

**24.05.96**

G - Fz

**Gesetzesbeschluß**  
des Deutschen Bundestages

---

**Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997**  
**- Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 108. Sitzung am 24. Mai 1996 aufgrund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß) - Drucksache 13/4693 - den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der**  
**Krankenhausfinanzierung 1997**  
**- Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)**  
**- Drucksache 13/3062 -\*)**

in der nachstehenden Fassung angenommen:

\*) Der gleichlautende Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 13/3939 wurde aufgrund der Beschlußempfehlung in Drucksache 13/4693 für erledigt erklärt.

---

Fristablauf: 14.06.96

Initiativgesetz des Bundestages

## Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)

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 (L. Bl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:  
„§ 28 bleibt unberührt.“
2. In § 7 Abs. 1 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:  
„Die Krankenhausplanung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen; mit den übrigen Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Bei der Aufstellung der Investitionsprogramme sind mit den Beteiligten einvernehmliche Regelungen anzustreben.“
3. § 10 wird gestrichen.
4. In § 16 Satz 1 werden in Nummer 7 der Punkt nach dem Wort "Krankenhäuser" durch ein Komma ersetzt und nach Nummer 7 folgende Nummer angefügt:  
"8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für Wahlleistungen."

#### **5. § 17 wird wie folgt geändert:**

- a) In Absatz 2a werden die Sätze 1 und 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:  
„Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 1. Januar 1998 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1999 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die

Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 2. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn des folgenden Pflegesatzzeitraums aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern.

Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft ist, möglichst; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren."

#### **b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:**

aa) In Nummer 2 wird das Komma nach dem Wort „hinausgehen“ durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen.

#### **6. Nach § 17a wird folgender neuer § 17b eingefügt:**

##### **„§ 17b**

##### **Landesweite Gesamtvergütung**

(1) Für die Jahre 1997 bis 1999 vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaft jeweils eine Gesamtvergütung als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land;

der Verband der privaten Krankenversicherung kann sich am Verfahren beteiligen. Die Gesamtvergütung ist insbesondere unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung, der Leistungsentwicklung im Krankenhausbereich und in anderen Versorgungsbereichen, der Entwicklung von Zahl und Struktur der Versicherten sowie der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen zu vereinbaren. Grundlage der Gesamtvergütung sind die in Absatz 2 genannten Erlösarten der Krankenhäuser, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind. Die Vereinbarung ist bis zum 15. September des Vorjahres abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, unterrichten die Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a. Diese setzt die Gesamtvergütung bis zum 15. Oktober des Jahres fest.

(2) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren für jedes Krankenhaus einen Gesamterlösbetrag, der die voraussichtlichen Erlöse aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz sowie die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren umfaßt.

(3) Überschreitet die Summe der nach Absatz 2 für die einzelnen Krankenhäuser vereinbarten Gesamterlösbeträge den Betrag der landesweiten Gesamtvergütung nach Absatz 1, teilen die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam den Krankenhäusern den Überschreibungsbetrag und den Vorhundertersatz der Überschreitung mit. Der Gesamterlösbetrag jedes Krankenhauses wird um diesen Vorhundertersatz gekürzt. Die Krankenhäuser ermäßigen ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Mitteilung folgt, den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen sowie für vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren um den Vorhundertersatz.

(4) Überschreiten die im Kalenderjahr erzielten und nach Absatz 7 Satz 1 berichtigten Erlöse der Krankenhäuser im Land die Gesamtvergütung nach Absatz 1, ist der Überschreibungsbetrag zurückzuzahlen. Zur anteiligen linearen Rückzahlung sind nur die Krankenhäuser verpflichtet, deren berichtigte Erlöse den nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 den gekürzten Gesamterlösbetrag, überschritten haben. Die Landesverbände der Krankenkassen ermitteln gemeinsam nach Ablauf des Kalenderjahres die auf die einzelnen Krankenhäuser entfallenden Rückzahlungsbeträge und teilen diese den Krankenhäusern mit. Die Rückzahlung ist auf den Mehrerlös des Krankenhauses gegenüber dem vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 dem gekürzten Gesamterlösbetrag, begrenzt. Die Rückzahlung entfällt,

soweit die Erlöse auf Grund von Notfällen mit erheblicher Folgewirkung für die Gewährleistung der notwendigen Krankenhausversorgung entstanden sind.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen stellen gemeinsam bis zum 31. Januar jeden Jahres die Summe der vereinbarten Gesamterlösbeträge fest. Soweit einzelne Pflegesatzvereinbarungen noch nicht abgeschlossen sind, sind die Gesamterlösbeträge dieser Krankenhäuser sachgerecht zu schätzen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die im Vorjahr erzielten Erlöse bis zum 31. März jeden Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln.

(6) Die Pflegesatzvereinbarung nach § 18 für das Folgejahr ist jeweils bis zum 30. November zu schließen. Ein notwendiges Schiedsverfahren ist bis zum 31. Dezember des Jahres abzuschließen. Über die Genehmigung nach § 18 Abs. 5 ist bis zum 31. Dezember des Jahres, bei Schiedsverfahren bis zum 16. Januar des Folgejahres zu entscheiden.

(7) Abweichend von § 12 Abs. 4 und § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung werden Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses gegenüber dem nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 dem gekürzten Gesamterlösbetrag, zu 50 vom Hundert ausgeglichen. § 12 Abs. 5 und 6 der Bundespflegesatzverordnung wird nicht angewendet.

(8) Die nach den Absätzen 4 und 7 Satz 1 zurückzuzahlenden und auszugleichenden Beträge sind unverzüglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen."

**7. § 18 Abs. 2 wird wie folgt geändert:**

a) In Nummer 2 wird nach dem Wort "insgesamt" ein Komma eingefügt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:

"3. sowie der Verband der privaten Krankenversicherung, soweit auf die Selbstzahler".

**8. In § 29 werden die Absätze 3 bis 5 gestrichen.**

## Artikel 2

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), wird wie folgt geändert:

1. § 85 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2a wird gestrichen.
  - b) In Absatz 4a wird Satz 2 gestrichen.
  - c) In § 87 Abs. 2b werden die Sätze 3 bis 5 gestrichen.
3. In § 103 werden nach Absatz 6 die folgenden Absätze angefügt:

„(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen in den für die amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern der für den Planungsbereich zuständigen Ärztekammer auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.“

„(8) Scheidet in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ein Vertragsarzt aus einer ambulanten Praxisklinik (§ 116a) oder einer Praxisklinik (§ 107 Abs. 1) aus, ohne daß dadurch seine Zulassung endet, gilt für die Nachbesetzung Absatz 7 entsprechend.“

4. In § 108 Nr. 3 werden die Wörter „mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Angabe „nach § 109 Abs. 1 Satz 1“ ersetzt.
5. Nach § 108 wird folgender neuer § 108a eingefügt:

#### „§ 108a

#### Krankenhausgesellschaften

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluß der Träger zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesver-

bände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören. Die von den Landeskrankenhausgesellschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vereinbarungen, deren Abschluß den Krankenhausgesellschaften durch Gesetz oder Verordnung übertragen worden ist, sind für alle Mitglieder unmittelbar verbindlich.“

6. § 109 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
 

„Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Landesverbände anderer Kassenarten oder andere Verbände der Ersatzkassen können dem Vertrag beitreten.“
    - bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
 

„Dieser ist für alle Krankenkassen der betreffenden Kassenart unmittelbar verbindlich.“
  - b) In Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.
7. § 110 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
 

„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.“
  - b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
 

„Bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken wird sie mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam.“
8. § 112 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam“ gestrichen.
  - b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
 

„Sie sind für die beteiligten Krankenkassen und die Mitgliedskrankenhäuser der Landeskrankenhausgesellschaft unmittelbar verbindlich.“
  - c) In Absatz 5 werden die Wörter „oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam“ gestrichen.
9. In § 114 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam“ durch das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ ersetzt.

10. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken)“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Sie sind für die beteiligten Krankenkassen, die Vertragsärzte und die Mitgliedskrankenhäuser der Landeskrankengesellschaft unmittelbar verbindlich.“

11. § 115a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam“ gestrichen.

b) In Satz 3 werden die Wörter „oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam“ gestrichen.

12. In § 115b Abs. 1 werden die Wörter „oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam“ gestrichen.

13. § 116 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren einen Katalog ambulant zu erbringender hochspezialisierter Leistungen, für die besonders qualifizierte Krankenhausärzte nach Absatz 3 ermächtigt sind, sowie im Einvernehmen mit den Bundesärztekammern die Anforderungen an die Qualifikation der Krankenhausärzte.

(3) Krankenhausärzte, die eine nach Absatz 2 vereinbarte Qualifikation besitzen, sind mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur persönlichen ambulanten Erbringung der nach Absatz 2 vereinbarten hochspezialisierten Leistungen auf Überweisung durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt desselben Gebietes ermächtigt. Der Krankenhausträger meldet die Ärzte der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Der ermächtigte Krankenhausarzt kann seine Tätigkeit erst aufnehmen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung nicht innerhalb von vier Wochen widerspricht. Der Widerspruch kann nur darauf gestützt

werden, daß die regionale Versorgung auf dem spezialisierten Gebiet durch Vertragsärzte zum Zeitpunkt der Meldung sichergestellt sei. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung, entscheidet der Zulassungsausschuß (§ 96) auf Antrag des Krankenhausarztes, ob die regionale Versorgung sichergestellt ist; bei Stimmengleichheit gilt die regionale Versorgung als nicht sichergestellt.“

14. Nach § 116 wird folgender neuer § 116a eingefügt:

„§ 116a

#### Ambulante Praxiskliniken

(1) Ambulante Praxiskliniken sind Einrichtungen mehrerer in gemeinsamer Berufsausübung zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Dauer der stationären Versorgung darf zwei Tage nicht überschreiten. In der ambulanten Praxisklinik sind je Vertragsarzt bis zu zwei Betten und insgesamt nicht mehr als zehn Betten zulässig. Ambulante Praxiskliniken sind keine Einrichtungen im Sinne des § 107 Abs. 1.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit ambulanten Praxiskliniken Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Für die Kündigung von Verträgen gilt § 110 Abs. 1 Satz 1 und 2 entsprechend.

(3) Die ärztlichen Leistungen in der ambulanten Praxisklinik sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet.“

15. § 122 wird gestrichen.

16. In § 136 Abs. 1 werden nach den Worten „belegärztliche Leistungen“ die Worte „sowie der ärztlichen Leistungen in ambulanten Praxiskliniken“ eingefügt.

17. § 137 wird wie folgt geändert:

a) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112 und für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 111 geregelt.“

b) Nach Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt:

„Mit den Ärztekammern ist, soweit sie zur Qualität medizinischer Leistungen Festlegen-

gen getroffen und Leitlinien zur Diagnostik und Therapie entwickelt haben, Einvernehmen hierüber herzustellen. Soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen."

c) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort „erheblichen“ gestrichen.

18. In § 299 Satz 2 werden die Wörter „oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land“ gestrichen.

19. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter „oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam“ gestrichen.

### Artikel 3

#### Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 22 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 erster Halbsatz wird durch folgenden Halbsatz ersetzt:

"Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen;"

b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

"Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Höhe der Entgelte abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben."

### Artikel 4

#### Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 2 tritt am 1. Januar 1997 in Kraft.