

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)¹

vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009)

1. Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.²

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können,

1a. mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

- a) Ergotherapeut, Ergotherapeutin,
- b) Diätassistent, Diätassistentin,
- c) Hebamme, Entbindungspfleger,
- d) Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin,
- e) Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger,

1 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG –“.

2 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Satz 2 eingefügt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten.“

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 „qualitativ hochwertige, patienten- und“ nach „eine“ und „qualitativ hochwertig und“ nach „leistungsfähigen,“ eingefügt.

- f) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
 - g) Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,
 - h) medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin,
 - i) medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin,
 - j) Logopäde, Logopädin,
 - k) Orthoptist, Orthoptistin,
 - l) medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik,
- wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind,
2. Investitionskosten
 - a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
 - b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung sowie die Kosten der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten
 - a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,
 - b) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,
 - c) die in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a und b bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,
 - d) Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die in Nummer 2 genannten Wirtschaftsgüter,
 - e) Kosten der in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind,
 4. Pflegesätze
die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses,
 5. pflegesatzfähige Kosten:
die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist.³

3 ÄNDERUNGEN

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Nr. 3 Buchstabe e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Nr. 4 „halbstationäre“ durch „teilstationäre“ ersetzt.

01.01.1984.—Artikel 23 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hat Nr. 1a eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Nr. 5 eingefügt.

01.01.1994.—§ 13 Abs. 9 des Gesetzes vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402) hat Nr. 1a Buchstabe l eingefügt.

01.06.1994.—§ 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084) hat in Nr. 1a Buchstabe d das Komma am Ende durch „, Physiotherapeut, Physiotherapeutin,“ ersetzt.

01.01.1999.—Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Buchstabe a in Nr. 1a neu gefasst. Buchstabe a lautet:

§ 2a Definition von Krankenhausstandorten

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Ländern, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition des Standorts eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen eine eindeutige Abgrenzung von Versorgungseinheiten insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt unberührt. Die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Das Benehmen mit den Ländern nach Satz 1 wird mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannten Vertretern der Länder hergestellt.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen fest.⁴

§ 3 Anwendungsbereich

Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf

1. (weggefallen)
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Rentenversicherung und, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen; das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.

§ 28 bleibt unberührt.⁵

„a) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin“,
01.01.2004.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) hat die Buchstaben e und f in Nr. 1a neu gefasst. Die Buchstaben e und f lauteten:

„e) Krankenschwester, Krankenpfleger,

f) Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger“,

21.12.2004.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Nr. 1a Buchstabe c „ , Wochenpflegerin,“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

28.06.2005.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720) hat in Nr. 2 „sowie die Kosten der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ am Ende eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) hat Buchstabe e in Nr. 1a neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

„e) Pflegefachfrau, Pflegefachmann“,

4 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat die Vorschrift eingefügt.

5 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Satz 2 eingefügt.

2. Abschnitt⁶

§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.⁷

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat in Satz 1 Nr. 4 „; das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 6 Abs. 2 Satz 2 und § 11a bleiben unberührt.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 10 bleibt unberührt.“

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die §§ 10 und 28 bleiben unberührt.“

01.01.2003.—Artikel 2 Nr. 01 lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat Nr. 1 in Satz 1 aufgehoben. Nr. 1 lautete:

„1. Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist,“.

Artikel 2 Nr. 01 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 4 „Angestellten oder“ durch „Angestellten und, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 16 Nr. 1 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Satz 1 Nr. 4 „gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten“ durch „allgemeinen Rentenversicherung“ ersetzt.

6 AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Überschrift des Abschnitts aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Förderung der Krankenhäuser“

7 ÄNDERUNGEN

01.01.1977.—Artikel 42 des Gesetzes vom 14. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3341) hat Nr. 2 in Abs. 3 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Krankenhäuser, die die in § 10 Abs. 2 oder 3 der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24. Dezember 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1592) genannten Voraussetzungen nicht erfüllen,“.

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 3 Nr. 8 „Ausbildungsstätten sowie“ nach „insbesondere“ gestrichen.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 5 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 4 Förderungsgrundsätze

(1) Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken, soweit die nachstehenden Bestimmungen dieses Gesetzes nichts anderes vorsehen.

(2) Anlauf- und Umstellungskosten sind in die Förderung einzubeziehen, wenn ohne ihre Übernahme die Aufnahme oder Fortführung des Betriebs gefährdet wäre. Unter den in Satz 1 bezeichneten Voraussetzungen können die Kosten des Erwerbs von Grundstücken, der Grundstückerschließung oder ihrer Finanzierung sowie die Miete und Pacht von Grundstücken in die Förderung einbezogen werden.

(3) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1566) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung des Hochschulbauförderungsgesetzes vom 3. September 1970 (Bundesgesetzbl. I S. 1301) gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Okto-

§ 5 Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 71 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818), erfüllen, nur hinsichtlich der nach den landesrechtlichen Vorschriften für Hochschulen förderfähigen Maßnahmen,
2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,

ber 1970 (Bundesgesetzbl. I S. 1458) erfüllen, nur hinsichtlich der nach dem Hochschulbauförderungsgesetz förderungsfähigen Maßnahmen,

2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
 - a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
 - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Kurkrankenhäuser, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,
9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 37 des Bundesseuchengesetzes vom 18. Juli 1861 (Bundesgesetzbl. I S. 1012) vorgehalten werden,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 3 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird, soweit dies zur Erreichung des in § 1 bezeichneten Zweckes notwendig ist.

(5) Soweit Krankenhäuser für förderungsfähige Kosten Anspruch auf eine Investitionszulage nach dem Investitionszulagengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 1979 (BGBl. I S. 24), zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523), oder nach § 19 des Berlinförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1978 (BGBl. 1979 I S. 1), zuletzt geändert durch Artikel 32 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523), haben, werden sie nur in Höhe der die Investitionszulage übersteigenden Kosten gefördert. Fördermittel sind zurückzufordern, soweit sie den nach Satz 1 förderungsfähigen Betrag übersteigen.“

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 4 Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten.

Die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts zusammen die voraus kalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.“

- a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
 - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
 5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Satz 1 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
 6. Versorgungskrankenhäuser,
 7. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Satz 1 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
 8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerläßlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,
 9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 30 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) vorgehalten werden,
 10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind,
 11. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen.
- (2) Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.⁸

8 ÄNDERUNGEN

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 5 Art der Förderung

Zur Förderung nach § 4 Abs. 1 werden den Krankenhäusern Zuschüsse gewährt. An Stelle von Zuschüssen kann der Schuldendienst (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) von Darlehen, die für Investitionskosten aufgenommen worden sind, oder ein Ausgleich für Kapitalkosten (§ 2 Nr. 3 Buchstabe d) gewährt werden.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat in Abs. 1 Nr. 7 „Kur- und Spezialeinrichtungen“ durch „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

01.01.2001.—Artikel 2 § 6 des Gesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) hat in Abs. 1 Nr. 9 „§ 37 des Bundes-Seuchengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262; 1980 S. 151), das zuletzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1985 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist,“ durch „§ 30 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045)“ ersetzt.

01.01.2003.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 1 Nr. 7 „Kurkrankenhäuser sowie“ am Anfang gestrichen.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 10 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 11 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 4 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat Nr. 1 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

- „1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Januar 1976 (BGBl. I S. 185), gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425, 609), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 19. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1482), erfüllen, nur hinsichtlich der nach dem Hochschulbauförderungsgesetz förderungsfähigen Maßnahmen,“

§ 6 Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(1a) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Bestandteil des Krankenhausplans. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.

(2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

(3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen.

(4) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.⁹

9 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die mehrjährigen Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres wird von den Ländern für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) aufgestellt. Ferner ist der Bedarf an pauschalierten Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern (§ 9 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4, § 10) anzugeben.

(2) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuss für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne mit dem Ziel, den in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.

(3) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus sind die Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande zu hören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als wesentlich Beteiligter im Sinne des Satzes 1 anzusehen ist. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.

(4) Die zuständigen Stellen der Länder teilen dem Bundesminister des Innern zum frühestmöglichen Zeitpunkt diejenigen Krankenhausneubauvorhaben mit, die für eine Förderung nach diesem Gesetz in Betracht kommen. Innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Mitteilung teilt dieser dem Land und dem Träger seine Absicht mit, den Träger des Krankenhauses aufzufordern, in das Krankenhaus Schutzräume einzubauen, wenn der Bund die entstehenden Mehrkosten trägt. Der Bundesminister des Innern ist von diesem Zeitpunkt ab insoweit am Planungsverfahren zu beteiligen. Die endgültige Aufforderung muß innerhalb von drei Monaten ausgesprochen werden. Im Land Berlin sind die Sätze 1 bis 4 mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle des Bundesministers des Innern die zuständige oberste Landesbehörde für den Zivilschutz tritt.“

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 6 Krankenhausbedarfsplanung

§ 6a¹⁰

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung des in § 1 genannten Zwecks Krankenhausbedarfspläne auf und passen sie der Entwicklung an. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.

(2) Die Krankenhausbedarfspläne haben den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe auszuweisen. In die Bedarfspläne sind auch die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden. Krankenhäuser sollen für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser, auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander, zum Beispiel über die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte, die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.

(3) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Bedarfsplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

(4) Die Krankenhausbedarfspläne werden in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhausesellschaft sowie den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande aufgestellt und der Bedarfsentwicklung angepaßt. Die Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf die Erörterung von Planungszielen und -kriterien, von Entwürfen zur Bedarfsplanung sowie Vorschlägen zur Anpassung der Bedarfsplanung, jeweils einschließlich der Folgekosten. Die Aufgaben der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Lande nehmen für die Ersatzkassen die nach § 525a der Reichsversicherungsordnung gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr. Das betroffene Krankenhaus und die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande sind anzuhören; durch Landesrecht wird bestimmt, wer sonstiger wesentlich Beteiligter ist.“

01.01.1995.—Artikel 17 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Abs. 3 in Abs. 4 unnummeriert und Abs. 3 eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten ist ab dem 1. Juli 1996 unverzüglich um die Zahl der fehlbelegten Betten zu verringern, die insbesondere durch die in § 17a vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich werden. Dabei soll die diesem Ziel dienende Förderung nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 vorrangig solchen Krankenhausträgern gewährt werden, die von sich aus eine Umwidmung in Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 vornehmen.“

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1a eingefügt.

10 QUELLE

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 6a Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen für den Zeitraum der Finanzplanung auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbaus auf (mehrjährige Programme). In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und für die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen.

(2) In jedem Jahr stellen die Länder für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahresbauprogramm) auf. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend; ferner ist der Bedarf an pauschaliereten Finanzierungsmitteln nach § 10 anzugeben.

§ 7 Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Durchführung dieses Gesetzes arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen; das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

(2) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.¹¹

(3) Bei der Aufstellung der Investitionsprogramme sind die Folgekosten der vorgesehenen Investitionen zu berücksichtigen. Die nach § 6 Abs. 4 wesentlich Beteiligten sind anzuhören. Vor der endgültigen Aufstellung der Programme berät der Ausschuß nach § 7 Abs. 1 über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne, um den in § 1 genannten Zweck zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.

(4) Die zuständigen Stellen der Länder teilen dem Bundesminister des Innern zum frühestmöglichen Zeitpunkt diejenigen Krankenhausneubauvorhaben mit, die für eine Förderung nach diesem Gesetz in Betracht kommen. Innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Mitteilung teilt dieser dem Land und dem Träger seine Absicht mit, den Träger des Krankenhauses aufzufordern, in das Krankenhaus Schutzräume einzubauen, wenn der Bund die entstehenden Mehrkosten trägt. Der Bundesminister des Innern ist von diesem Zeitpunkt an insoweit am Planungsverfahren zu beteiligen. Die endgültige Aufforderung muß innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Planungsunterlagen ausgesprochen werden. Im Land Berlin sind die Sätze 1 bis 4 mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle des Bundesministers des Innern die zuständige oberste Landesbehörde für den Zivilschutz tritt.“

11 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 1 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 1 Satz 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

§ 3 Nr. 2 derselben Verordnung hat in Abs. 3 Satz 2 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

§ 3 Nr. 3 derselben Verordnung hat in Abs. 4 Satz 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 6 Abs. 2“ durch „§ 6a Abs. 3“ ersetzt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 7 Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts und die zuständigen obersten Landesbehörden angehören. Der Ausschuß hat die durch einzelne Beratungsgegenstände Betroffenen zu beteiligen.

(2) Dem Ausschuß obliegen neben der Beratung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zwecks dienen, insbesondere die sich aus § 6a Abs. 3 und § 23 Abs. 2 ergebenden Aufgaben sowie die Abstimmung der allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich im Zusammenhang mit der Pflegesatzregelung nach den §§ 16 bis 19 und aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen Bund und Ländern abzustimmen.

(3) Der Ausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. Der Vorsitz wechselt zwischen dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und einem der Mitglieder aus den zuständigen obersten Landesbehörden.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bildet durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Beirat, der dem Ausschuß nach Absatz für Fragen im Zusammenhang mit den allgemeinen Grundsätzen für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser und mit der Pflegesatzregelung zur Seite steht. Dem Beirat gehören sieben Vertreter der Krankenhausträger, fünf der Sozialleistungsträger, zwei Vertreter der Ärzteschaft, ein Vertreter der Arbeitnehmer und ein Vertreter der Arbeitgeber an. In der Rechtsverordnung kann das Nähere über das Verfahren des Beirats geregelt und vorgesehen werden, daß der Beirat Sachverständige, insbesondere aus den Krankenhausberufen, zu beteiligen hat.“

2. Abschnitt Grundsätze der Investitionsförderung¹²

§ 8 Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

(1a) Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.

(1b) Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.

(2) Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.

(3) Für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.¹³

12 QUELLE

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

13 ÄNDERUNGEN

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Allgemeine Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nach § 9 Abs. 1 und 2 nur gefördert, wenn sie in die Krankenhausbedarfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind. Die Feststellung nach Satz 1 kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes erforderlich ist.“

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 9 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Anderen Krankenhäusern, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes betrieben werden, ist ein Ausgleich bis zur Höhe des Betrages, der einem vergleichbaren öffentlich geförderten Krankenhaus auf Grund des § 9 Abs. 3 und 4 und der §§ 10 bis 12 gewährt wird, zur Vermeidung von unzumutbaren Härten in dem hier-

§ 9 Fördertatbestände

(1) Die Länder fördern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten, die entstehen insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

(2) Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel

durch gebotenen Umfang für eine begrenzte Übergangszeit, jedoch nicht über einen Zeitraum von 10 Jahren hinaus, zu gewähren, wenn damit die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Betriebs erleichtert wird; dies gilt auch für Krankenhäuser, mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist. Satz 1 findet keine Anwendung auf die in § 4 Abs. 3 bezeichneten Krankenhäuser.“

01.01.1984.—Artikel 23 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hat in Abs. 1 Satz 2 „Nr. 3 Buchstabe e“ durch „Nr. 1a“ ersetzt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz nur gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan (§ 6) aufgenommen sind und wenn die zuständige Landesbehörde ihre Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und im Falle der Förderung nach § 9 die Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt hat. Satz 1 gilt entsprechend für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten. Die Feststellung nach Satz 1 kann mit Nebenbestimmungen nur verbunden werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes erforderlich ist. Ein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und in das Jahreskrankenhausbauprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern hat die Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches der betroffenen Krankenhäuser den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes am besten gerecht wird. Gegen die Feststellung der Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Krankenhausbedarfspläne steht der Verwaltungsrechtsweg offen.

(2) Krankenhäusern, die

1. nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sind und die am 1. Oktober 1972 betrieben wurden oder mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist, oder
2. auf Grund einer Entscheidung der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausbedarfsplan ganz oder teilweise ausgeschieden sind oder ausscheiden,

sind an Stelle der nach den §§ 9 bis 12 zu zahlenden Fördermittel Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder bei der Einstellung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Ausgleichszahlungen sind insbesondere zu bewilligen für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen, und
3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.“

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „Verbänden der“ nach „Krankenkassen, den“ gestrichen.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1a, 1b und 1c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist“ am Ende eingefügt.

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

(3) Die Länder fördern die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 bleibt unberührt. Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.

(3a) Der vom Land bewilligte Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach Absatz 3 steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung auf einer Vereinbarung des Krankenhausträgers mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht und ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt. § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.

(4) Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

(5) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.¹⁴

14 ÄNDERUNGEN

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 10 lit. d des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Abs. 5 eingefügt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 1 Satz 2 „; in die Beurteilung sind die Folgekosten einzubeziehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „und 2“ durch „bis 2b“ ersetzt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 9 Förderung der Errichtung von Krankenhäusern, der Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter und des Ergänzungsbedarfs

(1) Für Krankenhäuser, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet werden, sind auf Antrag Fördermittel in Höhe der im Zusammenhang mit der Errichtung entstehenden und nachzuweisenden förderungsfähigen Investitionskosten zu bewilligen, wenn die in § 8 Abs. 1 bezeichneten Voraussetzungen und die für die Förderung mit Landesmitteln geltenden Voraussetzungen vorliegen und die gesamte Finanzierung entsprechend den Grundsätzen der Landesförderung gesichert ist. Es sind nur die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigten Kosten zu berücksichtigen; in die Beurteilung sind die Folgekosten einzubeziehen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenhäuser, die teilweise nach Inkrafttreten des Gesetzes errichtet werden, nur hinsichtlich der nach diesem Zeitpunkt entstandenen Investitionskosten nach Maßgabe der Feststellung im Jahreskrankenhausprogramm.

§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

(1) Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser, die Entgelte nach § 17b erhalten, sowie für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Absatz 1 Satz 1 wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht. Dafür werden Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens legen Bund und Länder fest. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

(2) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vereinbaren die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern; § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 und Absatz 7 Satz 6 ist entsprechend anzuwenden. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, für das DRG-Vergütungssystem und für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Ge-

(2a) Die Errichtungsmaßnahmen können mit Zustimmung des Krankenhauses ganz oder teilweise auch durch einen Festbetrag gefördert werden; er kann auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden.

(2b) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen und nachträglich genehmigte Planänderungen, für den Krankenhausträger unabweisbar sind, und dieser die zuständige Landesbehörde unverzüglich nach dem Bekanntwerden von den Mehrkosten unterrichtet hat.

(3) Die Absätze 1 bis 2b gelten entsprechend für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als fünfzehn Jahren und bis zu dreißig Jahren erstreckt (mittelfristige Anlagegüter) sowie für die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet worden sind. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß für die Wiederbeschaffung von mittelfristigen Anlagegütern und die Ergänzung von Anlagegütern pauschale Abgeltungen bewilligt werden können; in diesem Falle bedarf es nicht der Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm.

(4) Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

(5) § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 bleibt unberührt.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat in Abs. 2 Nr. 5 „oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben.“ durch ein Komma ersetzt.

Artikel 22 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Nr. 6 eingefügt.

01.01.1994.—Artikel 11 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 3 Satz 1 „kleiner baulicher“ durch „kleine bauliche“ ersetzt.

Artikel 11 Nr. 4 lit. b und c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Die Pauschalbeträge sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.“

01.01.1995.—Artikel 17 Nr. 2 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Abs. 3a eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 2 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3a Satz 1 „Veränden der“ nach „und den“ gestrichen.

sundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.¹⁵

15 ÄNDERUNGEN

01.10.1974.—Artikel 1 der Verordnung vom 17. Juni 1976 (BGBl. I S. 1666) hat Abs. 1 Satz 2 geändert.

01.10.1976.—Artikel 1 der Verordnung vom 25. November 1977 (BGBl. I S. 2273) hat Abs. 1 Satz 2 geändert.

18.01.1977.—§ 3 Nr. 4 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 5 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.10.1978.—Artikel 1 der Verordnung vom 21. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2388) hat Abs. 1 Satz 2 geändert.

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Förderung der Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern“.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als drei Jahren und bis zu fünfzehn Jahren erstreckt (kurzfristige Anlagegüter), werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 8,33 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach Satz 2 für jedes Krankenhausplanbett bewilligt. Als Bemessungsgrundlage sind entsprechend dem Jahr der Inbetriebnahme und der Anforderungsstufe die Beträge der nachstehenden Tabelle zugrunde zu legen:

[Tabelle: BGBl. I 1972 S. 1012, 1976 S. 1666, 1977 S. 2273, 1979 S. 2388]

(2) Es gehören Krankenhäuser

1. mit bis zu 250 Krankenhausplanbetten zur Anforderungsstufe I
2. mit mehr als 250 und bis zu 350 Krankenhausplanbetten zur Anforderungsstufe II
3. mit mehr als 350 und bis zu 650 Krankenhausplanbetten zur Anforderungsstufe III
4. mit mehr als 650 Krankenhausplanbetten zur Anforderungsstufe IV.

Abweichend von Satz 1 kann eine andere Anforderungsstufe oder im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „den in Absatz 1 bezeichneten Vomhundertsatz oder die dort bezeichnete Bemessungsgrundlage“ durch „die Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Bemessungsgrundlage nach Absatz 1“ durch „Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 10 Pauschale Förderung

(1) Als pauschale Förderung werden auf Antrag Fördermittel nach Absatz 2 bewilligt

1. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter) und
2. für
 - a) die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als fünfzehn Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter) und
 - b) Errichtungsmaßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 50 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

Die pauschale Förderung gilt auch bei Überschreiten der Wertgrenze nach Satz 1 Nr. 2, wenn eine Förderung nach § 9 nicht beantragt wurde.

(2) Die Fördermittel nach Absatz 1 betragen jährlich für jedes nach § 8 Abs. 1 Satz 1 als förderungsfähig zugrunde gelegte Krankenhausbett (Planbett) bei Krankenhäusern

1. der Grundversorgung 2 045 DM,
2. der Regelversorgung 2 481 DM,
3. der Schwerpunktversorgung 2 868 DM,
4. der Zentralversorgung 3 666 DM.

Abweichend von Satz 1 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist. Die Fördermittel dürfen nur zur Erfüllung der im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet werden.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2 zu ändern, soweit dies zur Anpassung auf eine wesentliche Änderung des Verhältnisses der langfristigen, mittelfristigen und kurzfristigen Anlagegüter zueinander oder an eine wesentliche Änderung ihrer Nutzungsdauer erforderlich ist.

(4) Zur Anpassung an den tatsächlichen Bedarf können die Fördermittel in kürzeren als jährlichen Zeiträumen ausbezahlt werden.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt in Abständen von höchstens zwei Jahren die Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2 entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung der Investitionen nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates neu fest.“

UMNUMMERIERUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 12 lit. b des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat § 11a in § 10 unnummeriert.

ÄNDERUNGEN

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 12 lit. b des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat in Satz 3 „§ 4 Abs. 3“ durch „§ 5 Abs. 1“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „; dabei ist das Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen herzustellen“ am Ende gestrichen.

Artikel 11 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 10 Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte

Die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte ist unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere der Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärzte, mit der zuständigen Landesbehörde abzustimmen, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte sicherzustellen. Satz 1 gilt auch für die Anschaffung oder Nutzung solcher Geräte in den in § 3 Satz 1 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäusern, soweit diese der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 genannten Krankenhäusern ist der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf zu berücksichtigen. Im übrigen gilt § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

QUELLE

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b erhalten, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „bis zum 31. Dezember 2009“ nach „werden“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Abs. 2“ durch „Absatz 2“ ersetzt, „bis zum 31. Dezember 2009“ nach „vereinbaren“ gestrichen sowie „und repräsentativen“ nach „sachgerechten“ und „; § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 und Absatz 7 Satz 6 ist entsprechend anzuwenden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „bis zum 31. Dezember 2010“ nach „DRG-Institut,“ und „bis zum 31. Dezember 2012“ vor „für Einrichtungen“ gestrichen.

§ 11 Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung

Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, daß Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.¹⁶

§ 11a¹⁷

§ 12 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 6 und nach § 14 Satz 4, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind. Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 3 aufgenommen worden sind.

(2) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 1 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 2 Satz 3 „ihr DRG-Institut“ durch „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

16 ÄNDERUNGEN

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 11 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) An Stelle der Förderung der Anschaffung und Wiederbeschaffung von Anlagegütern nach § 9 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann auch nachträglich erklärt werden, wenn die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und wirtschaftliche Nachteile nicht zu erwarten sind.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 10 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.“

17 QUELLE

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 12 lit. b des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat § 11a in § 10 unnummeriert.

- a) in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel abzüglich der auf diesen Zeitraum entfallenden durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes oder den im Haushaltsplan des Jahres 2015 für die Investitionsförderung der Krankenhäuser ausgewiesenen Haushaltsmitteln entspricht, und
- b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und

4. die in Absatz 3 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 2016 bis 2018 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds zur Förderung der Schließung eines Krankenhauses dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist; für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das antragstellende Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 1 Satz 1 genannte Betrag abzüglich der Aufwendungen nach Satz 6 und nach § 14 Satz 4 ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt 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 Bundesversicherungsamts werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere das Nähere

1. zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zur Verteilung der nicht ausgeschöpften Mittel nach Absatz 1 Satz 5,
3. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1,
4. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.¹⁸

18 ÄNDERUNGEN

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 13 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 2 Satz 2 „nach dem 1. Januar 1970“ nach „Umschuldung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.1984.—Artikel 23 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hat in Abs. 1 Satz 3 „Nr. 3 Buchstabe e“ durch „Nr. 1a“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 12 Förderung bei Aufnahme von Darlehen

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenkassen, die nach § 10 mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, vor Inkrafttreten dieses Gesetzes Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen oder für die Alterssicherung bestimmte Mittel eingesetzt worden, so werden auf Antrag in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt; für nach dem 1. Januar 1970 aufgenommene Darlehen jedoch nur, soweit ein unabweisbarer Bedarf nachgewiesen wird. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Länder und Gemeinden (Gemeindeverbände), soweit diese nicht nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in Zuschüsse umgewandelt werden. Für die Krankenhäuser und die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden, sind Fördermittel nach Satz 1 vom Zeitpunkt der Aufnahme an zu bewilligen.

§ 13 Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesversicherungsamt gestellt werden soll. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.¹⁹

(2) Absatz 1 gilt nicht für Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers nach dem 1. Januar 1970 aufgenommen wurden. Fördermittel werden nicht gewährt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung nach dem 1. Januar 1970, es sei denn, daß diese aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unvermeidbar war.

(3) Krankenhäuser, die Fördermittel nach Absatz 1 in Anspruch nehmen wollen, sind zur Auskunft über alle Tatsachen verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 notwendig ist. Werden die Auskünfte nicht, nicht vollständig, nicht fristgemäß oder unrichtig gegeben, so können die Fördermittel versagt oder zurückgefordert werden.

(4) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan der Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen. Soweit förderungsfähige Investitionen mit Zustimmung der Förderbehörde aus Eigenmitteln finanziert worden sind, sind die hierauf entfallenden Abschreibungen im Rahmen des § 13 zu berücksichtigen. Unberücksichtigt bleiben die Abschreibungen, die auf Investitionen entfallen, die mit öffentlichen Mitteln außerhalb dieses Gesetzes finanziert worden sind.“

QUELLE

05.11.2015.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 15 des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) hat in Abs. 2 Satz 4 „Satz 3“ durch „Satz 4“ ersetzt.

19 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 1 Satz 1 „Beendigung der Förderung“ durch „Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

(3) Ein Ausgleich nach Absatz 1 wird nicht gewährt für Krankenhäuser, die auf Grund des § 8 Abs. 2 gefördert werden, sowie für Einrichtungen oder Anlagegüter, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden können.“

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 13 Ausgleich für Eigenmittel

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhausträger bei Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu gewähren. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. Sind für die Wiederbeschaffung des Anlagegutes Fördermittel nach § 10 bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Wert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.“

QUELLE

§ 14 Auswertung der Wirkungen der Förderung

Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm oder der beauftragten Stelle von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, erstmals zum 31. Juli 2017, vorzulegen. Die Aufwendungen für die Auswertung werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Auf der Grundlage der Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vor.²⁰

§ 15 Beteiligung an Schließungskosten

Die Vertragsparteien nach § 18 können vereinbaren, dass sich die in § 18 Absatz 2 genannten Sozialleistungsträger an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses beteiligen. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung können sich an der Vereinbarung beteiligen. Hierbei ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit die Schließung bereits nach den §§ 12 bis 14 gefördert wird. Eine Vereinbarung nach Satz 1 darf nicht geschlossen werden, wenn der Krankenhausträger auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist, die für dieses Krankenhaus gewährt worden sind.²¹

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

20 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 14 Bedingungen und Auflagen bei der Bewilligung der Fördermittel

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Bedingungen oder Auflagen nur verbunden werden, soweit sie für die Einhaltung der Ziele des Krankenhausbedarfsplanes erforderlich sind. Die Bewilligung der Mittel nach § 8 Abs. 2 kann außerdem mit Bedingungen oder Auflagen verbunden werden, die für die Umstellung oder für die Einstellung des Betriebes erforderlich sind.“

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 14 Nebenbestimmungen bei der Bewilligung der Fördermittel

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit sie zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere zur Erreichung der Ziele des Krankenhausbedarfsplans, erforderlich sind. Bei der Übertragung von Aufgaben der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens ist sicherzustellen, daß die Finanzierung der Investitionskosten und der laufenden Kosten für die Ausbildung im notwendigen Umfang gewährleistet ist und die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses für die Versorgung der Patienten nicht beeinträchtigt wird. Die Bewilligung der Mittel nach § 8 Abs. 2 kann außerdem mit Nebenbestimmungen verbunden werden, die für die Umstellung oder für die Einstellung des Betriebs erforderlich sind.“

QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

21 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 2 Satz 3 „Krankenhausanlage“ durch „Anlagegüter“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 15 Sicherung der Zweckbindung

3. Abschnitt Vorschriften über Krankenhauspflegesätze

§ 16 Verordnung zur Regelung der Pflegesätze

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser,
2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,
3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind,
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten,
6. das Verfahren nach § 18,
7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser,
8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen.

Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.²²

(1) Bei der Bewilligung ist sicherzustellen, daß die nach den §§ 9 bis 12 gewährten Fördermittel nicht für Zwecke außerhalb des geförderten Krankenhauses verwendet werden.

(2) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird; bei teilweise Förderung ist die Verpflichtung entsprechend anteilig begrenzt.

(2a) Im Falle des Absatzes 2 Satz 1 kann von einer Rückforderung abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausbedarfsplan ausscheidet.

(3) Die Fördermittel können zurückverlangt werden, wenn sie entgegen festgesetzten Bedingungen oder Auflagen verwendet werden.

(4) Absatz 3 gilt entsprechend, wenn nach Beendigung der Leistungen nach § 8 Abs. 2 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung nicht erfolgt.“

QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

22 ÄNDERUNGEN

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat Satz 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung

(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im Voraus zu bemessen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes zu beachten. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen. Eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären. Für nichtärztliche Wahlleistungen gilt § 17 Absatz 1, 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.

(1a) Für die mit pauschalierten Pflegesätzen vergüteten voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen gelten im Bereich der DRG-Krankenhäuser die Vorgaben des § 17b und im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Vorgaben des § 17d.

(2) Soweit tagesgleiche Pflegesätze vereinbart werden, müssen diese medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.

(3) Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen

1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen,
2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen.

(4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz voll gefördert werden, und bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 3 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren,
2. Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung,
3. Anlauf- und Umstellungskosten,
4. Kosten der in § 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen,
5. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird;

dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils.

Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser-, über Rechnungs- und Buchführungspflichten und das anzuwendende Verfahren nach § 18 zu erlassen.“

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Nr. 2 in Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den ambulanten Leistungen, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,“

Artikel 11 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 3 „(Kostenerstattung und Vorteilsausgleich)“ durch „(Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben)“ ersetzt.

Artikel 11 Nr. 6 lit. c und d desselben Gesetzes hat Nr. 4 und 5 in Satz 1 neu gefasst. Nr 4 und 5 lauteten:

„4. die Berücksichtigung der Erlöse aus ambulanten Leistungen und Wahlleistungen des Krankenhauses und sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,

5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den im Pflegesatz zu berücksichtigenden Kosten,“

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Satz 1 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Satz 1 Nr. 8 eingefügt.

(4a) (weggefallen)

(4b) Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegesatzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt.

(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze. Werden die Krankenhausleistungen mit pauschalierten Pflegesätzen nach Absatz 1a vergütet, gelten diese als Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser im Sinne des Satzes 1.²³

23 ÄNDERUNGEN

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 17 lit. d des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Abs. 4a eingefügt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.“

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Nr. 4 „; Absatz 4a bleibt unberührt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern“ nach „Sozialleistungsträgern“ eingefügt und „§ 330c“ durch „§ 323c“ ersetzt.

01.01.1984.—Artikel 23 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hat in Abs. 4a Satz 1 „Nr. 3 Buchstabe e“ durch „Nr. 1a“ ersetzt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Werden Arztkosten oder Nebenkosten gesondert berechnet, so ist dies bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen; durch Rechtsverordnung nach § 16 ist zu bestimmen, welche Kosten als Arzt- oder Nebenkosten anzusehen und in welcher Höhe die Erlöse des Krankenhauses bei der Ermittlung der Selbstkosten zu berücksichtigen sind. Als Nebenkosten im Sinne des Satzes 1 können nur die Kosten besonders teurer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren oder besonders teurer Medikamente bestimmt werden.

(3) Im Pflegesatz sind Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, und Kosten für Leistungen, die weder unmittelbar noch mittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch, soweit Kosten für einen nach den Grundsätzen des Absatzes 1 Satz 2 nicht wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten entstehen, deren Anschaffung oder Nutzung entgegen § 11a nicht abgestimmt ist oder die entgegen einer Zuordnung im Krankenhausbedarfsplan betrieben werden.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „§ 4 Abs. 3“ durch „§ 5 Abs. 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Nr. 4 „§ 4 Abs. 3“ durch „§ 5 Abs. 1“ ersetzt.
01.01.1986.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhauses decken; die Selbstkosten sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln. Die Pflegesätze sollen außerdem Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen und zugleich sicherstellen, daß das Krankenhaus seinem Versorgungsauftrag im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erfüllen kann.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat Satz 2 in Abs. 4a aufgehoben. Satz 2 lautete: „Das gilt für die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung nur bis zum 31. Dezember 1988.“

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Pflegesätze sind auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen gewährleisten, daß das Krankenhaus bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung seine stationären und teilstationären Leistungen im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erbringen kann. Bei der Bemessung der Pflegesätze sind auch die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen nach § 19 angemessen zu berücksichtigen. Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen.“

Artikel 11 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 11 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 11 Nr. 7 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „voll“ nach „Gesetz“ eingefügt.

Artikel 11 Nr. 7 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „bei Krankenhäusern, die teilweise gefördert werden,“ durch „im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses“ ersetzt.

Artikel 11 Nr. 7 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind, es sei denn, daß das Krankenhaus im Hinblick auf § 323c des Strafgesetzbuchs zur Aufnahme des Kranken verpflichtet ist. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern.“

01.01.1996.—Artikel 11 Nr. 7 lit. d litt. bb des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 4 Nr. 1 das Komma am Ende durch „,“ und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b,“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 8 Nr. 4 lit. c des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 4b eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 2a durch die Sätze 1 bis 9 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 sind Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen zu bestimmen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 ist möglich; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren.“

Artikel 8 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt und Nr. 3 in Abs. 3 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. Kosten für den Betrieb von medizinisch-technischen Großgeräten, deren Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung entgegen § 10 nicht abgestimmt ist.“

01.01.2000.—Artikel 4 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 4 „§ 141 Abs. 2“ durch „§ 71 Abs. 1“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a aufgehoben. Abs. 1a lautete:

„(1a) In den Jahren 1993, 1994 und 1995 ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legen. Übersteigt in diesem Gesamtzeitraum die durchschnittliche Erhöhung der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1, ist der übersteigende Betrag der Personalkosten pflegesatzfähig. Mehreinnahmen der Krankenhäuser aus der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen und Mehrkosten auf Grund der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung, anderer nach dem 31. Dezember 1992 in Kraft tretender krankenhausspezifischer Rechtsvorschriften, einer Empfehlung nach § 19 Abs. 1 zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern sowie vom 1. Januar 1994 an Instandhaltungskosten nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet sind zu berücksichtigen. Die auf Grund der Sätze 1 bis 3 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 getroffene Regelung wird für diejenigen Krankenhäuser auf die Jahre 1993 und 1994 beschränkt, die vom 1. Januar 1995 an die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den auf Grund des Absatzes 2a getroffenen Regelungen anwenden.“

Artikel 4 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 3 „und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17b“ nach „1998“ eingefügt.

Artikel 4 Nr. 1 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 3 „in den Jahren 1997 bis 1999“ nach „werde“ gestrichen.

Artikel 4 Nr. 1 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4b Satz 5 eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a und b des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im voraus zu bemessen. Sie müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten; dabei sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen, die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser und die Empfehlungen nach § 19 angemessen zu berücksichtigen. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.

(2) Zur Verwirklichung der Ziele des Absatzes 1 kann in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt werden, daß

1. neben oder an Stelle von tagesbezogenen Entgelten, Fallpauschalen oder anderen pauschalierten Entgelten einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen gesondert vergütet werden,
2. die Vergütung von Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum als fester oder veränderlicher Gesamtbetrag festgelegt wird (Budgetierung) oder
3. die Vergütung nach einem System berechnet wird, das sich aus einer Verbindung dieser Vergütungsarten ergibt.

Die Kosten der Krankenhausleistungen sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln.“

Artikel 2 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 11 und 12 in Abs. 2a aufgehoben. Die Sätze 11 und 12 lauteten: „Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden, sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen vorzusehen.“

Artikel 2 Nr. 3 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4a aufgehoben. Abs. 4a lautete:

„(4a) Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß zwischen Krankenhäusern mit solchen Ausbildungsstätten und Krankenhäusern ohne solche Ausbildungsstätten wegen der nach Satz 1 berücksichtigungsfähigen Kosten ein Ausgleich stattfindet und daß hierzu ein Teil dieser Kosten in den Pflegesätzen der Krankenhäuser ohne solche Ausbildungsstätten angemessen berücksichtigt wird.“

§ 17a Finanzierung von Ausbildungskosten

Artikel 2 Nr. 3 lit. e desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 4b aufgehoben. Satz 5 lautete: „Bis zum 31. Dezember 2002 sind die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 zweckgebunden und noch nicht verwendete Mittel auf einem gesonderten Konto zu buchen.“

Artikel 2 Nr. 3 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 5 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 „ , und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b,“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

21.12.2004.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Abs. 2a aufgehoben. Abs. 2a lautete:

„(2a) Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17b vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlußgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzungen betroffen sind. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6. 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 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn eines folgenden Kalenderjahres 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 möglich, die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren. Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet.“

18.08.2006.—Artikel 25 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 4 Nr. 4 „ ; Absatz 4a bleibt unberührt“ am Ende gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 3 „Verbände der“ nach „und die“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger“ nach „werden,“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 6 Nr. 1a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 5 und 6 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen sowie die Pflegesätze, Fallkosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser oder Abteilungen angemessen zu berücksichtigen. Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Es sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 5 „Fallpauschalen oder Zusatzentgelten nach § 17b“ durch „pauschaliereten Pflegesätzen nach Absatz 1a“ ersetzt.

(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung infolge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003, sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind (Ausbildungskosten); der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil der Ausbildungskosten ist in Abzug zu bringen. Abweichend von Satz 1 sind bei einer Anrechnung nach den Sätzen 3 und 4 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu finanzieren. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; ab dem 1. Januar 2005 gilt das Verhältnis von 9,5 zu 1. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.

(2) Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

1. die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung insbesondere über die zu finanzierenden Tatbestände, die zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze und über ein Kalkulationsschema für die Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3;
2. die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen insbesondere zur Berücksichtigung der landesrechtlichen Vorgaben für die Ausbildung und zum Abzug des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten, bei einer fehlenden Vereinbarung nach Nummer 1 auch zu den dort möglichen Vereinbarungsinhalten.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei bei Satz 1 Nr. 1 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 und bei Satz 1 Nr. 2 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1.

(3) Bei ausbildenden Krankenhäusern vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) ein krankenhausesindividuelles Ausbildungsbudget, mit dem die Ausbildungskosten finanziert werden; § 11 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Sie stellen dabei Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze fest. Das Budget soll die Kosten der Ausbildungsstätten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung decken. Die für den Vereinbarungszeitraum zu erwartenden Kostenentwicklungen einschließlich der zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze sind zu berücksichtigen. Ab dem Jahr 2010 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 4b zu berücksichtigen. Soweit Richtwerte nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets. Es ist eine Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte oder im Falle des Satzes 6 eine Angleichung der Finanzierungsbeträge im Land untereinander anzustreben; dabei sind krankenhausesindividuelle Abweichungen des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. Die Ausbildung in der Region darf nicht gefährdet werden. Soweit eine Ausbildungsstätte in der Region erforderlich ist, zum Beispiel weil die Entfernungen und Fahrzeiten zu anderen Ausbildungsstätten nicht zumutbar sind, können auch langfristig höhere Finanzierungsbeträge gezahlt werden; zur Prüfung der Voraussetzungen sind die Vorgaben zum Sicherstellungszuschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden. Weicht am Ende des Vereinbarungszeitraums die Summe der Zahlungen aus dem Ausgleichs-

fonds nach Absatz 5 Satz 5 und den verbleibenden Abweichungen nach Absatz 6 Satz 5 oder die Summe der Zuschläge nach Absatz 9 Satz 1 von dem vereinbarten Ausbildungsbudget ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Steht bei der Verhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

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

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

(4b) Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge nach Absatz 3 Satz 6 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung der Vorgaben nach Satz 1 entwickeln die Vertragsparteien insbesondere unter Nutzung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c des Krankenhausentgeltgesetzes und von Daten aus einer Auswahl von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten, die an einer gesonderten Kalkulation teilnehmen, jährlich schrittweise das Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten und zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.

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

1. erstmals für das Jahr 2006 einen Ausgleichsfonds in Höhe der von den Krankenhäusern im Land angemeldeten Beträge (Sätze 3 und 4),
2. die Höhe eines Ausbildungszuschlags je voll- und teilstationärem Fall, mit dem der Ausgleichsfonds finanziert wird,
3. die erforderlichen Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung zu stellenden Zuschlägen, insbesondere Vorgaben zur Verzinsung ausstehender Zahlungen der Krankenhäuser mit einem Zinssatz von 8 vom Hundert über dem Basiszins nach § 247 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Der Ausgleichsfonds wird von der Landeskrankenhausesgesellschaft errichtet und verwaltet; sie hat über die Verwendung der Mittel Rechenschaft zu legen. Zur Ermittlung der Höhe des Ausgleichsfonds melden die ausbildenden Krankenhäuser die jeweils nach Absatz 3 oder 4 für das Vorjahr vereinbarte Höhe des Ausbildungsbudgets sowie Art und Anzahl der Ausbildungsplätze und die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen; im Falle einer für den Vereinbarungszeitraum absehbaren wesentlichen Veränderung der Zahl der Ausbildungsplätze oder der Zahl der Auszubildenden kann ein entsprechend abweichender Betrag gemeldet

werden. Soweit Meldungen von Krankenhäusern fehlen, sind entsprechende Beträge zu schätzen. Die Landeskrankenhausgesellschaft zahlt aus dem Ausgleichsfonds den nach Satz 3 gemeldeten oder nach Satz 4 geschätzten Betrag in monatlichen Raten jeweils an das ausbildende Krankenhaus.

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

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

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

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

(10) Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind nicht pflegesatzfähig, soweit die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 nichts anderes vereinbaren. Wird eine Vereinbarung getroffen, ist bei ausbildenden Krankenhäusern der Zuschlag nach Absatz 6 Satz 3 entsprechend zu erhöhen. Der Erhöhungsbetrag verbleibt dem Krankenhaus.

(11) Für ausbildende Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c zu übermitteln sind.²⁴

24 QUELLE

01.01.1995.—Artikel 17 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1997.—Artikel 3 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Satz 1 in Abs. 3 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Krankenhausbudgets sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden.“

01.01.2003.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 17a Abbau von Fehlbelegungen

(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, daß keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zu diesem Zweck darf der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.

(3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Budgets nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden; dabei ist für die Jahre 1997 bis 1999 jeweils mindestens 1 vom Hundert des um Ausgleichs und Zuschläge bereinigten Budgetbetrags, wie er ohne Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde, abzuziehen. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung wird in den Jahren 1997 bis 1999 der Rechnungsbetrag um 1 vom Hundert gekürzt. Soweit Teile des Krankenhauses in Pflegeeinrichtungen umgewidmet worden sind, sollen in der Pflegesatzvereinbarung Regelungen getroffen werden, die einer möglichst nahtlosen Übernahme von Krankenhauspersonal durch die neuen Pflegeeinrichtungen förderlich sind.“

22.07.2003.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat in Abs. 2 Satz 1 „2004“ durch „2005“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) hat in Abs. 1 Satz 2 „; ab dem 1. Januar 2005 gilt das Verhältnis 9,5 zu 1“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „; seine Überschreitung auf Grund der Umsetzung der Vorgaben des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze ist zulässig“ am Ende eingefügt.

01.10.2004.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1776) hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Die Kosten der Beschäftigung von Ärzten im Praktikum nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 der Bundesärzterordnung sind pflegesatzfähig, soweit Stellen nachgeordneter Ärzte auf Ärzte im Praktikum aufgeteilt werden.“

Artikel 5 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 10 eingefügt.

21.12.2004.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Abs. 7 und 9 in Abs. 10 und 11 unnummeriert und Abs. 1 bis 6 und 10 durch Abs. 1 bis 4, 4a und 5 bis 9 ersetzt. Abs. 1 bis 6 und 10 lauteten:

„(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind. Bei der Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; ab dem 1. Januar 2005 gilt das Verhältnis 9,5 zu 1. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.

(2) Die Kosten nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2005 pauschaliert über einen Zuschlag je Fall nach § 17b Abs. 1 Satz 4, den alle Krankenhäuser im Land einheitlich erheben, finanziert. Die Kosten der Ausbildungsvergütung sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie die Kosten der nach Absatz 1 Satz 2 und 3 anzurechnenden Stellen übersteigen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 ermitteln und vereinbaren jährlich für die einzelnen Berufe die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Absatz 2 Satz 2; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Dabei darf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschritten werden, es sei denn, die notwendige Ausbildung ist ansonsten nicht zu gewährleisten; seine Überschreitung auf Grund der Umsetzung der Vorgaben des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze ist zulässig.

(4) Die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren

1. das Verfahren zur Ermittlung des Finanzierungsbedarfs für die Ausbildungsplätze und die Ausbildungsvergütungen im Land,
2. die Höhe des einheitlich von allen Krankenhäusern zu erhebenden Ausbildungszuschlags; dabei sind die nach Absatz 3 vereinbarten pauschalierten Kosten anzuwenden, und
3. das Verfahren nach Absatz 5.

Der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil ist in Abzug zu bringen. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb von sechs Wochen zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen nach Satz 1 aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei die Höhe des Ausbildungszuschlags fest.

(5) Der Zuschlag nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 wird von allen Krankenhäusern erhoben und an die Landeskrankengesellschaft des jeweiligen Landes als Ausgleichsstelle abgeführt. Die Landeskrankengesellschaft errichtet einen Ausgleichsfonds, der von ihr treuhänderisch verwaltet wird. Die Summe aller Zuschläge nach Satz 1 bildet die Höhe des Ausgleichsfonds. Die Landeskrankengesellschaften zahlen an die Krankenhäuser die diesen nach Absatz 3 Satz 1 zustehenden Beträge zur pauschalierten Finanzierung der Ausbildungskosten.

(6) Der Krankenhausträger hat eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Einnahmen aus dem Ausbildungszuschlag nach Absatz 5 Satz 1 und deren Abführung an den Ausbildungsfonds der Landeskrankengesellschaft vorzulegen. Die von der Landeskrankengesellschaft gezahlten Finanzierungsmittel nach Absatz 5 Satz 4 sind vom Krankenhausträger zweckgebunden zu verwenden.

(10) Soweit und solange die in den Absätzen 2 bis 5 beschriebenen Regelungen nicht umgesetzt sind, sind die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass wegen der nach Absatz 1 Satz 1 berücksichtigungsfähigen Kosten zwischen Krankenhäusern mit und Krankenhäusern ohne Ausbildungsstätten ein Ausgleich stattfindet und dass hierzu ein Teil dieser Kosten in den Pflegesätzen der Krankenhäuser ohne solche Ausbildungsstätten angemessen berücksichtigt wird.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 im neuen Abs. 10 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Wird eine Vereinbarung getroffen, ist der Zuschlag nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 entsprechend zu erhöhen.“

08.11.2006.—Artikel 56 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 3 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 18 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 ermitteln jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und vereinbaren entsprechende Richtwerte; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Anstelle der Richtwerte werden für die Finanzierungstatbestände nach Satz 1 ab dem Jahr 2009 entsprechende Pauschalbeträge vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder 2 nicht zu Stande, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Beträge durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben.“

Artikel 18 Nr. 3a lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 5 bis 9 in Abs. 3 durch die Sätze 5 bis 8 ersetzt. Die Sätze 5 bis 9 lauteten: „Ab dem Jahr 2006 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 2 zu berücksichtigen. Es ist eine Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte anzustreben, die sich in der Regel an den Angleichungsschritten nach § 4 Abs. 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes orientiert. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. Ab dem Jahr 2009 ist das Ausbildungsbudget allein auf der Grundlage der Pauschalbeträge nach Absatz 2 zu vereinbaren. Soweit Richtwerte oder Pauschalbeträge nach Absatz 2 nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets.“

Artikel 18 Nr. 3a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4b eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind“ durch „der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung infolge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003, sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind (Ausbildungskosten)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „Ausbildungsstätten“ durch „Ausbildung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch „Ausbildungskosten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „sowie die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen“ nach „Ausbildungsplätze“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Kosten der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch „Ausbildungskosten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 4a „Kosten der Ausbildungsstätten, die Höhe der zusätzlich zu finanzierenden Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen“ durch „Ausbildungskosten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch „sonstigen Ausbildungskosten“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 4b Satz 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 3 Satz 10 „Abs. 1 Satz 6 und 7“ durch „Absatz 1a Nummer 6“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 6 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung infolge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003,“ nach „Ausbildung“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „den Sätzen 3 und 4“ durch „Satz 3“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 1 durch Satz 3 ersetzt. Satz 3 wird lauten: „Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes anzurechnen.“

Artikel 6 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „ , die zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze“ nach „Tatbestände“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „einschließlich der zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze“ nach „Kostenentwicklungen“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben.

Artikel 6 Nr. 2 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4a „ , für die Höhe der nach Absatz 4 durchzuführenden Ausgliederung des Ausbildungsbudgets aus dem Krankenhausbudget“ nach „Ausbildungskosten,“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 2 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „den Absätzen 3 und 4“ durch „Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 2 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „oder 4“ nach „Absatz 3“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 2 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 9 aufgehoben.

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.

(1a) Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für

1. die Notfallversorgung,
2. die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
3. die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität,
4. die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,

5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
6. die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen,
7. die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung sowie für
8. den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1, 1a und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Die Prüfungsergebnisse nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und, soweit deren Belange berührt sind, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen; die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren die Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1a. Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert. Nach Maßgabe der Absätze 4 und 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart. Auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3 und deren Weiterentwicklung. Als Bestandteil des Konzepts haben die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen zu seiner Umsetzung zu vereinbaren; dabei können sie insbesondere bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und Maßnahmen ergreifen, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und um die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können.

(4) (weggefallen)

(5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 sowie § 10 Abs. 2 und § 17d vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1

1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag);

der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge, der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b, von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,

2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,
3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien,
4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme des einzelnen Krankenhauses entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Für die Vereinbarungen gilt Absatz 2 Satz 6 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium. Der DRG-Systemzuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch § 10 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 10 Absatz 3 der Bundespflege-satzverordnung; er geht nicht in den Gesamtbetrag und die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.

(6) (weggefallen)

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,
3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 9 und 10 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden,

4. unter den Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 Richtwerte nach § 17a Abs. 4b zur Finanzierung der Ausbildungskosten vorzugeben.

Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

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

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(9) (weggefallen)

(10) Über die nach Absatz 1 Satz 11 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.²⁵

25 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

05.05.2001.—Artikel 1 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772) hat Abs. 5 eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. a0 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 1 Satz 1 „und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin“ nach „Einrichtungen“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1 durch die Sätze 4 bis 9 ersetzt. Satz 4 lautete: „Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur

Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 10 „; die Punktwerte können nach Regionen differenziert festgelegt werden“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 11 „; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 12 bis 14 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „einschließlich der Punktwerte sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen“ durch „seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „Zum 1. Januar 2003“ durch „Nach Maßgabe der Absätze 4 und 6“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Es wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Soweit bis zum 30. Juni 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens sowie über Zu- und Abschläge nicht zu Stande kommt, bestimmt die Bundesregierung unverzüglich den Inhalt durch Rechtsverordnung. Im übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „Satz 4“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „§ 6 der Bundespflegesatzverordnung“ und „sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt sowie „§ 12 sowie“ durch „§ 12 und“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 6 bis 8 eingefügt.

01.11.2002.—Artikel 1a des Gesetzes vom 12. Juni 2003 (BGBl. I S. 844) hat Abs. 4 Satz 8 eingefügt.

22.07.2003.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat in Abs. 1 Satz 1 „für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt,“ nach „ist“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 15 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a1 desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 8 „; auch für diese Krankenhäuser gelten die Vorgaben des Artikels 5 Absatz 2 des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung und des § 3 Abs. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das ganze Jahr 2003“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „oder das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Der Zuschlag für das Jahr 2001 ist so zu vereinbaren, dass mit den Erlösen die ab dem 1. März 2001 durchzuführenden Aufgaben nach Nummer 1 finanziert werden.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Teilbereiche zu erlassen, in denen eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat. Die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auf-

fassungen und die Auffassung sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen und zur Vorbereitung seiner Entscheidungen das DRG-Institut der Vertragsparteien beauftragen, nähere Auskünfte zu geben sowie Lösungsvorschläge zu erarbeiten oder erarbeiten zu lassen.“

28.11.2003.—Artikel 38 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2 Satz 6 und Abs. 8 Satz 4 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 2 Satz 4 „Stellungnahme“ durch „beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 13 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 3 „Abs. 1 Satz 2 und die Beschlüsse nach § 137e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1“ nach „§ 137c“ gestrichen.

21.12.2004.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Abs. 1 Satz 4 „für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Auszubildungsvergütungen“ durch „die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt und „; für die Kalkulation und Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte, die nach Regionen differenziert werden können, sind die besonderen Leistungen zu benennen und zu bewerten und den Vertragsparteien im Voraus zu übermitteln“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Stichprobe“ durch „sachgerechten Auswahl“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „ , von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation“ nach „Abschläge“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 4 „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an den nach Absatz 3 Satz 5 krankenhausesübergreifend festgelegten Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösolumen angeglichen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 7a eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 56 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 7, Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 und Satz 6, Abs. 7 Satz 1, Abs. 7a und 8 Satz 4 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 18 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 4 „Richtwerte nach § 17a Abs. 4b sowie“ nach „vorliegt, sind“ eingefügt.

Artikel 18 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann“ durch „Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung“ ersetzt sowie „zu“ nach „Satz 6“ und „; die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen“ am Ende eingefügt.

Artikel 18 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 16 eingefügt.

Artikel 18 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b,“ nach „Abschläge,“ und „oder Ausbildungsstätten“ nach „Krankenhäusern“ eingefügt.

Artikel 18 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „oder Ausbildungsstätten“ nach „Krankenhäusern“ eingefügt.

Artikel 18 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 „oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2“ durch „nach § 17a Abs. 4b“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 4 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 18 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 6 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der Krankenversicherungen gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, dass das Beschlussgremium um einen Vertreter des Ver-

bandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen.“

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems“.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin“ durch „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 17 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 geändert. Abs. 4 lautete:

„(4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Kann eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden, ist dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren; Absatz 1 Satz 14 bleibt unberührt. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus voraussichtlich mindestens 90 vom Hundert des Gesamtbetrags nach dem Krankenhausentgeltgesetz, der um Zusatzentgelte, Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen vermindert ist, mit Fallpauschalen abrechnen kann. Wird dieser Vomhundertsatz nicht erreicht, wird das Vergütungssystem auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt, wenn die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 zustimmen; die Schiedsstelle entscheidet nicht. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bis zum 31. Oktober 2002 den anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes schriftlich mitzuteilen. Hat ein Krankenhaus sein Verlangen, das DRG-Vergütungssystem im Jahr 2003 anzuwenden, den anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 1. November bis zum 31. Dezember 2002 schriftlich mitgeteilt, wird das Vergütungssystem im Jahr 2003 ebenfalls eingeführt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend; auch für diese Krankenhäuser gelten die Vorgaben des Artikels 5 Satz 2 des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung und des § 3 Abs. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das ganze Jahr 2003. Es hat eine Aufstellung über Art und Anzahl der DRG-Leistungen im ersten Halbjahr 2002 vorzulegen; bei ausreichender Kodierqualität können ergänzend Daten des zweiten Halbjahres 2001 vorgelegt werden.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „sowie § 10 Abs. 2 und § 17d“ nach „und 3“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 „den Absätzen 1 und 3“ durch „diesem Absatz“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend; die auf Grundlage australischer Bewertungen vereinbarten Relativgewichte sind in den folgenden Jahren durch Relativgewichte auf der Grundlage deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 „Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch „Ausbildungskosten“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 8 „; die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich“ am Ende eingefügt.

01.08.2012.—Artikel 1 Nr. 2 lit. d des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat Abs. 9 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 1 Satz 4 „Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch „ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 8 lautete: „Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 und das Budget nach § 12 und nicht in die Erlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 „Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist“ durch „nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte“ ersetzt.

26.02.2013.—Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat in Abs. 1 Satz 5 „und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 1d Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,“ nach „Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 5c Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 10 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 1 Satz 15 „; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend“ am Ende eingefügt.

Artikel 4 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 18 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 durch Abs. 1 und 1a ersetzt. Abs. 1 lautete:

„(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 sowie bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung; für die Kalkulation und Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte, die nach Regionen differenziert werden können, sind die besonderen Leistungen zu benennen und zu bewerten und den Vertragsparteien im Voraus zu übermitteln. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 1d Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen, sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden. Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 zu erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Soweit das Land keine Vorgaben erlässt, sind die Empfehlungen nach Satz 6 verbindlich anzuwenden. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Ver-

tragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden. Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Absätze 1“ durch „Absätze 1, 1a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001“ durch „vereinbaren die“ und „Absatz 1 Satz 4“ durch „Absatz 1a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 und 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „und 3“ durch „bis 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „zum 1. Januar 2003 einzuführenden“ nach „des“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 7 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Absatz 3 Satz 5 angeglichen.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 „Satz 14 und 15“ durch „Satz 9 und 10“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. h desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 8 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 9 aufgehoben. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vergeben im Jahr 2012 einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel, insbesondere die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die finanziellen Auswirkungen zu bewerten. Dabei sind insbesondere Alternativen zu der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert zu prüfen. Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung sind zu entwickeln. Zudem beauftragen sie mit dem in Satz 1 genannten Ziel das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten für die Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Ergebnisse sind bis zum 30. Juni 2013 zu veröffentlichen.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. j desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „Satz 16“ durch „Satz 11“ ersetzt.

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhäuser ordnungsgemäß erfolgt.

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Absatz 1c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. 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; die §§ 275 bis 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung 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, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. 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. Bei den Entscheidungen sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. 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 Schlichtungs-

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 1 Satz 6 „DRG-Instituts“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 6 „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „(DRG-Systemzuschlag). Der“ durch „(DRG-Systemzuschlag); der“ und „ein eigenes DRG-Institut“ durch „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 3 „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 5 „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 2 und Abs. 10 Satz 1 bis 4 jeweils „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

ausschusses erforderlichen Entscheidungen nicht 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 zu Stande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.

(4) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung der Schlichtungsperson findet nur statt, wenn geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.

(4a) (weggefallen)

(4b) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 3, Absatz 3 Satz 7 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten, die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Versicherte der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt hat.²⁶

26 QUELLE

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift eingefügt.
ÄNDERUNGEN

01.01.2003.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat Abs. 1 bis 3 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 18 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „gemeinsam“ nach „Krankenkassen“ gestrichen und „; über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich“ am Ende eingefügt.

Artikel 18 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „in den Jahren 2003 und 2004“ nach „ist“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 5 lit. c litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 4 „Verbänden der“ nach „und den“ gestrichen.

Artikel 18 Nr. 5 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „Verbände der“ nach „Krankenkassen und die“ gestrichen.

Artikel 18 Nr. 5 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 9 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 18 Nr. 5 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 11 „der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 4a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 3 Satz 3 „dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden“ durch „sie können abweichend auch vereinbaren, dass überhöhte Abrechnungen oder zu niedrige Abrechnungen jeweils gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu berichtigen sind“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 5 Satz 2 „maschinenlesbar“ durch „im Wege des elektronischen Datenaustausches“ ersetzt.

01.08.2013.—Artikel 5c Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in der Überschrift „, Schlichtungsausschuss“ am Ende eingefügt.

Artikel 5c Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 5c Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen; über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich. Der Medizini-

sche Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst die dafür erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zweck befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 bis 18.00 Uhr zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit gegen die Verpflichtungen des Absatzes 1 verstoßen wurde. Die gespeicherten Sozialdaten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich geprüft.

(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlrechnungen festzustellen. Dabei ist ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; sie können abweichend auch vereinbaren, dass überhöhte Abrechnungen oder zu niedrige Abrechnungen jeweils gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu berichtigen sind. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.“

Artikel 5c Nr. 2 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 über die Prüfergebnisse nach den Absätzen 2 und 3 und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen.“

Artikel 5c Nr. 2 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „; § 18a Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 5c Nr. 2 lit. d litt. cc und dd desselben Gesetzes hat die Sätze 8 bis 11 in Abs. 4 durch Satz 8 ersetzt. Die Sätze 8 bis 11 lauteten: „Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. Kommen Empfehlungen bis zum 31. Januar 2003 nicht zustande, bestimmt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag der Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren.“

Artikel 5c Nr. 2 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4a und 4b eingefügt.

25.07.2014.—Artikel 16a Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 4 Satz 1 „Anrufung des“ durch „Anrufung eines für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlichen“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 8 „sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben“ am Ende eingefügt.

Artikel 16a Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 9 bis 11 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 3 „bis zum 31. März 2014“ nach „Vereinbarung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 7 „bis zum 31. Dezember 2013“ nach „nicht“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung eines für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlichen Schlichtungsausschusses überprüft werden. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatz-

§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel

kassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankengesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die Landeskrankengesellschaft sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen; § 18a Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankengesellschaft die näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben. Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei. Wenn bis zum 31. August 2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben von Satz 3 einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4a aufgehoben. Abs. 4a lautete:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankengesellschaft 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. März 2014 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.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „und Absatz 4a Satz 5“ nach „Satz 7“ und „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ nach „nach Absatz 3“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4b aufgehoben. Satz 3 lautete: „Bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, ist vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2 000 Euro nicht übersteigt.“

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 3 Satz 1 „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „DRG-Instituts“ durch „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert, die ab dem 1. Januar 2020 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen erfüllen sollen; § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 ist entsprechend anzuwenden. Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weiter.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Die Vorgaben des § 17b Absatz 1a für Zu- und Abschläge gelten entsprechend. Für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gelten § 17b Absatz 1 Satz 10 und 11 und § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Im Rahmen von Satz 4 ist auch die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu prüfen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird bis zum 1. Januar 2017 auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Be-

richt sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.

(5) Für die Finanzierung der den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragenen Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;
3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Es kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 7 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

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

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. § 17b Abs. 8 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2017 zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind. Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.²⁷

27 QUELLE

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Vorschrift eingefügt.
ÄNDERUNGEN

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 2 Satz 4 Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch „einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4 durch die Sätze 3 bis 12 ersetzt. Satz 3 lautete: „Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 „Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist“ durch „nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte“ ersetzt.

25.07.2014.—Artikel 16a Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 4 Satz 4 „2016“ durch „2018“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „oder 1. Januar 2014“ durch „, 1. Januar 2014, 1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 7 „2015“ durch „2017“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 2 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 8 „2017“ durch „2019“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 2 lit. a litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 9 „2017“ durch „2019“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 2 lit. a litt. ff desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 10 „2016“ durch „2018“ ersetzt.

Artikel 16a Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 4 „2014“ durch „2016“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Abs. 1 Satz 4 und 5 für einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 und Regelungen“ durch „Absatz 1a“ und „Abs. 1 Satz 15 und 16“ durch „Absatz 1 Satz 10 und 11“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „Abs. 1 Satz 6 bis 9“ durch „Absatz 1a Nummer 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 6 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „, die ab dem 1. Januar 2020 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen erfüllen sollen“ nach „kalkuliert“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 8 bis 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „sowie stationsäquivalenten“ nach „teilstationären“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „sowie § 17b Absatz 1 Satz 10 und 11 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen“ nach „Abschläge“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Sie vereinbaren bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen. Nach Maßgabe der Sätze 4 bis 9 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird für die Einrichtung für die Jahre 2013 bis 2018 budgetneutral umgesetzt, erstmals für das Jahr 2013. Das Vergütungssystem wird zum 1. Januar 2013, 1. Januar 2014, 1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016 jeweils auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger, frühestens jedoch zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres, den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 schriftlich mitzuteilen. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2017 eingeführt. Erstmals für das Jahr 2019 wird nach § 18 Absatz 3 Satz 3 ein landesweit geltender Basisentgeltwert vereinbart. Ab dem Jahr 2019 werden der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget der Einrichtungen nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung schrittweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2018

§ 18 Pflegesatzverfahren

(1) Die nach Maßgabe dieses Gesetzes für das einzelne Krankenhaus zu verhandelnden Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbands der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen. Die Pflegesatzvereinbarung bedarf der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die Mehrheit der Beteiligten nach Satz 3 der Vereinbarung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Krankenhausträger und

1. Sozialleistungsträger, soweit auf sie allein, oder

2. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

(3) Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Krankenhausträger hat nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes und der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 6 die für die Vereinbarung der Budgets und Pflegesätze erforderlichen Unterlagen über Leistungen sowie die Kosten der nicht durch pauschalierte Pflegesätze erfassten Leistungen vorzulegen. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte nach den §§ 17b und 17d mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2.

(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Die Schiedsstelle kann zur Ermittlung der vergleichbaren Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 5 auch gesondert angerufen werden.

(5) Die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen; die Genehmigung ist unverzüglich zu erteilen. Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.²⁸

einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, erste Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl und erste Erkenntnisse zu Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“ Artikel 1 Nr. 5 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 Nr. 3 „oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4“ nach „Satz 3“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „für Gesundheit“ nach „Bundesministerium“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 4 „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt und „für Gesundheit“ nach „Bundesministerium“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. e litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 5 „für Gesundheit“ nach „Bundesministeriums“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 4 „2016“ durch „2017“ ersetzt.

28 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 18 Festsetzungsverfahren

(1) Die Pflegesätze werden, soweit sie nicht bereits durch eine auf Grund des § 16 Abs. 2 erlassene Verordnung bestimmt sind, von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgesetzt. Soweit Einigungsverhandlungen noch nicht geführt worden sind, fordert sie vor ihrer Entscheidung die betroffenen Krankenhausträger und Sozialleistungsträger auf, eine Einigung über die Pflegesätze herbeizuführen; das Ergebnis

ist bei der Festsetzung zu berücksichtigen. Kommt eine Einigung innerhalb von sechs Wochen nach der Anzeige über den Beginn der Einigungsverhandlungen oder der Aufforderung nicht zustande, werden die Pflegesätze nach Anhörung der Beteiligten festgesetzt.

(2) Für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser, die nach einheitlichen Gesichtspunkten bewertet werden können, können einheitliche Pflegesätze festgesetzt werden. Hierbei sind besondere Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen, wenn diese bei sparsamer Wirtschaftsführung nicht nur vorübergehend unabweisbare und nachgewiesene höhere Selbstkosten als die für die Gruppe maßgebenden Selbstkosten zur Folge haben.“

01.01.1986.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Lande sind zu beteiligen; § 6 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend. Der Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande ist anzuhören.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung sind der Krankenhausträger und

1. Sozialleistungsträger, soweit auf sie allein, oder

2. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt

im Jahr vor der Aufforderung zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

(3) Die vereinbarten Pflegesätze werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen; die Genehmigung ist unverzüglich zu erteilen.

(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Partei nach Absatz 2 schriftlich zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, oder wird die Genehmigung nach Absatz 3 abgelehnt, so setzt die zuständige oberste Landesbehörde auf Antrag einer Partei die Pflegesätze unverzüglich fest. Sie hat zuvor die vorgesehenen Pflegesätze mit den Parteien und den sonstigen nach Absatz 1 Beteiligten mit dem Ziel der Einigung zu erörtern; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Vereinbarung sowie die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze sollen nur für künftige Zeiträume erfolgen. Die Genehmigung oder Festsetzung ist den Parteien nach Absatz 2, den betroffenen sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern sowie dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande bekanntzugeben. Der Krankenhausträger hat die genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze gegenüber allen Benutzern des Krankenhauses anzuwenden.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 2 „, die Verbände der Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 11 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „auf Verlangen einer Vertragspartei“ nach „hat“ eingefügt

Artikel 11 Nr. 8 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 11 Nr. 8 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3“ nach „Pflegesätze“ eingefügt.

Artikel 11 Nr. 8 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 4 Satz 1 „nach § 18a Abs. 1“ nach „Schiedsstelle“ eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 1 Satz 1 „nach Maßgabe dieses Gesetzes für das einzelne Krankenhaus zu verhandelnden“ nach „Die“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Belegungs- und“ vor „Berechnungstage“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Krankenhausträger hat auf Verlangen einer Vertragspartei die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.“

Artikel 2 Nr. 6 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 kann bestimmt werden, unter welchen Voraussetzungen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Zuschläge oder Abschläge für Krankenhäuser vereinbaren können.“

§ 18a Schiedsstelle

(1) Die Landeskrankenhausesgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle. Ist für ein Land mehr als eine Schiedsstelle gebildet worden, bestimmen die Beteiligten nach Satz 1 die zuständige Schiedsstelle für mit landesweiter Geltung zu treffende Entscheidungen.

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von der Landeskrankenhausesgesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt; kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen; ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle,
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren

zu bestimmen; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden eine Schiedsstelle; diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung zugewiesenen Aufgaben. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Die unparteiischen Mitglieder werden durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden. Absatz 3 gilt entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die

01.01.2004.—Artikel 2 Nr. 6 lit. c litt. bb des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 3 Satz 3 „und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2a“ nach „Fallpauschalen“ und „; die Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung ist anzustreben“ am Ende gestrichen.
01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 6 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „Verbände der“ nach „Krankenkassen, die“ gestrichen.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 3 Satz 2 „DRG-Fallpauschalen“ durch „pauschalierte Pflegesätze“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Fallpauschalen“ durch „mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte nach den §§ 17b und 17d“ ersetzt.

Verteilung der Kosten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 8 bis zum 31. August 1997 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.²⁹

§ 18b³⁰

29 QUELLE

01.01.1986.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 6 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 38 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 6 Satz 9 und 10 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 56 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 6 Satz 9 und 10 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 6 Satz 1 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 18 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

Artikel 18 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 8 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

30 QUELLE

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 11 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Landesausschuß des Verbands der privaten Krankenversicherung vereinbaren, notwendige Investitionen und Maßnahmen im Sinne des § 9 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1, 2 und 5 ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren. Als notwendig sind Investitionen und Maßnahmen anzusehen, die geeignet sind, alsbald die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen (Rationalisierungsinvestitionen), Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen.“

Artikel 11 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Investitionsvertrag bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde.“

Artikel 11 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen wird durch Landesrecht bestimmt.“

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 Satz 5 „nach § 18a Abs. 1“ nach „Schiedsstelle“ eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2004.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 18b Investitionsverträge

(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz. Voraussetzung für eine Vereinbarung nach Satz 1 ist, daß aus der damit bewirkten Einsparung von Betriebskosten in einem Zeitraum von längstens sieben Jahren (Amortisationszeitraum) die Investitions- und Finanzierungskosten gedeckt sind sowie das Budget entlastet wird. Weicht die tatsächliche Entwicklung im Amortisationszeitraum von den der Vereinbarung zugrunde gelegten Berechnungsgrundlagen ab, wird dies im Pflegesatz nicht berücksichtigt, es sei denn, die Abweichung beruht auf

Preisentwicklungen, die das Krankenhaus nicht beeinflussen konnte. Soweit erforderlich, ist durch einen unabhängigen Sachverständigen zu beurteilen, ob die Voraussetzungen nach Satz 2 gegeben sind. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei.

(2) Der Abschluß von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel gemäß § 4 und § 9 zu decken. Das Krankenhaus übermittelt den Investitionsvertrag der zuständigen Landesbehörde.“

31 ÄNDERUNGEN

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 19 Übergangsregelung für Pflegesätze

(1) Die bisher geltenden preisrechtlichen Vorschriften sind weiterhin anzuwenden, bis sie durch eine Rechtsverordnung nach § 16 außer Kraft gesetzt werden. Bei der Ermittlung der Selbstkosten bleiben bei den nach diesem Gesetz geförderten Krankenhäusern die Absetzungen für Abnutzung und die Anpassungsrückstellungen unberücksichtigt; bei teilweise geförderten Krankenhäusern gilt dies nur hinsichtlich des geförderten Teils. Zinsen für Fremdkapital sind in der Höhe nicht zu berücksichtigen, als hierfür Fördermittel gewährt werden. Genehmigte oder festgesetzte Pflegesätze sind bei der nächsten Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze zu ermäßigen, soweit sie die noch verbleibenden Selbstkosten zusammen mit den abgezogenen herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüssen übersteigen. Ab 1. Januar 1973 sind bei den nach diesem Gesetz geförderten Krankenhäusern abweichend von Satz 4 die Pflegesätze in voller Höhe der noch verbleibenden Selbstkosten ohne Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse und ohne Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger zu genehmigen oder festzusetzen.

(2) Übersteigt der nach Absatz 1 für ein nach diesem Gesetz gefördertes Krankenhaus festgesetzte Pflegesatz den nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatz um mehr als 10 vom Hundert, so sind die übersteigenden Beträge aus Fördermitteln abzugelten; bei der Berechnung bleiben Kostenänderungen außer Betracht, die auch nach dem bisherigen Recht zu berücksichtigen waren. Ab 1. Januar 1974 ist der in Satz 1 genannte Vomhundertsatz jährlich um weitere 10 vom Hundert des nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatzes zu erhöhen und der Abgeltungsbetrag entsprechend zu mindern; seine Zahlung endet spätestens am 31. Dezember 1977.

(3) Bei der Festsetzung neuer Pflegesätze auf Grund einer Pflegesatzverordnung nach diesem Gesetz für ein nach diesem Gesetz gefördertes Krankenhaus ist Absatz 2 entsprechend anzuwenden.“

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Sie sollen Sachverständige, insbesondere der medizinischen Wissenschaft, hinzuziehen; sie haben die Beratungsergebnisse des Ausschusses nach § 7 Abs. 1, des Beirats nach § 7 Abs. 4 und die Empfehlungen nach § 405a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung zu berücksichtigen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 aufgehoben. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Die Empfehlungen nach Absatz 1 und die Rechtsverordnungen nach Absatz 2 sollen bei entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene angemessen berücksichtigt werden.

(4) Die Empfehlungen und Vereinbarungen nach Absatz 1 und 3 sind in enger Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften sowie mit den Berufsverbänden, die für die Vertretung der Interessen der im Krankenhaus Beschäftigten wesentliche Bedeutung haben, und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten. Sie sind so zu gestalten, daß sie entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung (§ 4 Abs. 1) unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des einzelnen Krankenhauses bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze berücksichtigt werden können.“

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 8 Satz 1 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Kommt eine gemeinsame Empfehlung nach Absatz 1 innerhalb eines Jahrs nicht zustande, nachdem ein nach Absatz 1 beteiligter Verband schriftlich zur Erarbeitung der Empfehlung aufgefordert hat, bestimmt die Bundesregierung die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“

AUFHEBUNG

§ 20 Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften

Die Vorschriften des Dritten Abschnitts mit Ausnahme des § 17 Abs. 5 finden keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 nicht gefördert werden. § 17 Abs. 5 ist bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 oder 7 nicht geförderten Krankenhäusern mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle der Pflegesätze vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser die Pflegesätze vergleichbarer öffentlicher Krankenhäuser treten.³²

4. Abschnitt³³§ 21³⁴

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 19 Empfehlungen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten unter Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten. Unbeschadet der Vorschrift des § 17 Abs. 1 Satz 1 sind dabei auch die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, den Gewerkschaften, den Arbeitgebern und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten.“

32 ÄNDERUNGEN

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat in Satz 1 „und des § 19 Abs. 1“ nach „Abs. 5“ gestrichen und „§ 4 Abs. 3“ durch „§ 5 Abs. 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 2 „§ 4 Abs. 3“ durch „§ 5 Abs. 1“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 2 „voll“ nach „Gesetz“ eingefügt.

33 ÄNDERUNGEN

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Finanzhilfen des Bundes“.

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Sonstige Vorschriften“.

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Überschrift des Abschnitts aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Überleitungsvorschriften aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands“.

34 AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 21 Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern

Der Bund gewährt den Ländern Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern. Die Finanzhilfen dürfen nur für Investitionen verwendet werden, die nach diesem Gesetz gefördert werden.“

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die §§ 9 und 17 Abs. 5 Satz 1 treten in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet am 1. Januar 1994 in Kraft. Bis zum 31. Dezember 1993 gelten in dem genannten Gebiet die §§ 22 bis 26.“

AUFHEBUNG

§ 22³⁵

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 21 Überleitung

(1) Dieses Gesetz ist in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften ab 1. Januar 1991 anzuwenden. Das gleiche gilt für die auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen, soweit in Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt III Nr. 5 und 6 des Einigungsvertrages nichts anderes bestimmt ist. Bis zum 31. Dezember 1990 gilt das bis zum Wirksamwerden des Beitritts in der Deutschen Demokratischen Republik geltende Krankenhausfinanzierungsrecht weiter.

(2) In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet treten § 9 am 1. Januar 1994 und § 17 Abs. 5 Satz 1 am 1. Januar 1996 in Kraft. In dem genannten Gebiet gelten die §§ 22, 23, 24 und 26 bis zum 31. Dezember 1993 und § 25 bis zum 31. Dezember 1995.“

35 ÄNDERUNGEN

01.01.1976.—Artikel 34 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091) hat in Abs. 1 Satz 2 „und 1975 385 Millionen DM“ durch „, 1975 385 Millionen DM, 1976 404 Millionen DM, 1977 370 Millionen DM, 1978 290 Millionen DM und 1979 213 Millionen DM“ ersetzt.

18.01.1977.—§ 3 Nr. 5 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 2 Satz 3 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 20 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 1 Satz 2 „1972 350 Millionen DM, 1973 360 Millionen DM, 1974 370 Millionen DM, 1975 385 Millionen DM, 1976 404 Millionen DM, 1977 370 Millionen DM, 1978 290 Millionen DM und 1979 213 Millionen DM“ durch „1980 226 Millionen DM, 1981 237 Millionen DM und 1982 255 Millionen DM“ ersetzt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in Abs. 1 Satz 1 „, §§ 13 und 19 Abs. 2 und 3“ durch „und § 13“ ersetzt.

01.01.1983.—Artikel 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 22 Finanzierungsplafond

(1) Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr für Finanzhilfen nach § 21 ein Drittel des Betrages bereit, der in den Ländern nach § 4 Abs. 2 Satz 1, § 8 Abs. 2, §§ 10, 11, 12 Abs. 1 Satz 1 und § 13 aufgewendet wird. Für Aufwendungen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 9 stellt der Bund 1980 226 Millionen DM, 1981 237 Millionen DM und 1982 255 Millionen DM bereit; in den folgenden Jahren erhöhen sich diese Beträge entsprechend den jährlichen Steigerungsraten der durchschnittlichen Bettenwerte. Zusätzlich zu den Mitteln nach Satz 2 stellt der Bund 1983 für Finanzhilfen nach § 23 Abs. 2 50 Millionen DM bereit.

(2) Der Bund stellt die Finanzhilfen den Ländern in Form von Investitionszuschüssen zur Verfügung. Der Bund kann sich die Finanzhilfen auch durch die Übernahme eines Schuldendienstes für Kapitalmarktmittel beschaffen. Soweit das jeweilige Haushaltsgesetz diese Möglichkeit vorsieht, wird der Bundesminister der Finanzen ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Kreditinstitute oder sonstige Einrichtungen mit der Beschaffung von Kapitalmarktmitteln zu beauftragen und hierfür Bürgschaften, Garantien oder sonstige Gewährleistungen zuzusagen.“

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 22 Einzelförderung

(1) Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers Fördermittel

1. für die Errichtung (Neubau, Sanierung, Erweiterungsbau, Umbau) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,

§ 23³⁶

2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionen aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umstellung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

Die Förderung kann mit Zustimmung des Krankenhausträgers ganz oder teilweise durch Festbetrag erfolgen; dieser kann auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden.

(2) Die Fördermittel sind so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten einschließlich des investiven Nachholbedarfs decken.“

36 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 6 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 2 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Finanzhilfen des Bundes nach § 22 Abs. 1 Satz 1 sind in voller Höhe, die Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 2 in Höhe von 80 vom Hundert den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zuzuweisen. Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Über- oder“ nach „regionalen“ eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 23 Verteilung der Finanzhilfen

(1) Die Finanzhilfen des Bundes nach § 22 Abs. 1 Satz 1 sind den Ländern entsprechend ihren tatsächlichen Aufwendungen in voller Höhe zuzuweisen, die Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 2 in Höhe von 80 vom Hundert nach ihrer Einwohnerzahl.

(2) Die übrigen Finanzhilfen des Bundes sind durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Schwerpunkten zur Befriedigung eines überregionalen Bettenbedarfs, zur Berücksichtigung unterschiedlicher gesundheitlicher Verhältnisse, zur Beseitigung einer regionalen Über- oder Unterversorgung oder zur Durchführung von Rationalisierungs- und von Modellmaßnahmen im Benehmen mit dem Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zu verteilen.

(3) Innerhalb des Zeitraums vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 31. Dezember 1975 sowie innerhalb jedes darauf folgenden Zeitraums von drei Jahren dürfen Finanzhilfen nach den Absätzen 1 und 2 einem Land nur bis zu einem Drittel des Betrages gewährt werden, den das Land oder die Gemeinden (Gemeindeverbände) in demselben Zeitraum den Krankenhäusern nach § 8 Abs. 2, §§ 9 bis 13 und § 19 Abs. 2 und 3 unmittelbar oder mittelbar gewährt haben; dabei sind Leistungen nach § 12 Abs. 1 Satz 2 nicht zu berücksichtigen. Soweit der Ausgleich nicht innerhalb des jeweiligen Zeitraums möglich oder zweckmäßig ist, ist er in dem auf den Zeitraum folgenden Haushaltsjahr vorzunehmen. Die Länder erhalten monatlich Abschlagsleistungen nach Maßgabe von Absatz 1.

(4) Als Leistungen der Länder und Gemeinden (Gemeindeverbände) im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 gelten für das Haushaltsjahr 1972 auch die von den Ländern und Gemeinden (Gemeindeverbänden) in diesem Jahr den Krankenhäusern für Investitionskosten gewährten Beträge.“

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

§ 24³⁷

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 23 Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) werden auf Antrag des Krankenhausträgers von den Ländern gefördert

1. die Instandhaltung und Instandsetzung der Anlagegüter des Krankenhauses,
2. die Wiederbeschaffung, Ergänzung, Nutzung und Mitbenutzung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren,
3. kleine Baumaßnahmen nach § 22 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 100 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

Der Krankenhausträger kann mit der Jahrespauschale im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel nach Satz 1 frei wirtschaften. Soweit er damit die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte finanzieren will, bedarf es hierzu der vorherigen Zustimmung der zuständigen Landesbehörden; § 10 bleibt unberührt.

(2) Die Fördermittel nach Absatz 1 betragen jährlich für jedes nach § 8 Abs. 1 als förderungsfähig und bedarfsnotwendig anerkannte Krankenhausbett (Planbett) bei Krankenhäusern

1. der Grundversorgung (Orts- und Stadtkrankenhäuser) 8 000 DM,
2. der Regelversorgung (Kreiskrankenhäuser und Kreiskrankenhäuser mit erweiterter Aufgabenstellung) 10 000 DM,
3. der Schwerpunktversorgung (Bezirkskrankenhäuser) 15 000 DM,
4. der Zentralversorgung (Fachkrankenhäuser) 15 000 DM.

Abweichend von Satz 1 kann ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies wegen des Bau- oder Ausstattungszustandes oder zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist; § 22 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Pauschalbeträge sind in regelmäßigen Abständen an die Entwicklung anzupassen.

(3) Freigemeinnützige und private Krankenhäuser sind von der zuständigen Landesbehörde auf Antrag ihrer Träger für Zwecke dieser Vorschrift entsprechend ihrer Aufgabenstellung einer Krankenhausgruppe nach Absatz 2 Satz 1 zuzuordnen.“

37 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 7 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Satz 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 24 Mitteilung über die Verwendung der Finanzhilfen

Über die Durchführung der Programme (§ 6) übermitteln die Länder dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jährlich eine Übersicht, aus der sich für jedes Vorhaben mit förderungsfähigen Kosten über 5 Millionen DM ergeben: die Gesamtkosten, die förderungsfähigen Kosten und die Summe der aus den Finanzhilfen in dem betreffenden Jahr gezahlten Fördermittel. Für die übrigen Vorhaben soll die Übersicht nur die Zahl der geförderten Vorhaben, die Summe der förderungsfähigen Kosten und der aus den Finanzhilfen in dem betreffenden Jahr gezahlten Fördermittel enthalten.“

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 24 Vorläufige Krankenhausförderliste

(1) Soweit und solange nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in einem Land ein Krankenhausplan oder ein Investitionsprogramm nach § 6 noch nicht aufgestellt ist, tritt an deren Stelle für die Anwendung des § 8 die Feststellung der zuständigen Landesbehörde, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach den §§ 22 und 23 vorliegen (vorläufige Krankenhausförderliste).

§ 25³⁸§ 26³⁹

(2) In die vorläufige Krankenhausförderliste sind auf Antrag ihrer Träger alle öffentlichen, freigemeinnützigen, privaten und sonstigen Krankenhäuser aufzunehmen, die am 30. Juni 1990 in Betrieb waren, soweit sie für eine ausreichende stationäre Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.

(3) Mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, dem Landesauschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie mit der Landeskrankenhausesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Lande gemeinsam sind bei der Aufstellung der Krankenhausförderliste einvernehmliche Regelungen anzustreben. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören.“

38 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 8 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 25 Vereinfachter Verwendungsnachweis

(1) Die Länder weisen dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jeweils für ein Haushaltsjahr die zweckentsprechende Verwendung der Finanzhilfen nach durch Mitteilung der Zahl der geförderten Vorhaben, der Summe der für diese Vorhaben angefallenen förderungsfähigen Kosten sowie der Summe der aus den Finanzhilfen ausgezahlten Fördermittel.

(2) Ein weitergehender Verwendungsnachweis der Länder entfällt.“

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 25 Nicht geförderte Krankenhäuser

Krankenhäuser, deren Investitionskosten nicht öffentlich gefördert werden, erhalten von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare geförderte Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.“

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 25 Nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser

Krankenhäuser, deren Investitionskosten nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, erhalten von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare voll geförderte Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.“

39 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 9 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Satz 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 26 Förderung der Forschung

Von dem nach § 22 Abs. 1 für Finanzhilfen des Bundes bereitgestellten Betrag kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung einen Betrag von 0,25 vom Hundert, im Einvernehmen mit den Ländern bis zu 0,50 vom Hundert, zur Erreichung und Unterstützung des in § 1 bezeichneten Zweckes für Forschungszwecke, insbesondere für die Forschung im Bereich des rationellen Krankenhausbaus, der Krankenhausorganisation und der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs, in Anspruch nehmen. Die Mittel sind im Benehmen mit den Ländern für Forschungsvorhaben einzusetzen.“

5. Abschnitt Sonstige Vorschriften⁴⁰

§ 27 Zuständigkeitsregelung

Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Bevollmächtigten, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und für die Krankenversicherung der Landwirte die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wahr.⁴¹

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. a des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 26 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die §§ 22 und 23 gelten entsprechend für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet, die am 30. Juni 1990 in Betrieb waren, soweit sie für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit stationären oder teilstationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

(2) Die in § 23 genannten Jahrespauschalen sind unter Beachtung des § 22 Abs. 2 ohne Anknüpfung an Bettenzahlen nach dem Versorgungsauftrag sowie dem Bau- und Ausstattungszustand der einzelnen Einrichtung zu bemessen.

(3) Die nach Absatz 1 förderungsfähigen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auf Antrag ihrer Träger im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in eine Förderliste aufgenommen; § 8 Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

40 AUFHEBUNG

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Überschrift des Abschnitts aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Ergänzende und Schlußvorschriften“.

QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 2 lit. b des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 885) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

41 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 10 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat Nr. 2a eingefügt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 27 Ermächtigung zum Erlaß von Rechtsverordnungen

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, durch die näher bestimmt wird,

1. welche Kosten im Sinne des § 2 Nr. 2 als Kosten der Errichtung von Krankenhäusern anzusehen sind und welche Wirtschaftsgüter zum Krankenhaus gehören,
2. unter welchen Voraussetzungen Krankenhäuser oder Einrichtungen als solche im Sinne des § 4 Abs. 3 Nr. 2 bis 10 anzusehen sind,
- 2a. unter welchen Voraussetzungen die Krankenhäuser den Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 2 zuzuordnen sind,

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

(1) Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den zuständigen Behörden der Länder auf Verlangen Auskünfte über die Umstände zu erteilen, die für die Beurteilung der Bemessung und Entwicklung der Pflegesätze nach diesem Gesetz benötigt werden. Unter die Auskunftspflicht fallen insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung sowie die Kosten der Krankenhäuser, die im Krankenhaus in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeine Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen. Die zuständigen Landesbehörden können darüber hinaus von den Krankenhausträgern Auskünfte über Umstände verlangen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz benötigen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Gesetzes durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über Krankenhäuser einschließlich der in den §§ 3 und 5 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik auf Grundlage dieser Erhebungen kann insbesondere folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art des Krankenhauses und der Trägerschaft,
2. im Krankenhaus tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Aus- und Weiterbildung,
3. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten des Krankenhauses,
4. Kosten nach Kostenarten,
5. in Anspruch genommene stationäre und ambulante Leistungen,
6. Patienten nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Erkrankungen nach Hauptdiagnosen,
7. Ausbildungsstätten am Krankenhaus.

Auskunftspflichtig sind die Krankenhausträger gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen. Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser teilen die von der Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden mit. Dasselbe gilt für die Träger der nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung zugelassenen Einrichtungen.

(3) Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von Absatz 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Gesundheitswesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt.

-
3. welche Kosten bei der Ermittlung der Bettenwerte (§ 22 Abs. 1) zu berücksichtigen sind, welche Aufwendungen als zur üblichen Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung notwendig anzusehen sind und welches Verfahren bei Feststellen der Bettenwerte anzuwenden ist,
 4. welche regelmäßige oder durchschnittliche Nutzungsdauer (§§ 9, 10, 13, 22 Abs. 1) bei Anlagegütern zugrunde zu legen ist, unter welchen Voraussetzungen Mittel des Krankenhausträgers als frei verfügbar im Sinne des § 13 Abs. 1 anzusehen sind und welches Verfahren bei der Berechnung und Feststellung des Ausgleichsanspruchs nach § 13 anzuwenden ist,
 5. welche Aufwendungen zu den in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten zu rechnen sind.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat „§ 525a der Reichsversicherungsordnung“ durch „§ 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 16 Nr. 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 18 Nr. 8 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat „gebildeten Verbände“ durch „benannten Bevollmächtigten“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 13 Abs. 1 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat „örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ ersetzt.

(4) Das Statistische Bundesamt führt unter Verwendung der von der Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten jährlich eine Auswertung als Bundesstatistik zu folgenden Sachverhalten durch:

1. Identifikationsmerkmale der Einrichtung,
2. Patienten nach Anlass und Grund der Aufnahme, Weiterbehandlung, Verlegung und Entlassung sowie Gewicht der unter Einjährigen bei der Aufnahme, Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen, Beatmungsstunden, vor- und nachstationäre Behandlung, Art der Operationen und Prozeduren sowie Angabe der Leistungserbringung durch Belegoperateur, -anästhesist oder -hebamme,
3. in Anspruch genommene Fachabteilungen,
4. Abrechnung der Leistungen je Behandlungsfall nach Höhe der Entgelte insgesamt, der DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte,
5. Zahl der DRG-Fälle, Summe der Bewertungsrelationen sowie Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
6. Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a sowie die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr.⁴²

42 ÄNDERUNGEN

18.01.1977.—§ 3 Nr. 11 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) hat in Abs. 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

§ 3 Nr. 12 derselben Verordnung hat in Abs. 2 Satz 1 „Jugend, Familie und Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat in der Überschrift „und Statistik“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie dem zuständigen Behörden der Länder Auskünfte zu erteilen, die benötigt werden

1. für die Aufstellung allgemeiner Grundsätze eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser,
2. für die Beurteilung der nach den §§ 16 bis 19 für die Bemessung der Pflegesätze maßgebenden Umstände und der in § 23 Abs. 2 genannten Voraussetzungen,
3. im Interesse der Forschung nach § 26.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände im einzelnen festzustellen. Insbesondere kommen in Betracht der Personal- und Sachaufwand der Krankenhäuser, die Verweildauer der Benutzer, die geleisteten und in Anspruch genommenen Pfl egetage sowie allgemeine statistische Angaben über die Benutzer, ihre Erkrankungen und ihre örtlichen Beziehungen zum Krankenhaus.“

01.01.1989.—Artikel 22 Nr. 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie den zuständigen Behörden der Länder Auskünfte zu erteilen, die für die Beurteilung der nach den §§ 16 bis 19 für die Bemessung der Pflegesätze maßgebenden Umstände benötigt werden.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände im einzelnen festzustellen. Insbesondere kommen in Betracht der Personal- und Sachaufwand der Krankenhäuser, die Verweildauer der Patienten, die in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen sowie allgemeine statistische Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für Zwecke dieses Gesetzes Erhebungen insbesondere über die nach Absatz 2 Satz 2 zu erfassenden Sach-

§ 29⁴³

verhalte als Bundesstatistik anzuordnen und das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Statistik, die Art der Erhebung, die Berichtszeit, die Periodizität und den Kreis der Befragten zu bestimmen.“

01.01.1992.—Artikel 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 11 Nr. 14 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 38 Nr. 2 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesminister für Gesundheit“ durch „Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 56 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 18 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 2 „auf Grundlage dieser Erhebungen“ nach „Bundesstatistik“ eingefügt.

Artikel 18 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 4 „als Bundesstatistik“ nach „Auswertung“ eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 4 Nr. 5 „§ 4 Abs. 9“ durch „§ 5 Absatz 4“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 2 Satz 2 „insbesondere“ nach „kann“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4“ durch „Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

43 AUFHEBUNG

01.01.1975.—Artikel 287 Nr. 8 des Gesetzes vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 29 Verletzung der Geheimhaltungspflicht

(1) Wer ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, das ihm in seiner Eigenschaft als Angehöriger oder Beauftragter einer mit Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes betrauten Behörde bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren; daneben kann auf Geldstrafe erkannt werden. Ebenso wird bestraft, wer ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, das ihm unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 bekanntgeworden ist, unbefugt verwertet.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag des Verletzten verfolgt.“

QUELLE

01.01.1982.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1984.—Artikel 23 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hat in Abs. 1 „Nr. 3 Buchstabe e“ durch „Nr. 1a“ ersetzt.

Artikel 23 Nr. 3 desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „1982“ durch „1984“ ersetzt.

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 29 Übergangsvorschrift für die Förderung und die Zuordnung zu Vermögensstufen

(1) Für die Förderung der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten genügt bis zum 31. Dezember 1984 die Feststellung des Landes, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Gesetz vorliegen.

(2) Für einzelne Vorhaben nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 verbleibt es bei den vor dem 1. Januar 1982 ausgesprochenen Bewilligungen nach § 9.

(3) Bis zur Zuordnung der Krankenhäuser zu den Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 2 gilt § 10 Abs. 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung weiter.“

§ 30 Darlehen aus Bundesmitteln

Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aus Bundesmitteln gewährt worden sind, werden auf Antrag des Krankenhausträgers erlassen, soweit der Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1985 von diesen Lasten nicht anderweitig freigestellt worden ist und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gilt Satz 1 entsprechend.⁴⁴

§ 31 Berlin-Klausel

01.07.1997.—Artikel 8 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 3 bis 5 aufgehoben. Abs. 3 bis 5 lauteten:

„(3) Für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1. August 1984 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind, gilt § 17 Abs. 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter.

(4) § 18 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung gilt bis zum 31. Dezember 1985 weiter.

(5) Auf Pflegesätze, die vor dem 1. Januar 1986 festgesetzt worden sind, ist das bis dahin geltende Pflegesatzrecht anzuwenden.“

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 29 Übergangsvorschriften

(1) Bis zum Inkrafttreten des Landesrechts nach § 6 Abs. 3, § 7 Abs. 2 und § 11 gelten die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Abschnitts sowie die Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter. Bewilligungen von Fördermitteln, die vor Inkrafttreten des Landesrechts erteilt worden sind, werden nach den der Bewilligung zugrundeliegenden Vorschriften abgewickelt.

(2) Ab dem 1. Januar 1985 sind die Aufwendungen für die Förderung nach diesem Gesetz allein von den Ländern zu tragen. Über die in den Jahren 1983 und 1984 in Anspruch genommenen Finanzhilfen findet eine Abrechnung zwischen Bund und Ländern nicht statt.“

44 ÄNDERUNGEN

01.01.1976.—Artikel 34 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Sind in den Selbstkosten, die der Festsetzung der bisherigen Pflegesätze zugrunde gelegt waren, tatsächlich Kosten von Ausbildungsstätten enthalten, so findet insoweit § 17 Abs. 4 Nr. 4 auf die mit einem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten bis zum 31. Dezember 1978 keine Anwendung, es sei denn, daß diese in einem entsprechenden Umfange nach anderen Rechtsvorschriften gefördert werden.“

01.07.1982.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 30 Übergangsvorschrift

(1) Ist bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in einem Land ein Krankenhausbedarfsplan oder ein Jahreskrankenhausbauprogramm nach § 6 noch nicht aufgestellt, so tritt an deren Stelle für die Anwendung des § 8 bis zum 31. Dezember 1973 die Feststellung des Landes, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Gesetz vorliegen.

(2) Abweichend von § 17 Abs. 4 Nr. 4 sind bei der Festsetzung der Pflegesätze die Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten bis zum 31. Dezember 1981 zu berücksichtigen, es sei denn, daß diese in einem entsprechenden Umfange nach anderen Rechtsvorschriften gefördert werden.“

01.01.1985.—Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 30 Übergangsvorschrift für das Pflegesatzverfahren

Bis zum Inkrafttreten einer Neufassung der Bundespflegesatzverordnung gilt § 18 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung weiter.“

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 32 Inkrafttreten

Es treten in Kraft

1. § 8 Abs. 2, §§ 10 und 11 Abs. 2, §§ 12, 17 Abs. 5 und § 19 Abs. 1 Satz 2 bis 4 am 1. Oktober 1972,
2. §§ 16, 17 Abs. 1 bis 4, §§ 18, 19 Abs. 1 Satz 1 und 5, §§ 20, 27 bis 29 am Tage nach der Verkündung,
3. die übrigen Bestimmungen dieses Gesetzes am 1. Januar 1972.