

Nachfolgend abgedruckt  
das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen  
(Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002

**Für die Statistik maßgebend sind**

**§§ 10 und 21**

Lfd. Nr.	Gesetz (änderndes)	Fundstelle	Begründung
1.		BGBI. I S. 1412	
2.			BT-Drs. 17/3040 siehe Seite 28
3.	Artikel 2 Gesetz vom 17.03.2009	BGBI. I S. 534	<a href="#">BR-Drs. 696/08</a>
4.	Artikel 18 Gesetz vom 17.07.2009	BGBI. I S. 1990	<a href="#">BR-Drs. 171/09</a>
5.	Artikel 8 Gesetz vom 22.12.2010	BGBI. I S. 2309	<a href="#">BT-Drs. 17/3040</a>
6.	Artikel 5 Gesetz vom 28.07.2011	BGBI. I S. 1622	<a href="#">BT-Drs. 17/5178</a>
7.	Artikel 7 Gesetz vom 22.12.2011	BGBI. I S. 2983	<a href="#">BR-Drs. 456/11</a>
8.	Artikel 3 Gesetz vom 21.07.2012	BGBI. I S. 1613	
9.	Artikel 2 Gesetz vom 10.12.2015	BGBI. I S. 229	<a href="#">BT-Drs. 18/5372</a>
10.	Artikel 4 Gesetz vom 19.12.2016.	BGBI. I S 2986	<a href="#">BT-Drs. 18/9528</a>
11.	Artikel 8c Gesetz vom 17.07.2017	BGBI. I S. 2615	
12.	Zuletzt Artikel 10 Gesetz vom 11.12.2018. Diese Bestimmung tritt am 01.01.2020 in Kraft.	BGBI. I S. 2394	

Diesem Deckblatt folgt der konsolidierte Gesetzestext<sup>1</sup> und (soweit vorhanden) die historische/n Gesetzesbegründung/en. Der Begründungsteil des Gesamtdokuments wird nicht mehr ergänzt und bezogen auf aktuelle Regelungs-/Änderungsvorhaben durch einen Link (siehe oben) auf die uns bekannte Bundesrats- oder Bundestagsdrucksache<sup>2</sup> ersetzt.

<sup>1</sup> Quelle: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) - „Gesetze im Internet“ ist als Datenbank im Sinne der §§ 87a ff. UrhG geschützt. Die Bereitstellung der Daten erfolgt durch die juris GmbH.

<sup>2</sup> Quelle: Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentarische Vorgänge (DIP) - [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de).

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

KHEntgG

Ausfertigungsdatum: 23.04.2002

Vollzitat:

"Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8, 9 u. 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist"

**Stand:** Zuletzt geändert durch Art. 8c G v. 17.7.2017 I 2615

**Hinweis:** Änderung durch Art. 8, 9 u. 10 G v. 11.12.2018 I 2394 (Nr. 45) mWv 2.8.2018 bzw. 1.1.2019 bzw. 1.1.2020 bzw. 1.4.2020 noch nicht berücksichtigt

## Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.1.2003 +++)

Das G wurde als Artikel 5 G 860-5/9 v. 23.4.2002 I 1412 (FPG) vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Es tritt gem. Art. 7 Abs. 4 am 1.1.2003 in Kraft. Die §§ 17 bis 19 treten gem. Art. 7 Abs. 3 am 1.1.2005 in Kraft.

## Inhaltsübersicht

### Abschnitt 1

#### Allgemeine Vorschriften

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Krankenhausleistungen

### Abschnitt 2

#### Vergütung der Krankenhausleistungen

- § 3 Grundlagen
- § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets
- § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen
- § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

### Abschnitt 3

#### Entgeltarten und Abrechnung

- § 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen
- § 8 Berechnung der Entgelte

### Abschnitt 4

#### Vereinbarungsverfahren

- § 9 Vereinbarung auf Bundesebene
- § 10 Vereinbarung auf Landesebene
- § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus
- § 12 Vorläufige Vereinbarung
- § 13 Schiedsstelle
- § 14 Genehmigung

§ 15 Laufzeit

#### Abschnitt 5

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 16 (weggefallen)

§ 17 Wahlleistungen

§ 18 Belegärzte

§ 19 Kostenerstattung der Ärzte

#### Abschnitt 6

Sonstige Vorschriften

§ 20 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

§ 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

## **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.
4. (weggefallen)

(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 stationsersetzender 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 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 Krankenhausleistungen 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,

3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. die besonderen Aufgaben von 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.

## **Abschnitt 2**

### **Vergütung der Krankenhausleistungen**

#### **§ 3 Grundlagen**

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

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 krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte,
3. Entgelte nach § 6 Abs. 2 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern,
5. Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.

#### **§ 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 krankenhausesindividuell 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 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

Leistungsbereiche 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 Mehrleistungsabschlags 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 Mehrleistungsabschlags 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 krankenhausplanerisch 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 Fixkostendegressionsabschlags zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag nach Satz 5 umzusetzen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags 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.

(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. Das Verlangen kann für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden.

(5) Die Vertragsparteien nach § 11 sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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. Ausgleichs 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 2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert. 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. 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. 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.

(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 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 Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
2. bei Fort- und Weiterbildungen
  - a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro,
  - b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
  - c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
  - d) 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 4 und 7 bis 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist.

## **§ 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 Vertragsparteien gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausesindividuellen 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. Die 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) (weggefallen)

## **§ 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 Kriterien ein gesondertes krankenhausespezifisches Zusatzentgelt zu vereinbaren; Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Werden krankenhausespezifische 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 krankenhausespezifisch 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. § 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 Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen ist. 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.

(4) (weggefallen)

### **Abschnitt 3**

#### **Entgeltarten und Abrechnung**

##### **§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen**

(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),
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 Nr. 3, 5 und 6; die Entgelte sind in der nach § 6 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.

## **§ 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 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:

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.

(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.

(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.

(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 allgemeinen Krankenhäuser errechnet wird und dieser krankenhausspezifische 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 Pflegepersonal-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 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.

## **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,
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 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 den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates.

(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;
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 krankenhausesübergreifenden 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. 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.

(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden 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.

## **§ 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 Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.

(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 nicht einbezogen,
7. erhöhend die Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell 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.

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2016 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 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraterate, 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 Tarifraterate 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 Erhöhungsraterate. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um ein Drittel dieser Erhöhungsraterate (anteilige Erhöhungsraterate) zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert für das Vereinbarungsjahr bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, ist der Differenzbetrag, der durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsraterate 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 Erhöhungsraterate nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen.



(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 Ausgleiche 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 Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und 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 Landeskrankenhausesgesellschaft bis zum 31. Juli jeden 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 jeden 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 jeden 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) 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; zusätzlich sind dabei die Finanzierungsbeträge der von den Krankenhäusern im Land insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(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.

## **§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus**

(1) Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4) und der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengkatalogs 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 Abs. 3, 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.

(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. 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 2 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.

## **§ 12 Vorläufige Vereinbarung**

Können sich die Vertragsparteien insbesondere über die Höhe des Erlösbudgets 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.

## **§ 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.

## **§ 14 Genehmigung**

(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10, des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6 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 und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13 ist der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

## **§ 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.

(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.

## **Abschnitt 5 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen**

### **§ 16 (weggefallen)**

### **§ 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 Jugendlichenpsychotherapeutinnen 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. 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 Krankenhausüberträger 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.

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

## **§ 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 Krankenhausträger 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.

## **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.

#### **§ 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 eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende 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,
  - 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 sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,
  - e) die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach pflegesensitiven Bereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten
  - a) unveränderbarer Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, sofern eine Krankenversicherungsnummer 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, 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 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 und in § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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. 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.

(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 in den Jahren 2013 bis 2021 bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen 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.

#### **Anlage 1 Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)**

(Fundstelle: BGBl. I 2002, 1433 - 1437;

bzgl. der einzelnen Änderungen vgl. Fußnote)

E Entgelte nach § 17b KHG  
E1 Aufstellung der Fallpauschalen  
E2 Aufstellung der Zusatzentgelte  
E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG  
krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte

B Budgetermittlung

B1 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG

E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus \*) 1) 2)  
... (Inhalt: Nicht darstellbare Tabelle)

-----

\*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

1) Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:

- für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem DRG-Katalog des abgelaufenen Jahres (Ziel: u. a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
- für das laufende Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem DRG-Katalog des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche),
- für das laufende Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem DRG-Katalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Grundlage für die Vereinbarung von Budget und Mehr- oder Minderleistungen),
- für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach dem DRG-Katalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Grundlage für die Budgetvereinbarung).

Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen. Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.

2) Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres und die Vorlage der Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres sind alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 5-6, 8-10, 12-14 und 16 nicht ausgefüllt



werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.  
Für noch ausstehende Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres ist eine Hochrechnung zulässig.

- 3) Aufnahmen und Entlassungen im jeweiligen Kalenderjahr, ohne Überlieger am Jahresbeginn.
- 4) Die Bewertungsrelationen für Überlieger sind jeweils nach dem im jeweiligen Vorjahr geltenden DRG-Katalog vorzulegen, d. h. bei Vorlage für den Vereinbarungszeitraum sind für die Überlieger die Bewertungsrelationen des DRG-Katalogs des laufenden Jahres anzuwenden.

I Krankenhaus:      I	I Seite:            I
I                        I	I-----I
I                        I	I Datum:            I
-----	-----

E2  Aufstellung der Zusatzentgelte für das Krankenhaus \*) 1)

I	I	I	I	I
I        ZE-Nr.	I        Anzahl	I        Entgelthöhe	I        Erlössumme	I
I        1	I        der ZE	I        lt. ZE-Katalog	I        4	I
I Jahresfälle: 2)	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I	I	I	I	I
I Summe der ZE	I	I	I	I
I bezogen auf die	I	I	I	I
I Jahresfälle	I	I	I	I
I Summe der ZE	I	I	I	I
I bezogen auf die	I	I	I	I
I Überlieger	I	I	I	I
I Summe ZE insgesamt	I	I	I	I

\*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

- 1) Die Aufstellung ist für die folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:
  - für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten nach dem ZE-Katalog des abgelaufenen Jahres (Ziel: u. a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
  - für das laufende Kalenderjahr die hochgerechneten Ist-Daten nach dem ZE-Katalog des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche),
  - für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach dem ZE-Katalog für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Darstellung für die Budgetvereinbarung).
- 2) Ohne Überlieger am Jahresbeginn.

E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte \*) 1) 2)

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte 3)  
... (Inhalt: Nicht darstellbare Tabelle)

-----  
\*) Musterblatt; EDV-Ausdrucke möglich.

- 1) Die Aufstellung ist unter Beachtung der Vorgaben von Fußnote 2 für die

folgenden Zeiträume jeweils gesondert wie folgt aufzustellen und vorzulegen:

- für das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten nach den vereinbarten Entgelten des abgelaufenen Jahres (Ziel: u. a. Ermittlung der endgültigen Erlösausgleiche),
- für das laufende Kalenderjahr die hochgerechneten Ist-Daten nach den vereinbarten Entgelten des laufenden Jahres (Ziele: Darstellung der Ist-Daten sowie Ermittlung der vorläufigen Erlösausgleiche),
- für den Vereinbarungszeitraum die Forderung des Krankenhauses nach den geforderten Entgelten für den Vereinbarungszeitraum (Ziel: Darstellung für die Budgetvereinbarung).

Für die Leistungen von Belegabteilungen ist eine gesonderte Aufstellung vorzulegen.

- 2) Für die Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres und die Vorlage der Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres sind grundsätzlich alle Spalten auszufüllen. Für die Forderung des Vereinbarungszeitraums brauchen die markierten Spalten 9-10, 12-14, 16-18 und 20 nicht ausgefüllt werden; für diese sind lediglich die jeweiligen Endsummen zu schätzen.
- 3) Jeweils gesonderte Aufstellung und Vorlage für Entgeltvereinbarungen nach § 6 Abs. 1 oder § 6 Abs. 2 KHEntgG.

### E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte 4)

I Zusatzentgelt	I	I	I	I	I
I nach	I Anzahl	I	I Entgelthöhe	I Erlössumme	I
I § 6 KHEntgG	I	I	I	I (Sp. 2x3)	I
I	I 1	I 2	I 3	I 4	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I Summe:	I	I	I	I	I

- 4) Jeweils gesonderte Aufstellung und Vorlage für Entgeltvereinbarungen nach § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntGG.

### E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte

I Entgelt	I	I	I	I	I
I nach	I Fallzahl	I Tage	I Entgelthöhe	I Erlössumme	I
I § 6 Abs. 1 KHEntgG	I	I	I	I (Sp. 3x4)	I
I	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I		I	I	I	I
I Summe:	I	I	I	I	I

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

**B1 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG**

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
	<b>Ermittlung des Erlösbudgets</b>		
1	Summe der effektiven Bewertungsrelationen <sup>1)</sup>		
2	x abzurechnender Landesbasisfallwert nach § 10 Abs. 8 Satz 7		
3	= Zwischensumme		
4	+ Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2		
5	Erlösbudget <sup>2)</sup>		

- 1) Summe der effektiven Bewertungsrelationen für alle im Kalenderjahr entlassenen Fälle einschließlich der Überlieger am Jahresbeginn.
- 2) Erlösbudget einschließlich der Erlöse bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und der Abschläge bei Verlegungen.

Auszugsweiser Abdruck:

**Begründung des Entwurfs für das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen  
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010  
(BT-Drucks. Nr. 17/3040 vom 28. September 2010)**

·  
·  
·

**B. Besonderer Teil**

·  
·  
·

**Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Nachfolgend abgedruckt

**Zu Nummer 3** (§ 24)

Folgeänderung zur Änderung des § 190 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

**Zu Nummer 4** (§ 40)

Die geänderte Systematik der neuen Finanzierungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, dass sich der allgemeine Beitragssatz nicht mehr ändert. Alle über die Einnahmeentwicklung hinausgehenden Ausgabensteigerungen sollen zukünftig durch Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Das hätte zur Folge, dass auch der Vergleichsbeitrag für die landwirtschaftliche Krankenversicherung künftig unverändert bleibt, selbst wenn die Mitglieder in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung über die Zusatzbeiträge höhere Belastungen zu tragen haben. Daher soll der Vergleichsbeitrag aus dem sich zukünftig nicht mehr ändernden allgemeinen Beitragssatz und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag ermittelt werden.

## Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 2.

Bei einer Änderung des Vergleichsbeitrages ist grundsätzlich eine Anpassung des Beitrags in der höchsten Beitragsklasse durch die Selbstverwaltung der einzelnen landwirtschaftlichen Krankenkassen erforderlich. Zur Vermeidung zusätzlichen Verwaltungsaufwands ist eine Anpassung des Beitrags in der höchsten Beitragsklasse aufgrund der Änderung des Vergleichsbeitrags nicht vorzunehmen, solange sich bei Anwendung eines neuen Vergleichsbeitrags eine Änderung um weniger als 10 Euro/Monat ergeben würde.

## Zu Buchstabe b

Der Vergleichsbeitrag wird zukünftig aus dem allgemeinen Beitragssatz und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag ermittelt. Der Vergleichsbeitrag gilt für das folgende Kalenderjahr. Zur Verbesserung der Transparenz der Anpassung des Vergleichsbeitrags wird dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz eine jährliche Bekanntmachungserlaubnis des Vergleichsbeitrags eröffnet.

**Zu Nummer 5** (§ 42)

Die bisher in § 42 enthaltene Stichtagsregelung für die Anpassung des Beitrags für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ist nicht mehr erforderlich, da der bisher durch Verordnung festgelegt allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetz festgeschrieben wird.

**Zu Artikel 7** (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)**Zu Nummer 1**

Der mit § 242b SGB V neu eingeführte Sozialausgleich soll auch bei den nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten durchgeführt bzw. gemäß § 242 Absatz 6 ausgesetzt werden können. Daher ist auf die einschlägigen Vorschriften der §§ 242 und 242b SGB V Bezug zu nehmen.

**Zu Nummer 2**

Die Regelung stellt sicher, dass die Entlastung der Versicherten durch den Sozialausgleich keine Auswirkungen auf die Finanzierung der Künstlersozialversicherung hat.

**Zu Artikel 8** (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

X

**Zu Nummer 1** (§ 4)

Um den Zuwachs der Krankenhausaussgaben und damit den Druck auf die Finanzierung von gesetzlicher Krankenversicherung wie auch privaten Krankenversicherungen zu vermindern, wird für zusätzlich vereinbarte Krankenhausleistungen dauerhaft ein Mehrleistungsabschlag vorgegeben.

## Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass das vereinbarte Erlösbudget neben der Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auch um die Summe der vereinbarten Mehrleistungsabschläge nach Absatz 2a zu vermindern ist. Damit wird die Entstehung von sachlich nicht gerechtfertigten Mindererlösen nach § 4 Absatz 3 vermieden, wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt.

## Zu Buchstabe b

Als Instrument zur Verminderung des Ausgabenzuwachses für Krankenhausleistungen gilt für das Jahr 2011 für zusätzlich gegenüber dem Erlösbudget des Vorjahres vertraglich vereinbarte akutstationäre Leistungen, die mit bundeseinheitlich kalkulierten Entgelten vergütet werden (DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2), ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 Prozent. Auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist ein gesetzlicher Abschlag von 30 Prozent und damit eine Finanzierung der zusätzlich vereinbarten Leistungen zu 70 Prozent tragfähig und zur finanziellen Stabilisierung der Kostenträger erforderlich. Ab dem Jahr 2012 ist nach Satz 2 die Höhe des Mehrleistungsabschlags – wie für das Jahr 2009 – vertraglich von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbaren. Sofern hierzu eine Einigung nicht gelingt, ist die Schiedsstelle nach § 13 anrufbar.

Damit Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil auch unter Geltung des Mehrleistungsabschlags noch ausreichend finanziert werden, definiert Satz 3 eine entsprechende Ausnahme von der Abschlagsregelung. In Bezug auf den Mehrleistungsabschlag wird ein sehr hoher Sachkostenanteil als ein Anteil von mehr als zwei Dritteln bestimmt.

Anstelle eines Abschlags, der jeweils nur begrenzt auf die zusätzlich vereinbarten Leistungen vorgenommen wird, gibt Satz 4 vor, dass der auf der Grundlage der zusätzlich vereinbarten DRG-Entgelte und Zusatzentgelte ermittelte Mehrleistungsabschlag durch einen einheitlichen Abschlag für alle mit DRG-Fallpauschalen vergüteten Krankenhausleistungen umzusetzen ist. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung haben nach Satz 5 die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus zu vereinbaren. Dabei ist für die Umsetzung des Abschlags ein pauschales Verfahren anzuwenden, indem das auf der Grundlage der zusätzlich vereinbarten Leistungen (zusätzliche Erlöse für bundeseinheitlich kalkulierte Fallpauschalen

und Zusatzentgelte) ermittelte Abschlagsvolumen in Form eines einheitlichen Abschlags für sämtliche mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umgesetzt wird. Hierzu kann das ermittelte Abschlagsvolumen ins Verhältnis zu dem Erlösvolumen für die mit Fallpauschalen vergütenden Leistungen gesetzt werden. Mit dem resultierenden Prozentsatz ist ein Abschlag auf den Landesbasisfallwert zu ermitteln, der nach Satz 6 als Korrekturposten zu der jeweils abgerechneten Fallpauschale gesondert in der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen ist. Angesichts der für alle Benutzer eines Krankenhauses bestehenden Einheitlichkeit der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gilt der Mehrleistungsabschlag für alle Kostenträger und auch für Selbstzahler von allgemeinen Krankenhausleistungen.

Damit für zusätzlich erbrachte Leistungen keine doppelte Vergütungsminderung erfolgt, führt Satz 7 – wie bei dem bereits mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführten Mehrleistungsabschlag – aus, dass die für die zusätzlichen Leistungen einzelner Krankenhäuser vereinbarte Summe der Vergütungsabschläge nicht zugleich absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr zu berücksichtigen ist. Ansonsten würde insofern eine Doppelung entstehen, als bereits heute bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bei Leistungsveränderungen nur der geschätzte Anteil der variablen Kosten zu berücksichtigen ist. Um diese Doppelung zu vermeiden, ist für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts die entsprechend abgesenkte Erlössumme für Fallpauschalen zu korrigieren (vgl. Änderung zu § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7).

Nach Satz 8 ist der Mehrleistungsabschlag für die zusätzlich vereinbarten Leistungen jeweils auf ein Jahr befristet. Im Folgejahr werden die Mehrleistungen des Vorjahres in ungekürzter Höhe, d. h. in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts im Erlösbudget des Krankenhauses berücksichtigt. Damit wird im Grundsatz an der Formel „gleiche Leistung, gleicher Preis“ für die kollektivvertraglich vereinbarten Krankenhausleistungen festgehalten, da durch einen jeweils auf ein Jahr befristeten Vergütungsabschlag für zusätzliche Leistungen die Bandbreite krankenhausesindividueller Basisfallwerte begrenzt wird.

#### **Zu Nummer 2 (§ 7)**

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a ergänzt. Aufgrund der Bezugnahme des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 auf die Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird durch die Ergänzung klargestellt, dass auch diese Abschläge bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind.

#### **Zu Nummer 3 (§ 10)**

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch Doppelbuchstabe aa wird der nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes vorzunehmende Abzug der Erlössumme der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 4 auf diejenigen Leistungen be-

grenzt, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ist demnach ein Abzug nicht vorzunehmen, wenn z. B. bislang aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierte Leistungen in der pädiatrischen Onkologie auf Grund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2006 in die Regelfinanzierung übergehen. Zudem wird eine redaktionelle Streichung im Zusammenhang mit der nur bis zum Jahr 2009 geltenden Kappungsgrenze für Budgetabsenkungen bei Krankenhäusern vorgenommen, die im Rahmen der Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts an den Landesbasisfallwert höhere Budgetanteile verloren haben. Die Regelung hat nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems keine Relevanz mehr.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit Doppelbuchstabe bb wird durch Anfügung eines neuen Satzes klar gestellt, dass eine Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden (z. B. krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG), in den Jahren 2011 und 2012 bereits dann mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen ist, wenn die Ausgabenentwicklung für diese Leistungen die jeweils maßgebliche halbierte Veränderungsrate überschreitet.

Zu Buchstabe b

Um den Ausgabenanstieg für Krankenhausleistungen kurzfristig zu bremsen, wird die Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2011 und 2012 jeweils auf die halbierte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 SGB V festgelegt. Die gesetzliche Vorgabe einer halbierten Grundlohnrate findet für die Jahre 2011 und 2012 auch Anwendung bei der Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors. Die Vorgaben zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts bleiben ansonsten unberührt.

Zu Buchstabe c

§ 10 Absatz 13 Satz 2 sieht bislang vor, dass vom Bundesministerium für Gesundheit ein gesetzlicher Verfahrensvorschlag zur Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert ab dem Jahr 2015 vorzulegen ist, sofern die bis zum 30. Juni 2011 in Auftrag gegebene wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt. Zugunsten einer Aufrechterhaltung von Preisunterschieden, die einen gewissen Preiswettbewerb zwischen Ländern eröffnen, wird die durch Absatz 13 Satz 2 angelegte Etablierung einer Konvergenz zu bundeseinheitlichen Krankenhauspreisen aufgehoben.

#### **Zu Nummer 4 (Anlage zum KHEntgG)**

Mit Buchstabe a wird klargestellt, dass zur Ermittlung des Erlösbudgets auch die Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a abzuziehen sind. Durch Buchstabe b wird die erläuternde Fußnote zum Erlösbudget dementsprechend angepasst.