

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor

Vom 27. November 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 27. November 2015 beschlossen, die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach §§ 91 Absatz 3, 139a, 137a in Verbindung mit § 139c des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für den stationären Sektor im Jahr 2016 wie folgt zu regeln:

1 Erhebung des Systemzuschlags

- 1.1 Für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall wird vom Krankenhaus ein Systemzuschlag – im folgenden Zuschlag genannt – zusätzlich in Rechnung gestellt. Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gelten für die Erhebung des Zuschlags bei Krankenhäusern, die tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung berechnen, die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Bei Krankenhäusern, die Entgelte nach dem pauschalierenden Vergütungssystem nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) berechnen, gelten für die Erhebung des Zuschlags die Vorgaben des § 1 Absatz 5 der Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV 2016). Werden Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet, erfolgt die Erhebung des Zuschlags analog der Fallzählung gemäß § 8 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (FPV 2016).
- 1.2 Hinsichtlich der Rechnungslegung und des Einzugs gelten die Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V bzw. der jeweiligen Pflegesatz- bzw. Budgetvereinbarung. Die Bestimmungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V sind anzuwenden.
- 1.3 Der Zuschlag unterliegt gemäß § 17b Absatz 5 KHG nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 3 Abs. 2 BPfIV beziehungsweise nach § 6 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

2 Überweisung der Zuschlagssumme

2.1 Das Krankenhaus meldet bis zum 15. März 2016 die für die Erhebung des Systemzuschlags im Jahr 2014 zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen:

1. Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2014 dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterlagen, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe der Ist-Daten für das abgelaufene Kalenderjahr gemäß E1, Spalte 2 (DRG-Fallpauschalen)¹, gegebenenfalls E3.1, Spalte 5 (fallbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG) und gegebenenfalls E3.3, Spalte 2 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).
2. Bei den Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2014 dem Anwendungsbereich der BPfIV unterlagen und
 - a. ab dem 1. Januar 2014 Entgelte nach dem pauschalierenden Vergütungssystem nach § 17d KHG berechnen, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe der Ist-Daten für das abgelaufene Kalenderjahr gemäß E1, Spalte 2 (bewertete PEPP), gegebenenfalls E3.1, Spalte 3 (fallbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 BPfIV) und gegebenenfalls E3.3, Spalte 3 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 BPfIV) der AEB-Psych-Vereinbarung 2014,
 - b. im gesamten Jahr 2014 Entgelte nach der BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abgerechnet haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13 und 18, Spalte 2 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA),
 - c. nach § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV zunächst die bisher geltenden Entgelte nach der BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung weiter erhoben haben und im Laufe des Jahres 2014 Entgelte nach dem pauschalierenden Vergütungssystem nach § 17d KHG berechnen, können sich die für die Erhebung des Systemzuschlags zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen weder auf Basis einer ganzjährigen AEB-Psych noch einer ganzjährigen LKA ergeben. Bis zum Umstiegszeitpunkt ergibt sich die Ist-Fallzahl in entsprechender Anwendung von Nr. 2b, ab dem Umstiegszeitpunkt in entsprechender Anwendung von Nr. 2a.

Zusätzlich zu berücksichtigen ist die Anzahl der voll- und teilstationären Fälle, die auf Verlangen des Krankenhauses nicht im Rahmen des Krankenhausbudgets vergütet werden (vgl. § 3 Absatz 4 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, § 3 Absatz 6 BPfIV und § 4 Absatz 4 KHEntgG). Es handelt sich dabei um mit dem Ziel der Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisende Patienten sowie um Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt das entsprechende Melde- und Korrekturverfahren auf seinen Internetseiten bekannt.

2.2 Das Krankenhaus überweist bis zum 1. Juli 2016 die Zuschlagssumme an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das

¹ Wurden im Jahr 2014 die bewerteten teilstationären Fallpauschalen L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse und L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse gemäß Anlage 1 FPV 2014 abgerechnet, ist abweichend von der in E1, Spalte 2 anzugebenden Anzahl der DRG die Ist-Fallzahl maßgeblich. Aufgrund der quartalsweisen Fallzählung bei tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen ist die Fallzahl regelmäßig niedriger als die Anzahl der DRG.

Jahr 2016 aus den Ist-Fallzahlen gemäß Absatz 1 multipliziert mit dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Zuschlagsbetrag. Für Krankenhäuser, die im Laufe des Jahres zur Krankenhausbehandlung gemäß § 108 SGB V zugelassen werden, erfolgt die Überweisung erstmalig im folgenden Jahr auf der Basis der Ist-Fallzahlen des Eröffnungsjahres. Krankenhäuser, deren Schließung im laufenden Jahr erfolgt, können vor dem Zahlungstermin gemäß Satz 1 eine anteilige Berechnung bzw. nach erfolgter Zahlung eine anteilige Erstattung beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.

- 2.3 Ist eine Zahlung bis zum 31. Juli 2016 nicht eingegangen, werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinsatz nach § 247 BGB erhoben. Einer gesonderten Mahnung bedarf es hierfür nicht. Diese Zinsen dürfen vom säumigen Krankenhaus nicht auf die Zuschläge umgelegt werden.
- 2.4 Weigert sich ein Krankenhaus, die entsprechenden Zahlungen zu leisten, so wird der Gemeinsame Bundesausschuss geeignete Schritte einleiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss informiert seine Mitglieder über die Krankenhäuser, die keine Zahlung geleistet haben.
- 2.5 In den Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen für das Folgejahr erfolgt die Prüfung der Höhe der Zuschlagssumme durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG. Die Prüfung erfolgt durch einen Abgleich der Zahlungsaufforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB/AEB-Psych bzw. L1 der LKA. Für Krankenhäuser und Krankenhausbereiche gemäß Absatz 1 Nr. 2c erfolgt der Abgleich durch die Vorlage der erforderlichen Daten aus den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB-Psych und L1 der LKA für den maßgeblichen unterjährigen Zeitraum.

3 Ausgleiche

Retrospektive Ausgleiche finden nicht statt.

4 Zuschlagserhebung durch das Krankenhaus

Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

5 Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

Berlin, den 27. November 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken