

Krankenhausentgeltgesetz

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
(Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) 23.04.2002; 25.11.2003 BGBl. I, 2003 S. 0 Gesetz
über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
Krankenhausentgeltgesetz KHEntgG in der Fassung vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412),
zuletzt geändert durch die Achte Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November
2003 (BGBl. I S. 2304)

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

§ 2 Krankenhausleistungen

Abschnitt 2 Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2003 und 2004

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 und 2006

§ 5 Vereinbarung 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 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 17 Wahlleistungen

§ 18 Belegärzte

§ 19 Kostenerstattung der Ärzte

Abschnitt 6 Sonstige Vorschriften

§ 20 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

§ 21 Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

Abschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz 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 oder Krankenhausabteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind,
4. das Jahr 2003 für Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 4 Satz 4 bis 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das DRG-Vergütungssystem noch nicht anwenden; § 21 ist auch von diesen Krankenhäusern anzuwenden.

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten

Patienten nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, 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,
4. die besonderen Aufgaben und 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.

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.

Abschnitt 2

Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3

Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2003 und 2004

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

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

den Vorgaben des Absatzes 3 Satz 3 bis 5 verändert und aufgeteilt; dies gilt nicht für Satz 3 Nr. 1 Buchstabe b.

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

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

Der für das Jahr 2004 vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. die Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Erlösbudget) einschließlich der noch nicht

ausgegliederten sonstigen Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4; zu den Fallpauschalen gehören auch die Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie die um Abschläge verminderten Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und bei Verlegungen

2. (aufgehoben)

3. die voll- und teilstationären Leistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet, jedoch noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1).

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

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

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

(6) Weicht im Jahr 2003 oder 2004 die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses nach Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 von dem ~~veränderten Gesamtbetrag~~

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

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

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

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

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

§ 4

Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis **2008**

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

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

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

- d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
- e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,
- f) die nach Absatz 10 auszugliedernden Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind,
- g) **die Ausgliederung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleichs- und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,

3. **verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Abs. 1.**

[4. aufgehoben]

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

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

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

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

- 1. Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelten,**
- 2. eine für die in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Länder tarifvertraglich vereinbarte Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag ab die um übrigen Bundesgebiet geltende Höhe,**
- 3. die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.**

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

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

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

den Sätzen 2 und 3 eine Berücksichtigung in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten; soweit größere organisatorische Einheiten geschlossen werden und Leistungen nicht mehr erbracht werden, ist der Ausgangswert in Höhe der entfallenden Kosten zu verringern, Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte sind zu 100 vom Hundert zu berücksichtigen.

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

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

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

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

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

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

Vom veränderten Ausgangswert nach Absatz 4 begrenzt (Obergrenze).

(7) Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 **bis 2008 jeweils** geltenden krankenhausesindividuellen Basisfallwerte ist das **jeweilige** Erlösbudget nach ~~Absatz 5 Satz 2~~ ~~oder Absatz 6 Satz 2~~

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

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

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

(9) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 von dem Erlösbudget nach ~~Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 2~~, das um Ausgleiche und Berichtigungen nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 verändert worden ist, ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden **grundsätzlich** zu 40 vom Hundert ausgeglichen; **Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen.** ~~Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden zu 65 vom Hundert ausgeglichen.~~ **Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil.** Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

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

Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 infolge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung

von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen.

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

(11) 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 über das neu vereinbarte Erlösbudget abzurechnen; § 15 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

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

(13) Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 Satz 1. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,4 vom Hundert vereinbart werden. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 1 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRGFallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die

Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Soweit für die Jahre 2003 und 2004 entsprechende Beträge nach § 6 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung vereinbart wurden, sind diese aus dem Erlösbudget auszugliedern und ab dem Jahr 2005 durch den Zuschlag nach Satz 5 zu finanzieren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.

(14) Mehrkosten **in Folge** der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden in den Jahren 2004 bis **2008** außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der Mehrkosten einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses mit dem Zuschlag nach Absatz 13 zusammenzufassen.

§ 5

Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

(1) Die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 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 krankenhausindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

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

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

§ 6

Vereinbarung sonstiger Entgelte

(1) Für Leistungen, die

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

und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besondere 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.

(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 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte 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 für das Jahr 2005 vor dem 1. Februar 2005 und für die Folgejahre vor dem 1. Januar geschlossen wird. 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 Nr.1 und 2 zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht

vergütet werden, im Rahmen des Erlösbudgets nach § 4 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 mindesten 50 vom Hundert überschreiten und**
- 3. das Krankenhaus sich an den Maßnahmen nach § 137 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. Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind im DRG-Erlösvolumen nach § 4 Abs. 5 zu berücksichtigen.

~~(3) Werden krankenhaushausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Für die Vereinbarung dieser Erlössumme gilt die Bundespflegesatzverordnung entsprechend, insbesondere die Vorschriften für die Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6, die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 12 und die vorzulegenden Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 die Schiedsstelle nicht. Soweit Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vereinbart werden, gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und die Verhandlungsunterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung der Bundespflegesatzverordnung entsprechend. Für die Vereinbarung dieser Erlössumme gilt die Bundespflegesatzverordnung nach Maßgabe der folgenden Sätze entsprechend. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weit gehend über krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten insbesondere die Vorschriften zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nicht.~~

Soweit für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 krankenhaushausindividuelle Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden, ohne dass die Voraussetzungen nach Satz 3 vorliegen, sind für die Entgelte Kalkulationsunterlagen vorzulegen; Absatz 1 Satz 2 ist anzuwenden. Kalkulationsunterlagen nach Satz 4 für krankenhaushausindividuelle Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind auch von Einrichtungen nach Satz 3 vorzulegen. Für tagesbezogene Entgelte gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach §12 der Bundespflegesatzverordnung, für krankenhaushausindividuelle Fallpauschalen und Zusatzentgelte die Mehr- oder Minderausgleiche nach § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann in einer Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichende Regelungen treffen.

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

Abschnitt 3

Entgeltarten und Abrechnung

§ 7

Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

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. ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale **oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer**
(§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1),
4. der Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen **§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** ab dem 1. Januar 2004, sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2005 (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes),
5. Entgelte 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. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4,
8. der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

§ 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. 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 Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
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, 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 § 5 und ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14 **und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**,
3. ein in dem Fallpauschalen-Katalog festgelegtes Entgelt für den Fall der Überschreitung der Grenzverweildauer,
4. 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,

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

(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

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

Abschnitt 4

Vereinbarungsverfahren

§ 9

Vereinbarung auf Bundesebene

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

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge,
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. für das Jahr 2003 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung und für das Jahr 2004 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung,
6. bis zum 31. August 2003 den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

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

§ 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 für das folgende Kalenderjahr. ~~Dabei sind die nach Überschreitung der Grenzverweildauer zu zahlenden Entgelte zu berücksichtigen. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 2 bis 4 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität~~

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

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

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

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

(3) In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung 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. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen,
5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nicht einbezogen,
6. **absenkend die Erlössumme, die voraussichtlich im jeweiligen Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht**

budgetmindernd wirksam wird und deshalb für die Vergütung nicht zur Verfügung steht, sowie die sonstigen Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,

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

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt 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 der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten. **Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts in Folge 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.**

(5) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag 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.

(6) Die Vereinbarung ist bis zum 31. Oktober 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.

(7) In den ab dem 1. Januar **2009** geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten **in Folge** der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. **In den ab dem 1. Januar**

2010 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 13 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, für das Jahr 2005 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung der Bundesrates

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

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

§ 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) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausesindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. ~~Sie stellen auch Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest.~~ **[aufgehoben]** 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

1. für das Jahr 2003 die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung, mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, sowie die Abschnitte E1, E2 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes,

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

3. für die Jahre ab 2005 die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.

Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen; soweit dazu noch keine Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 getroffen worden sind, gelten die Vereinbarungen nach § 15 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung. 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 Gesamtbetrags, des Erlösbudgets, des krankenhausindividuellen Basisfallwerts 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 und der krankenshausindividuellen Basisfallwerte, der Entgelte nach § 6 und der Zuschläge nach § 5 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 innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.

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

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

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

§ 15

Laufzeit

(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausesindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte sowie erstmals vereinbarte Entgelte nach § 6 werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. 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 weiter zu erheben; dies gilt auch für die Einführung des DRG-Vergütungssystems im Jahr 2003 oder 2004. Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

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

Abschnitt 5

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 16

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

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

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

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

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung 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 Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart. Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt und die tagesgleiche Pflegesätze berechnen, werden gesonderte Belegpflegesätze vereinbart.

§ 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. 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 in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung 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 in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung 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 dem Hochschulbauförderungsgesetz 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 gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

§ 21

Übermittlung und Nutzung von DRG-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 Stelle auf Bundesebene (DRG-Datenstelle). Erstmals sind zum 1. August 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des ersten Halbjahres 2002 zu übermitteln.

(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 Abs. 1 Satz 4 und 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt,
 - c) Anzahl der Ausbildungsplätze, Höhe der Personal- und 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 § 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr;
2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten
- a) krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles,
 - b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses **bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,**
 - c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
 - d) Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten sowie die ~~um die letzten zwei Ziffern verkürzte~~ Postleitzahl des Wohnorts des Patienten, 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 der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6,

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

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

1. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems 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 an die zuständigen Landesbehörden,

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

Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die DRG-Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Bei der erstmaligen Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 2 werden abweichend von den Sätzen 1 und 3 die Daten zum 1. Oktober 2002 übermittelt und veröffentlicht; die Übermittlung nach Satz 1 Nr. 2 erfolgt erstmals zum 1. Juli 2004. Dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sind auf Anforderung unverzüglich Auswertungen zur Verfügung zu stellen; diese Auswertungen übermittelt das Bundesministerium auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Die Länder können dem Bundesministerium zusätzliche Auswertungen empfehlen. Die DRG-Datenstelle übermittelt oder veröffentlicht Daten nach diesem Absatz nur, wenn ein Bezug zu einzelnen Patienten nicht hergestellt werden kann.

Andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen und Nutzungen der Daten sind unzulässig. **Die Datenempfänger nach Satz 1 Nr. 3 und 4 dürfen die Postleitzahl nur für die Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken für ein Krankenhaus oder bei nach Standorten differenziertem Versorgungsauftrag für einen Standort verwenden; dabei dürfen nur folgende Daten verbunden werden: Postleitzahl, Patientenzahl und Fachabteilung in Verbindung mit DRG-Fallpauschalen oder Hauptdiagnose oder Prozedur.**

(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.

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren einen Abschlag von den Fallpauschalen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Die DRG-Datenstelle unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 über Verstöße. Die Vertragsparteien nach § 11 berücksichtigen den Abschlag in den Jahren 2003 bis **2008** bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts.

(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.