

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)¹

Artikel 5 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422)

Abschnitt 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet.

(2) Dieses Gesetz gilt auch für die Vergütung von Leistungen der Bundeswehrkrankenhäuser, soweit diese Zivilpatienten behandeln, und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Im Übrigen gilt dieses Gesetz nicht für

1. Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 keine Anwendung findet,
2. Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden,
3. Krankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, soweit im Krankenhausfinanzierungsgesetz oder in der Bundespflegesatzverordnung nichts Abweichendes bestimmt wird.

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.²

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistun-

1 ERLÄUTERUNG

Das Gesetz ist am 30. April 2002 in Kraft getreten, soweit nichts anderes angegeben ist.

2 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat in Abs. 1 „und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz“ nach „Gesetz“ eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 „Krankenhäuser“ durch „DRG-Krankenhäuser“ ersetzt.

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

„4. das Jahr 2003 für Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 4 Satz 4 bis 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das DRG-Vergütungssystem noch nicht anwenden; § 21 ist auch von diesen Krankenhäusern anzuwenden.“

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Nr. 3 in Abs. 2 Satz 2 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.“

gen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
4. die besonderen Aufgaben Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.³

Abschnitt 2 Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3 Grundlagen

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

3 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Nr. 4 in Abs. 2 Satz 2 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,“.

01.01.2012.—Artikel 7 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 „oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ am Ende eingefügt.

Artikel 7 Nr. 1 lit. b und c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 01 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 1 Satz 1 „auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte,“ nach „Behandlung,“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 01 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 „Absatz 1 Satz 4 und 5“ durch „Absatz 1a“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 und 5 eingefügt.

1. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbartes Erlösbudget nach § 4,
2. eine von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbarte Erlössumme nach § 6 Abs. 3 für krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte,
3. Entgelte nach § 6 Abs. 2 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- 3a. ein Pflegebudget nach § 6a,
4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern,
5. Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.⁴

4 ÄNDERUNGEN

01.01.2003.—Artikel 1b des Gesetzes vom 12. Juni 2003 (BGBl. I S. 844) hat in Abs. 4 „ , § 6 Abs. 5 sowie § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4“ nach „Abs. 3“ und „ , § 6 Abs. 5 sowie § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4“ nach „Abs. 2“ eingefügt.

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Buchstabe b in Abs. 3 Nr. 1 aufgehoben. Buchstabe b lautete:

„b) die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen; steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen; eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2005 als Berichtigung des Erlösbudgets 2004 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2004 zu berücksichtigen.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 „ ; zu den Fallpauschalen gehören auch die Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie die um Abschläge verminderten Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und bei Verlegungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 4 aufgehoben. Nr. 2 lautete:

„2. die Entgelte, die bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschalen abgerechnet werden können (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3),“

01.01.2004.—Artikel 15 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe e „Integrationsverträgen nach § 140b oder“ nach „von“ gestrichen.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Abs. 6 Satz 1 „von dem veränderten Gesamtbetrag“ durch „Nr. 1 von dem veränderten Erlösbudget“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 21 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat in Abs. 5 Satz 1 „dem Hochschulbauförderungsgesetz“ durch „den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau“ ersetzt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird in den Jahren 2003 und 2004 für das Krankenhaus budgetneutral eingeführt. Zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen und zur Beurteilung der Höhe der nicht mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten finanzierten Leistungen nach § 6 ist der Krankenhausvergleich nach § 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden. Für die Jahre 2003 und 2004 dürfen die nach § 11 Abs. 4 vorzulegenden Nachweise über Art und Anzahl der Fallpauschalen nur für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts nach den Vorgaben des Absatzes 4 und zur Erörterung der Leistungsstruktur verwendet werden. Für das Jahr 2003 gilt § 6 Abs. 3, § 6 Abs. 5 sowie § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 und für das Jahr 2004 § 6 Abs. 2, § 6 Abs. 5 sowie § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend für den Gesamtbetrag.

(2) Für ein Krankenhaus, das nach § 17b Abs. 4 Satz 4 bis 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Vergütungssystem für das Jahr 2003 anwendet, ist ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nach § 13 nicht. Grundlage der Vereinbarung ist der für das Jahr 2002 vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird entsprechend den Vorgaben des Absatzes 3 Satz 3 bis 5 verändert und aufgeteilt; dies gilt nicht für Satz 3 Nr. 1 Buchstabe b.

(3) Für das Jahr 2004 ist ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nach § 13 nicht. Grundlage der Vereinbarung ist der für das Jahr 2003 vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird

1. vermindert um
 - a) die Entgeltanteile, die auf die Leistungsbereiche entfallen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht dem DRG-Vergütungssystem unterliegen,
 - b) (weggefallen)
 - c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,
 - d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
 - e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,
 - f) darin enthaltene Kosten für Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese nach Absatz 7 aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert werden,
2. erhöht um die Abzüge nach Nummer 2 des Abschnitts K 5 der Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung, soweit die vor- und nachstationäre Behandlung bei Fallpauschalen nicht mehr abgerechnet werden kann,
3. bereinigt um darin enthaltene Ausgleichs sowie Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre.

Der für das Jahr 2004 vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. die Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Erlösbudget) einschließlich der noch nicht ausgegliederten sonstigen Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4; zu den Fallpauschalen gehören auch die Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie die um Abschläge verminderten Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und bei Verlegungen,
2. (weggefallen)
3. die voll- und teilstationären Leistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet, jedoch noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1).

Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 4 Nr. 1 sind um die Ausgleichs und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Für ein Krankenhaus, das nach Absatz 2 das Vergütungssystem für das Jahr 2003 angewendet hat, gilt Satz 3 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 im Jahr 2004 nicht.

(4) Für die Abrechnung der Fallpauschalen sind in den Jahren 2003 und 2004 krankenhausesindividuelle Basisfallwerte zu ermitteln. Dazu wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 3 Satz 5 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag durch die Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle dividiert. Der für das jeweilige Jahr geltende Basisfallwert ist der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen.

(5) Bei einem Krankenhaus oder Teilen eines Krankenhauses, dessen Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden und dessen krankenhausesindividueller Basisfallwert niedriger ist als der geschätzte durchschnittliche Basisfallwert der Krankenhäuser in dem Land, sind auf Antrag des Krankenhauses für neue Investitionsmaßnahmen in dem Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 4 zusätzlich Investitionskosten nach § 17 Abs. 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.

(6) Weicht im Jahr 2003 oder 2004 die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses nach Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 von dem veränderten Erlösbudget nach Absatz 3 Satz 5 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden im Jahr 2003 zu 95 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden im Jahr 2003 zu 75 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Es umfasst nicht die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern, nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1, nicht die Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nicht die Vergütung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung.

(2) Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden. Die Entgelthöhe für die Fallpauschalen wird ermittelt, indem diese nach den Vorgaben des Entgeltkatalogs und der Abrechnungsbestimmungen mit den effektiven Bewertungsrelationen und mit dem Landesbasisfallwert nach § 10 bewertet werden. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus Fallpauschalen in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patientinnen und Patienten entlassen werden.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 gilt

1. nicht bei
 - a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen,
 - b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
 - c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand,

-
1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts nach Absatz 4 Satz 1 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
 2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen nach Absatz 4 Satz 2 durch die vereinbarten Behandlungsfälle im Fallpauschalenbereich dividiert wird, und
 3. krankenhausindividueller Basisfallwert nach Absatz 4 Satz 1.

Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 infolge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach Absatz 3 Satz 4 vorzulegen.

(7) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Gesamtbetrags vergütet.

(8) Die Vertragsparteien sind an den Gesamtbetrag gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu Grunde gelegten Annahmen der Gesamtbetrag für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen der Gesamtbetrag nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtbetrag ist über den neu vereinbarten Gesamtbetrag abzurechnen; § 15 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Nr. 3a eingefügt.

- d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie
 - e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde,
2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.

Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen ist bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden.

(3) Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 vorzulegen. Der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet. Steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(4) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet.

(5) Die Vertragsparteien nach § 11 sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Erlösbudget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abzurechnen.

(6) Solange die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dem Grunde nach einen Abschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, diesen jedoch in der Höhe nicht festgelegt haben, oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Kranken-

hausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen.

(7) Werden von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems bisher ausgenommene besondere Einrichtungen nach § 6 Abs. 1 im Vereinbarungszeitraum in das Erlösbudget einbezogen, wird die Differenz zwischen dem Anteil dieser Leistungen an der zuletzt vereinbarten Erlössumme nach § 6 Abs. 3 und dem neuen im Rahmen des Erlösbudgets vereinbarten Vergütungsanteil in einem Zeitraum von drei Jahren schrittweise abgebaut. War der bisher nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Vergütungsanteil höher, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 im ersten Jahr um zwei Drittel und im zweiten Jahr um ein Drittel der für das jeweilige Jahr ermittelten Differenz erhöht; war der bisher vereinbarte Vergütungsanteil niedriger, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 entsprechend vermindert. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unter- oder Überdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zu- oder Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unter- oder Überdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleich für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen.

(8) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert. Dazu vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Wurde für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 bereits ein Betrag vereinbart, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen im Vergleich zu dem am 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

1. einmalig eine Bestätigung über die zum 31. Dezember 2018 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung.

lenbesetzung, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und

3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 10 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Mittel, die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbart wurden, werden bei der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020 berücksichtigt.

(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 auf Verlangen des Krankenhauses einen zusätzlichen Betrag, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr- oder Mindererlösen gelten entsprechend.

(9) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183) benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2019 finanziell gefördert, soweit Satz 2 nicht Abweichendes bestimmt,

1. bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
 - a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
 - b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mik-

- robiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
 - d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
2. bei Fort- und Weiterbildungen
- a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro,
 - b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
 - c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
 - d) zur Ärztin oder zum Arzt und zur Krankenhausapothekerin oder zum Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
 - e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und
 - f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro,
3. bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag;

Fort- und Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a bis c werden über das Jahr 2019 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2019 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2023 gefördert. Abweichend von Satz 1 werden

1. unabhängig von den dort genannten Voraussetzungen in den Jahren 2016 bis 2019 außerdem finanziell gefördert
 - a) die in diesen Jahren begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 30 000 Euro,
 - b) bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag,
2. Personalmaßnahmen nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d sowie Fort- und Weiterbildungen nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe e lediglich bis zum Jahr 2016 gefördert.

Kosten im Rahmen von Satz 1 werden auch gefördert, wenn diese ab dem 1. August 2013 für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen, Beratungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 8 Satz 3 und 6 bis 11 sowie § 5 Absatz 4

Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist. Der Betrag nach Satz 4 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.⁵

5 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe g eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 3 des Gesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) hat in Abs. 2 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 15 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e „Integrationsverträgen nach § 140b oder“ nach „von“ gestrichen.

Artikel 15 Nr. 2 lit. b des selben Gesetzes hat Abs. 13 und 14 eingefügt.

27.07.2004.—Artikel 5a des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1776) hat Abs. 14 Satz 5 eingefügt.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in der Überschrift „und 2006“ durch „bis 2008“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „2005, 2006 und 2007“ durch „der Jahre 2005 bis 2009“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „dessen Basis“ durch „das um eine Basisberechtigung“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Buchstabe g in Abs. 2 Nr. 1 neu gefasst. Buchstabe g lautete:

„g) die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen; steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen; eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. cc und dd desselben Gesetzes hat Nr. 3 und 4 in Abs. 2 durch Nr. 3 ersetzt. Nr. 3 und 4 lauteten:

„3. erhöht um den Erlösbetrag nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 3,

4. erhöht um Mehrkosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Absatz 5“ durch „Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. d litt. bb und cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Nr. 3 und 4 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. d litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. e bis g desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 durch Abs. 6 ersetzt, Abs. 4 in Abs. 5 unnummeriert und Abs. 4 eingefügt. Abs. 5 und 6 lautete:

„(5) Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für das Jahr 2005 wird ermittelt, indem der Ausgangswert nach Absatz 2 von dem Zielwert 2005 nach Absatz 4 abgezogen und das Ergebnis durch drei geteilt wird. Zur Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 werden der Ausgangswert nach Absatz 2 und der Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert; in den in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Ländern sind die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe hinzuzurechnen.

(6) Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für das Jahr 2006 wird ermittelt, indem der Ausgangswert nach Absatz 3 von dem Zielwert 2006 nach Absatz 4 abgezogen und das Ergebnis durch zwei geteilt wird. Zur Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2006 werden der Ausgangswert nach Absatz 3 und der Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert; Absatz 5 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 1 „und 2006“ durch „bis 2008“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 2 „;“ ; solange die Vertragsparteien nach § 9 für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung grundsätzlich einen Abschlag nach § 17b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, diesen jedoch in der Höhe nicht festgelegt haben, oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des

Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. h desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 und 2006 geltenden krankenhausindividuellen Basisfallwerte ist das Erlösbudget nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 2

1. zu vermindern um die voraussichtlichen Erlöse aus Zusatzentgelten und
2. zu verändern um noch durchzuführende, vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. i litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „Absatz 5 Satz 2 oder“ nach „Erlösbudget nach“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 2 lit. i litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 9 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Mindererlöse werden zu 40 vom Hundert ausgeglichen.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. i litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 9 neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Sonstige Mehrerlöse werden zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. i litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 6 Nr. 1 „Absatz 4“ durch „Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. j desselben Gesetzes hat in Abs. 12 Satz 1 „2007“ durch „2009“ und „Absatz 4“ durch „Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. k desselben Gesetzes hat in Abs. 14 Satz 1 „im Falle“ durch „infolge“ und „2006“ durch „2008“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 21 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat in Abs. 8 Satz 1 „dem Hochschulbauförderungsgesetz“ durch „den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e das Komma am Ende durch „ , oder ab dem Jahr 2009 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Erlösbudget enthalten sind,“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 19 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 „Bundes-Angestelltentarifvertrag“ durch „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)“ ersetzt.

Artikel 19 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „oder auf eine bereits eingetretene, veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren“ nach „Kodierrichtlinien“ eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 19 Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 9 Satz 2 „grundsätzlich zu 40 vom Hundert“ durch „ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert“ ersetzt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2008“.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005 bis 2009 werden der krankenhausindividuelle Basisfallwert und das Erlösbudget des Krankenhauses (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) stufenweise an den landesweit geltenden Basisfallwert nach § 10 und das sich daraus ergebende DRG-Erlösvolumen angeglichen. Zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen bei der Vereinbarung des Erlösbudgets können Krankenhausvergleiche auf der Grundlage von DRG-Leistungsdaten herangezogen werden.

(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 für das Jahr 2004, das um eine Basisberichtigung nach § 3 Abs. 3 Satz 5 berichtet ist; dieses wird

1. vermindert um
 - a) die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände,
 - b) voraussichtliche Erlöse für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese Leistungen in dem Erlösbudget 2004 enthalten sind und im Jahr 2005 nach § 6 Abs. 2 vergütet werden,
 - c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,

- d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
 - e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, oder ab dem Jahr 2009 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Erlösbudget enthalten sind,
 - f) die nach Absatz 10 auszugliedernden Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind,
 - g) die Ausgliederung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleichsleistungen und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,
 3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Abs. 1.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. b1 desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c und e bis g desselben Gesetzes hat Abs. 3 bis 5 aufgehoben, Abs. 9 durch Abs. 3 ersetzt und Abs. 10 und 11 in Abs. 4 und 5 unnummeriert. Abs. 3 bis 5 und 9 lauteten:

„(3) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2006 ist das Erlösbudget 2005 nach Absatz 6 Satz 2; dieses wird

1. vermindert um die Tatbestände nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe b bis f,
2. erhöht um die voraussichtlichen Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2, soweit bisher nach § 6 Abs. 2 vergütete Leistungen in das DRG-Vergütungssystem einbezogen werden,
3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen, die mit Zuschlägen nach § 7 Satz 1 Nr. 4 finanziert werden,
4. verändert um eine Fehlschätzung bei der Ausgliederung der Ausbildungsstätten nach § 17a Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Ausgangswert für die Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2007 und 2008 ist jeweils das Erlösbudget des Vorjahres; die Vorgaben des Satzes 1 sind entsprechend anzuwenden.

(4) Der Ausgangswert nach Absatz 2 oder 3 wird verändert, indem für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum nach § 11 Abs. 2) folgende Tatbestände berücksichtigt werden:

1. Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte,
2. eine für die in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Länder tarifvertraglich vereinbarte Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe,
3. die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zusätzliche Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 werden im Jahr 2005 zu 33 vom Hundert, im Jahr 2006 zu 50 vom Hundert, im Jahr 2007 zu 65 vom Hundert und im Jahr 2008 zu 80 vom Hundert finanziert und deshalb zusätzlich zur Budgetanpassung nach Absatz 6 mit folgendem Anteil der Entgelthöhe, die sich bei Fallpauschalen unter Anwendung des landesweiten Basisfallwerts ergibt, im Ausgangswert berücksichtigt:

1. 21,2 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 34,7 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 49,4 vom Hundert im Jahr 2007 und
4. 64,0 vom Hundert im Jahr 2008;

mit den gleichen Anteilen werden wegfallende Leistungen berücksichtigt, wenn diese Leistungen nicht bereits nach den Vorgaben des Absatzes 2 Nr. 1 budgetmindernd zu berücksichtigen sind. Zur Vereinfachung der Verhandlungen sollen die Vertragsparteien die Vorgaben des Satzes 2 bei Fallpauschalen pauschaliert auf die entsprechende Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen anwenden, soweit diese nicht auf Änderungen der Fallpauschalen-Kataloge, der Abrechnungsregeln oder der Kodierrichtlinien oder auf eine bereits eingetretene, veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zurückzuführen sind. Soweit im Einzelfall die für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten mit diesen Vomhundertsätzen nicht gedeckt werden können, zum Beispiel bei Transplantationen und anderen Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder bei der Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit, vereinbaren die Vertragsparteien abweichend von den Sätzen 2 und 3 eine Berücksichtigung in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten; soweit größere organisatorische Einheiten geschlossen

werden und Leistungen nicht mehr erbracht werden, ist der Ausgangswert in Höhe der entfallenden Kosten zu verringern. Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte sind zu 100 vom Hundert zu berücksichtigen.

(5) Als Zielwert für die Angleichung nach Absatz 1 wird für die Jahre 2005 bis 2008 jeweils ein DRG-Erlösvolumen für das Krankenhaus vereinbart, indem Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen mit dem jeweils geltenden Basisfallwert nach § 10 bewertet werden und die ermittelte Erlössumme um die voraussichtliche Erlössumme aus Zusatzentgelten erhöht wird; Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern werden nicht einbezogen. Der Betrag nach Satz 1 ist um die Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vermindern; solange die Vertragsparteien nach § 9 für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung grundsätzlich einen Abschlag nach § 17b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, diesen jedoch in der Höhe nicht festgelegt haben, oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen.

(9) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 von dem Erlösbudget nach Absatz 6 Satz 2, das um Ausgleich und Berichtigungen nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 verändert worden ist, ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des DRG-Erlösvolumens nach Absatz 5 Satz 1 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen nach Absatz 7 Satz 2 durch die vereinbarten Behandlungsfälle im Fallpauschalenbereich dividiert wird, und
3. krankenhausindividueller Basisfallwert nach Absatz 7 Satz 3.

Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 infolge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 bis 8 durch Abs. 6 bis 10 ersetzt. Abs. 6 bis 8 lauteten:

„(6) Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für die Jahre 2005 bis 2008 wird ermittelt, indem jeweils der veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 von dem Zielwert nach Absatz 5 abgezogen und von diesem Zwischenergebnis

1. 15,0 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 23,5 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 30,8 vom Hundert im Jahr 2007 und
4. 44,4 vom Hundert im Jahr 2008

errechnet werden. Zur Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2008 werden der für das jeweilige Jahr maßgebliche veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 und der für das gleiche Jahr ermittelte Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Bei bisherigen besonderen Einrichtungen nach § 6 Abs. 1, die erstmals nach § 4 verhandeln, ist jeweils der nach Satz 1 für das jeweilige

Jahr genannte Vomhundertsatz anzuwenden. Bei Krankenhäusern, deren Erlösbudget vermindert wird, wird die Angleichung nach den Sätzen 1 und 2 auf höchstens

1. 1,0 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 1,5 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 2,0 vom Hundert im Jahr 2007,
4. 2,5 vom Hundert im Jahr 2008 und
5. 3,0 vom Hundert im Jahr 2009

vom veränderten Ausgangswert nach Absatz 4 begrenzt (Obergrenze).

(7) Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 bis 2008 jeweils geltenden krankenhausesindividuellen Basisfallwerte ist das jeweilige Erlösbudget nach Absatz 6 Satz 2

1. zu vermindern um die voraussichtlichen Erlöse aus Zusatzentgelten und
2. zu verändern um noch durchzuführende, vorgeschriebene Ausgleichs für Vorjahre, auch soweit diese Folge einer Berichtigung sind.

Das veränderte Erlösbudget nach Satz 1 wird durch die Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle dividiert. Der sich ergebende Basisfallwert ist der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen.

(8) Bei einem Krankenhaus oder Teilen eines Krankenhauses, dessen Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden und dessen krankenhausesindividueller Basisfallwert niedriger ist als der Basisfallwert nach § 10, sind auf Antrag des Krankenhauses für neue Investitionsmaßnahmen in dem Erlösbudget zusätzlich Investitionskosten nach § 8 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe des festgelegten Basisfallwerts zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. g desselben Gesetzes hat Satz 4 im neuen Abs. 5 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist über das neu vereinbarte Erlösbudget abzurechnen; § 15 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 12 bis 14 aufgehoben. Abs. 12 bis 14 lauteten:

„(12) Falls für den Zeitraum ab dem Jahr 2009 eine andere gesetzliche Regelung nicht in Kraft getreten ist, sind für die Ermittlung des Erlösbudgets Absatz 5 und für die Berücksichtigung von Ausgleichs und Berichtigungen für Vorjahre Absatz 7 Satz 1 entsprechend anzuwenden. Die Absätze 9 und 10 sind anzuwenden.

(13) Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 Satz 1. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,4 vom Hundert vereinbart werden. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 1 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Soweit für die Jahre 2003 und 2004 entsprechende Beträge nach § 6 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung vereinbart wurden, sind diese aus dem Erlösbudget auszugliedern und ab dem Jahr 2005 durch den Zuschlag nach Satz 5 zu finanzieren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.

(14) Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden in den Jahren 2004 bis 2008 außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete

te Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der Mehrkosten einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses mit dem Zuschlag nach Absatz 13 zusammenzufassen. Soweit Mehrkosten für das Jahr 2004 nicht durch die Abrechnung eines Zuschlags gedeckt werden, sind diese Mehrkosten in die Berechnung der Zuschläge für das Jahr 2005 einzubeziehen.“

22.09.2010.—Artikel 8 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Der sich ergebende Betrag ist um die Summe der Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Absatz 6 zu vermindern.“

Artikel 8 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a neu gefasst. Abs. 2a lautete:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 sollen die Vertragsparteien für das Jahr 2009 für Mehrleistungen gegenüber den für das Vorjahr krankenhausindividuell vereinbarten Leistungen eine niedrigere Vergütung vereinbaren, indem sie für diese Mehrleistungen einen Abschlag von dem Landesbasisfallwert festlegen. Würden im Jahr 2009 durch die im Landesbasisfallwert enthaltene anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 5 die tarifbedingten Erhöhungen der entsprechenden Personalkosten des Krankenhauses, soweit sie die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten, zu mehr als 50 Prozent finanziert, ist dieser höhere Finanzierungsanteil mindernd zu berücksichtigen, indem ein entsprechender Abschlag von dem Landesbasisfallwert vereinbart wird; dies gilt nicht für höhere Finanzierungsanteile infolge von Notlagentarifverträgen. Als Maßstab für die tarifbedingten Erhöhungen wird jeweils der Tarifvertrag zugrunde gelegt, dem die meisten Beschäftigten im nicht-ärztlichen Personalbereich und dem ärztlichen Personalbereich in dem jeweiligen Krankenhaus zugeordnet sind. Die Abschläge nach den Sätzen 1 und 2 sind in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die niedrigeren Preisvereinbarungen nach den Sätzen 1 und 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht berücksichtigt.“

01.01.2011.—Artikel 8 Nr. 1 lit. c des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 11 in Abs. 10 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 02 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 2a Satz 1 „das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent“ durch „die Jahre 2013 und 2014 ein Vergütungsabschlag von 25 Prozent“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 02 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 2 „Ab dem“ durch „Für das“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 02 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 3 „ , bei Transplantationen“ nach „Dritteln“ und „ , ferner können sie für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag aufgrund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 02 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 8 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 02 lit. e desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2a Satz 9 „nach Ablauf der jeweiligen Geltung des Mehrleistungsabschlags“ nach „sind“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 02 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 10 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 5a Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 11 eingefügt.

01.08.2014.—Artikel 16d des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 „ , interner Besetzung neu geschaffener Stellen“ nach „Neueinstellungen“ eingefügt.

18.10.2014.—Artikel 2b Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 2a Satz 1 „für die Jahre 2013 und 2014“ durch „ab dem Jahr 2013“ ersetzt.

Artikel 2b Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 8 „das Jahr 2014“ durch „die Jahre 2014 und 2015; auch der für das Jahr 2014 und die Folgejahre zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist entsprechend dreijährig zu vereinbaren“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 6 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 140c“ durch „§ 140a“ ersetzt.

05.11.2015.—Artikel 2 Nr. 4 lit. e1 litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 4 „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ nach „einreisen,“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. e1 litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. g bis i desselben Gesetzes hat Abs. 8 und 9 aufgehoben, Abs. 10 durch Abs. 8 ersetzt und Abs. 11 in Abs. 9 unnummeriert. Abs. 8, 9 und 10 lauteten:

„(8) Für das Jahr 2009 vereinbaren die Vertragsparteien den Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung dieses Gesetzes.

(9) Für das Jahr 2009 wird bei Krankenhäusern, bei denen der nach Maßgabe der folgenden Sätze veränderte Ausgangswert für das Jahr 2009 mehr als 3 Prozent über dem Erlösbudget nach Absatz 2 liegt, das Erlösbudget abweichend von Absatz 2 wie folgt ermittelt: Der veränderte Ausgangswert ist nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1, Abschnitt B2 lfd. Nr. 1 bis 15 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu berechnen; dabei ist Absatz 4 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzliche oder wegfallende Leistungen zu 100 Prozent zu berücksichtigen sind. Der veränderte Ausgangswert wird um 3 Prozent abgesenkt und in dieser Höhe als Erlösbudget vereinbart. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unterdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unterdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleich für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen. Ab dem Jahr 2010 wird das Erlösbudget auch dieser Krankenhäuser nach Absatz 2 ermittelt.

(10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende

Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30. Juni 2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. j litt. aa litt. aaa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 1 „2016“ durch „2019“ ersetzt und „ , soweit Satz 2 nicht Abweichendes bestimmt,“ nach „gefördert“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. j litt. aa litt. bbb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 1 „Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a und b und Satz 2 werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert“ durch „Fort- und Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a bis c werden über das Jahr 2019 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2019 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2023 gefördert“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. j litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. j litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 4 „und 2“ durch „bis 3“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. j litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 5 „Satz 3“ durch „Satz 4“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. j litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 6 „Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13“ durch „Absatz 8 Satz 4 und 7 bis 11“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in der Überschrift „ab dem Jahr 2009“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 1“ durch „Absatz 1, nicht die Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 8 „2014 und die Folgejahre“ durch „2014, 2015 und 2016“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 10 „Satz 11“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2b eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 7 „Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch „Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Abs. 1 Satz 4“ durch „Absatz 1a Nummer 1“ ersetzt.

03.08.2016.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 2b Satz 3 „Abschlag“ durch „für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 4 „oder Satz 2“ nach „Satz 1“ eingefügt und „Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13“ durch „für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2“ ersetzt.

10.11.2016.—Artikel 4 Nr. 0a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat Abs. 2b Satz 9 eingefügt.

25.07.2017.—Artikel 8c Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat Satz 12 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 12 lautete: „Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet bis spätestens zum 31. Dezember 2017 eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge.“

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 2 lit. a und b des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2a und 2b durch Abs. 2a ersetzt. Abs. 2a und 2b lauteten:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, ab dem Jahr 2013 ein Vergütungsabschlag von 25 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Für das Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die

Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, bei Transplantationen sowie bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes; im Übrigen können die Vertragsparteien zur Vermeidung unzumutbarer Härten einzelne Leistungen von der Erhebung des Abschlags ausnehmen, ferner können sie für einzelne Leistungen oder Leistungsbe-
reiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag aufgrund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlages vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend berücksichtigt. Der nach Satz 1 für das Jahr 2013 ermittelte Mehrleistungsabschlag gilt sowohl für das Jahr 2013 als auch für die Jahre 2014 und 2015; auch der für das Jahr 2014, 2015 und 2016 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist entsprechend dreijährig zu vereinbaren. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind nach Ablauf der jeweiligen Geltung des Mehrleistungsabschlages in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag findet keine Anwendung für Leistungen, für welche die Vertragsparteien auf Bundesebene abgesenkte oder gestaffelte Bewertungsrelationen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart haben.

(2b) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden. Ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2 gilt

1. nicht bei
 - a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen,
 - b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
 - c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand,
 - d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhaushausplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie
 - e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde,
2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.

Abweichend von Satz 1 oder Satz 2 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen ist bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen. Sofern für zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Leistungen für die Jahre 2015 oder 2016 nach Absatz 2a Satz 8 noch ein Mehrleistungsabschlag in den Jahren 2017 und 2018 zu erheben ist, ist das maßgebliche Abschlagsvolumen erhöhend bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag nach Satz 5 umzusetzen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages sind darüber hinaus die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden. Für die Jahre 2017 und 2018 ist der zu vereinbarende höhere Abschlag nach Satz 2 auf 50 Prozent begrenzt.“

Artikel 9 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Das Verlangen kann für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem

§ 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

(1) Die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für die Vertragsparteien nach § 11 verbindlich. Auf Antrag einer Vertragspartei ist zu prüfen, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag vorliegen. Wurde für einen Tatbestand ein bundeseinheitlicher Zu- oder Abschlagsbetrag festgelegt, der für die Zwecke der Berechnung gegenüber den Patienten oder den Kostenträgern auf eine krankenhausesindividuelle Bezugsgröße, beispielsweise die Fallzahl oder eine Erlössumme, umgerechnet werden muss, so vereinbaren die Vertragspar-

Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden.“

Artikel 9 Nr. 2 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch „ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 2 lit. d litt. bb bis ff desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 9 in Abs. 8 neu gefasst. Die Sätze 2 bis 9 lauteten: „Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,15 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,3 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, über die auf Grund dieser Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, und über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Artikel 9 Nr. 2 lit. d litt. gg desselben Gesetzes hat Satz 12 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 12 lautete: „Für die Jahre 2019 bis 2021 sind übergangsweise von den Krankenhäusern nur die Bestätigungen nach Satz 9 zweiter Halbsatz und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nur der Bericht nach Satz 10 vorzulegen sowie von den Krankenkassen nur die Informationen nach Satz 11 zu übermitteln.“

Artikel 9 Nr. 2 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 8a eingefügt.

Artikel 9 Nr. 2 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „(Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183)“ nach „Infektionsprävention“ eingefügt.

Artikel 9 Nr. 2 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 6 „Satz 4 und 7“ durch „Satz 3 und 6“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 2 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 7 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 8 Satz 1 „Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ durch „Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes oder § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes“ ersetzt.

teilen gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

(2) Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,
2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und
3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.

(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Zuschläge nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.

(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte

Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben. Die zeitliche Begrenzung für die Erhebung von Qualitätsabschlägen nach § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 auf höchstens drei Jahre ist zu beachten.

(3b) Für klinische Sektionen ist bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 ein Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren; hierbei ist Absatz 1 Satz 3 anzuwenden.

(3c) Bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen. Die Vereinbarung von Zuschlägen ist für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, insoweit zulässig, als der Gemeinsame Bundesausschuss keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Zuschläge sind auch für Mehrkosten zu vereinbaren, wenn diese dem Krankenhaus ab dem 5. November 2015 auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden. Der Finanzierung der in den Sätzen 1 und 3 genannten Mehrkosten erfolgt bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch eine Berücksichtigung in den krankenhausesindividuellen Entgelten. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme nach § 9 Absatz 1b Satz 1 in Verbindung mit § 6 Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht. Bei einer Vereinbarung von Zuschlägen auf Grund einer Rahmenvereinbarung nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Sätze 1, 4 und 5 entsprechend anzuwenden.

(4) Die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 sowie ein Unterschiedsbetrag nach § 4 Abs. 5 werden über einen gemeinsamen Zu- und Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a verrechnet und unter der Bezeichnung „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche“ gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zu- oder Abschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist; wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren. Würden die voll- und teilstationären Entgelte durch einen Zuschlag nach Satz 1 insgesamt um mehr als 15 Prozent erhöht, sind übersteigende Beträge in nachfolgenden Vereinbarungszeiträumen mit Hilfe des Zu- oder Abschlags nach Satz 1 bis jeweils zu dieser Grenze zu verrechnen; für das Jahr 2009 gilt abweichend eine Grenze von 30 Prozent. In seltenen Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 einen höheren Zuschlag vereinbaren, wenn dies erforderlich ist, um eine ansonsten hierdurch entstehende wirtschaftliche Gefährdung des Krankenhauses abzuwenden. Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zu- oder Abschlagsbeträge von dem zu verrechnenden Betrag nach Satz 2 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie über die Gesamtsumme und den Zu- oder Abschlag für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden; dabei sind die Verrechnungen in die Grenze nach Satz 3 einzubeziehen.

(5) Kann ein Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 wegen der Schließung des Krankenhauses nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und teilstationär behandelt wurden, gesondert in Rechnung gestellt oder an diese zurückgezahlt. Auf die einzelne Krankenkasse entfällt davon der

Teilbetrag, der ihrem entsprechenden Anteil an der Summe der Entgelte im Vorjahr entspricht. Die Vertragsparteien nach § 11 können eine abweichende Vereinbarung schließen.⁶

6 ÄNDERUNGEN

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Abs. 3 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 258 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Vereinbarung von Zu- und Abschlägen“.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 6 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 1 Satz 4 und 5“ durch „Absatz 1a“ ersetzt.

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

„(2) Für die Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Anwendung der Maßstäbe und Einhaltung der Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Sicherstellungszuschläge. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags.“

(3) Soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorliegen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.“

Artikel 2 Nr. 5 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3a, 3b und 3c eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Bei Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden, ist ein Zu- oder Abschlag wegen Verlängerung der Konvergenzphase nach Maßgabe der folgenden Sätze in Rechnung zu stellen. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem krankenhausindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleich und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleich und ohne Kappung wird ermittelt und in Höhe von 50 Prozent mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert. Der Zu- oder Abschlag ist auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien in Rechnung zu stellen. Weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch Verrechnung mit dem Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 Satz 1 vollständig auszugleichen.“

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 0b des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat Abs. 3c Satz 4 und 5 eingefügt.

25.07.2017.—Artikel 8c Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat Abs. 3c Satz 6 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 1a lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Satz 8 in Abs. 2 aufgehoben.

Artikel 10 Nr. 1a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt. Abs. 2a wird lauten:

„(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro jährlich. Die Berechnung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern erfolgt, indem der jährliche Betrag nach Satz 1 durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Betrag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Ist ein Krankenhaus nicht mehr in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen, so ist der Betrag nach Satz 2 letztmalig bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar des auf die letztmalige Auflistung folgenden Jahres zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden.“

Artikel 10 Nr. 1a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

„(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

(1) Für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, und für besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten.

(2) Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3 vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien nach § 11 haben die Information bei ihrer Vereinbarung zu berücksichtigen. Liegt bei fristgerecht erfolgter Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus eine Information nicht vor, kann die Vereinbarung ohne diese Information geschlossen werden; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird. Die Entgelte sollen möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets, nach § 4 vereinbart werden. Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 9 können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden.

(2a) In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, im Rahmen der Erlössumme nach Absatz 3 ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren, wenn

1. diese Leistungen auf Grund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden,
2. auf Grund der Komplexität der Behandlung die Behandlungskosten die Höhe der DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mindestens 50 vom Hundert überschreiten und
3. das Krankenhaus sich an den Maßnahmen nach den §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt.

Nach Vereinbarung des Zusatzentgelts melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9. Dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Begründung zu den Voraussetzungen nach Satz 1 zu übermitteln. Soweit für die palliativmedizinische Versorgung durch Palliativdienste noch kein Zusatzentgelt nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2017 unter Beachtung der nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Palliativdienste entwickelten Krite-

rien ein gesondertes krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren; Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Werden krankenhausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Sie umfasst nicht die Entgelte nach Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern. Für die Vereinbarung der Entgelte und der Erlössumme sind Kalkulationsunterlagen nach Absatz 1 Satz 2 vorzulegen. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten darüber hinaus die Vorschriften zur Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung entsprechend, wobei anstelle der Veränderungsrate als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 gilt; die Unterlagen sind nur bezogen auf den Bereich der Einrichtung und nur insoweit vorzulegen, wie die anderen Vertragsparteien nach § 11 nicht darauf verzichten. Wird eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme um 40 Prozent dieser Erhöhungsrates zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018, wobei der Erhöhungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab, sind die Mehr- oder Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 zu ermitteln und auszugleichen. Die Erlössumme ist insoweit zu vermindern, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.

(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.⁷

7 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für die Vergütung von Leistungen, die nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „oder Zusatzentgelte“ nach „Entgelte“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „30. September“ durch „31. Oktober“ ersetzt und „sachgerecht“ nach „Fallpauschalen“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 15 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 6 „Ausschusses Krankenhaus“ durch „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „in den Jahren 2005 und 2006“ durch „ab dem Jahr 2005“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 2 durch die Sätze 3 bis 6 ersetzt. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis zum 31. Oktober von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen sachgerecht abgerechnet werden kann. Nach Vereinbarung eines Entgelts melden die Vertragsparteien Art und Höhe an die Vertragsparteien nach § 9.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 7 „Diese“ durch „Die Vertragsparteien nach § 9“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3 durch die Sätze 2 bis 6 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Für die Vereinbarung dieser Erlössumme gilt die Bundespflegesatzverordnung entsprechend, insbesondere die Vorschriften für die Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6, die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 12 und die vorzulegenden Verhandlungsunterlagen nach § 17

Abs. 4; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 die Schiedsstelle nicht. Soweit Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vereinbart werden, gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und die Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.“

08.11.2006.—Artikel 258 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 7 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Satz 1 in Abs. 1 geändert. Satz 1 lautete: „Für Leistungen, die

1. in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden oder
2. ab dem Jahr 2005 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können,

und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind.“

Artikel 2 Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3“ nach „Zusatzentgelte“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „für das Jahr 2005 vor dem 1. Februar 2005 und für die Folgejahre“ nach „die Budgetvereinbarung“ gestrichen-

Artikel 2 Nr. 6 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 „des Erlösbudgets nach § 4“ durch „der Erlössumme nach Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2a aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind im DRG-Erlösvolumen nach § 4 Abs. 5 zu berücksichtigen.“

Artikel 2 Nr. 6 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Werden krankenhausesindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Für die Vereinbarung dieser Erlössumme gilt die Bundespflegesatzverordnung nach Maßgabe der folgenden Sätze entsprechend. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weit gehend über krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten insbesondere die Vorschriften zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nicht. Soweit für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 krankenhausesindividuelle Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden, ohne dass die Voraussetzungen nach Satz 3 vorliegen, sind für die Entgelte Kalkulationsunterlagen vorzulegen; Absatz 1 Satz 2 ist anzuwenden. Kalkulationsunterlagen nach Satz 4 für krankenhausesindividuelle Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind auch von Einrichtungen nach Satz 3 vorzulegen. Für tagesbezogene Entgelte gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung, für krankenhausesindividuelle Fallpauschalen und Zusatzentgelte die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung. Das Bundesministerium für Gesundheit kann in einer Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichende Regelungen treffen.“

Artikel 2 Nr. 6 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Sind Erlösanteile nach Absatz 3 bei der letzten Budgetvereinbarung noch in dem Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 oder § 4 enthalten gewesen, ist das Erlösbudget entsprechend zu vermindern. Werden Erlösanteile nach Absatz 3 bei der nächsten Budgetvereinbarung nicht mehr vereinbart, ist das Erlösbudget entsprechend zu erhöhen.“

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 3 Satz 4 „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ nach „Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 5a Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in Abs. 3 Satz 4 „ , wobei anstelle der Veränderungsrate als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2 gilt“ nach „entsprechend“ eingefügt.

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

§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht

1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,
2. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im

08.12.2015.—Artikel 4a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Abs. 2a Satz 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 1 Satz 15“ durch „Absatz 1 Satz 10“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „erstmalig für das Kalenderjahr 2005“ nach „§ 11“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 „§ 137“ durch „den §§ 136 und 136b“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2“ durch „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Für das Jahr 2013 gilt § 18 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.“

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „§ 18 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung ist entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, dass die vereinbarte Erlössumme um ein Drittel der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen ist.“

Artikel 9 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 7 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 „ , die um die vom Pflegebudget nach § 6a erfassten Kosten zu mindern sind,“ nach „Behandlungskosten“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „40 Prozent dieser Erhöhungsrates zu erhöhen, erstmalig für das Jahr 2018“ durch „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmalig für das Jahr 2020“ ersetzt.

Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 3 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.

(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.

(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.

(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.

(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt. Ist die für das Jahr 2020 zu vereinbarende Summe aus dem Gesamtbetrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 und dem zu vereinbarenden Pflegebudget um mehr als 2 Prozent und für das Jahr 2021 um mehr als 4 Prozent niedriger als der jeweils vereinbarte Vorjahreswert, ist für diese Jahre das Pflegebudget so zu erhöhen, dass damit die Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget für das Jahr 2020 auf 2 Prozent und für das Jahr 2021 auf 4 Prozent begrenzt wird. Diese Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt nicht der Pflicht zur Rückzahlung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel nach der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8. Satz 3 findet keine Anwendung bei einer Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget auf Grund von Leistungsrückgängen.⁸

Abschnitt 3 Entgeltarten und Abrechnung

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

8 QUELLE

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift eingefügt.

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,
4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz,
5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),
6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
- 6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,
7. Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.

(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; die Entgelte sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausindividuell vereinbart.

Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.⁹

9 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat in Satz 1 Nr. 4 „ab dem 1. Januar 2004,“ durch „und“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 5 „in den Jahren 2003 und 2004“ nach „die“ gestrichen.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Satz 1 Nr. 3 „oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer“ nach „Fallpauschale“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 4 „(§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)“ nach „Ausbildungsvergütungen“ eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a litt. aa littt. aaa des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Nr. 3 und 4 in Satz 1 neu gefasst. Nr. 3 und 4 lauteten:

- „3. ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1),
4. der Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen (§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2005 (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes);“.

Artikel 2 Nr. 7 lit. a litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 5 „für besondere Einrichtungen und“ nach „Entgelte“ eingefügt.

§ 8 Berechnung der Entgelte

(1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 zu berechnen; dies gilt auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln. Die Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei einer Hochschulklinik aus der Anerkennung einer Hochschule nach den landesrechtlichen Vorschriften, dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmt sind. Für die Patienten von Belegärzten werden gesonderte Fallpauschalen berechnet. Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen berechnet werden:

Artikel 2 Nr. 7 lit. a litt. aa littt. ccc und ddd desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 7 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nr. 8 in Satz 1 aufgehoben. Nr. 8 lautete:

„8. der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Artikel 2 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „Abs. 9“ durch „Absatz 2a, 7, 9 und 10“ ersetzt.

01.08.2013.—Artikel 5a Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „und 10“ durch „und 11“ ersetzt.

Artikel 5a Nr. 3 lit. b und c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Nr. 4 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. der Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 4 Absatz 2a, 7, 9 und 11, § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3),“.

Artikel 2 Nr. 7 lit. b und c desselben Gesetzes hat Nr. 7 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben und Nr. 8 in Nr. 7 unnummeriert. Nr. 7 lautete:

„7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4,“.

01.01.2017.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 „Versorgungszuschlag“ durch „Pflegezuschlag“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a eingefügt.

Artikel 9 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „Nr. 3, 5 und 6“ durch „Nummer 3, 5, 6 und 6a“ und „§ 6“ durch „den §§ 6 und 6a“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 6a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „sowie nach § 33 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes“ nach „Gesetz“ eingefügt.

1. Zusatzentgelte nach dem Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder nach § 6 Abs. 1 bis 2a, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist,
2. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz,
3. eine nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt; eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; dies gilt auch für eine entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung,
4. Zuschläge nach den §§ 139c, 91 Abs. 2 Satz 6 und § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 6a je voll- oder teilstationären Belegungstag.

(3) (weggefallen)

(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Absatz 1 oder Absatz 2 oder nach § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen. Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn

1. ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit keine Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden können oder keine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird,
2. für diese Leistung in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren gemäß § 5 Absatz 3a Qualitätsabschläge erhoben wurden und der Qualitätsmangel fortbesteht.

(5) Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig.

(6) Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht, wird die Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat.

(7) Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte zu orientieren hat. Die Sätze 1 bis 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Vereinbarung nach § 11 Abs. 1 getroffen werden.

(8) Das Krankenhaus hat dem selbstzahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben, es sei denn, der Patient ist in vollem Umfang für Krankenhausbehandlung versichert. Im Übrigen kann jeder Patient verlangen, dass ihm unverbindlich die voraussichtlich abzurechnende Fallpauschale und deren Höhe sowie voraussichtlich zu zahlende, ergänzende Entgelte mitgeteilt werden. Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Entgelte noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, dass das zu zahlende Entgelt sich erhöht, wenn das neue Entgelt

während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Erhöhung ist anzugeben.

(9) Die Rechnungen des Krankenhauses für selbstzahlende Patientinnen oder selbstzahlende Patienten sind in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten. Dabei sind die Fallpauschalen und Zusatzentgelte mit der Nummerierung und den vollständigen Texten aus dem jeweils anzuwendenden Entgeltkatalog, den maßgeblichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Fallpauschalen den effektiven Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert auszuweisen. Zu den Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sind außerdem die entsprechenden Textfassungen anzugeben. Weitere Entgelte sowie Zu- oder Abschläge sind mit kurzen verständlichen Texten zu bezeichnen. Die Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 3 werden in der Rechnung zusammengefasst und gemeinsam als „Systemzuschlag“ ausgewiesen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt zur Gestaltung der Rechnung eine entsprechende Empfehlung im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung ab. Das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(10) Zur Förderung der pflegerischen Versorgung ist bei Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2017 ein Pflegezuschlag abzurechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Die Höhe des Pflegezuschlags ist zu ermitteln, indem die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus durch die vollstationäre Fallzahl geteilt wird, die für den Vereinbarungszeitraum des Erlösbudgets und der Erlössumme vereinbart oder festgesetzt wurde. Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich dieses Gesetzes errechnet wird und dieser krankenhausesindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser nach Satz 3 sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag abzuziehen. Die nach den Sätzen 4 und 5 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen. Die nach den Sätzen 7 und 8 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land. § 5 Absatz 4 Satz 5, § 11 Absatz 4 Satz 3 und 4 sowie § 15 Absatz 2 gelten entsprechend. Der Pflegezuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.¹⁰

10 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 5a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Wird ein Patient wegen Komplikationen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer dieser Fallpauschale die Fallpauschale nicht erneut berechnet werden. Wird ein Patient beurlaubt, ist dies im Falle der Überschreitung der Grenzverweildauer auf der Rechnung auszuweisen.“

01.01.2004.—Artikel 15 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Nr. 2 in Abs. 2 Satz 3 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Zu- und Abschläge nach § 5,“

Artikel 15 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 3 Nr. 5 eingefügt.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Nr. 2 in Abs. 2 Satz 3 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Zu- und Abschläge nach § 5 und ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14,“

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Wird ein Patient, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, im Zeitraum von der Entlassung bis zur Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschale wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, darf eine Fallpauschale nicht erneut berechnet werden; nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer dürfen die entsprechenden belegungstagesbezogenen Entgelte berechnet werden. Wurden bei der Abrechnung der Fallpauschale Abschläge wegen Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer vorgenommen, darf für jeden Belegungstag ab Wiederaufnahme ein Betrag in Höhe des Abschlagsbetrags nachberechnet werden, höchstens jedoch bis zur Summe der beim ersten Aufenthalt vorgenommenen Abschläge. Wird ein Patient beurlaubt, ist dies im Falle der Überschreitung der Grenzverweildauer auf der Rechnung auszuweisen. Die Regelungen der Sätze 1 bis 3 können durch eine abweichende Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine abweichende Vorgabe durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ersetzt werden.“

28.06.2005.—Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720) hat Nr. 5 in Abs. 2 Satz 3 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. Zuschläge nach den §§ 139c und 91 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

06.09.2005.—Artikel 4 des Gesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2570) hat in Abs. 1 Satz 2 „; dies gilt auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln“ am Ende eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 21 Nr. 2 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 4 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. bei einer Hochschulklinik aus der Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

Artikel 19 Nr. 2 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 9 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 8 lit. b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

„(9) Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31. Dezember 2006 entlassen werden, ist ein Abschlag in Höhe von 0,5 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen; der Abschlag gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008. Haben Krankenkassen Rechnungen nach Satz 1 ohne Abschlag bezahlt, ist der Krankenhausträger verpflichtet, jeweils einen Betrag in Höhe von 0,5 vom Hundert des Rechnungsbetrags an die jeweilige Krankenkasse zu erstatten. Bemessungsgrundlage für den Abschlag nach Satz 1 und 2 ist die Höhe der abgerechneten Entgelte nach § 6 Abs. 2a und § 7 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und 5 einschließlich der Abschläge bei Verlegungen. Bei der Ermittlung des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 9 und § 6 Abs. 3 Satz 6 wird die Erlösminderung infolge des Abschlags nicht berücksichtigt.“

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 8 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 „oder nach § 6 Abs. 1 bis 2a“ nach „Nr. 2“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 8 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 „ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14“ durch „im Jahr 2009 ein Zuschlag nach § 4 Abs. 8“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 8 lit. a litt. cc und dd desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 2 Satz 3 aufgehoben und Nr. 4 und 5 in Nr. 3 und 4 unnummeriert. Nr. 3 lautete:

„3. ein in dem Fallpauschalen-Katalog festgelegtes Entgelt für den Fall der Überschreitung der Grenzverweildauer,“

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 4 „Satz 3 Nr. 5“ durch „Satz 2“ ersetzt.

01.08.2013.—Artikel 5a Nr. 4 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 10 eingefügt.

18.10.2014.—Artikel 2b Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 10 Satz 1 „bis zum 31. Dezember 2014“ nach „2014“ gestrichen.

Artikel 2b Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 10 Satz 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Nr. 2 in Abs. 2 Satz 3 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Zu- und Abschläge nach § 5, im Jahr 2009 ein Zuschlag nach § 4 Abs. 8 und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“.

Artikel 2 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Abs. 1 Satz 2“ durch „Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.

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

Artikel 2 Nr. 8 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „bis zum 31. Dezember 2016“ nach „2014“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 8 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 2 „für 2013“ nach „Satz 1“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 8 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 10 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Der Versorgungszuschlag ist letztmalig für Patientinnen und Patienten zu berechnen, die zum 31. Dezember des Jahres aufgenommen werden, in dem der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a letztmalig erhoben wird.“

01.01.2017.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) und Artikel 4 Nr. 0c des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) haben Abs. 10 neu gefasst. Abs. 10 lautete:

„(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2016 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

25.07.2017.—Artikel 8c Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat in Abs. 4 Satz 1 „oder nach § 137i Absatz 5“ nach „Absatz 2“ eingefügt.

Artikel 8c Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 3 „;“ ab dem Jahr 2019 erhöht sich die Fördersumme von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8“ am Ende eingefügt.

02.08.2018.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Sätze 3 bis 6 in Abs. 10 durch die Sätze 3 bis 11 ersetzt. Die Sätze 3 bis 6 lauteten: „Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser errechnet wird und dieser krankenspezifische Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird; ab dem Jahr 2019 erhöht sich die Fördersumme von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist; Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land. Der nach Satz 2 zu berechnende Pflegezuschlag ist im Falle von § 10 Absatz 5 Satz 6 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Fallschwere des Krankenhauses zu erhöhen. § 5 Absatz 4 Satz 5, § 11 Absatz 4 Satz 3 und 4 sowie § 15 Absatz 2 gelten entsprechend.“

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 3 Nr. 5 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

Abschnitt 4 Vereinbarungsverfahren

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
- 2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1,
6. erstmals bis zum 31. Juli 2016 einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen, die nur dem hälftigen Abschlag unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Falle von Leistungsverlagerungen,
7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,
8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,
9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.

(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3

1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie auf Grund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;

„(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.“
Artikel 9 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

2. bis zum 31. März 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4; diese können sich insbesondere ergeben aus
 - a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
 - b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
 - c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen;
 dabei haben sie sicherzustellen, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt;
3. bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend;
4. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
5. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist;
6. jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jedes Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

(1c) Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt,

eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben, die bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.

(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung zu Absatz 1b Satz 1 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Nummer 5 nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.¹¹

11 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „und 5“ durch „bis 6“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 19 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „zu Verlegungsfällen und“ nach „Regelungen“ und „(effektive Bewertungsrelationen)“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 5 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. für das Jahr 2003 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung und für das Jahr 2004 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung.“

01.08.2012.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a eingefügt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 bis 6 und Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen gilt § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

01.08.2013.—Artikel 5a Nr. 5 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 durch Abs. 1, 1a, 1b und 1c ersetzt. Abs. 1 lautete:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. die Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 4,
- 5a. bis zum 31. Oktober jeden Jahres, erstmals für das Jahr 2013, den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 5 oder 6 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen,
6. bis zum 31. August 2003 den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1.

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert (Landesbasisfallwert) für das folgende Kalenderjahr. Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B1 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen (B1 laufende Nummer 3), und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 3 bis 5 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität bei der zu ändernden Vereinbarung des

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind. Abweichend von Satz 1 Nummer 5a zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen.“

Artikel 2 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „bis 3“ durch „und 2“ und „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

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

Artikel 4 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Nr. 5 „2017“ durch „2018“ und „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

25.07.2017.—Artikel 8c Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat in Abs. 1a Nr. 1 „sowie auf Grund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ am Ende eingefügt.

Artikel 8c Nr. 4 lit. b und c desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Nr. 5 den Punkt durch ein Semikolon ersetzt und Abs. 1a Nr. 6 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.

Artikel 9 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 „Nummern 1 und 2“ durch „Nummern 1, 2 und 2a“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 7 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Nr. 7 in Abs. 1 durch Nr. 7 bis 9 ersetzt. Nr. 7 lautete:

„7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates.“

Artikel 9 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 6 in Abs. 1a neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. bis zum 31. Oktober 2018 die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 sowie die Berichtigung dieses Betrags in den Folgejahren bei einer Fehlschätzung.“

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Nr. 7 „ , eine anteilige Erhöhungsrates unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ nach „Satz 4“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 1a aufgehoben.

Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre. Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.

(2) (weggefallen)

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. (weggefallen)
5. (weggefallen)
6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung nicht einbezogen,
7. erhöhend die Summe der befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausesindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.

Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren. Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2018 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für

1. den Bereich des Pflegepersonals,
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen

sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrage. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um 40 Prozent dieser Erhöhungsrage (anteilige Erhöhungsrage) zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrage nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrage vorzunehmen.

(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen.

(7) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt, ist dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts zu beachten. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 darf überschritten werden, soweit eine Angleichung dieser Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe dies erforderlich macht.

(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,02 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2016 bis 2021 werden die Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleich von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, und von diesem Zwischenergebnis

1. 16,67 Prozent im Jahr 2016,
2. 20,00 Prozent im Jahr 2017,
3. 25,00 Prozent im Jahr 2018,
4. 33,34 Prozent im Jahr 2019,
5. 50,00 Prozent im Jahr 2020,
6. 100 Prozent im Jahr 2021

errechnet werden. Für das Jahr 2017 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen ist, zu vereinbaren. Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Sicherstellungszuschlägen, die

auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 oder Satz 7 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen; Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht. Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.

(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurden, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankenhausgesellschaft bis zum 31. Juli jedes Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, sofern diese noch nicht im Basisfallwert berücksichtigt ist, und ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober jedes Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(10) Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 7 ist bis zum 30. November jedes Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest. Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.

(11) (weggefallen)

(12) Zur pauschalen Überführung der Mittel des Pflegezuschlags, die nicht für die pflegerische Versorgung von Patientinnen oder Patienten verwendet werden, ist für die Verhandlung des Basisfallwerts 2020 eine Erhöhung von 0,3 Prozent auf den vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert 2019 ohne Ausgleiche einzurechnen. In den ab dem 1. Januar 2020 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2019 nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen, gemindert um die geschätzte Summe der Beträge, die nach § 6a Absatz 6 im Pflegebudget aufgeht; zusätzlich sind dabei die Finanzierungsbeträge der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.¹²

12 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 15 Nr. 5 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 7 eingefügt.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Satz 2 lautete: „Dabei sind die nach Überschreitung der Grenzverweildauer zu zahlenden Entgelte zu berücksichtigen.“

Artikel 2 Nr. 7 lit. a1 desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 7 lit. a2 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 und 7 eingefügt.

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

Artikel 2 Nr. 7 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „2007“ durch „2009“ und „im Falle“ durch „infolge“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 7 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 7 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 8 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 258 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 8 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 19 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 19 Nr. 4 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 1 „Bundes-Angestelltentarifvertrag“ durch „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)“ ersetzt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 1 geändert. Abs. 1 lautete:

„(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert für das folgende Kalenderjahr. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 2 bis 4 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität

1. nach Absatz 2 für das Jahr 2005 bezogen auf das Ausgabenvolumen und

2. nach Absatz 4 jeweils für die Jahre ab 2006 bezogen auf den Basisfallwert

bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Bei der erstmaligen Vereinbarung für das Jahr 2005 haben die Vertragsparteien den Basisfallwert so festzulegen, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Maßstab dafür ist die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Vertragsparteien haben sich an dem voraussichtlichen Ausgabenvolumen für die mit dem Basisfallwert zu vergütenden Leistungen oder an den für das Jahr 2004 vereinbarten, gewichteten Basisfallwerten der Krankenhäuser im Lande zu orientieren. In diesem Rahmen sind die Vorgaben nach Absatz 3 zu berücksichtigen. Vor der Ermittlung des Basisfallwerts ist die Erlössumme, die voraussichtlich in diesem Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird, abzuziehen; die Summe der Abschläge für Notfallversorgung ist erhöhend zu berücksichtigen.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung“ durch „Bei der Vereinbarung sind“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. aa1 desselben Gesetzes hat Nr. 4 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen,“.

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“ durch „Ausbildungskosten“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 „im Jahr 2009“ am Anfang und „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung“ nach „Satz 4“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 „Abs. 1“ nach „§ 7“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „; die Veränderungsrate wird nach Maßgabe des Absatzes 6 künftig durch einen Veränderungswert ersetzt“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. e bis h desselben Gesetzes hat Abs. 5, 6 und 7 in Abs. 7, 10 und 11 unnummeriert und Abs. 5 und 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. g desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 10 Satz 1 „des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 6“ nach „Vereinbarung“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 11 Satz 1 „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung“ nach „Abs. 14“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. h litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 11 Satz 2 „Abs. 13“ durch „Abs. 8“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 8 durch Abs. 8 und 9 ersetzt. Abs. 8 lautete:

„(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, für das Jahr 2005 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. für die einzelnen Länder jeweils einen vorläufigen Basisfallwert festzulegen, der bei der Berechnung des Zielwerts nach § 4 Abs. 5 hilfsweise eingesetzt wird, falls ein landeseinheitlicher Basisfallwert noch nicht vereinbart ist, und
2. Ausgleichsregeln vorzugeben, nach denen Abweichungen des vorläufigen Basisfallwerts von dem auf Landesebene vereinbarten Basisfallwert ausgeglichen werden.

Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Nummer 1 gilt § 17b Abs. 7 Satz 3 und 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. j und k desselben Gesetzes hat Abs. 12 und 13 eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B2 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen, und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen.“

22.09.2010.—Artikel 8 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Satz 2 „(B2 laufende Nummer 3)“ nach „Fallpauschalen“ eingefügt.

Artikel 8 Nr. 3 lit. b litt. aa litt. bbb desselben Gesetzes hat Nr. 7 in Abs. 3 Satz 1 aufgehoben. Nr. 7 lautete:

„7. erhöhend die Summe der sonstigen Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, insbesondere für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung.“

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

Artikel 8 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 8 Nr. 3 lit. b litt. aa litt. aaa des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Nr. 6 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. im Jahr 2009 absenkend die Erlössumme, die voraussichtlich im jeweiligen Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird und deshalb für die Vergütung nicht zur Verfügung steht, sowie die sonstigen Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,“.

Artikel 8 Nr. 3 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 13 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Sofern die Untersuchung eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt, legt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2013 einen gesetzlichen Verfahrensvorschlag vor, mit dem die unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder ab dem Jahr 2015 bis zum Jahr 2019 über den einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Absatz 8 hinaus weiter an den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 angeglichen werden.“

04.08.2011.—Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat Abs. 12 Satz 2 eingefügt.

01.08.2012.—Artikel 3 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 „die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch „den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch „des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ ersetzt und „; die Veränderungsrate wird nach Maßgabe des Absatzes 6 künftig durch einen Veränderungswert ersetzt“ am Ende gestrichen.

Artikel 3 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „2009“ durch „2012“ und „Satz 1“ durch „Satz 4“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Satz 1“ durch „Satz 4“ und „die Jahre 2008 und 2009 jeweils“ durch „das Jahr 2012“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 5 „2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6“ durch „2012“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 jeweils „2009“ durch „2012“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 7 und 8 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 6 durch die Sätze 4 bis 6 ersetzt. Satz 4 lautete: „Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Jahr, in dem die Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 abgelöst wird, sowie den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswerts (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 4 Satz 1 ist.“

Artikel 3 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 5 „30. September“ durch „31. Oktober“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „31. Oktober“ durch „30. November“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 11 aufgehoben. Abs. 11 lautete:

„(11) In den ab dem 1. Januar 2009 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. In den ab dem 1. Januar 2010 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 8 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

01.08.2013.—Artikel 5a Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 „mir Ausnahme der Zuschläge nach § 4 Absatz 11“ nach „Nummer 4“ eingefügt.

Artikel 5a Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „2012“ durch „2014“ und „Satz 4“ durch „Satz 1“ ersetzt.

Artikel 5a Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 4“ durch „dem Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2013“ und „2012“ durch „2013“ ersetzt.

Artikel 5a Nr. 6 lit. b litt. cc und dd desselben Gesetzes hat die Sätze 5 bis 8 in Abs. 5 durch die Sätze 5 und 6 ersetzt. Die Sätze 5 bis 8 lauteten: „Der Basisfallwert 2012 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrates zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2012 bereits vereinbart oder festgesetzt, ist dieser während des Kalenderjahres 2012 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrates neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich infolge der verspäteten Erhöhung durchzuführen. Abweichend von Satz 6 können die Vertragsparteien auf Landesebene die Erhöhungsrates auch bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2013 berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist, dass alle Vertragsparteien dem einvernehmlich zustimmen.“

Artikel 5a Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 5 „Orientierungswert dem Veränderungswert“ durch „Veränderungswert der Veränderungsrate“ ersetzt.

Artikel 5a Nr. 6 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 5 „im Jahr 2013 um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen und ist“ nach „DRG-Instituts ist“ eingefügt.

Artikel 5a Nr. 6 lit. e desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 12 neu gefasst. Satz 1 lautete: „In den ab dem 1. Januar 2012 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“

05.11.2015.—Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. aaa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Nr. 5 in Abs. 3 Satz 1 aufgehoben. Nr. 5 lautete:

„5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungskosten nicht einbezogen.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „-1,25 Prozent“ durch „-1,02 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 8 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Der für die Anglei-

chung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche

1. von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, oder
2. von dem unteren Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert niedriger ist,

und von diesem Zwischenergebnis

- a) 20 Prozent im Jahr 2010,
- b) 25 Prozent im Jahr 2011,
- c) 33 Prozent im Jahr 2012,
- d) 50 Prozent im Jahr 2013,
- e) 100 Prozent im Jahr 2014

errechnet werden.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 4 „die Jahre 2012 und 2012“ durch „das Jahr 2017“ ersetzt sowie „Nr. 1 oder Nr. 2“ nach „Grenzwert nach Satz 3“ und „des Absatzes 11 Satz 2 oder“ nach „Maßgabe“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 10 lit. e litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 8 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Abweichend von Satz 3 wird in Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert liegt, der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent des Basisfallwerts, der für das laufende Kalenderjahr gilt, begrenzt und der Angleichungszeitraum verlängert, bis der obere Grenzwert erreicht ist.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. e litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 7 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. e litt. ff desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 8 „oder Satz 7“ nach „Satz 3“ und „; Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht“ am Ende eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 2 jeweils „B2“ durch „B1“ ersetzt und „; als Grundlage für die Vereinbarung für das Jahr 2009 ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen 2008 mit dem Landesbasisfallwert 2008 zu bewerten“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat Nr. 4 in Abs. 3 Satz 1 aufgehoben. Nr. 4 lautete:

- „4. Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen,“

Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. aa littt. ccc desselben Gesetzes hat Nr. 6 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

- „6. absenkend die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 mit Ausnahme der Zuschläge nach § 4 Absatz 11, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. aa littt. ddd desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate maßgeblich.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts für 2011 auf die um 0,25 Prozentpunkte und für 2012 auf die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate begrenzt ist.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. c1 desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2014 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungs-

wert nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2013 und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für das Jahr 2013 tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts 2014 ist der Basisfallwert 2013 von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrate zu erhöhen; ein Ausgleich ist nicht durchzuführen. Für das Jahr 2013 ist die anteilige Erhöhungsrate nach Satz 5 ab einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden und zu veröffentlichenden Zeitpunkt erhöhend beim Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen; dabei ist die für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Erhöhungsrate infolge der verspäteten Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 4 in Abs. 6 durch Satz 1 ersetzt. Die Sätze 1 bis 4 lauteten: „Mit dem Ziel, die in Absatz 4 vorgegebene Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzulösen, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; die Länder sind einzubeziehen. Der Wert soll erstmals zum 30. Juni 2010 ermittelt werden. Das Statistische Bundesamt veröffentlicht den Wert jeweils spätestens bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals spätestens zum 30. September 2012.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 3 „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. e1 desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 5 „im Jahr 2013“ nach „DRG-Instituts ist“ gestrichen und „ , sofern diese noch nicht im Basisfallwert berücksichtigt ist,“ nach „Satz 5 zu erhöhen“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „und 6“ durch „und 7“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 10 Satz 5 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 12 „2017“ durch „2020“ und „Jahr 2016 nach § 4 Absatz 11“ durch „Jahr 2019 nach § 4 Absatz 9“ ersetzt sowie „ , die interne Besetzung neu geschaffener Stellen“ nach „Neueinstellung“ und „ ;“ zusätzlich sind dabei die Finanzierungsbeiträge der von den Krankenhäusern im Land insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Zuschläge einzurechnen“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 13 neu gefasst. Abs. 13 lautete:

„(13) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt bis zum 30. Juni 2011 eine wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder in Auftrag.“

10.11.2016.—Artikel 4 Nr. 2 lit. c litt. aa des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 13 Satz 1 „2016“ durch „2018“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 13 Satz 3 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 6 Satz 1 „ ;“ die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt“ am Ende eingefügt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „ihr DRG-Institut“ durch „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 3 und 4 jeweils „DRG-Institut“ durch „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 5 „DRG-Instituts“ durch „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

02.08.2018.—Artikel 8 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 „sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung“ nach „und 3c“ eingefügt.

Artikel 8 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 „Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die“ nach „der“ gestrichen.

Artikel 8 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 7 „Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und“ nach „von“ gestrichen.

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 8 lit. a0 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 8 lit. a desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „2016“ durch „2018“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 8 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 5 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Bezogen auf die Personalkosten werden 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, nach Maßgabe des Satzes 5 berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist.“

Artikel 9 Nr. 8 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 5 „ein Drittel“ durch „40 Prozent“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 8 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat die Sätze 6 und 7 in Abs. 5 neu gefasst. Die Sätze 6 und 7 lauteten: „Sofern der Basisfallwert für das Vereinbarungsjahr bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, ist der Differenzbetrag, der durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsraten auf den Landesbasisfallwert entsteht, durch eine ab dem Zeitpunkt nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 erfolgende unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen; dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Differenzbetrag infolge der unterjährigen Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen. Im Falle von Satz 6 ist die anteilige Erhöhungsraten nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen.“

Artikel 9 Nr. 8 lit. b1 litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 12 Satz 1 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 8 lit. b1 litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 12 Satz 2 „ , gemindert um die geschätzte Summe der Beträge, die nach § 6a Absatz 6 im Pflegebudget aufgeht“ vor dem Semikolon eingefügt.

Artikel 9 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 13 aufgehoben. Abs. 13 lautete:

„(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2018, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für drei Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 4 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 bleiben hiervon unberührt. Für die Jahre 2017 und 2018 wird die Höhe des Abschlags auf 35 Prozent festgesetzt.“

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 5 Satz 1 „2018“ durch „2020“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ nach „Pflegedienst“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 Nr. 1 „ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ am Ende eingefügt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 5 „40 Prozent dieser Erhöhungsraten (anteilige Erhöhungsraten)“ durch „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsraten“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ nach „Krankenhäuser“ eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 4 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 9 Satz 3 „31. Juli“ durch „28. Februar“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 9 neu gefasst. Die neue Fassung lautet: „Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist den Vertragsparteien auf Bundesebene spätestens bis zum 15. März jeden Jahres vorzulegen; die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren das Berechnungsergebnis als einheitlichen Basisfallwert und davon ausgehend den einheitlichen Basisfallwertkorridor bis zum 31. März jeden Jahres.“

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

(1) Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6a und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4) und der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengekatalogs nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regeln die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung das Erlösbudget nach § 4, die Summe der Bewertungsrelationen, die sonstigen Entgelte nach § 6, die Erlössumme nach § 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu schließen. Die Vereinbarung muss Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tarifierhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.

(2) Der Vereinbarungszeitraum beträgt ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, kann vereinbart werden.

(3) Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten können.

(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen.

(5) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann.¹³

Artikel 4 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 11 neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

„(11) Liegt der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert nach Absatz 10 außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Absatz 9 Satz 5, ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene unter Beachtung des Vorzeichens die Differenz zwischen der maßgeblichen Korridorgrenze nach Absatz 8 Satz 2 oder Satz 7 und dem Basisfallwert. Sie vereinbaren bis zum 30. April jeden Jahres einen Betrag zum Ausgleich der Differenz innerhalb des laufenden Jahres. Dieser Betrag ist von den Krankenhäusern unter Beachtung des Vorzeichens zusätzlich zu dem Basisfallwert abzurechnen; § 15 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts des Folgejahres ist der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert des laufenden Jahres von den Vertragsparteien unter Beachtung des Vorzeichens um die Differenz nach Satz 1 zu verändern.“

13 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 „die Jahre 2003 und 2004“ durch „das Jahr 2003“ ersetzt und „und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ nach „Bundeswehrkrankenhäuser“ eingefügt.

§ 12 Vorläufige Vereinbarung

Können sich die Vertragsparteien insbesondere über die Höhe des Erlösbudgets, des Pflegebudgets oder über die Höhe sonstiger Entgelte nicht einigen und soll wegen der Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, die Schiedsstelle nach § 13 angerufen werden, schließen die Vertragsparteien eine Vereinbarung, soweit die Höhe unstrittig ist. Die auf dieser Vereinbarung beruhenden Entgelte sind zu erheben, bis die endgültig maßgebenden Entgelte in Kraft treten. Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses infolge der erhobenen vorläufigen Entgelte werden durch Zu- oder Abschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen.¹⁴

Artikel 2 Nr. 7 lit. a litt. bb und cc desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 4 Satz 1 durch Nr. 2 und 3 ersetzt. Nr. 2 lautete:

„2. für die Jahre ab 2005 die Abschnitte E1, E2 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“

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

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Sie stellen auch Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest.“

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 1 „den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte“ durch „das Erlösbudget nach § 4, die Summe der Bewertungsrelationen, die sonstigen Entgelte nach § 6, die Erlössumme nach § 6 Abs. 3, die Zu- und Abschläge“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 geändert. Satz 1 lautete: „Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde

1. für das Jahr 2003 die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung, mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, sowie die Abschnitte E1, E2 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes,
2. für das Jahr 2004 die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes sowie mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung mit Ausnahme von Anlage 1 Abschnitt V2 Spalten 3 bis 6, Abschnitt V3 Spalten 3 bis 8 und Abschnitt K7; Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 das DRG-Vergütungssystem angewendet haben, brauchen auch die Abschnitte V1 bis V3, L4, L5 und K6 nicht vorzulegen,
3. für die Jahre ab 2005 die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“

Artikel 2 Nr. 11 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „; soweit dazu noch keine Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 getroffen worden sind, gelten die Vereinbarungen nach § 15 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung“ am Ende gestrichen.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 1 „und der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkatalogs nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ nach „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „B2“ durch „B1“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 „bis 6“ durch „bis 6a“ und „Abs. 3“ durch „Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ am Ende eingefügt.

Artikel 9 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

14 ÄNDERUNGEN

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 12 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Satz 1 „des Gesamtbetrags, des Erlösbudgets, des krankenhausindividuellen Basisfallwerts“ durch „des Erlösbudgets“ ersetzt.

§ 13 Schiedsstelle

(1) Kommt eine Vereinbarung nach § 10 oder § 11 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der in § 10 oder § 11 genannten Vertragsparteien. Sie ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(2) Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte.¹⁵

§ 14 Genehmigung

(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6, des Pflegebudgets nach § 6a und der krankenhausesindividuell ermittelten Zu- und Abschläge ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Sie entscheidet über die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13 innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.

(2) Die Vertragsparteien und die Schiedsstellen haben der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich sind. Im Übrigen sind die für die Vertragsparteien bezüglich der Vereinbarung geltenden Rechtsvorschriften entsprechend anzuwenden. Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit dies erforderlich ist, um rechtliche Hindernisse zu beseitigen, die einer uneingeschränkten Genehmigung entgegenstehen.

(3) Wird die Genehmigung eines Schiedsspruches versagt, ist die Schiedsstelle auf Antrag verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden.

(4) Im Hinblick auf die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts ist der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.¹⁶

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Satz 1 „ , des Pflegebudgets“ nach „Erlösbudgets“ eingefügt.

15 ÄNDERUNGEN

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 8a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Abs. 1 Satz 1 „nach § 11“ durch „nach § 10 oder § 11“ ersetzt.

16 ÄNDERUNGEN

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 8b lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Genehmigung der vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten krankenhausesindividuellen Basisfallwerte, der Entgelte nach § 6 und der Zuschläge nach § 5 ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“

Artikel 2 Nr. 8b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 13 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 1 „und der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte“ durch „ , des Erlösbudgets nach § 4“ und „Zuschläge“ durch „Zu- und Abschläge“ ersetzt.

18.10.2014.—Artikel 2b Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 1 Satz 1 „Zu- und Abschläge nach § 5“ durch „krankenhausesindividuell ermittelten Zu- und Abschläge“ ersetzt.

03.08.2016.—Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 1 Satz 1 „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ nach „§ 10,“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ nach „Basisfallwerts“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ nach „Basisfallwerts“ eingefügt.

§ 15 Laufzeit

(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 werden bei Patientinnen und Patienten abgerechnet, die ab dem 1. Januar in das Krankenhaus aufgenommen werden, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbart haben. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr bewertet. Wird der Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, ist er ab dem ersten Tag des Monats anzuwenden, der auf die Genehmigung folgt. Bis dahin sind die Fallpauschalen mit dem bisher geltenden Landesbasisfallwert zu bewerten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen. Werden die Entgeltkataloge für die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 so spät vereinbart oder durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgegeben, dass eine erstmalige Abrechnung erst nach dem 1. Januar möglich ist, sind bis zum Inkrafttreten der neuen Entgeltkataloge die bisher geltenden Fallpauschalen oder Zusatzentgelte weiter abzurechnen.

(2) Die für das Kalenderjahr krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben; dies gilt nicht, wenn

1. ein bisher krankenhausesindividuell vereinbartes Entgelt ab dem 1. Januar nicht mehr abgerechnet werden darf, weil die Leistung durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt aus den neuen Entgeltkatalogen vergütet wird, oder
2. die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen festlegen, dass hilfsweise ein anderes Entgelt abzurechnen ist.

Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag 130 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 65 Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.

(3) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung des bisherigen Landesbasisfallwerts und bisheriger Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 werden grundsätzlich im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet.¹⁷

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ nach „§ 10,“ gestrichen und „ , „ des Pflegebudgets nach § 6a“ nach „§ 6“ eingefügt.

Artikel 9 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ nach „Basisfallwerts“ gestrichen.

17 ÄNDERUNGEN

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 2 durch Abs. 3 ersetzt, Abs. 1 in Abs. 2 unnummeriert und Abs. 1 eingefügt. Abs. 2 lautete:

„(2) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte werden durch Zu- und Abschläge auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden neuen Entgelte ausgeglichen; wird der Ausgleichsbetrag durch die Erlöse aus diesen Zu- und Abschlägen im restlichen Vereinbarungszeitraum über- oder unterschritten, wird der abweichende Betrag über die Entgelte des nächsten Vereinbarungszeitraums ausgeglichen; es ist ein einfaches Ausgleichsverfahren zu vereinbaren. Würden die Entgelte durch diesen Ausgleich und einen Betrag nach § 3 Abs. 8 oder § 4 Abs. 11 insgesamt um mehr als 30 vom Hundert erhöht, sind übersteigende Beträge bis jeweils zu dieser Grenze in nachfolgenden Budgets

Abschnitt 5 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 16¹⁸

§ 17 Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen.

auszugleichen. Ein Ausgleich von Mindererlösen entfällt, soweit die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von dem Krankenhaus zu vertreten ist.“

Artikel 2 Nr. 14 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 im neuen Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausesindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte sowie erstmals vereinbarte Entgelte nach § 6 werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben.“

Artikel 2 Nr. 14 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 im neuen Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte weiter zu erheben; dies gilt auch für die Einführung des DRG-Vergütungssystems im Jahr 2003 oder 2004.“

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 12 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 4 „; abweichend hiervon ist für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausesindividuelle Basisfallwert abzurechnen“ am Ende gestrichen.

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 12 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2a eingefügt.

18 AUFHEBUNG

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 16 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Bis zum 31. Dezember 2004 richten sich die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen und belegärztlichen Leistungen sowie die Kostenerstattung der Ärzte nach den §§ 22 bis 24 der Bundespflegegesetzverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.“

Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abzuziehenden Kosten decken.¹⁹

§ 18 Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) Für Belegpatienten werden gesonderte pauschalisierte Pflegesätze nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, für das Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes frühestens für das Jahr 2017. Soweit für Belegpatientinnen und -patienten gesonderte Entgelte nach Satz 1 nicht oder noch nicht vereinbart wurden, werden gesonderte sonstige Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung vereinbart.

(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab.

19 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. Januar 2005 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 15 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes“ nach „Arzt“ eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 5 „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ nach „der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen.²⁰

§ 19 Kostenerstattung der Ärzte

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 18 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die entstehenden Kosten zu erstatten; dies gilt nicht in den Fällen des § 18 Absatz 3. Die Kostenerstattung kann pauschaliert werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen.

(2) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhaus vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag oder einer vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt abweichend von Satz 1 verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(3) Soweit Ärzte zur Erbringung sonstiger vollstationärer oder teilstationärer ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Leistungen entfallenden Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Soweit ein Krankenhaus weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert wird, umfasst die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 3 auch die auf diese Leistungen entfallenden Investitionskosten.

(5) Beamtenrechtliche oder vertragliche Regelungen über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses, soweit sie ein über die Kostenerstattung hinausgehendes Nutzungsentgelt festlegen, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 4 nicht berührt.²¹

20 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. Januar 2005 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 2 Satz 1 „Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch „pauschalierte Pflegesätze nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt und „ , für das Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes frühestens für das Jahr 2017“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt und die tagesgleiche Pflegesätze berechnen, werden gesonderte Belegpflegesätze vereinbart.“

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Fallpauschalen“ durch „mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung“ nach „§ 6“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Krankenhäuser nach Satz 1 erster Halbsatz, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, rechnen für von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelte Belegpatientinnen und -patienten tagesgleiche Pflegesätze ab, die auch die Vergütung des Belegarztes umfassen.“

21 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. Januar 2005 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

Abschnitt 6 Sonstige Vorschriften

§ 20 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

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.²²

§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

(1) Das Krankenhaus übermittelt auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die Daten nach Absatz 2 an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene.

(2) Zu übermitteln sind folgende Daten:

1. je Übermittlung einen Datensatz mit folgenden Strukturdaten
 - a) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Art des Krankenhauses und der Trägerschaft sowie Anzahl der aufgestellten Betten und Intensivbetten,
 - b) Merkmale für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
 - c) Anzahl der Ausbildungsplätze, Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Kosten der Ausbildungsstätte, gegliedert nach Sachaufwand, Gemeinkosten und vereinbarten Gesamtkosten sowie Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr,
 - d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,
 - e) die Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, jeweils umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach den pflegesensitiven Bereichen gemäß § 3

01.01.2007.—Artikel 21 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat in Abs. 4 „dem Hochschulbauförderungsgesetz“ durch „den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau“ ersetzt. Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 2 Satz 1 und 2 jeweils „in den Jahren 2005 und 2006“ nach „Krankenhaus“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 15b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 1 „; dies gilt nicht in den Fällen des § 18 Absatz 3“ am Ende eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 8 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 2 Satz 1 und 2 jeweils „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ nach „Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

22 ÄNDERUNGEN

01.10.2005.—Artikel 70 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat „Bundeskknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 19 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat „gebildeten Verbände“ durch „benannten Bevollmächtigten“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 13 Abs. 21 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat „örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ ersetzt.

- der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1632) und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie ab dem Datenjahr 2019 jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten
 - a) unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, sofern eine Krankenversichertennummer nicht besteht, das krankenhausinterne Kennzeichen des Behandlungsfalles,
 - b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für den aufnehmenden, den weiterbehandelnden und den entlassenden Standort sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags bis zum 30. Juni 2020 zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,
 - c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
 - d) Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten sowie die Postleitzahl und der Wohnort des Patienten, in den Stadtstaaten der Stadtteil, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,
 - e) Aufnahmedatum, Aufnahmegrund und -anlass, aufnehmende Fachabteilung, bei Verlegung die der weiter behandelnden Fachabteilungen, und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahmegewicht in Gramm,
 - f) Haupt- und Nebendiagnosen sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen, bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Angabe, ob durch Belegoperator, -anästhesist oder Beleghebamme erbracht,
 - g) Art aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte,
 - h) Höhe aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte.
 - (3) Die Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 1. Juli die
 1. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
 2. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe c und d und Nr. 2 Buchstabe g und h zur Vereinbarung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 1 an die Vertragsparteien auf der Landesebene,
 3. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g für Zwecke der Krankenhausplanung sowie zusätzlich nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe h für Zwecke der Investitionsförderung, sofern das Land hierfür Investitionspauschalen nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwendet oder dies beabsichtigt, und, sofern ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, für Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen an die zuständigen Landesbehörden; die Datennutzung für Zwecke der Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, insbesondere die Wahrung der Betriebsgeheimnisse der Krankenhäuser, regeln die Länder unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten des jeweiligen Landes in einer Verordnung,

4. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a, c und d und Nr. 2 Buchstabe b und d bis h für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik an das Statistische Bundesamt; dieses kann landesbezogene Daten an die Statistischen Landesämter übermitteln.

Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Anforderung unverzüglich Auswertungen für seine Belange und für empfohlene Auswertungen nach Satz 5 zur Verfügung zu stellen; diese Auswertungen übermittelt das Bundesministerium für Gesundheit auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Die Länder können dem Bundesministerium für Gesundheit zusätzliche Auswertungen empfehlen. Die Datenstelle übermittelt oder veröffentlicht Daten nach diesem Absatz und in § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur, wenn ein Bezug zu einzelnen Patienten nicht hergestellt werden kann. Die Datenempfänger nach Satz 1 Nr. 3 und 4 dürfen die Postleitzahl und den Wohnort, in den Stadtstaaten den Stadtteil, nur für die Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken für ein Krankenhaus oder bei nach Standorten differenziertem Versorgungsauftrag für einen Standort verwenden; dabei dürfen nur folgende Daten verbunden werden: Postleitzahl, Wohnort, in den Stadtstaaten Stadtteil, Patientenzahl und Fachabteilung in Verbindung mit DRG-Fallpauschalen oder Hauptdiagnose oder Prozedur. Dem Bundeskartellamt sind auf Anforderung für ausgewählte Krankenhäuser Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und d und Nummer 2 Buchstabe b, d, e, g und h zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen zur Verfügung zu stellen, soweit die Krankenhäuser von einem jeweils zu benennenden Fusionskontrollverfahren betroffen sind. Andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen und Nutzungen der Daten sind unzulässig.

(3a) Das Institut nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine andere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Stelle kann ausgewählte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 vom Institut oder einer anderen nach Satz 1 beauftragten Stelle glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 gilt entsprechend.

(4) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung. Die Vereinbarung nach Satz 1 wird ab dem 1. Januar 2019 von der Datenstelle nach Absatz 1 den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend angepasst.

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Die Datenstelle unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über Verstöße. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berücksichtigen den Abschlag bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts.

(6) Kommt eine Vereinbarung nach den Absätzen 4 und 5 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Das Benehmen nach Absatz 4 ist entsprechend herzustellen.²³

23 ÄNDERUNGEN

22.07.2003.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Abs. 6 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 207 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 Satz 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat in Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b das Komma durch „ , bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d „um die letzten zwei Ziffern verkürzte“ nach „die“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 9 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe f „Datum und Art der durchgeführten“ nach „sowie“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 8 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „2006“ durch „2008“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 258 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 19 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 „Buchstabe a und c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g“ durch „Buchstabe a, c und d und Nr. 2 Buchstabe b und d bis h“ ersetzt.

Artikel 19 Nr. 6 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „für seine Belange und für empfohlene Auswertungen nach Satz 6“ nach „unverzüglich Auswertungen“ eingefügt.

Artikel 19 Nr. 6 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 9 „und in § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ nach „Absatz“ eingefügt.

Artikel 19 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in der Überschrift „DRG-Daten“ durch „Daten“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 16 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c „Höhe der Personal- und Gesamtkosten“ durch „Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Kosten der Ausbildungsstätte, gliedert nach Sachaufwand, Gemeinkosten und vereinbarten Gesamtkosten“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 16 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Buchstaben g und h in Abs. 2 Nr. 2 neu gefasst. Die Buchstaben g und h lauteten:

„g) Art der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6,

h) Höhe der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6.“

Artikel 2 Nr. 16 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ nach „DRG-Vergütungssystem“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 16 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 9 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 7 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Buchstabe a in Abs. 2 Nr. 2 neu gefasst. Buchstabe a lautete:

„a) krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles,“.

Artikel 7 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 „und, sofern ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, für Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen“ nach „Krankenhausplanung“ und „ ; die Datennutzung für Zwecke der Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, insbesondere die Wahrung der Betriebsgeheimnisse der Krankenhäuser, regeln die Länder unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten des jeweiligen Landes in einer Verordnung“ am Ende eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe d „§ 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9“ durch „§ 5 Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Fallpauschalen“ durch „pauschalieren Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „§ 11“ durch „§ 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „§ 11“ durch „§ 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“, „2003 bis 2008“ durch „2013 bis 2021“ und „Basisfallwerts“ durch „Basisentgeltwerts“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Erstmals sind zum 1. August 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des ersten Halbjahres 2002 zu übermitteln.“

Artikel 2 Nr. 13 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b „Abs. 1 Satz 4 und 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt“ durch „Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d „des Wohnorts des Patienten“ durch „und der Wohnort des Patienten, in den Stadtstaaten der Stadtteil“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Die DRG-Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 1. Juli die

1. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
2. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe c und d und Nr. 2 Buchstabe g und h zur Vereinbarung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 1 an die Vertragsparteien auf der Landesebene,
3. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g für Zwecke der Krankenhausplanung und, sofern ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, für Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen an die zuständigen Landesbehörden; die Datennutzung für Zwecke der Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, insbesondere die Wahrung der Betriebsgeheimnisse der Krankenhäuser, regeln die Länder unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten des jeweiligen Landes in einer Verordnung,
4. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a, c und d und Nr. 2 Buchstabe b und d bis h für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik an das Statistische Bundesamt; dieses kann landesbezogene Daten an die Statistischen Landesämter übermitteln.

Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die DRG-Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Bei der erstmaligen Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 2 werden abweichend von den Sätzen 1 und 3 die Daten zum 1. Oktober 2002 übermittelt und veröffentlicht; die Übermittlung nach Satz 1 Nr. 2 erfolgt erstmals zum 1. Juli 2004. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Anforderung unverzüglich Auswertungen für seine Belange und für empfohlene Auswertungen nach Satz 6 zur Verfügung zu stellen; diese Auswertungen übermittelt das Bundesministerium auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Die Länder können dem Bundesministerium zusätzliche Auswertungen empfehlen. Die DRG-Datenstelle übermittelt oder veröffentlicht Daten nach diesem Absatz und in § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur, wenn ein Bezug zu einzelnen Patienten nicht hergestellt werden kann. Die Datenempfänger nach Satz 1 Nr. 3 und 4 dürfen die Postleitzahl nur für die Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken für ein Krankenhaus oder bei nach Standorten differenziertem Versorgungsauftrag für einen Standort verwenden; dabei dürfen nur folgende Daten verbunden werden: Postleitzahl, Patientenzahl und Fachabteilung in Verbindung mit DRG-Fallpauschalen oder Hauptdiagnose oder Prozedur. Dem Bundeskartellamt sind auf Anforderung Auswertungen auf Basis der Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und d und Nr. 2 Buchstabe b und d bis h zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen zur Verfügung zu stellen; den Aufwand für die Auswertung kann die DRG-Datenstelle dem Bundeskartellamt in Rechnung stellen. Andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen und Nutzungen der Daten sind unzulässig.“

Artikel 2 Nr. 13 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3a neu gefasst. Abs. 3a lautete:

„(3a) Die nach § 137a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Institution auf Bundesebene kann ausgewählte Leistungsdaten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nr. 2 anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Abs. 2

Anlage 1

[BGBl. 2002 I S. 1433; 2003 S. 1463; 2004 S. 3436; 2006 S. 3444; 2007 S. 457; 2009 S. 545; 2010 S. 2318; 2015 S. 2240]²⁴

Nr. 1, 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. Die Institution auf Bundesebene kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 von der Institution auf Bundesebene glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.“

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 1 „Stelle auf Bundesebene (DRG-Datenstelle)“ durch „Datenstelle auf Bundesebene“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Buchstabe b in Abs. 2 Nr. 2 neu gefasst. Buchstabe b lautete:

„b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,“.

Artikel 4 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1, 3 und 6, Abs. 3a Satz 3 und Abs. 5 Satz 2 jeweils „DRG-Datenstelle“ durch „Datenstelle“ ersetzt.

25.07.2017.—Artikel 8c Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe d das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e eingefügt.

Artikel 8c Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 9 Nr. 13 lit. a0 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 „eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende“ durch „die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 13 lit. a litt. aa littt. aaa0 desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a „und Intensivbetten“ am Ende eingefügt.

Artikel 9 Nr. 13 lit. a litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe d „des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs“ nach „Bewertungsrelationen“ und „sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2“ nach „Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 9 Nr. 13 lit. a litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat Buchstabe e in Abs. 2 Nr. 1 neu gefasst. Buchstabe e lautete:

„e) die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach pflegesensitiven Bereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“.

Artikel 9 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e „und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung,“ nach „Fachabteilungen,“ eingefügt.

Artikel 9 Nr. 13 lit. a1 desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Näheres zu den Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sowie zu deren Übermittlung, die erstmals für das erste Halbjahr 2018 zu erfolgen hat, ist bis zum 31. Juli 2018 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu vereinbaren.“

Artikel 9 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „in den Jahren 2013 bis 2021“ nach „Abschlag“ gestrichen.

24 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat die Anlage geändert.

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat die Anlage geändert.

01.01.2007.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat die Anlage geändert.

01.04.2007.—Artikel 19 Nr. 7 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Anlage geändert.

25.03.2009.—Artikel 2 Nr. 17 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Anlage geändert.

22.09.2010.—Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Anlage geändert.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Anlage geändert.