

Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Grundsätze des
Systemzuschlags im stationären Sektor

Vom 16. Dezember 2010

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16. Dezember 2010 beschlossen, die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts 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 2011 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 2011 (FPV 2011).
- 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 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 2011 die für die Erhebung des Systemzuschlags im Jahr 2009 zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen:
 1. Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2009 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 Abs. 1 KHEntgG) und gegebenenfalls E3.3 Spalte 2 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

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

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

- 2.2 Das Krankenhaus überweist bis zum 1. Juli 2011 die Zuschlagssumme an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das Jahr 2011 aus den Ist-Fallzahlen gemäß Abs. 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 2011 nicht eingegangen, werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz 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 LKA.

3 Ausgleiche

Retrospektive Ausgleiche finden nicht statt.

¹ Wurde im Jahr 2009 die bewertete teilstationäre Fallpauschale L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* gemäß Anlage 1 FPV 2009 abgerechnet, ist abweichend von der in E1, Spalte 2 anzugebenden Anzahl der DRG die Ist-Fallzahl maßgebend. Aufgrund der quartalsweisen Fallzählung bei tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen ist die Fallzahl regelmäßig niedriger als die Anzahl der DRG.

4 Zuschlagserhebung durch das Krankenhaus

Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

5 Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Berlin, 16. Dezember 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß §91 SGB V
Der Vorsitzende

Dr. Hess