

Beschluss
über die Grundsätze
des
Systemzuschlags im stationären Sektor

vom 21. Dezember 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2004 beschlossen, die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 139c Abs. 1 SGB V für den stationären Sektor im Jahr 2005 wie folgt zu regeln:

1 Systemzuschlag

- 1.1 Für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall wird vom Krankenhaus ein Systemzuschlag – im folgenden Zuschlag genannt – zusätzlich in Rechnung gestellt. Werden Entgelte nach der BPfIV abgerechnet, gelten für die Erhebung des Zuschlags die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der BPfIV. 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 2005 (FPV 2005).
- 1.2 Das Krankenhaus weist diesen Zuschlag gesondert in der Rechnung aus. 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 Abs. 5 KHG nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 BPfIV, das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

2 Überweisung des Zuschlags

- 2.1 Das Krankenhaus meldet bis zum 15. März 2005 die für die Erhebung des Systemzuschlags im Jahr 2003 zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen:

2.1.1 Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2003 dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterlagen und das Wahlrecht nach § 17b Abs. 4 Satz 4 KHG in Anspruch genommen haben (sogenannte „Optionshäuser“) und

- a. ab dem 1. Januar 2003 nach dem neuen Vergütungssystem abgerechnet haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe der Ist-Daten für das abgelaufene Kalenderjahr gemäß E1 Spalte 2 (DRG-Fallpauschalen), gegebenenfalls E3.1 Spalte 5 (fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) und gegebenenfalls E3.3 Spalte 2 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB),
- b. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG im gesamten Jahr 2003 die bisher geltenden Entgelte nach der BPfIV weiter erhoben haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13, 18 und 19 Spalte 2 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA)¹,
- c. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG zunächst die bisher geltenden Entgelte nach der BPfIV weiter erhoben haben und im Laufe des Jahres 2003 nach dem neuen Vergütungssystem abgerechnet haben, können sich die für die Erhebung des DRG-Systemzuschlags zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen weder auf Basis einer ganzjährigen AEB noch einer ganzjährigen LKA ergeben. Bis zum Umstiegszeitpunkt ergibt sich die Ist-Fallzahl in entsprechender Anwendung von Nr. 1b, ab dem Umstiegszeitpunkt in entsprechender Anwendung von Nr. 1a.

2.1.2 Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2003 dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterlagen und das Wahlrecht nach § 17b Abs. 4 Satz 4 KHG **nicht** in Anspruch genommen und somit alle Fälle des Jahres 2003 nach der BPfIV abgerechnet haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13, 18 und 19 Spalte 2 der LKA¹.

2.1.3 Bei den Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die dem Anwendungsbereich der BPfIV unterliegen, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13, 18 und 19 Spalte 2 der LKA¹.

Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt das entsprechende Melde- und Korrekturverfahren auf seinen Internetseiten bekannt.

2.2 Das Krankenhaus überweist bis zum 1. Juli 2005 die Zuschlagssumme an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das Jahr 2005 aus den Ist-Fallzahlen gemäß Abs. 1 multipliziert mit dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Zuschlagsbetrag. Für Kran-

kenhäuser, 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 2005 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 Abs. 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 bzw. L1 der LKA¹. Für Krankenhäuser und Krankenhausbereiche gemäß Abs. 1 Nr. 1c erfolgt der Abgleich durch die Vorlage der erforderlichen Daten aus den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB und L1 der LKA¹ für den maßgeblichen unterjährigen Zeitraum.

3 Ausgleiche

Retrospektive Ausgleiche finden nicht statt.

Siegburg, den 21.12.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende



Dr. Hess

¹ in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung