

Protokollerklärung der Bundesregierung
zum
Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)
(BR-Drs. 541/23)

TOP 2 der 3. Sitzung des Vermittlungsausschusses am 21. Februar 2024

Die von Bund und Ländern geplante Reform der Krankenhausfinanzierung und deren Planungskriterien wird die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und deren Management perspektivisch erheblich verändern. Der Transformationsprozess wird mehrere Jahre andauern. Entsprechend der zwischen Bund und Ländern konsentierten Eckpunkte ist mit der Krankenhausreform die Flankierung dieses Prozesses durch einen unterstützenden und zielgenauen Transformationsfonds - gespeist aus Landesmitteln und Mitteln aus dem Gesundheitsfonds - vorgesehen.

Vor dem Hintergrund der zunehmend problematischen Fachkräftesituation mit daraus folgenden Bettensperrungen, der gegenüber der Vergangenheit geringeren Fallzahlen, der gestiegenen Energiekosten, der steigenden Löhne sowie der inflationsbedingten sonstigen Mehrkosten könnten auch versorgungsnotwendige Krankenhäuser in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Dies gilt es zur Sicherstellung der Versorgung und für das Gelingen der Krankenhausreform zu verhindern.

Um für das Jahr 2024 eine Entlastung für die Krankenhäuser zu schaffen, hat die Bundesregierung das Zahlungsziel der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern weiter auf 5 Tage verkürzt und direkte wie indirekte Energiehilfen für die Krankenhäuser in Milliardenhöhe bereitgestellt. Zudem werden mit dem Krankenhaustransparenzgesetz Regelungen geschaffen, die den Krankenhäusern zusätzliche 6 Mrd. € Liquidität bringen.

Ab dem Jahr 2025 soll als Element der Krankenhausreform ein zielgenauer Transformationsfonds aufgesetzt werden. Ergänzend werden wir die Anpassungsregelungen der Landesbasisfallwerte möglichst ab 1. Juli 2024, spätestens ab 1. Januar 2025 bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform reformieren. Insbesondere sind hierbei die Tarifsteigerungen aller Beschäftigten im Krankenhaus künftig schneller und umfassend zu berücksichtigen. Hierfür wird der Bund per Gesetz die Berechnung der Landesbasisfallwerte entsprechend anpassen.

Außerdem sollen die Belange von ländlichen und strukturschwächeren Räumen mit Blick auf Kooperationsmöglichkeiten und Ausnahmen in der Krankenhausstrukturreform besonders berücksichtigt werden.

Transformationsfonds

§ 12b - Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 4 aufgenommen worden sind. Aus den Mitteln nach den Sätzen 1 und 2 können gefördert werden

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist,
2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und
6. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich bis zu 95 % des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt. Die einem Land für ein Kalenderjahr rechnerisch zuteilbaren, aber nicht abgerufenen Mittel können auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Soweit die Mittel nach den Sätzen 1 und 3 bis zum 31. Dezember 2035 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. Anträge für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils spätestens bis zum 30. September des Vorjahres gestellt werden,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen hat,

3. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,
4. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2025 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
 - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 3 zu erhöhen und
5. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2026 bis 2035 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 das Nähere

1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zum Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und
3. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“

Begründung

Es wird geregelt, dass dem Transformationsfonds nach § 12b KHG im Zeitraum von 2026 bis 2035 insgesamt Finanzmittel in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen und sind um den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds zu reduzieren. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse wird dem Transformationsfonds nach den Vorgaben des § 221 Absatz 3 zugeführt.

Werden in den Jahren 2026 bis 2035 die jährlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro nicht vollständig durch die Länder im jeweiligen Jahr abgerufen, stehen die nicht abgerufenen Finanzmittel bis zum 31. Dezember 2035 und damit bis zum Ende der Laufzeit des

Transformationsfonds für einen späteren Abruf zur Verfügung. Mit der Übertragung der in einem Jahr nicht abgerufenen Mitteln in die darauffolgenden Jahre bis Ende 2035 wird gewährleistet, dass für den gesamten Zeitraum des Transformationsfonds von 2026 bis 2035 insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro bereitgestellt werden.

Werden die von einem Jahr in spätere Jahre übertragenen Mittel zu einem späteren Zeitpunkt durch die Länder abgerufen, sind die dem Transformationsfonds zugeführten Mittel ebenfalls um den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds zu reduzieren.

Landesbasisfallwert / Orientierungswert

Krankenhausentgeltgesetz

§ 9:

c) In Absatz 1b Satz 1 werden das Semikolon und die Wörter „im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ gestrichen.

Begründung:

Durch die Regelung wird die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden bei der Vereinbarung des Veränderungswerts in dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, nicht mehr gesetzlich auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen den beiden letztgenannten Werten beschränkt, sondern haben den vollen Orientierungswert zu Grunde zu legen. Es bleibt jedoch dabei, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bei der Vereinbarung des Veränderungswerts bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen haben. Dies gilt z. B. für Tarifkostensteigerungen, die bereits durch eine unterjährige Anhebung der Landesbasisfallwerte refinanziert worden sind. Die Änderung bei der Ermittlung des Veränderungswerts wirkt sich als höhere Obergrenze sowohl beim Anstieg des Landesbasisfallwert für die somatischen Krankenhäuser als auch beim Anstieg des Gesamtbetrags der besonderen Einrichtungen aus.

§ 10:

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „100 Prozent“ gestrichen und wird die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „100 Prozent“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 werden die Wörter „für den Bereich nach Nummer 1“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt und werden die Wörter „und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen“ gestrichen.

- dd) In Satz 4 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Wörter „innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen nach Satz 3 für das laufende Kalenderjahr“ und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen“ eingefügt.
- ee) Folgender Satz 8 wird angefügt:
„Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 1 während des laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsrates nach Satz 5 und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“

Begründung:

Mit der Regelung wird die Möglichkeit einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts geschaffen. Hierdurch werden die wirtschaftliche Lage und die Liquidität der Krankenhäuser verbessert.

Damit die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und der Liquidität der Krankenhäuser schnellstmöglich wirksam werden kann, wird vorgesehen, dass Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig und vollständig zu berücksichtigen sind (Doppelbuchstabe aa). Zudem wird an Stelle der bislang hälftigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen eine vollständige Tariflohnrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigtengruppen eingeführt (Doppelbuchstabe bb). Zu den zu refinanzierenden Tariflohnsteigerungen zählen dabei, wie bislang schon für das Pflegepersonal, die tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen (Doppelbuchstabe cc). Als Voraussetzung für eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die Erhöhungsrates innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der tarifvertraglichen Vereinbarungen zu vereinbaren, die in dem jeweiligen Personalbereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich sind. Um sicherzustellen, dass die Liquidität der Krankenhäuser auch in dem Fall verbessert werden kann, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene keine zügige Einigung über die Erhöhungsrates erzielen, wird zudem vorgesehen, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung fällt (Doppelbuchstabe dd). Um eine frühzeitige Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser zu ermöglichen, wird geregelt, dass die Erhöhungsrates auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt wird. Auch bei der unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts ist der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der neu vereinbarte Landesbasisfallwert zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr vereinbarten Landesbasisfallwert sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren. Eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um die dann dementsprechend anteilige Erhöhungsrates entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen (Doppelbuchstabe ee). Die Vertragsparteien können die Tarifrefinanzierung aber auch wie bislang bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr berücksichtigen und so den Aufwand für eine zusätzliche, unterjährige Vereinbarung vermeiden.

Bundespfllegesatzverordnung

§ 3:

- a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „55 Prozent“ durch die Angabe „75 Prozent“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Alternativ zu Absatz 4 Satz 1 kann das Krankenhaus ab der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den Rest des jeweiligen Jahres den Basisentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte anwenden.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Wie für die somatischen Krankenhäuser wird auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine vollständige Tarifrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigtengruppen eingeführt. Durch die insoweit verbesserte Tarifrefinanzierung steigt der Prozentsatz, um den der Gesamtbetrag zu erhöhen ist, gegenüber der bisherigen Tarifrefinanzierung an, die bislang für die Pflege eine vollständige und für die übrigen Berufsgruppen eine hälftige Refinanzierung der Tarifsteigerungen vorsah. Eine Erhöhung des Gesamtbetrags, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 75 Prozent der Erhöhungsrates entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen. Der Wert von 75 Prozent entspricht dem aufgerundeten Anteil der Personalkosten an der Summe aus Personal und Sachkosten der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser nach dem jüngsten verfügbaren Kostennachweis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2022.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu den Regelungen in §§ 6 Absatz 3 und 10 Absatz 5 KHEntgG zur Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen. Da das Erfordernis der frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen, wird auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt. Die frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen ist erstmals für das Jahr 2024 anzuwenden. Hierzu wird dem Krankenhaus die Möglichkeit eingeräumt, ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bereits unterjährig einen angehobenen Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte anzuwenden. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können und nicht erst in einem späteren Zeitraum. Die Erhöhung des Basisentgeltwerts erfolgt zunächst um den in Absatz 4 Satz 1 für eine retrospektive Tariflohnrefinanzierung vorgesehenen Prozentsatz. Bei der unterjährigen Erhöhung des Basisentgeltwerts ist darüber hinaus der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der erhöhte Basisentgelt zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr ermittelten Basisentgeltwert

sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts unterliegt keiner Begrenzung durch den Veränderungswert. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können und nicht erst in einem späteren Zeitraum. Zugunsten einer kurzfristigen und unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen erfolgt die Umsetzung in einem einfachen Verfahren, so dass eine Vereinbarung mit den übrigen Vertragsparteien auf Ortsebene und eine erneute Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde nicht erforderlich ist. Die Möglichkeit, die Tariflohnsteigerungen gemäß Absatz 4 Satz 1 erst in einem späteren Zeitraum zu berücksichtigen, bleibt bestehen.

§ 9:

In Absatz 1 Nummer 5 werden das Semikolon und die Wörter „im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ gestrichen.

Begründung:

Wie bei somatischen Krankenhäusern wird auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden bei der Vereinbarung des Veränderungswerts in dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, nicht mehr gesetzlich auf 40 Prozent der Differenz zwischen den beiden letztgenannten Werten beschränkt, sondern haben den vollen Orientierungswert zu Grunde zu legen. Es bleibt jedoch dabei, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bei der Vereinbarung des Veränderungswerts bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen haben. Dies gilt z. B. für Tarifikostensteigerungen, die bereits durch eine unterjährige Anhebung der Landesbasisfallwerte refinanziert worden sind. Die Änderung bei der Ermittlung des Veränderungswerts wirkt sich als höhere Obergrenze beim Anstieg des Gesamtbetrags der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen aus.