

# Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

BPflV

Ausfertigungsdatum: 26.09.1994

Vollzitat:

"Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 13 Absatz 2 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist"

**Stand:** Zuletzt geändert durch Art. 13 Abs. 2 G v. 12.4.2012 I 579

## Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.1.1995 +++)

Die V wurde als Artikel 1 V v 26.9.1994 I 2750 (PflINV) von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Sie tritt gem. Art. 10 Abs. 4 Satz 1 dieser V am 1.1.1995 in Kraft (hiervon abweichende Inkrafttetreteregelnungen siehe Art. 10 Abs. 1 bis 3).

## Inhaltsübersicht

### Erster Abschnitt

#### Allgemeine Vorschriften

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Krankenhausleistungen

### Zweiter Abschnitt

#### Grundlagen der Entgeltbemessung

- § 3 Allgemeine Grundlagen
- § 4 Versorgungsauftrag
- § 5 Krankenhausvergleich
- § 6 Grundsatz der Beitragssatzstabilität
- § 7 Pflegesatzfähige Kosten bei geförderten Krankenhäusern
- § 8 Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern
- § 9 (aufgehoben)

### Dritter Abschnitt

#### Entgeltarten und Abrechnung

- § 10 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen
- § 11 (aufgehoben)
- § 12 Flexibles Budget
- § 13 Tagesgleiche Pflegesätze
- § 14 Berechnung der Pflegesätze
- § 15 Unterrichtung der Patienten

### Vierter Abschnitt

#### Pflegesatzverfahren

- § 16 (aufgehoben)
- § 17 Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien
- § 18 Vorläufige Pflegesatzvereinbarung
- § 19 Schiedsstelle

- § 20 Genehmigung
- § 21 Laufzeit

#### Fünfter Abschnitt

##### Sonstige Vorschriften

- § 22 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen
- § 23 Landespflegesatzausschüsse
- § 24 Modellvorhaben
- § 25 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene
- § 26 Übergangsvorschriften

- Anlage 1: Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA)
- Anhang 1 zur LKA: Bettenführende Fachabteilungen
- Anhang 2 zur LKA: Fußnoten
- Anhang 3 zur LKA: Gesonderter Ausweis für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4
- Anlage 2: Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser

## **Erster Abschnitt**

### **Allgemeine Vorschriften**

#### **§ 1 Anwendungsbereich**

(1) Nach dieser Verordnung werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vergütet, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.

(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 § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

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

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehört eine Dialyse.

## **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 Abgrenzungsverordnung in der durch Artikel 3 der Verordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874) geänderten Fassung und die Psychiatrie-Personalverordnung in der durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geänderten Fassung sind anzuwenden. 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 die 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei Hochschulkliniken aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften und dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie ergänzenden Vereinbarungen 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.
4. (weggefallen)

## § 5 Krankenhausvergleich

(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien bei der Ermittlung vergleichbarer Krankenhäuser oder Abteilungen und der Bemessung von medizinisch leistungsgerechten Budgets und tagesgleichen Pflegesätzen erstellen die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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 zugrunde liegenden 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 Vorkläarungen 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 dem Budget nach § 12 sowie auf Grund von Modellvorhaben nach § 24 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 Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, und ab dem Jahr 2009 auch Leistungen im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 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 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wobei für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate anzuwenden ist. Der Gesamtbetrag darf den um die maßgebliche Rate veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die folgenden Tatbestände dies erforderlich machen:

1. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,
2. zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes,
3. die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung,
4. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird; Absatz 4 ist zusätzlich anzuwenden,
5. in den in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannten Ländern die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe,
6. zusätzliche Leistungen aufgrund des Abschlusses eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Beitritts zu einem solchen Vertrag, soweit diese Leistungen erforderlich sind, um die Anforderungen des Sechsten Abschnitts der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu erfüllen oder
7. (weggefallen)
8. zusätzliche Kosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum; wenn Mehrkosten für das Jahr 2004 nicht in dem Gesamtbetrag des Jahres 2004 berücksichtigt wurden, sind diese Mehrkosten in den Gesamtbetrag für das Jahr 2005 mit Wirkung nur für dieses Jahr einzubeziehen;

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. Der Gesamtbetrag ist zusätzlich pauschal um 1,1 vom Hundert für Instandhaltungskosten gemäß § 17 Abs. 4b Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für den Pflegesatzzeitraum zu erhöhen, in dem die bisher vom Land gewährte Förderung der Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wegfällt. Auch die Tatbestände nach Absatz 1 Satz 4, Absatz 2 und 3 sind Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen.

(2) Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhung der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen (Tarifrate) die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, werden auf die Personalkosten bezogen 50 Prozent des Unterschieds zwischen beiden Raten nach Maßgabe des Satzes 4 zusätzlich im Budget berücksichtigt; für das Jahr 2011 ist die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate maßgeblich. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 1 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren nach § 15 Abs. 1 in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine entsprechende Berichtigungsrate. Das Budget nach § 12 wird von den Vertragsparteien um 40 Prozent der Berichtigungsrate erhöht. Für den Berichtigungsbetrag gilt § 12 Abs. 2 Satz 5 bis 6 entsprechend.

(3) 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 Gesamtbetrags. 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 für die Vereinbarung 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. Der für das jeweilige Jahr vereinbarte Betrag wird zu dem nach den Vorgaben des Absatzes 1 verhandelten Gesamtbetrag hinzugerechnet; dabei darf abweichend von Absatz 1 Satz 4 die Veränderungsrate überschritten werden. Die für die einzelnen Jahre vereinbarten Beträge verbleiben kumulativ im Gesamtbetrag. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 19 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.

(4) Soweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen bei einem Krankenhaus bis zum 31. Dezember 2008 nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden, sollen nach Aufforderung einer Vertragspartei die zu diesem Stichtag fehlenden Personalstellen nach Maßgabe der folgenden Sätze verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden:

1. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 unterhalb von 90 Prozent ist ab dem 1. Januar 2009 eine Umsetzung zu 90 Prozent zu vereinbaren; darüber hinaus kann auch eine Vereinbarung nach Nummer 2 geschlossen werden.
2. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 zwischen 90 und 100 Prozent ist bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs nach der Psychiatrie-Personalverordnung eine höhere Personalbesetzung zu vereinbaren; § 3 Abs. 4 der Psychiatrie-Personalverordnung bleibt unberührt.

Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 19. Die Zahl der nach Satz 1 fehlenden Personalstellen bemisst sich nach der tatsächlichen Personalbesetzung zum Stichtag.

## **§ 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. (weggefallen)
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 Ausgleiche, Berichtigungen und Zuschläge und nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde,

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 § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Behandlung von Privatpatienten; als Kosten sind 90 vom Hundert der vorkalkulierten Erlöse abzuziehen; die Vertragsparteien können im voraus einen niedrigeren Vomhundertsatz oder eine im Ergebnis niedrigere Kostenausgliederung vereinbaren,
2. (weggefallen)
3. belegärztliche Leistungen nach § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes,
4. wahlärztliche Leistungen bei Verpflichtung zur Erstattung nach § 19 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (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 § 6a 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 § 19 Abs. 2 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (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.

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 den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden, sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger, 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 Vomhundertsatzes 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 der landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau 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 2 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 Absatz 1 oder 2 im Budget zu berücksichtigenden Investitionskosten werden anteilig den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen zugerechnet.

(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 Ausgleiche und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz.

## **§ 9**

(aufgehoben)

## **Dritter Abschnitt Entgeltarten und Abrechnung**

### **§ 10 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen**

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,
2. einen Zuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Finanzierung der Ausbildungskosten nach § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für den Behandlungsfall.

(2) Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

(3) Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach den Absätzen 1 und 2 zu berechnen; dies gilt auch für klinische Studien mit Arzneimitteln.

## **§ 11**

(aufgehoben)

## **§ 12 Flexibles Budget**

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den Pflegesatzzeitraum das Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und -entwicklung des Krankenhauses.

(2) 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 ab dem Jahr 2007 zu 20 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 § 140b 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 § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung 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.

(3) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen 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; § 21 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Kann der Ausgleichsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 wegen der Schließung des Krankenhauses durch einen Zu- oder Abschlag nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und teilstationär behandelt wurden, gesondert in Rechnung gestellt oder an diese zurückgezahlt. Auf die einzelne Krankenkasse entfällt davon der Teilbetrag, der ihrem entsprechenden Anteil an der Summe der Entgelte im Vorjahr entspricht. Die Vertragsparteien nach § 11 können eine abweichende Vereinbarung schließen.

## **§ 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 zu vereinbaren. 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.

(3) Als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen des Krankenhauses ist ein Basispflegesatz zu vereinbaren.

(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 1 ist nicht vorzulegen.

## **§ 14 Berechnung der Pflegesätze**

(1) Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Sie dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten.

(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.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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.

(6) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Pflegesätzen nach § 10 Abschlüsse nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

## **Vierter Abschnitt Pflegesatzverfahren**

### **§ 15 Vereinbarung auf Bundesebene**

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 Satz 3. Abweichend von Satz 1 ist für das Jahr 2009 die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarte Rate zu übernehmen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren den einheitlichen Aufbau der Datensätze und die Grundsätze für die Übermittlung

1. der Diagnosestatistik nach § 17 Abs. 4 Satz 5 und
2. der weiteren Teile der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung.

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

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

### **§ 16**

(aufgehoben)

### **§ 17 Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien**

(1) Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Budget sowie Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze sowie die Berücksichtigung der Ausgleiche und Berichtigungen nach dieser Verordnung; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Sie stellen auch Art und Anzahl der Ausbildungsplätze fest.

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 Anlagen 1 und 2 oder Teile davon. 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 eine anonymisierte, abteilungsbezogene Diagnosestatistik nach dem Schlüssel der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) mit Angaben zu Verweildauer und Alter der Patienten sowie dazu, ob der Patient im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde, in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 301 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bekannt gegebenen Fassung. Die Diagnosestatistik ist auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. 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.

(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 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der in § 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, § 8 Abs. 2, § 12 Abs. 2 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 3, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 24.

## **§ 20 Genehmigung**

(1) Die Genehmigung der nach § 12 Abs. 3 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. 3 Satz 4 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 des Budgets von dem Krankenhaus zu vertreten ist. Kann der Ausgleichsbetrag nach Satz 1 wegen der Schließung des Krankenhauses durch einen Zu- oder Abschlag nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, gilt § 12 Abs. 4 entsprechend.

(3) u. (4) (weggefallen)

## **Fünfter Abschnitt Sonstige Vorschriften**

### **§ 22 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen**

(1) Ab dem 1. Januar 2005 gilt für Belegärzte § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen richtet sich ab dem 1. Januar 2005 nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes.

(2) Bis zum 31. Dezember 2004 sind die §§ 22 bis 24 in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

## **§ 23 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.

## **§ 24 Modellvorhaben**

Die Vertragsparteien können im Einvernehmen mit den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein zeitlich begrenztes Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen vereinbaren. Für das 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 nach drei Jahren, den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der für die Genehmigung zuständigen Landesbehörde und dem Bundesministerium für Gesundheit mitzuteilen.

## **§ 25 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 benannten Bevollmächtigten, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

## **§ 26 Übergangsvorschriften**

Das Budget nach § 12 für das Jahr 2005 wird um die Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen in Höhe des Betrags nach § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vermindert. Bei der Vereinbarung des Budgets für das Jahr 2006 ist die Berichtigung einer Fehlschätzung nach § 17a Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu berücksichtigen.

### **Anlage 1 (zu § 17 Abs. 4)**

#### **Leistungs- und Kalkulationsaufstellung**

(Inhalt: nicht darstellbare Tabelle,  
Fundstelle: Anlageband zum BGBl. I 1994 Nr. 67, S. 27 - 43;  
bzgl. der einzelnen Änderungen vgl. Fußnote)

### **Anhang 1 (zu Anlage 1) zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung**

Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 2002, 1421

lfd. Nr.	Bettenführende Fachabteilungen *)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
3	Psychosomatik
4	Psychotherapeutische Medizin
5	Sonstige

\*) Nur Abteilungen, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet werden und die für dieses Fachgebiet überwiegend genutzt werden.

## **Anhang 2 (zu Anlage 1) zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung**

(Inhalt: nicht erfaßte Tabelle,  
Fundstelle: Anlageband zum BGBl. I 1994 Nr. 67, S. 45 - 46;  
bzgl. der einzelnen Änderungen vgl. Fußnote)

## **Anhang 3 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung Gesonderter Ausweis für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4**

Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 1997, 2880;  
bzgl. der einzelnen Änderungen vgl. Fußnote

Die Leistungen des Krankenhauses und seiner Abteilungen für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4 sind in gesonderten Abschnitten "L1" und "L3" auszuweisen, begrenzt auf folgende Inhalte:

- lfd. Nr. 4 BT mit tagesgleichen Pflegesätzen 4),
- lfd. Nr. 8 Belegungstage FP-Bereich 9),
- lfd. Nr. 13 Vollstationäre Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen 11),
- lfd. Nr. 18 Teilstationäre Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen 11a),
- lfd. Nr. 19 Fälle mit Fallpauschalen.

## **Anlage 2 (zu § 17 Abs. 4) Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser**

(Inhalt: nicht darstellbare Tabelle,  
Fundstelle: Anlageband zum BGBl. I 1994 Nr. 67 S. 47 - 50;  
bzgl. der einzelnen Änderungen vgl. Fußnote)