

Bundespflugesatzverordnung

Übersicht

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

§ 2 Krankenhausleistungen

Zweiter Abschnitt Grundlagen der Entgeltbemessung

§ 3 allgemeine Grundlagen

Dritter Abschnitt Entgeltarten und Abrechnung

§ 10 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

§ 11 Fallpauschalen und Sonderentgelte

§ 12 Flexibles Budget

§ 13 Tagesgleiche Pflegesätze

§ 14 Berechnung der Pflegesätze

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung - BPflV)

vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750),
zuletzt geändert durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab
dem Jahr 2000
vom 22.12.1999 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)
(BGBl. I Nr. 59 S. 2626).

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden nach dieser Verordnung vergütet.

(2) Diese Verordnung gilt nicht für

1. die Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4 keine Anwendung findet,

2. die Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden.

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen im Krankenhaus wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115 b 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 (§ 23) 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 Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gemäß Nummer 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.

Zweiter Abschnitt Grundlagen der Entgeltbemessung

§ 3 Allgemeine Grundlagen

(1) Das Budget und die Pflegesätze sind für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu vereinbaren. Grundlage ihrer Bemessung sind die allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 4). Das Budget und die Pflegesätze nach § 10 müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Rechtsverordnungen nach § 16 Satz 1 Nr. 5 und § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind anzuwenden; die Empfehlungen nach § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind angemessen zu berücksichtigen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist nach den Vorgaben des § 6 zu beachten.

(2) Bei der Bemessung des Budgets und der tagesgleichen Pflegesätze (§ 10 Abs. 1 Nr. 2) nach den Vorgaben des Absatzes 1 haben die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) Orientierungsmaßstäbe, die sich aus einem Krankenhausvergleich nach § 5 ergeben, angemessen zu berücksichtigen. Dabei sind insbesondere Unterschiede der Krankenhäuser in Art und Anzahl der Leistungen sowie die medizinischen Besonderheiten bei der Behandlung der Patienten zu beachten. Bei der Beurteilung, ob das Budget und die tagesgleichen Pflegesätze medizinisch leistungsgerecht sind, bleiben die in das Budget einzurechnenden Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann das Budget mit Ausnahme der Ausgleichs- und Zuschläge mit der Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 fortgeschrieben werden.

(3) Die pflegesatzfähigen Leistungen und Kosten sind nach den §§ 7 bis 9 abzugrenzen. Die Vorlage von Unterlagen für die Pflegesatzverhandlungen richtet sich nach § 17 Abs. 4 und 5.

(4) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht durch das Budget vergütet. § 14 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.

§ 4 Versorgungsauftrag

Der nach § 17 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legende Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei den Plankrankenhäusern 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 ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei Hochschulkliniken aus der Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 5 Krankenhausvergleich

(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien bei der Ermittlung vergleichbarer Krankenhäuser und der Bemessung von medizinisch leistungsgerechten Budgets und tagesgleichen Pflegesätzen erstellen die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam einen Krankenhausvergleich. Die Krankenhäuser sollen länderbezogen verglichen werden, soweit dies ausreichend ist, um die in Satz 1 genannten Zwecke zu erreichen. Bis zum 31. März 1998 ist eine Vereinbarung insbesondere über die Maßstäbe und Grundsätze für den Vergleich sowie die organisatorische Einrichtung, Durchführung und Finanzierung des Vergleiches zu schließen. In die Vereinbarung ist eine Regelung über den maschinellen Datenträgeraustausch von Daten der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Krankenhäuser sowie eine Regelung über die Anonymisierung der Daten vor ihrer Herausgabe für Vergleichszwecke aufzunehmen. Zur Durchführung des Krankenhausvergleichs bilden die Vertragsparteien nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) In den Krankenhausvergleich sollen insbesondere die Leistungen, die der letzten Budgetvereinbarung zugrundeliegenden Beträge und die Pflegesätze einbezogen werden. Der Vergleich soll das notwendige Maß nicht überschreiten. Er kann auf eine sachgerechte Auswahl von Krankenhäusern begrenzt werden.

(3) Die für den Vergleich wesentlichen Ergebnisse der letzten Vereinbarung sind von den Vertragsparteien gemeinsam festzulegen; das Krankenhaus nimmt eine weitere sachgerechte Untergliederung vor. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach Absatz 1 vereinbarten Daten bis zum 30. April jeden Jahres an die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 5 zu übermitteln. Die Arbeitsgemeinschaft stellt den Vertragsparteien und den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Vergleichsdaten zur Verfügung. Sie sind so rechtzeitig zu übermitteln, daß die Vorklärunen nach § 17 Abs. 6 durchgeführt werden können.

(4) Bis zum Vorliegen der Orientierungsdaten auf Grund des gemeinsamen Krankenhausvergleichs sind diejenigen Orientierungsdaten angemessen zu berücksichtigen, die sich aus den Vergleichen der Krankenhäuser ergeben, die jeweils von den Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und Krankenhäuser erstellt werden.

§ 6 Grundsatz der Beitragssatzstabilität

(1) Ab dem Jahr 2000 ist nach den Vorgaben des § 3 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und dem Budget nach § 12 sowie auf Grund von Modellvorhaben nach § 26 zu vereinbaren. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Verkürzungen der Verweildauern,
2. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
3. Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,
4. Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140 b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und
5. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten; Maßstab für die Beachtung ist die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Gesamtbetrag darf den um die maßgebliche Rate veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die folgenden Tatbestände dies erforderlich machen:

1. in der Pflegesatzvereinbarung zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder Fallzahlen,
2. zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes,
3. die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
4. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird, oder
5. in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrags genannten Ländern die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe; vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre sind unabhängig von der Veränderungsrate gesondert durchzuführen. Satz 4 Nr. 2 gilt entsprechend für Hochschulkliniken, wenn die nach Landesrecht zuständigen Stellen zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen beschlossen oder genehmigt haben, und für Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die zusätzlichen Kapazitäten für medizinische Leistungen den Festlegungen des Versorgungsvertrages entsprechen.

(2) Bei der Vereinbarung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf Landesebene nach § 16 Abs. 1 darf die Veränderungsrate nach Absatz 1 nicht überschritten werden.

(3) Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundesangestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird das Budget nach § 12 um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt, soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen von den Vertragsparteien nach § 15 Abs. 1 wird eine entsprechende Berichtigungsrate vereinbart. Für den Berichtigungsbetrag gilt § 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7 entsprechend.

(4) Grundlage der Budgetbegrenzung nach Absatz 1 Satz 4 für das Jahr 2000 ist der Gesamtbetrag nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999; außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 2000 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen und enthaltene Ausgleichs- und Berichtigungen herauszurechnen. Die Grundlage nach Satz 1 ist

1. zu erhöhen nach Artikel 7 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes um

a) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1999 nach § 1 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 1, soweit in dem Gesamtbetrag für 1999 nicht berücksichtigt,

b) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1998 nach § 1 Abs. 3 Satz 1, soweit in dem Gesamtbetrag für 1999 nicht berücksichtigt,

c) die Folgekosten von Kapazitätsveränderungen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 und 3, soweit diese nicht ganzjährig enthalten sind, und

2. zu verändern um die Auswirkungen einer Vereinbarung für das Jahr 1998 nach § 6 Abs. 1 Satz der Bundespflegesatzverordnung in der durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874) geänderten Fassung,

soweit von den Vertragsparteien nicht abweichendes vereinbart wurde.

In den in Artikel 1 Abs.1 des Einigungsvertrags genannten Ländern ist die Grundlage nach Satz 1 zusätzlich um 0,48 vom Hundert zu erhöhen, soweit nicht bereits bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Gesamtbetrags für das Jahr 1999 anstelle der Veränderungsrate nach Artikel 18 Satz 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes eine Veränderungsrate in Höhe von Null vom Hundert zu Grunde gelegt wurde.

§ 7 Pflegesatzfähige Kosten bei geförderten Krankenhäusern

(1) Mit dem Budget und den Pflegesätzen nach § 10 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet, soweit die Kosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz dem Grunde nach pflegesatzfähig sind. Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören auch

1. Kosten der Qualitätssicherung,

2. Kosten der Organbereitstellung für Transplantationen, wenn diese nicht gesondert vergütet wird; hierzu gehören bei Lebendspenden auch die Kosten der gutachterlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes,

3. Kosten für Prüfungen nach § 17 Abs. 6 Satz 3 und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

4. Kosten für die Instandhaltung der Anlagegüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung; die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Budgets einzurechnen, wie es ohne Ausgleichs-, Berichtigungen und Zuschläge und nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben.

5. Kosten der betriebsnotwendigen Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses.

(2) Mit dem Budget und den Pflegesätzen nach § 10 dürfen Leistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, nicht vergütet werden. Von den nach Blatt K 3 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vereinbarten Gesamtbeträgen sind die nicht pflegesatzfähigen Kosten insbesondere folgender Leistungen abzuziehen:

1. vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Behandlung von Privatpatienten; als Kosten sind 90 v.H. der vorkalkulierten Erlöse abzuziehen; die Vertragsparteien können im voraus einen niedrigeren Vomhundertsatz oder eine im Ergebnis niedrigere Kostenausgliederung vereinbaren,

2. (gestrichen)

3. belegärztliche Leistungen nach § 23,

4. wahlärztliche Leistungen bei Verpflichtung zur Erstattung nach § 24 Abs. 2 (Neuverträge und diesen vergleichbare Rechtsverhältnisse) oder wahlärztliche Leistungen, die das Krankenhaus in Rechnung stellt; als Kosten sind

a) 40 vom Hundert der Gebühren für die in den Abschnitten A, E, M und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen und

b) 20 vom Hundert der Gebühren für die in den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte genannten Leistungen abzuziehen;

maßgebend sind jeweils die Gebühren vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte oder § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte; für nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte und nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete Gebühren ist dem Kostenabzug der Vomhundertsatz zugrunde zu legen, der für die als gleichwertig herangezogene Leistung des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte gilt,

5. wahlärztliche Leistungen bei Verpflichtung zur Erstattung nach § 24 Abs. 3 (Altverträge und diesen vergleichbare Rechtsverhältnisse); als Kosten sind 85 vom Hundert des für diese Leistungen vor dem 1. Januar 1993 zwischen dem Krankenhaus und dem Arzt vereinbarten oder auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften zu entrichtenden Nutzungsentgelts (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) abzuziehen, höchstens jedoch ein dem Abzug nach Nummer 4 entsprechender Betrag,

6. sonstige vollstationäre oder teilstationäre ärztliche Leistungen, soweit diese von Ärzten berechnet werden können,

7. gesondert berechenbare Unterkunft; als Kosten sind für die darauf entfallenden Berechnungstage folgende Anteile des Betrages nach Abschnitt K 6 lfd. Nr. 18 Spalte 4 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung abzuziehen:

a) Einbettzimmer: 65 vom Hundert,

b) Einbettzimmer in Krankenhäusern, bei denen die Unterbringung im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört: 35 vom Hundert,

c) Zweibettzimmer: 25 vom Hundert,

8. sonstige nichtärztliche Wahlleistungen nach § 22.

Werden die Leistungen einer Abteilung oder Einrichtung nach § 13 Abs. 2 ausschließlich mit Fallpauschalen berechnet, werden die Abzüge für wahlärztliche Leistungen nach Nummer 4 und 5 als Abschlag von den Fallpauschalen dieser Abteilung oder Einrichtung berücksichtigt (§ 11 Abs.6). Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, sind abweichend von Satz 2 Nr. 4 bis 7 die entsprechenden Kosten des einzelnen Krankenhauses bereits vor Erstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung auszugliedern (Nettoprinzip); anstelle der Kostenausgliederung können die Vertragsparteien einen einmaligen Erlösabzug vereinbaren.

§ 8 Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern

(1) Bei Krankenhäusern oder Teilen von Krankenhäusern, deren Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden, sind in dem Budget nach § 12 und den Pflegesätzen nach § 13 zusätzlich zu den nach § 7 pflegesatzfähigen Kosten Abschreibungen auf Anlagegüter (Absetzungen für Abnutzung) nach denselben Grundsätzen zu berücksichtigen, wie sie für dieselben Anlagegüter nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig sind; Sonderabschreibungen bleiben unberücksichtigt. Ferner können berücksichtigt werden:

1. Rücklagen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung in Höhe eines Vmhundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung,
2. Zinsen für Fremdkapital,
3. Zinsen für Eigenkapital.

Nutzungsentgelte für Anlagegüter können bis zur Höhe der Aufwendungen berücksichtigt werden, die bei Anschaffung oder Herstellung der Anlagegüter nach Satz 1 oder 2 zu berücksichtigen wären. Eine außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder des Hochschulbauförderungsgesetzes gewährte öffentliche Förderung für berücksichtigte pflegesatzfähige Kosten ist von den pflegesatzfähigen Kosten abzusetzen.

(2) An Stelle des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 1 können pauschale Abschreibungsbeträge vereinbart werden, die unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Nutzungsdauer der Anlagegüter bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung angemessen sind.

(3) Für die pflegesatzfähigen Kosten nach Absatz 1 oder 2 ist eine Ergänzung zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlage 4 zu erstellen.

(4) Zu den nach § 7 Abs. 2 abzuziehenden Kosten gehören auch die auf die genannten Leistungen entfallenden Investitionskosten. Dies gilt nicht im Fall des Erlösabzugs für vor- und nachstationäre Behandlung.

(5) Die nach den Absätzen 1 oder 2 im Budget zu berücksichtigenden Investitionskosten werden anteilig den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen

(6) Für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden, gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Eine Berechnung der nach den Absätzen 1 bis 6 ermittelten Pflegesätze ist nur im Rahmen des § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes möglich. Dabei bleiben Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz.

§ 9 Ausbildungskosten

(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind nach Maßgabe des § 17 Abs. 4 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Budget zu berücksichtigen; § 11 Abs. 5 bleibt unberührt.

Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind nicht pflegesatzfähig, soweit die Vertragsparteien nichts anderes vereinbaren.

(2) Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, sind im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 1 anzurechnen.

(3) Werden Ausbildungskosten auf Grund einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 4 a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einem Krankenhaus zugerechnet, sind diese Kosten im Budget zu berücksichtigen; § 11 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

Dritter Abschnitt

Entgeltarten und Abrechnung

§ 10 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte),
2. einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird.

(2) Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Falls bei einem Neugeborenen eine Fallpauschale nicht berechnet werden kann, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen mit den für die Versorgung der Mutter berechneten Pflegesätzen abgegolten; dies gilt nicht für Abteilungen oder besondere Einrichtungen, in die das Neugeborene verlegt wird (krankes Neugeborenes), insbesondere pädiatrische Abteilungen und neonatologische Intensiveinrichtungen.

Seitenanfang

§ 11 Fallpauschalen und Sonderentgelte

(1) Mit den Fallpauschalen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet, für den ein Entgelt in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt ist.

(2) Mit den Sonderentgelten wird ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmten Leistungskomplex eines Behandlungsfallbesuches vergütet. Sie umfassen im Rahmen der Leistungsabgrenzung insbesondere die Kostenarten nach den Nummern 1 bis 4 und 14 in Blatt K 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung. Abweichend von Satz 2 können Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren in der Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 auf die Vergütung dieser Arzneimittel begrenzt werden.

(3) Die Vertragsparteien sind an die Höhe der Entgelte gebunden, die von den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) nach § 16 vereinbart worden ist. Die Vertragsparteien vereinbaren für einzelne dieser Fallpauschalen und Sonderentgelte Zuschläge, soweit dies erforderlich ist, um

1. eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn das Krankenhaus die mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten abzurechnenden

Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung insgesamt ohne Verlust nicht erbringen kann, oder

2. bei einem Krankenhaus in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn eine Leistungserbringung auf Grund baulicher Gegebenheiten bei im übrigen wirtschaftlicher Betriebsführung ohne Verlust nicht möglich ist; dies gilt während der Laufzeit des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes bis zum 31. Dezember 2004;

ein Zuschlag darf jeweils 30 vom Hundert des Entgelts nicht übersteigen. Die Vertragsparteien vereinbaren für Fallpauschalen und Sonderentgelte einen Abschlag, soweit dies erforderlich ist, um

1. die besonderen Gegebenheiten von Krankenhäusern und von vollständig über Fallpauschalen abrechnenden Abteilungen, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, oder

2. eine auf ungewöhnlich wenige Leistungsarten begrenzte Leistungserbringung von Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Krankenhäusern sowie von Belegkrankenhäusern und -abteilungen

angemessen zu berücksichtigen.

(4) Soweit das Krankenhaus sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt, ist ein Zuschlag zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vereinbaren.

(5) Bei Krankenhäusern oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, werden über einen Zuschlag die auf sie anteilig entfallenden Kosten der in § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ausbildungsstätten einschließlich eines Ausgleiches nach § 17 Abs. 4 a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes finanziert. Dies gilt entsprechend für die Kosten der Ausbildungsvergütung für die nach § 9 Abs. 2 anzurechnenden Personen, soweit sie über die Kosten für die anzurechnenden Stellen hinausgehen.

(6) Bei Krankenhäusern, Abteilungen oder Einrichtungen nach § 13 Abs. 2, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, werden über einen einheitlichen Abschlag von den Fallpauschalen dieser Organisationseinheiten die auf sie entfallenden Abzüge für wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 und 5 abgezogen.

(7) Bei nicht oder nur teilweise geförderten Krankenhäusern sind Zuschläge für Fallpauschalen zu vereinbaren, um die Finanzierung der nach § 8 pflegesatzfähigen Kosten zu ermöglichen. § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt.

(8) Weichen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, bei denen das Erlösabzugsverfahren nach § 12 Abs. 2 angewendet wird oder in den Jahren 1998 bis 2001 die Kosten ausgegliedert werden, die auf einen Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse von den vorauskalkulierten Erlösen nach § 12 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 4 ab, werden Mehrererlöse zu 75 vom Hundert und Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese darauf zurückzuführen sind, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 oder auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wurden. Für Mehrererlöse bei Entgelten mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können die Vertragsparteien nach § 6 Abs. 1 Satz 1 einen oder mehrere niedrigere Vomhundertsätze vereinbaren, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Partei den Vomhundertsatz fest. Nicht ausgeglichen werden Erlöse aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern nach § 11 Abs. 2 Satz 3. Die Vertragsparteien können im voraus einen von Satz 1 abweichenden Ausgleich vereinbaren. Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Budget eines folgenden

Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei der Pflegesatzverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen. Für die Fallpauschalen und Sonderentgelte in der Transplantationsmedizin können von Satz 1 und 2 abweichende Regelungen vereinbart werden. Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, gelten die Sätze 1 bis 8 nicht für Entgelte, die gegenüber diesen Patienten oder ihren Versicherungen abgerechnet worden sind.

Seitenanfang

§ 12 Flexibles Budget

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den Pflegesatzzeitraum das Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und -entwicklung des Krankenhauses, soweit die Leistungen nicht mit Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 berechnet werden.

(2) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, sind für die Pflegesatzzeiträume in den Kalenderjahren 1995 bis 2001 jeweils die vorkalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten von den pflegesatzfähigen Kosten des Krankenhauses abzuziehen (Erlösabzug); Zu- oder Abschläge auf Fallpauschalen oder Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 sind einzubeziehen. Für die Sonderentgelte nach § 11 Abs. 2 Satz 3 für die Behandlung von Blutern sind anstelle des Erlösabzugs die entsprechenden Kosten auszugliedern. Das Krankenhaus kann verlangen, daß anstelle des Erlösabzugs nach Satz 1 jeweils die Kosten ausgegliedert werden (Kostenausgliederung); dies kann auf Abteilungen, die ausschließlich Fallpauschalen berechnen, begrenzt werden. In diesem Fall vereinbaren die Vertragsparteien als Grundlage für den Erlösausgleich nach § 11 Abs. 8 die Summe der vorkalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie den Zu- und Abschlägen nach § 11 Abs. 3. Vereinbaren die Vertragsparteien nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder nach § 16 Abs. 2 neue Fallpauschalen und Sonderentgelte für einen Pflegesatzzeitraum nach dem 31. Dezember 2001, können sie auch vereinbaren, daß für diese Entgelte in den ersten zwei Kalenderjahren ihrer Anwendung der Erlösabzug nach Satz 1 angewendet werden kann; für die Kalenderjahre 1998 und 2001 gelten die Sätze 1 bis 4.

(3) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, sind die Kosten der mit Fallpauschalen und Sonderentgelten berechneten Leistungen einmalig für das Kalenderjahr auszugliedern, das auf den letztmaligen Erlösabzug für die jeweiligen Entgelte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 oder 5 folgt.

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus den Pflegesätzen nach § 13 von dem Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse zu 40 vom Hundert, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 vom Hundert zu 85 vom Hundert und Mehrerlöse über 5 vom Hundert zu 90 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht; Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese darauf zurückzuführen sind, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 oder auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wurden. Die Vertragsparteien können im voraus andere Vomhundertsätze vereinbaren, wenn dies der Struktur oder der angenommenen Entwicklung von Leistungen und Kosten des Krankenhauses besser entspricht. Die Vertragsparteien können ergänzend oder anstelle des Ausgleichs nach Satz 1 einen Ausgleich vereinbaren, bei dem Veränderungen der Fallzahl und der Verweildauer berücksichtigt werden. Mehr- oder Mindererlöse im Sinne des Satzes 1, die einem Zuschlag nach § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuzurechnen sind, werden abweichend von Satz 1 in voller Höhe ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums abzurechnen. Steht bei der Pflegesatzverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser, die ihre Leistungen im folgenden Pflegesatzzeitraum ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen,

rechnen den Ausgleichsbetrag durch Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6 ab.

(5) Ab dem Jahr 2002 wird der Budgetausgleich nach Absatz 4 für alle Abteilungen, die Fallpauschalen abrechnen, nicht durchgeführt, soweit der Entwicklung der Fallzahlen dieser Abteilungen insgesamt eine gegenläufige Entwicklung der Zahl der abgerechneten Fallpauschalen gegenübersteht und der Ausgleich nach Absatz 4 zu einer Doppelfinanzierung oder Nichtfinanzierung von Fixkosten führen würde. Maßgebend für die Entwicklung im Fallpauschalenbereich sind die nach § 12 Abs. 3 endgültig ausgegliederten Fallpauschalen. Die Vertragsparteien vereinbaren im voraus, bei welchen Entwicklungen eine Nicht- oder Doppelfinanzierung von Fixkosten anzunehmen ist sowie Näheres zur Ermittlung der Fallzahlen und zur Ermittlung der im Budgetbereich nicht auszugleichenden Mehr- oder Mindererlöse. Sie können anstelle einer Nichtanwendung nach Satz 1 auch eine entsprechende Berichtigung des Ausgleichs nach Absatz 4 vereinbaren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung geben hierzu gemeinsam eine Empfehlung ab.

(6) gestrichen

(7) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung eines Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im voraus vereinbaren, daß in bestimmten Fällen das Budget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist über das neu vereinbarte Budget abzurechnen; Abs. 4 Satz 7 und § 21 Abs. 2 Satz 3 gelten entsprechend.

Seitenanfang

§ 13 Tagesgleiche Pflegesätze

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz und entsprechende teilstationäre Pflegesätze. Die Pflegesätze sind nach Maßgabe der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu ermitteln.

(2) Als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit und die durch diese veranlaßten Leistungen ist für jede organisatorisch selbständige bettenführende Abteilung, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet wird, ein Abteilungspflegesatz für die Leistungen zu vereinbaren, die nicht mit Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 vergütet werden. Pflegesätze nach Satz 1 sind auch für die Behandlung von Belegpatienten zu vereinbaren; für Fachbereiche mit sehr geringer Bettenzahl kann ein gemeinsamer Belegpflegesatz vereinbart werden. Abteilungspflegesätze sollen darüber hinaus für besondere Einrichtungen des Krankenhauses vereinbart werden, die ausschließlich oder überwiegend der Behandlung von Querschnittsgelähmten, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten, Schwerbrandverletzten, AIDS-Patienten, mucoviszidosekranken Patienten, onkologisch zu behandelnden Patienten, Transplantationspatienten, Dialysepatienten oder der neonatologischen Intensivbehandlung von Säuglingen dienen; wenn in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 eine gesonderte Grenz-Verweildauer für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, sind entsprechende Pflegesätze auch für Einrichtungen der Intensivmedizin, die innerhalb der die Hauptleistung erbringenden Abteilung geführt werden, zu vereinbaren.

(3) Als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen des Krankenhauses ist ein Basispflegesatz zu vereinbaren. Haben die Vertragsparteien auf Landesebene nach § 16 Abs. 3 ein pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung vereinbart und steht dieses Entgelt bei dem Abschluß der Pflegesatzvereinbarung fest, ist dieses bei Vereinbarung des Basispflegesatzes anstelle der entsprechenden Kosten des Krankenhauses einzubeziehen; die nach § 16 Abs. 3 Satz 4 vereinbarte Abgrenzung der Kosten ist anzuwenden.

(4) Soweit die nach den Absätzen 2 und 3 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind entsprechende Pflegesätze zu vereinbaren. Sie sollen vereinfacht aus den vollstationären Pflegesätzen abgeleitet werden. Eine Kalkulationsaufstellung nach Abschnitt K 6 oder K 7 der Anlage 3 ist nicht vorzulegen.

Seitenanfang

§ 14 Berechnung der Pflegesätze

(1) Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Fallpauschalen und Sonderentgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten und im Falle des Absatzes^o6 Nr. 1. Die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist; Absatz 6 Nr. 1 und 2 bleibt unberührt. Für die Höhe einer Fallpauschale oder eines Sonderentgelts ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

(2) Die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet. Satz 1 erster Halbsatz gilt entsprechend bei internen Verlegungen; wird ein Patient an einem Tag mehrfach intern verlegt, berechnet nur die zuletzt aufnehmende Abteilung den Pflegesatz. Bei Berechnung eines Sonderentgelts wird der Abteilungspflegesatz um 20 vom Hundert ermäßigt, höchstens jedoch für 12 Berechnungstage; dies gilt nicht bei tagesgleichen Pflegesätzen für Intensivmedizin, neonatologische Intensivbehandlung und Psychiatrie. Zusätzlich zu dem Abteilungspflegesatz kann ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten nach § 13 Abs. 2 Satz 3 berechnet werden, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Wird ein Patient wegen Komplikationen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer dieser Fallpauschale nach Absatz 7 Satz 1 kein tagesgleicher Pflegesatz berechnet werden.

(3) Sonderentgelte werden für die Leistungskomplexe berechnet, die in den Sonderentgelt-Katalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 bestimmt sind. Sie werden zusätzlich zu dem Abteilungspflegesatz und dem Basispflegesatz oder entsprechenden teilstationären Pflegesätzen berechnet.

(4) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in den Fallpauschalen-Katalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 bestimmt sind. 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. Eine vorstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; eine nachstationäre Behandlung ist gesondert berechenbar, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenz-Verweildauer nach Absatz 7 Satz 1 übersteigt; dies gilt auch für eine entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung.

(5) Eine Fallpauschale wird nicht berechnet, wenn

1. der Patient vor Abschluß des bestimmten Behandlungsfalls verlegt wird, es sei denn, eine Berechnung der Pflegesätze nach den Absätzen 2 und 3 ergibt einen höheren Gesamtbetrag, oder

2. eine Behandlung vor Erbringung der Hauptleistung beendet wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit nach Absatz 11. Werden Fallpauschalen nach Satz 1 nicht berechnet, sind die Pflegesätze nach den Absätzen 2 und 3 zu berechnen. Krankenhäuser oder Abteilungen, deren Leistungen ausschließlich mit

Fallpauschalen vergütet werden, rechnen anstelle der Pflegesätze nach Absatz 2 je Belegungstag einen Betrag in Höhe von 260 Deutsche Mark ab. Dieser Betrag ist ab dem 1. Januar 1996 jährlich entsprechend der Veränderung der Punktwerte nach § 16 Abs. 1 Satz 1 gegenüber dem Vorjahr zu verändern; dabei sind der Punktwert für den Personalkostenanteil mit 67 vom Hundert und der Punktwert für den Sachkostenanteil mit 33 vom Hundert zu gewichten.

(6) Zusätzlich zu einer Fallpauschale darf berechnet werden:

1. ein Sonderentgelt in den Fällen, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 zugelassen ist, sowie bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3),

2. ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten,

3. Zuschläge oder ein Abschlag nach § 11 Abs. 3,

4. ein Zuschlag nach § 11 Abs. 4 für Maßnahmen der Qualitätssicherung,

5. ein Zuschlag für Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern nach § 8 und

6. ein allgemeiner Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschale, mit dem die einzelnen Zu- oder Abschläge nach § 11 Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 8 Satz 7 und § 12 Abs. 4 Satz 7 insgesamt in Rechnung gestellt werden; der Zu- oder Abschlag wird mit einem für alle Fallpauschalen einheitlichen Vomhundertsatz ermittelt, der auf die Höhe der Fallpauschale bezogen wird.

Zusätzlich zu einem Sonderentgelt darf berechnet werden:

1. ein weiteres Sonderentgelt in den Fällen, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 zugelassen ist, sowie bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3),

2. Zu- und Abschläge nach Satz 1 Nr. 3 und 4.

(7) Wird eine Fallpauschale nach Absatz 4 berechnet und übersteigt die Verweildauer des Patienten eine in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 bestimmte Grenz-Verweildauer, werden ab dem ausgewiesenen Tag die Pflegesätze nach Absatz 2 berechnet. Für Fallpauschalen, bei denen eine zusätzliche Grenz-Verweildauer insbesondere für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, können in den Entgeltkatalogen abweichende Regelungen festgelegt werden. Die nach den Sätzen 1 und 2 berechneten Pflegesätze werden in den Ausgleich nach § 12 Abs. 4 einbezogen. Krankenhäuser oder Abteilungen, deren Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen vergütet werden, rechnen anstelle der Pflegesätze nach Absatz 2 je Belegungstag den Betrag nach Absatz 5 Satz 4 ab; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend.

(8) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen für jeden Berechnungstag den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes bis zum 31. Dezember 2014. Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(9) Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, kann das Krankenhaus angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden. Die Sätze 1 und 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 Pflegesatzvereinbarung getroffen werden.

(10) Zur Finanzierung der pauschalierten Instandhaltungskosten nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 wird ein Zuschlag zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten in Höhe von 1,1 vom Hundert der Entgelthöhe berechnet.

(11) Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen von mehreren Krankenhäusern im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit erbracht und der Patient verlegt, wird die Fallpauschale von dem Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; der Abschluß eines Vertrages ist nicht erforderlich. Die Grenz-Verweildauer nach Absatz 7 gilt entsprechend für die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern. Die Krankenhäuser vereinbaren eine Aufteilung der Fallpauschale untereinander. Kommt eine Einigung der beteiligten Krankenhäuser über die Aufteilung der Fallpauschale nicht zustande, hat das abrechnende Krankenhaus an das weiterbehandelnde Krankenhaus den Betrag nach Absatz 5 Satz 4 und 5 für die Anzahl von Tagen abzugeben, die sich vom Verlegungstag bis zum aufgerundeten Mittelwert aus Grenz-Verweildauer (Absatz 7) und der Verweildauer, die der Fallpauschale zugrundegelegt wurde, ergibt.

(12) Das Krankenhaus hat dem selbstzahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Pflegesätze so bald wie möglich schriftlich bekanntzugeben; gesetzlich versicherte Patienten können dies verlangen. Dabei ist mitzuteilen, welcher Teilbetrag für Unterkunft und Verpflegung in dem Basispflegesatz nach § 13 Abs. 3 enthalten ist. Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Pflegesätze nach § 13 noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, daß der Unterschiedsbetrag zum neuen Pflegesatz auszugleichen ist, wenn dieser rückwirkend in Kraft tritt, oder daß der zu zahlende Pflegesatz sich erhöht, wenn der neue Pflegesatz während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Pflegesatzsteigerung ist anzugeben.

(13) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Pflegesätzen nach § 10 Abschlüsse nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

Seitenanfang

Vierter Abschnitt

Pflegesatzverfahren

§ 15 Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene)

1. mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 17 die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen und

2. die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 1.

Sie können nach § 11 Abs. 8 Satz 2 die Vomhundertsätze für den Mehrerlösausgleich bei Fallpauschalen und Sonderentgelten vereinbaren.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren den einheitlichen Aufbau der Datensätze und die Grundsätze für die Übermittlung

1. der Diagnose- und der Operationsstatistik nach § 17 Abs. 4 Satz 5 und

2. der weiteren Teile der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung.

Für die Verbindlichkeit der Vereinbarungen gilt § 17 Abs. 2 a Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(3) Bei der Vereinbarung der Entgeltkataloge nach § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen die Vertragsparteien nach Absatz 1 die mit Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vergütenden Leistungen sowie bundeseinheitliche Bewertungsrelationen. Die Fallpauschalen sind für einen Behandlungsfall nach der Art der zu erbringenden Leistungen oder nach Diagnosen, die Sonderentgelte sind nach der Abgrenzung des § 11 Abs. 2 zu bestimmen. Die Entgelte sind an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Kosten anzupassen. Soweit zur Leistungsabgrenzung Diagnose- oder Operationenschlüssel verwendet werden, sind die in § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Klassifikationen in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzten Fassung zu verwenden. Die Vertragsparteien geben die Entgeltkataloge oder deren Änderungen einschließlich der Abrechnungsbestimmungen in geeigneter Form gemeinfrei und kostenlos bekannt.

(4) Kommt in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 und des Absatzes 2 eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

§ 16 Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien jeweils einen landesweit geltenden Punktwert für den Personalkosten- und den Sachkostenanteil der Entgelte. Die Bemessungsgrundlagen nach den §§ 3 bis 6 sind entsprechend zu beachten. In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet wird ein niedrigerer Punktwert für den Personalkostenanteil vereinbart, soweit die Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt.

(2) Die Vertragsparteien auf Landesebene können für das folgende Kalenderjahr mit Wirkung für die Vertragsparteien über die in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 bestimmten Leistungen hinaus für weitere Behandlungsfälle und Leistungskomplexe landesweit geltende Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren. Dabei sind die Erfahrungen aus Modellvorhaben nach § 26 zu berücksichtigen. Für die Entgelte sind Bewertungsrelationen in Form von Punktzahlen zu vereinbaren. Die Punktwerte nach Absatz 1 Satz 1 gelten auch für diese Entgelte. Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen eine wissenschaftliche Begleitung für diese Entgelte vereinbaren.

(3) Von den Vertragsparteien auf Landesebene ist mit Wirkung für die Vertragsparteien die Vereinbarung eines landeseinheitlichen pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung anzustreben. Es ist Bestandteil des Basispflegesatzes nach § 13 Abs. 3. In das Entgelt sind die den Patientenzimmern zuzurechnenden anteiligen Kosten für Wasser, Strom, Heizung, normale Reinigung und die durch die Unterbringung verursachte Wäschereinigung sowie die Kosten der Küche und für Lebensmittel einzubeziehen; die Investitionskosten nicht geförderter Krankenhäuser werden nicht einbezogen. In der Vereinbarung ist festzulegen, wie die dem Entgelt zugrunde liegenden Kosten abzugrenzen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Landesebene geben den Vertragsparteien rechtzeitig die Punktwerte und die sich daraus ergebende Höhe der Entgelte, die nach Absatz 2 vereinbarten Entgelte und deren Bewertungsrelationen und Entgelthöhe sowie das Entgelt nach Absatz 3 nach deren Genehmigung (§ 20) bekannt. Entsprechendes gilt für die Abgrenzung der Kosten nach Absatz 3 Satz 4.

(5) Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15. Oktober, die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 und 3 sind bis zum 31. August 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 nach Absatz 1 bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach

§ 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Punktwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.

(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei auf Landesebene ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung der Punktwerte zugrunde gelegten Annahmen der jeweilige Punktwert für den verbleibenden laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei auf Landesebene zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Punktwert auf Antrag fest.

§ 17 Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien

(1) Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Budget und Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze, die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie den Erlösausgleich nach § 11 Abs. 8. Bei Krankenhäusern, deren Leistungen vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, regeln die Vertragsparteien die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 bis 8.

Die Pflegesatzvereinbarung muß auch Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen.

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

(3) Die Vertragsparteien nehmen die Pflegesatzverhandlung 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 Budget und die neuen Pflegesätze mit Ablauf des laufenden Pflegesatzzeitraumes in Kraft treten können.

(4) Der Pflegesatzverhandlung sind insbesondere die Daten zugrunde zu legen, die nach § 5 Abs. 1 für den Krankenhausvergleich zu übermitteln sind. Der Krankenhausträger übermittelt auf Verlangen einer Vertragspartei zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlage 1 und 2 oder Teile davon; ab dem Kalenderjahr 2001 wird die Aufstellung einschließlich ihres Anhangs 3 nur noch für das Budget nach § 12 und das Erlösabzugs- und Kostenausgliederungsverfahren nach § 12 Abs. 2 und 3 erstellt. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung enthält insbesondere Angaben zu den vereinbarten Vergütungen, den Leistungen und den Kalkulationen von Budget und tagesgleichen Pflegesätzen des Krankenhauses. Die Leistungsaufstellung umfaßt insbesondere

1. eine anonymisierte, abteilungsbezogene Diagnosestatistik nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) mit Angaben zu Verweildauer und Alter der Patienten sowie dazu, ob der Patient im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde, und

2. eine anonymisierte, abteilungsbezogene Operationsstatistik nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 301 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft gesetzten Fassung. Die Diagnose- und die Operationsstatistik sind auf maschinellen Datenträgern vorzulegen. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird von Krankenhäusern, deren Leistungen vollständig über Fallpauschalen berechnet werden, nicht vorgelegt. Werden die Leistungen einer Abteilung oder Einrichtung nach § 13 Abs. 2

ausschließlich mit Fallpauschalen berechnet und hat das Krankenhaus die Kostenausgliederung verlangt, werden die Abschnitte V2, V3 und K8 nicht vorgelegt; die Kostenausgliederung ist nach Abschnitt K 7 Nummer 1 bis 18 vorzunehmen. Für die Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 3 sind die Abschnitte V2, V3 und K8 zum 31. Mai des Vorjahres vorzulegen; Veränderungen insbesondere des Leistungsumfangs können bis zur Pflegesatzverhandlung nachgereicht werden. Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, werden die Kosten und Leistungen für diese Patienten nicht in der allgemeinen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, sondern nach deren Anhang 3 ausgewiesen.

(5) 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 Krankenhausfinanzierungsgesetz zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 1 muß der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. Soweit dies zur Beurteilung der Höhe der Kostenausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und zur Beurteilung der vom Krankenhaus nach § 11 Abs. 3 geforderten Zuschläge erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien verlangen, daß zusätzliche Kalkulationsunterlagen vorgelegt werden.

(6) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der medizinisch leistungsgerechten Vergütung eines Krankenhauses so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, daß die Pflegesatzverhandlung zügig durchgeführt werden kann. Können wesentliche Fragen bis zur Pflegesatzverhandlung nicht geklärt werden, sollen das Budget und die Pflegesätze auf der Grundlage der verfügbaren Daten vereinbart werden. Soweit erforderlich, kann eine Prüfung dieser Fragen vereinbart werden. Das Ergebnis der Prüfung ist in der nächsten Pflegesatzverhandlung zu berücksichtigen.

(7) Die Vertragsparteien können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlung näher bestimmen sowie festlegen, welche Krankenhäuser vergleichbar sind.

(8) Absatz 1 Satz 3, Absatz 5 und Absatz 7 gelten nicht, soweit für das Krankenhaus verbindliche Regelungen nach den §§ 112 bis 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen worden sind.

(9) Die im Rahmen einer Vereinbarung von Pflegesätzen übermittelten Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person dürfen von den Empfängern nicht zu anderen Zwecken verarbeitet oder genutzt werden.

§ 18 Vorläufige Pflegesatzvereinbarung

(1) Können sich die Vertragsparteien über die Höhe des Budgets nicht einigen und soll wegen der Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, die Schiedsstelle angerufen werden, vereinbaren die Vertragsparteien ein vorläufiges Budget in der unstrittigen Höhe.

(2) Die auf dem vorläufigen Budget beruhenden tagesgleichen Pflegesätze sind zu erheben, bis die endgültig maßgebenden tagesgleichen Pflegesätze in Kraft treten. Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses infolge der nach Satz 1 erhobenen vorläufigen tagesgleichen Pflegesätze werden durch Zu- oder Abschläge auf die Pflegesätze des laufenden oder eines folgenden Pflegesatzzeitraumes ausgeglichen.

§ 19 Schiedsstelle

(1) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung nach § 16 Abs. 1 und 6 oder § 17 Abs. 1 und § 12 Abs. 7 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der in § 16 oder § 17 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.

(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 3 Abs. 2 Satz 4, § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 11 Abs. 8 Satz 4, § 12 Abs. 2 Satz 3, Abs. 4 Satz 2 und 3, Abs. 5 Satz 4 und Abs. 7 Satz 3, § 16 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1.

§ 20 Genehmigung

(1) Die Genehmigung der nach § 12 Abs. 7 und den §§ 16 bis 18 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze ist von einer der in § 16 oder § 17 genannten Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.

(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 Pflegesatzverhandlung 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.

§ 21 Laufzeit

(1) Die neuen tagesgleichen Pflegesätze werden vom Beginn des neuen Pflegesatzzeitraums an erhoben. Wird das neue Budget erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Pflegesätze ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden tagesgleichen Pflegesätze weiter zu erheben. Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Pflegesatzvereinbarung oder -festsetzung so bestimmt worden ist. Ein rückwirkendes Erheben der Pflegesätze ist bei der Schließung eines Krankenhauses zulässig.

(2) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung der bisherigen tagesgleichen Pflegesätze nach Absatz 1 Satz 3 werden durch Zu- und Abschläge auf die im restlichen Pflegesatzzeitraum zu erhebenden neuen tagesgleichen Pflegesätze ausgeglichen; wird der Ausgleichsbetrag durch die Erlöse aus Zu- und Abschlägen im restlichen Pflegesatzzeitraum über- oder unterschritten, wird der abweichende Betrag über das nächste Budget ausgeglichen. Wird das neue Budget erst nach Ablauf des neuen Pflegesatzzeitraums genehmigt, erfolgt der Ausgleich über das nächste Budget. Würden die tagesgleichen Pflegesätze durch diesen Ausgleich und einen Betrag nach § 12 Abs. 7 Satz 3 insgesamt um mehr als 30 v.H. erhöht, sind übersteigende Beträge bis jeweils zu dieser Grenze in nachfolgenden Budgets auszugleichen. Ein Ausgleich von Mindererlösen entfällt, soweit die verspätete Genehmigung des Budgets von dem Krankenhaus zu vertreten ist.

(3) Der Höhe nach neu vereinbarte oder festgesetzte Fallpauschalen und Sonderentgelte werden von dem in der Pflegesatzvereinbarung nach § 16 Abs. 1 oder in der Pflegesatzfestsetzung bestimmten Zeitpunkt an erhoben. Werden die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, ist Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend anzuwenden. Ein sich dadurch ergebender Mehr- oder Mindererlös ist durch entsprechende Bemessung des Punktwerts bei der nächsten Pflegesatzvereinbarung nach § 16 Abs. 1 angemessen auszugleichen, soweit nicht bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Punktwerts das spätere Erheben nach Satz 2 bereits berücksichtigt worden ist.

(4) Für Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 bis 8 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

Fünfter Abschnitt

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 22 Wahlleistungen

(1) Neben den Pflegesätzen 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; sie müssen mindestens die hierfür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 abzuziehenden Kosten decken. 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 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 § 20 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a 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 § 24 Abs. 2 oder 3 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 § 24 Abs. 2 oder 3 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses darf nur mit Einwilligung der jeweils betroffenen Patienten erfolgen. 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. Die Erfüllung von Verträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 abgeschlossen hat, bleibt unberührt.

§ 23 Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieser Verordnung 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) Die Vertragsparteien vereinbaren für die Behandlung von Belegpatienten tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4, soweit die Leistungen nicht ausschließlich mit Fallpauschalen nach § 11 vergütet werden. Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 vereinbart.

§ 24 Kostenerstattung der Ärzte

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 23 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 nicht pflegesatzfähigen 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 § 22 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Absatz 3 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(3) Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 22 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 Absatz 2 verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(4) 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 im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(5) Soweit ein Krankenhaus weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert wird, umfaßt die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 4 auch die auf diese Leistungen entfallenden, nach § 8 Abs. 4 nicht pflegesatzfähigen Investitionskosten.

(6) 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 5 nicht berührt.

Sechster Abschnitt

sonstige Vorschriften

§ 25 Landespflegesatzausschüsse

(1) Zur Beratung über Pflegesatzfragen wird auf Landesebene ein Pflegesatzausschuß gebildet. Der Ausschuß setzt sich neben dem Vertreter des Landes aus sechs Vertretern der Krankenhäuser, fünf Vertretern der Sozialleistungsträger und einem Vertreter der privaten Krankenversicherung zusammen. Die Vertreter der Krankenhäuser und der beteiligten Organisationen werden jeweils durch die Krankenhausgesellschaft, die Verbände oder Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger und den Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande benannt und von der zuständigen Landesbehörde bestellt. Diese beruft die Vertreter, falls die Berechtigten keine Vorschläge machen.

(2) Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses. Der Ausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß

1. der Ausschuß sich aus sieben Vertretern der Krankenhäuser, sechs Vertretern der Sozialleistungsträger und einem Vertreter der privaten Krankenversicherung zusammensetzt,

2. neben oder an Stelle des Ausschusses auf Landesebene mehrere Ausschüsse für Pflegesatzfragen auf regionaler Ebene gebildet werden.

Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

§ 26 Modellvorhaben

(1) Die Vertragsparteien können über die Entgeltkataloge nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung und Erprobung neuer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte vereinbaren. Sie können von § 10 Abs. 1 Nr. 2, den §§ 12 und 13 und den entsprechenden Bestimmungen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung abweichende Vereinbarungen treffen. Modellvorhaben mit einer Laufzeit von mehr als fünf Jahren bedürfen vor ihrem Beginn der Zustimmung der Vertragsparteien auf Landesebene. Satz 3 gilt entsprechend für Vorhaben, deren Laufzeit über einen Zeitraum von fünf Jahren hinaus verlängert werden soll; bei der Entscheidung über eine Zustimmung sind die Ergebnisse nach Satz 6 zu berücksichtigen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung zu vereinbaren; deren Kosten sind pflegesatzfähig. Die Ergebnisse des Vorhabens und der Begleitung sowie eine Beurteilung durch die Vertragsparteien sind nach Abschluß des Vorhabens, spätestens jedoch nach vier Jahren, den Vertragsparteien auf Landesebene, dem Landespflegesatzausschuß und der für die Genehmigung zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(2) Die Vertragsparteien können über die zeitlich begrenzten Modellvorhaben nach Absatz 1 hinaus nach Anhörung der Landeskrankenhausesgesellschaft, der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung von § 10 Abs. 1 Nr. 2, den §§ 12 und 13 und den entsprechenden Bestimmungen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung abweichende Vereinbarungen treffen, um neue Arten der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen zu entwickeln und zu erproben. Absatz 1 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(3) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 enden mit Ablauf des Kalenderjahres, soweit für das folgende Kalenderjahr Fallpauschalen und Sonderentgelte in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt sind, die entsprechende Leistungsinhalte des Modellvorhabens berühren.

(4) Modellvorhaben nach § 21 in der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung geltenden Fassung können bis zu einer Entscheidung über eine entsprechende Aufnahme der Entgelte in eine Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 fortgeführt werden. Abweichend von Satz 1 ist eine Fortführung mindestens bis zu dem in der Vereinbarung über das Modellvorhaben bestimmten Zeitpunkt möglich, wenn die Vereinbarung vor dem 1. Januar 1994 geschlossen wurde. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit für das folgende Kalenderjahr Fallpauschalen und Sonderentgelte in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt sind, die entsprechende Leistungsinhalte des Modellvorhabens berühren. Eine Fallpauschale kann unter den in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen auch dann weiterhin berechnet werden, wenn ein entsprechendes Sonderentgelt in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt wird.

(5) Die Vertragsparteien können mit Zustimmung der jeweils betroffenen Vertragsparteien nach § 15 Abs. 1 oder § 16 im Rahmen von Modellvorhaben von den Entgeltkatalogen abweichen mit dem Ziel, einzelne Entgelte aus den Katalogen weiterzuentwickeln.

§ 27 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

Die in dieser Verordnung 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.

§ 28 Übergangsvorschriften

- gestrichen-