2 werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen. Personalkosten werden im Rahmen von Satz 1 auch gefördert, wenn diese ab dem ... [Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 3 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend."

2. § 5 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Je Krankenhausfall, der mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird, ist ab dem entsprechenden Zeitpunkt nach § 15 Absatz 1 Satz 3, frühestens jedoch für Aufnahmen ab Beginn des jeweiligen Kalenderjahres, ein Zuschlag nach § 10 Absatz 14 in Rechnung zu stellen.“

3. § 6 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 erster Halbsatz werden nach dem Wort „entsprechend“ ein Komma und die Wörter „wobei anstelle der Veränderungsrate als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2 gilt“ eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Jahr 2013 gilt § 18 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.“

4. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 10“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 11“ ersetzt.

b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. das Entgelt nach § 10 Absatz 14.“

5. § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5a zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen.“

6. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Nummer 4“ die Wörter „mit Ausnahme der Zuschläge nach § 4 Absatz 11“ eingefügt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2013“ und wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 4“ durch die Wörter „dem Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1“ und wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2013“ ersetzt.
  - cc) In Satz 5 wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2013“ ersetzt.
  - dd) In Satz 6 wird die Angabe „2012“ jeweils durch die Angabe „2013“ ersetzt.
  - ee) In Satz 7 wird die Angabe „2013“ durch die Angabe „2014“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 5 werden die Wörter „entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert“ durch die Wörter „entspricht die Veränderungsrate dem Veränderungswert“ ersetzt.
- d) In Absatz 9 Satz 5 werden nach den Wörtern „Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist“ die Wörter „im Jahr 2013 um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen und ist“ eingefügt.
- e) Absatz 12 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„In den ab dem 1. Januar 2017 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2016 nach § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“
- f) Folgender Absatz 14 wird angefügt:

„(14) Für die Jahre 2013 und 2014 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jeweils einen landesweit geltenden Zuschlag je Krankenhausfall, der mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird (Versorgungszuschlag). Zur Ermittlung der Zuschlagshöhe ist die im jeweiligen Jahr entstehende voraussichtliche Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a im Land durch die Fallzahl zu teilen, die bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. Wird der Zuschlag erst während des Kalenderjahrs vereinbart, ist der im restlichen Kalenderjahr zu erhebende Zuschlag entsprechend zu erhöhen.“

7. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 10“ die Wörter „und des Entgelts nach § 10 Absatz 14“ eingefügt.

### **Artikel 5b** **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden“ eingefügt.

2. § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostenerhöhungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz, mindestens jedoch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen.“

3. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird Absatz 1 und folgender Satz wird angefügt:

„Für das Jahr 2013 ist das von den Vertragsparteien vereinbarte Budget um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Rate erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes abzurechnen ist; § 3 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz ist zu beachten.“

- b) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 2.

### **Artikel 5c** **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

§ 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Schlichtungsausschuss“ angefügt.
2. Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.“

3. Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; §§ 275 bis 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberührt. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2013 ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Regionalen Besonderheiten kann durch abweichende Vereinbarungen im Rahmen der Verträge nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Rechnung getragen werden.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Der Schlichtungsausschuss kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankhausgesellschaften angerufen werden; die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz sowie § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 4, 7 und 8 sind entsprechend anzuwenden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen nicht bis zum 31. Dezember 2013 ganz oder teilweise zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Soweit eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht zustande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.“

4. Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden.“

- b) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; § 18a Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.
  - c) Die Sätze 8 bis 11 werden aufgehoben.
5. Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickeln und erproben modellhaft bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes. Bei der Abrechnung von Entgelten für die Behandlung von Patientinnen oder Patienten, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (sekundäre Fehlbelegung), soll hierdurch ein auf statistischen Auffälligkeiten beruhendes Verfahren entwickelt und modellhaft erprobt werden. Bis zum 31. Dezember 2013 sind die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung von den Vertragsparteien nach Satz 1 zu vereinbaren, insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und die Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser. Die Ergebnisse der modellhaften Erprobung sind von den Vertragsparteien nach Satz 1 in einem gemeinsamen Bericht bis zum 31. März 2015 zu veröffentlichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.“

Begründung:

**Zu Nummer 1 (§ 271 SGB V)**

Auf Basis der aktuellen Prognosen des GKV-Schätzerkreises zu den Finanzergebnissen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2012 und 2013 ist für das Jahr 2014 Spielraum für die Finanzierung der Mehrausgaben, die den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenhausleistungen im Jahr 2014 entstehen, und eine entsprechende Erhöhung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen gegeben.

Mit der Änderung des § 271 Absatz 2 Satz 5 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 insgesamt 2,34 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Zusätzlich zu den zur Kompensation der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr zuzuführenden Finanzmitteln in Höhe von 1,78 Mrd. Euro erfolgt durch diese Regelung eine weitere Zuführung in Höhe von 560 Mio. Euro zur Kompensation der geschätzten Mehrausgaben, die der GKV (ohne die Landwirtschaftliche Krankenversicherung) im Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenhausleistungen entstehen. Dieser Betrag ist abzüglich eines Betrages von rund 8 Mio. Euro ermittelt, der als Mehrausgabe bei der landwirtschaftlichen Krankenversicherung anfällt.

Für die Finanzierung der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr waren mit einer entsprechenden Regelung im Rahmen des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, das am 21. Dezember 2013 in Kraft getreten ist, bereits 1,78 Milliarden Euro für die Mehrausgaben bereitgestellt worden, so dass sich nunmehr in Summe eine Zuführung von 2,34 Milliarden Euro ergibt.

Da die Liquiditätsreserve die in § 271 Absatz 2 Satz 2 vorgesehene Mindestgrenze von 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auch nach der Bereitstellung dieses Betrages voraussichtlich noch deutlich überschreiten wird, ist diese Zuführung zu den Einnahmen möglich, ohne die Funktion der Liquiditätsreserve zu gefährden.

Aus redaktionellen Gründen wird die Umsetzung dieser Zuführung mit der bereits in der geltenden Fassung geregelten Kompensation der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr zusammengefasst.

**Zu Nummer 2**

**Zu Artikel 5a (Krankenhausentgeltgesetz)**

**Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 11 - neu - Krankenhausentgeltgesetz)**

Mit den Regelungen des Absatzes 11 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern nach Maßgabe des Infektionsschutzgesetzes gefördert wird. Die Fördermittel werden für Einstellungen oder Aufstockungen sowie für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bereitgestellt. Gefördert werden jedoch nur Maßnahmen, die in Bezug auf Qualifikation und Bedarf der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisa-

torische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ bzw. der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene entsprechen. Fortbildungen im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung müssen sich nach dem Modell des etablierten Fortbildungsprogramms „Antibiotic Stewardship (ABS)“ von der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie richten. Hierdurch wird ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung der mit dem Infektionsschutzgesetz verbindlich gemachten Hygienestandards geleistet.

Durch Satz 1 Nummer 1 werden in den Jahren 2013 bis 2016 die Kosten für die Neueinstellung von ärztlichen und pflegerischen Hygienefachkräften, die die Anforderungen der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfüllen, umfassend von den Kostenträgern gefördert. Die Neueinstellung von qualifizierten Hygienefachkräften in der Pflege, wird mit einem Finanzierungsanteil von 90 Prozent und von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die umfassend mit Hygienemaßnahmen befasst sind, wird mit einem Finanzierungsanteil von 75 Prozent gefördert. Damit wird ein Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Hygienefachkräften in der Pflege und in abgestufter Form auf die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gelegt. Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der derzeitige Bedarf an entsprechend fachlich fundiert ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten insbesondere im Bereich Hygiene nicht der tatsächlichen Verfügbarkeit entspricht. Infolgedessen soll der Anreiz für ein wechselseitiges Abwerben der verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzte durch einen Eigenanteil von 25% abgeschwächt werden. Die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie wird mit einem Finanzierungsanteil von 50 Prozent gefördert. Durch diesen abgestuften Finanzierungsanteil wird zum Ausdruck gebracht, dass die Fähigkeiten, die im Rahmen der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene und der Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung erworben werden, nicht gleichzusetzen sind mit den Fähigkeiten, die innerhalb der umfassenden Facharzt-Weiterbildungen im Bereich Hygiene und Umweltmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erworben werden. Gemäß der KRINKO-Empfehlung zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen soll bei der Besetzung der Stellen daher der Einstufung des Infektionsrisikos in den jeweiligen medizinischen Einrichtungen in die Risikobereiche A - C Rechnung getragen werden. Basierend auf dieser Einstufung sollten Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung risikoadaptiert in Einrichtungen mit den Risikobereichen B und C eingesetzt werden. Die Neueinstellung von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten, für die davon auszugehen ist, dass sie durchschnittlich nur zu 10 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Hygienemaßnahmen befasst sind, wird mit einem Finanzierungsanteil von 10 Prozent gefördert. Mit den jeweiligen Finanzierungsanteilen wird auch die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen gefördert.

Durch Satz 1 Nummer 2 werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Fort- und Weiterbildung zu ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes gefördert wird. Durch die Förderung der Fort- und Weiterbildung wird über die Neuregelung der Nummer 1 hinaus der Situation Rechnung getragen, dass der nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes bis 2016 zu realisierende zusätzliche Bedarf an Hygienefachpersonal derzeit nur begrenzt am Arbeitsmarkt zur Verfü-

gung steht. Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen an die jeweiligen Fort- und Weiterbildungsprofile für Hygienefachpersonal werden Pauschalen in unterschiedlicher Höhe und über unterschiedliche Zeiträume bereit gestellt. Bei Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin und zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus gilt die Besonderheit, dass der Erwerb dieser Qualifikation für die Dauer der Weiterbildung auch dann gefördert wird, wenn er zwar noch im Jahr 2016 beginnt, aber erst danach abgeschlossen wird und insofern der für alle anderen geförderten Personalmaßnahmen des Hygieneprogramms geltende Förderungszeitraum überschritten wird. Darüber hinaus wird im Vergleich zu Nummer 1 Buchstabe a mit Nummer 2 Buchstabe a der finanzielle Schwerpunkt der Weiterbildungsförderung bewusst auf die Fachärztin oder den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin gelegt. Damit soll auch der Ausbau von qualifizierten Weiterbildungsstrukturen im Bereich der Hygiene gefördert werden. In abgestufter Form wird auch die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus gefördert. Nach dem niederländischem Vorbild soll dadurch eine stärkere Integration von Fachärztinnen oder Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie im Bereich der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus erfolgen und als feste Ansprechpartner in der stationären Patientenversorgung etabliert werden. Darüber hinaus wird der Interessentenkreis, der sich zu einer Facharztausbildung entscheidet, durch die Einbeziehung der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erweitert.

Personalmaßnahmen nach Satz 1 kommen gemäß Satz 2 auch dann in den Genuss einer finanziellen Förderung, wenn diese bereits nach dem Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetzes am 4. August 2011 von einem Krankenhaus ergriffen wurden. Gefördert werden dabei die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Förderprogramms entstehenden Personalkosten, die im Rahmen von Satz 1 förderfähig sind.

Nach Satz 3 hat das Krankenhaus mit den Krankenkassen vor Ort für Neueinstellungen von ärztlichen oder pflegerischen Hygienefachkräften und für Aufstockungen entsprechender Teilzeitstellen sowie für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die die Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erfüllen, innerhalb der zeitlichen Vorgaben von Satz 1 und 2 einen prozentualen Aufschlag auf den Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Sofern für ein Kalenderjahr bereits ein Betrag für Neueinstellungen oder Aufstockungen von vorhandenen Teilzeitstellen vereinbart wurde, ist dieser nach Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 4 um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ zu erhöhen, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen vereinbart werden.

Der zusätzliche Betrag wird nach Satz 4 durch einen Zuschlag auf die bundeseinheitlich bewerteten DRG-Fallpauschalen und die bundesweit kalkulierten Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a abgerechnet und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Zuschlagshöhe ergibt sich nach Satz 5 entsprechend der Regelung in Absatz 10 Satz 8 aus dem Verhältnis zwischen den finanzierbaren Personalmaßnahmen und dem Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 1. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet nach Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 9 die Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG auf Antrag einer Vertragspartei.

Damit die Krankenhäuser die Mittel bereits kurzfristig im Jahr 2013 in Anspruch nehmen können, regelt Satz 5 durch Bezugnahme auf die entsprechenden Regelungen des Pflegestellenförderprogramms (§ 4 Absatz 10 Satz 10 KHEntgG), dass das einzelne Krankenhaus den Zuschlag im Jahr 2013 auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragspartnern festsetzen und

in Rechnung stellen kann. Soweit sich hierdurch Abweichungen von der später im Jahr 2013 geschlossenen Vereinbarung der Vertragsparteien ergeben, ist eine entsprechende Korrektur bei der Vereinbarung des entsprechenden Zuschlags für die Restlaufzeit des Jahres oder über eine Korrektur des Zuschlags nach § 5 Absatz 4 KHEntgG vorzunehmen.

Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind nach Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 11 die betroffenen Mittel zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 4. August 2011, über die aufgrund des Hygieneförderprogramms zusätzlichen Hygienefachkräfte nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung sind auch die geförderten Fort- und Weiterbildungen differenziert nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen und dem jeweiligen Bedarf insbesondere unter Bezugnahme auf die genannte KRINKO-Empfehlung vom Krankenhaus nachzuweisen.

Um die Wirkungen des Hygieneförderprogramms frühzeitig bewerten zu können, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen damit beauftragt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage von Informationen der Krankenkassen über die Inanspruchnahme der Mittel des Hygieneförderprogramms und die neu geschaffenen und aufgestockten Stellen sowie die geförderten Fort- und Weiterbildungen zu berichten (Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 12 und 13).

Nach Auslaufen des Förderzeitraums gehen im Jahr 2017 die bis 2016 im Land abgerechneten Fördermittel für das neu eingestellte und aufgestockte Hygienefachpersonal (Absatz 1 Satz 1 Nummer 1) erhöhend in den Landesbasisfallwert ein und stehen damit dauerhaft dem Krankenhausbereich zur Verfügung (vgl. Änderung von § 10 Absatz 12 Satz 1 KHEntgG).

Mit dem Hygieneförderprogramm sind für die Kostenträger bis zum Jahr 2020 insgesamt Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rd. 350 Mio. Euro verbunden. Dabei wird davon ausgegangen, dass für Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Hygienepersonal bis zum Jahr 2020 insgesamt rd. 270 Mio. Euro aufgewendet werden. Auf Fort- und Weiterbildungen entfallen rd. 80 Mio. Euro. Die jährlichen Mehrausgaben verteilen sich bis zum Jahr 2016 wie folgt auf die einzelnen Jahre: 2013: rd. 15 Mio. Euro, 2014: rd. 38 Mio. Euro, 2015: rd. 55 Mio. Euro und 2016: rd. 56 Mio. Euro. Allerdings kann sich die Verteilung der Mehrausgaben auf die Jahre und auf die einzelnen Maßnahmen bei einem abweichend zu den Annahmen verlaufenden Einstellungs- sowie Fort- und Weiterbildungsverhalten für die einzelnen Qualifikationsprofile anders darstellen. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist auf jeweils rd. 82 Prozent der genannten Zahlen einzuschätzen.

## **Zu Nummer 2 (§ 5 Absatz 6 KHEntgG)**

Der für das jeweilige Jahr geltende Zuschlag nach § 10 Absatz 14 KHEntgG ist für alle mit bewerteten DRG-Fallpauschalen vergüteten Krankenhausfälle abrechenbar, die ab dem 1. Januar des jeweiligen Jahres 2013 oder 2014 neu in das Krankenhaus aufgenommen werden. Wurde der Zuschlag bis zum Beginn des Kalenderjahrs noch nicht von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart oder durch die Schiedsstelle festgesetzt und von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, so ist der Zuschlag ab dem Monatsersten nach dem Genehmigungszeitpunkt durch das einzelne DRG-Krankenhaus abrechenbar.

### **Zu Nummer 3 (§ 6 Absatz 3 KHEntgG)**

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird auch für die besonderen Einrichtungen die Grundlohnrate durch den Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg der Erlössumme abgelöst.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass die anteilige Tariflohnrefinanzierung für das Jahr 2013 auch für die besonderen Einrichtungen gilt.

### **Zu Nummer 4 (§ 7 Absatz 1 KHEntgG)**

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung von § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG wird die Auflistung der für allgemeine Krankenhausleistungen abrechenbaren Entgelte um den Zuschlag nach § 10 Absatz 11 KHEntgG ergänzt.

Zu Buchstabe b und c

Durch die Einfügung einer neuen Nummer 8 wird in § 7 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG die Auflistung der für allgemeine Krankenhausleistungen abrechenbaren Entgelte um das zeitlich befristet berechenbare Entgelt nach § 10 Absatz 14 KHEntgG ergänzt.

### **Zu Nummer 5 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG)**

Um Kostensteigerungen der Krankenhäuser in stärkerem Umfang bei den Krankenhausvergütungen berücksichtigen zu können, wird der bestehende Verhandlungsspielraum für Vergütungsverhandlungen für die Jahre 2014 und 2015 erhöht. Hierzu wird für diese Jahre der Korridor für die Verhandlung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene von einer Erhöhung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V um bis zu ein Drittel der Differenz zwischen der Veränderungsrate und dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 KHEntgG auf einen Verhandlungskorridor bis zur Höhe des vollen Orientierungswerts erweitert.

Über die dauerhafte gesetzliche Ausgestaltung des Veränderungswerts ist im Rahmen einer grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung zu entscheiden, für die die Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Mengenentwicklung und möglichen Lösungsvorschlägen abgewartet werden sollten. Daher wird die Erweiterung des Verhandlungsspielraums zunächst auf die Jahre 2014 und 2015 befristet.

Die Ausschöpfung der entsprechend erhöhten Obergrenze hängt von den Verhandlungsergebnissen der Vertragsparteien auf Landesebene bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts nach § 10 KHEntgG ab. Je 0,1 Prozentpunkt, den der Landesbasisfallwert wegen einer Erhöhung der Obergrenze höher vereinbart wird, entstehen allen Kostenträgern jährliche Mehraus-

gaben in Höhe von rd. 63 Mio. Euro. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rd. 82 Prozent einzuschätzen.

### **Zu Nummer 6 (§ 10 KHEntgG)**

Zu Buchstabe a

Die Mittel des Hygiene-Förderprogramms sollen den Krankenhäusern von den Kostenträgern zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Dies wird dadurch gewährleistet, dass die im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms von den Kostenträgern gezahlten Zuschläge nicht absenkend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe b

Im Vorgriff auf die ab 2014 erweiterte Vereinbarungsmöglichkeit des Veränderungswerts werden noch im Jahr 2013 bestimmte, für das Jahr 2013 vereinbarte Tarifsteigerungen bei den Landesbasisfallwerten erhöhend berücksichtigt. Die Regelung entspricht der mit dem Psych-Entgeltgesetz für das Jahr 2012 vorgegebenen Vorgehensweise, aktualisiert sie aber mit den Doppelbuchstaben aa bis ee auf die Anwendung für das Jahr 2013.

Die Regelung bewirkt, dass die Differenz zwischen dem für das Jahr 2013 maßgeblichen Veränderungswert von 2 Prozent und den maßgeblichen Tariflohnsteigerungen – bezogen auf die Personalkosten – zu 50 Prozent finanziert wird. Diese anteilige Finanzierung der Personalkosten ist in einen Finanzierungsanteil umzurechnen, der sich auf die gesamten Ausgaben (Personal- und Sachkosten) bezieht. Aufgrund eines Personalkostenanteils an den Gesamtkosten von rd. zwei Dritteln sind bereits vereinbarte Landesbasisfallwerte für das Jahr 2013 daher um ein Drittel der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Differenz zwischen dem Veränderungswert und den Tariflohnsteigerungen zu erhöhen. Den Vertragsparteien wird dabei im Einvernehmen aller Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnet, die Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsrates auf das Jahr 2014 zu verschieben (Doppelbuchstabe ee).

Die Regelung bezieht sich nur auf DRG-Häuser, da für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in der Bundespflegesatzverordnung eine eigenständige Regelung für eine anteilige Tariflohnrefinanzierung Anwendung findet.

Durch die Regelung entstehen für die Allgemeinkrankenhäuser sowie die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (vgl. § 3 Absatz 2 und § 18 BPfIV) insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rd. 150 Mio. Euro für alle Kostenträger. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rd. 82 Prozent einzuschätzen.

Zu Buchstabe c

Durch die Regelung wird gewährleistet, dass dann, wenn der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig die höhere Grundlohnrate als Obergrenze für die Verhandlung der Basisfallwerte gilt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser gegenüber der Situation vor Einführung des Orientierungswertes nicht schlechter gestellt werden. Die Regelung findet erstmals für den Veränderungswert für das Jahr 2014 Anwendung.

#### Zu Buchstabe d

Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarende Rate für eine anteilige Tarifrefinanzierung ist nicht nur bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte, sondern auch bei der Berechnung des einheitlichen Basisfallwerts basiswirksam anteilig zu berücksichtigen. Dies erfolgt dadurch, dass das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts, also des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), im Jahr 2013 um die entsprechende anteilige Rate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 KHEntgG zu erhöhen ist. Die Erhöhung ist insofern erforderlich, als dass in den nach § 10 Absatz 9 Satz 3 KHEntgG bereits bis zum 31. Juli 2013 an das InEK zu übermittelnden Landesbasisfallwerten die Erhöhung um die anteilige Tarifrefinanzierung 2013 nicht fristgerecht berücksichtigt werden kann. Das entsprechend angepasste Berechnungsergebnis ist Grundlage für die anschließend nach § 10 Absatz 9 Satz 5 zweiter Halbsatz KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorzunehmende Erhöhung um den maßgeblichen Veränderungswert.

#### Zu Buchstabe e

Die Summe der in den Krankenhäusern in einem Land im Jahr 2016 vereinbarten Finanzierungsmittel für die Neueinstellung von ärztlichen und pflegerischen Hygienefachkräften oder für Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen werden für das Jahr 2017 in den Landesbasisfallwert überführt. Damit verbleiben die Finanzierungsmittel auch nach Auslaufen des Hygieneförderprogramms dem Krankenhausbereich.

#### Zu Buchstabe f

Für die Jahre 2013 und 2014 haben Krankenhäuser, die gegenüber dem Vorjahr mit den Krankenkassen vor Ort die Erbringung zusätzlicher Leistungen vereinbaren, unter Berücksichtigung von Ausnahmeregelungen Mehrleistungsabschläge zu vereinbaren (§ 4 Absatz 2a KHEntgG). Um im Zusammenhang mit der absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen bei der Verhandlung des Basisfallwerts in den Jahren 2013 und 2014 eine durch den Mehrleistungsabschlag entstehende so genannte „doppelte Degression“ für den Krankenhausbereich insgesamt zu verhindern, ist nach Satz 1 in diesen Jahren von den Vertragsparteien auf Landesebene ein Zuschlag je Krankenhausfall zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell vereinbarten Mehrleistungsabschläge bleiben hiervon unberührt. Krankenhäuser mit vereinbarten Leistungssteigerungen haben zur Begrenzung des Mengenzuwachses daher weiterhin einen Mehrleistungsabschlag zu tragen. Alle Krankenhäuser profitieren von dem neuen Versorgungszuschlag. Der landeseinheitliche Zuschlag ist von DRG-Krankenhäusern je Krankenhausfall abzurechnen, der mit einer DRG-Fallpauschale vergütet wird. Die Zuschlagshöhe wird nach Satz 2 ermittelt, indem die für das Jahr jeweils vereinbarte Summe der Mehrleistungsabschläge im Land durch die Fallzahl dividiert wird, die jeweils der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zugrunde gelegt wird. Satz 3 stellt klar, dass das voraussichtliche Mehrleistungsabschlagsvolumen des Jahres bei einer unterjährigen Vereinbarung des Zuschlags auf die ab dem Abrechnungszeitpunkt noch verbleibenden DRG-Fälle zu beziehen ist und sich dementsprechend die für das restliche Kalenderjahr abrechenbare Zuschlagshöhe erhöht.

Für alle Kostenträger ist durch den Zuschlag für 2013 mit Mehrausgaben von rd. 250 Mio. Euro und für 2014 von rd. 500 Mio. Euro zu rechnen. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rd. 82 Prozent einzuschätzen. Die tatsächlichen Mehrausgaben sind abhängig von den vereinbarten Mehrleistungen.

### **Zu Nummer 7 (§ 14 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG)**

Über den von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten Landesbasisfallwert hinaus, ist auch das zeitlich befristet zu erhebende Entgelt nach § 10 Absatz 14 durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen.

### **Zu Artikel 5b (Bundespfllegesatzverordnung)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 3 Absatz 2 Satz 1 BPfIV)**

Für Psych-Einrichtungen, die im Jahr 2013 das neue Entgeltsystem optional nutzen, erfolgt entsprechend wie bei nicht optierenden Einrichtungen eine basiswirksame anteilige Refinanzierung der nach Maßgabe des § 10 Absatz 5 KHEntgG durchschnittlichen Auswirkungen der für das Jahr 2013 tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen. Die Vorschrift nimmt hierfür auf die entsprechende Regelung des § 18 Absatz 1 Satz 2 BPfIV (neu) für nicht optierende Einrichtungen Bezug (vgl. insoweit auch Ausführungen zur Änderung von § 18 BPfIV).

#### **Zu Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 BPfIV)**

Entsprechend wie bei somatischen Krankenhäusern wird auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen der Verhandlungsspielraum für Vergütungsverhandlungen für die Jahre 2014 und 2015 bis zur Höhe des vollen Orientierungswerts erhöht (vgl. dazu Ausführungen zur Änderung von § 9 Absatz 1 KHEntgG). Wegen des im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern höheren Personalkostenanteils findet bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zusätzlich durch eine mindestens zu 40 Prozent zu berücksichtigende Differenz eine Untergrenze Anwendung.

Wie für die somatischen Krankenhäuser gilt, dass über die dauerhafte gesetzliche Ausgestaltung des Veränderungswerts im Rahmen einer grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung zu entscheiden ist, für die die Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Mengenentwicklung und möglichen Lösungsvorschlägen abgewartet werden sollten. Daher wird die Erweiterung des Verhandlungsspielraums zunächst auf die Jahre 2014 und 2015 befristet.

Je 0,1 Prozentpunkt den die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wegen einer Erhöhung der Obergrenze höher vereinbart werden, entstehen allen Kostenträgern jährliche Mehrausgaben in Höhe von rd. 6 Mio. Euro. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rd. 82 Prozent einzuschätzen.

#### **Zu Nummer 3 (§ 18 BPfIV)**

Zu Buchstabe a

Die Regelung führt die beiden bisherigen Sätze in zwei Absätze über.

Zu Buchstabe b

Für die Psych-Einrichtungen, die im Jahr 2013 nicht das neue Entgeltsystem optional nutzen, gibt die Regelung für das Jahr 2013 eine anteilige Tarifrefinanzierung vor. Hierzu werden die Krankenhausbudgets um einen Anteil der nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen berichtigt. Bezogen auf die Personalkosten werden rd. 50 Prozent des Unterschieds zwischen geltender Obergrenze und der durchschnittlichen Tarifkostensteigerungen durch die Kostenträger finanziert. Der letztlich maßgebliche Finanzierungsanteil an den Gesamtkosten ist wegen des höheren Personalkostenanteils an den Gesamtkosten bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit 40 Prozent höher als bei der entsprechenden Regelung für somatische Krankenhäuser. Wie nach den bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Regelungen (§ 6 Absatz 2 Satz 5 BPfIV a. F.) ist der resultierende Berichtigungsbetrag über das Krankenhausbudget des folgenden Pflegesatzzeitraumes abzurechnen.

Durch die Regelung zur anteiligen Tarifrefinanzierung entstehen für die Allgemeinkrankenhäuser (vgl. Änderung von § 10 Absatz 5 und Absatz 9 KHEntgG) sowie die (optierenden und nicht optierenden) psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rd. 150 Mio. Euro für alle Kostenträger. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rd. 82 Prozent einzuschätzen.

### **Zu Artikel 5c (Krankenhausfinanzierungsgesetz)**

Die Änderungen sind darauf ausgerichtet, Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich zu vermeiden, die Modalitäten der Konfliktlösung stärker in die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu legen, um auch gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermindern und so Bürokratie abzubauen. Bislang sind oftmals vergleichbare Konstellationen Anlass für häufige Abrechnungstreitigkeiten. Oftmals werden damit auch die Gerichte und eine Vielzahl von Gutachtern befasst. Dies bindet unnötig Ressourcen. Durch folgende Maßnahmen soll im Sinne eines lernenden Systems perspektivisch der Aufwand für die Durchführung von Krankenhausrechnungsprüfungen vermindert werden:

- Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens vorzunehmen, von der die Vertragsparteien auf Landesebene abweichen können, um regionalen Besonderheiten Rechnung tragen zu können (§ 17c Absatz 2 KHG);
- Beauftragung eines neu zu etablierenden Schlichtungsausschusses auf Bundesebene mit der verbindlichen Entscheidung von grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen (§ 17c Absatz 3 KHG);
- Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit der Entwicklung und modellhaften Erprobung einer Auffälligkeitsprüfung auf Grundlage der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (§ 17c Absatz 4a KHG).

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den genannten Neuregelungen kann entschieden werden, ob weitere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der Krankenhausabrechnung und zu Sanktionsmaßnahmen erforderlich sind, um den aktuell hohen Prüfaufwand zu vermindern.

#### Zu Nummer 1 (Überschrift)

Durch die Änderung wird klargestellt, dass § 17c KHG nicht nur die Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, sondern auch Verfahren für Konfliktregelungen beinhaltet, wenn sich Krankenkassen und Krankenhäuser bei Fragen im Zusammenhang mit der Rechnungsprüfung im Einzelfall oder bei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung nicht einigen können.

#### Zu Nummer 2 (Absatz 1)

Als redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 2 wird der bisherige Absatz 2 Satz 1 in Absatz 1 integriert.

#### Zu Nummer 3 (Absatz 2 und 3)

Die bisher in Absatz 2 und 3 geregelte Stichprobenprüfung, die von den Krankenkassen in der Vergangenheit nur in geringem Umfang in Anspruch genommen worden ist, entfällt. Die Streichung der Stichprobenprüfung trägt insoweit auch zur Verwaltungsvereinfachung bei.

Mit dem neu gefassten Absatz 2 werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzunehmen (Satz 1). Dabei soll auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes beteiligt werden. Bereits nach § 112 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 SGB V haben die Vertragspartner auf Landesebene über Verträge sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Insbesondere sollen diese Verträge die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung regeln. Nicht in allen Bundesländern haben die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Landeskrankhausgesellschaften Verträge nach dieser Vorschrift geschlossen. Die Regelungsinhalte sind zudem nur sehr allgemein gehalten. Darüber hinaus berücksichtigen sie auf Grund ihres teils älteren Vertragsstandes oftmals nicht hinreichend das derzeitige Krankenhausfinanzierungsrecht. Durch die Regelung des Absatzes 2 werden bundeseinheitliche Konkretisierungen zu notwendigen Regelungsinhalten vorgegeben. Da die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend ist, können auch Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden. Mit der näheren Ausfüllung dieser Vorgaben haben es die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Hand, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten. In diesem Sinne sind unter Berücksichtigung der Rechtsprechung Vereinbarungen insbesondere zu den folgenden Sachverhalten zu treffen:

- Vereinbarung zum Zeitpunkt der vollständigen Vorlage zahlungsbegründender Unterlagen bei den Krankenkassen.
- Die Vertragsparteien haben sich darüber zu verständigen, wie im Rahmen möglicher Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit Abrechnungsproblemen umgegangen wird, bevor es zur Einschaltung des MDK kommt.
- Sie legen darüber hinaus fest, in welchem Stadium bei der Klärung von Zweifeln an der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung der MDK einzuschalten ist.
- Auch zur Dauer der Prüfung ist eine Verständigung erforderlich. Damit kann eine Beschleunigung des Prüfverfahrens erreicht werden.

- Darüber hinaus ist festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und wann eine Prüfung in den Räumen des Krankenhauses stattfinden soll. Dabei sind die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in Flächenstaaten und Stadtstaaten zu berücksichtigen.
- Zu klären ist, wie Rückforderungen abgewickelt werden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig ist.

Satz 2 zweiter Halbsatz regelt zudem, dass die Art und Weise der Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Beachtung der §§ 275 ff. SGB V stattzufinden hat.

Die entsprechenden Verträge sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 2013 zu schließen. Gelingt eine Einigung ganz oder teilweise nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei über den Vertragsinhalt.

Nach Satz 4 ist die Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung zu den näheren Einzelheiten des Prüfverfahrens für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

Mit Satz 5 wird den Vertragsparteien auf Landesebene die Option eröffnet, abweichende Vereinbarungen zu den vertraglich oder durch die Bundesschiedsstelle getroffenen Festlegungen auf Bundesebene zu treffen, soweit dies erforderlich ist, um regionalen Besonderheiten Rechnung tragen zu können. Dies hat über die Verträge nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfolgen.

Anlass der Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den MDK sind in der Regel Meinungsverschiedenheiten über Kodier- und Abrechnungsfragen. Zur Verminderung der damit insgesamt einhergehenden Ressourcenbindung beauftragt Absatz 3 den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene (Satz 1). Nach Satz 2 hat der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene verbindliche Entscheidungen zu grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen zu treffen. Anrufungsberechtigt sind nach Satz 3 die Krankenkassen auf der Landesebene und die Landeskrankenhausesgesellschaften. Die Vertragsparteien, die auch selbst antragsberechtigt sind, können zudem anderen Beteiligten Anrufungsrechte einräumen. Auch bietet sich an, Hinweise aus dem beim DRG-Institut etablierten Anfrageverfahren zu Kodierfragen zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind nach Satz 4 für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Entscheidungen sind auch insoweit verbindlich, als die Selbstverwaltungspartner sie, soweit erforderlich, bei der Vereinbarung der Kodierregeln und der Abrechnungsbestimmungen zu berücksichtigen haben. Durch die damit verbundene Weiterentwicklung einzelner systemgestaltender Elemente kann zugleich der Umfang Streitbehafteter Fragen nachhaltig vermindert werden. Dem Grundsatz der lernenden Systementwicklung wird dadurch Rechnung getragen. Die Entscheidungen sind zu veröffentlichen.

Für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses macht Satz 5 verschiedene Vorgaben. Bei der Auswahl der Vertreter des Schlichtungsausschusses ist in Verbindung mit § 17c Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz KHG sowohl zu gewährleisten, dass diese über medizinischen Sachverstand als auch über besondere Kenntnisse in Fragen der DRG-Abrechnung verfügen. Ferner finden Regelungen zur Errichtung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG entsprechend Anwendung. So hat sich nach § 18a Absatz 6 Satz 2 KHG der Schlichtungsausschuss aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Kranken-

hausgesellschaft in gleicher Anzahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammenzusetzen. Nach § 18a Absatz 6 Satz 3 KHG gehört dem Schlichtungsausschuss auch ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen anzurechnen ist. Die unparteiischen Mitglieder werden nach § 18a Absatz 6 Satz 4 KHG von den beteiligten Organisationen des Schlichtungsausschusses gemeinsam bestellt. § 18a Absatz 6 Satz 7 KHG macht in Verbindung mit § 18a Absatz 3 KHG Vorgaben zur ehrenamtlichen und weisungsungebundenen Amtsführung, zum Stimmengewicht der einzelnen Mitglieder und zum Mehrheitsprinzip. Schließlich gibt § 18a Absatz 6 Satz 8 KHG vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weitere Details zu den Mitgliedern des Schlichtungsausschusses, zur Geschäftsführung, der Gebührenerhebung und der Kostentragung zu regeln haben.

Der arbeitsfähige Schlichtungsausschuss auf Bundesebene ist nach Satz 6 bis zum 31. Dezember 2013 einzurichten. Gelingt eine Einigung der hierfür erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht, so hat die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei zu entscheiden. Sofern eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht gelingt, werden diese nach Satz 7 durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.

Zu Nummer 4 (Absatz 4)

Zu Buchstabe a

Krankenkassen und Krankenhäusern wird die Möglichkeit einer Konfliktlösung durch den Schlichtungsausschuss nach Absatz 4 in den Fällen eröffnet, in denen sie keine Einigung über die Ergebnisse der Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V erzielen können. Bislang bestand bei Uneinigkeit über die Ergebnisse der Einzelfallprüfung lediglich die Möglichkeit, direkt das Sozialgericht anzurufen. Durch die nun ermöglichte Anrufung des Schlichtungsausschusses können daher die Sozialgerichte entlastet werden. Zudem eröffnet die Anrufung des Schlichtungsausschusses die Möglichkeit einer schnelleren Entscheidung.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird ein Konfliktregelungsmechanismus für den Fall eingeführt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landeskrankhausgesellschaft nicht auf einen Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses einigen können. Die Regelung sieht vor, dass der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses von der zuständigen Landesbehörde bestellt wird, sofern sich die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene nicht auf eine Person einigen können.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Stichprobenprüfung.

Zu Nummer 5 (Absatz 4a)

Mit der Zielsetzung, den Aufwand bei der Rechnungsprüfung zu vermindern, werden mit Satz 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gesetzlich beauftragt, bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG zu entwickeln und modellhaft zu erproben. Die modellhafte Erprobung soll nach Satz 2 auf den Bereich der sekundären Fehlbelegung

ausgerichtet sein. Dies ist insofern angezeigt, da die Möglichkeit zur Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer einen Schwerpunkt in der Prüftätigkeit darstellt. Zu prüfen ist, ob unter Anwendung zu definierender Kriterien eine belastbare Prüfung aufgrund von statistischen Abweichungen der Werte für das einzelne Krankenhaus gegenüber den Durchschnittswerten der Daten nach § 21 KHEntgG möglich ist und ob im Rahmen einer modellhaften Erprobung, d. h. unter Praxisbedingungen, eine Verminderung des Prüfaufwands gelingt. Die Vertragsparteien haben nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 2013 die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung zu vereinbaren. Festlegungen sind insbesondere zu den anzuwendenden Prüfkriterien für die Durchführung der Auffälligkeitsprüfung zu treffen. Auch muss gewährleistet sein, dass eine hinreichende Anzahl von Krankenhäusern an der modellhaften Erprobung teilnimmt. Nach Satz 4 sind die Ergebnisse der modellhaften Erprobung von den Vertragsparteien in einem gemeinsamen Bericht bis zum 31. März 2015 zu veröffentlichen. Nach Satz 5 entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Bundesschiedsstelle, wenn bis zum 31. Dezember 2013 die erforderlichen Grundlagen für die Durchführung und Auswertung der Erprobung nicht vereinbart wurden.