

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor

Vom 20. Dezember 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2012 beschlossen, die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 139c SGB V für den stationären Sektor im Jahr 2013 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 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 KHG berechnen, gelten für die Erhebung des Zuschlags die Vorgaben des § 1 Abs. 5 der Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 (PEPPV 2013). Werden Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet, erfolgt die Erhebung des Zuschlags analog der Fallzahlung gemäß § 8 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (FPV 2013).
- 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 in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, 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 der Zuschlagssumme

2.1 Das Krankenhaus meldet bis zum 15. März 2013 die für die Erhebung des Systemzuschlags im Jahr 2011 zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen:

1. Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2011 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 2013 die Zuschlagssumme an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das Jahr 2013 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 2013 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

¹ Wurden im Jahr 2011 die bewerteten teilstationären Fallpauschale L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse oder L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse gemäß Anlage 1 FPV 2011 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.

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.

4 Zuschlagserhebung durch das Krankenhaus

Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

5 Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Berlin, den 20. Dezember 2012

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken