

# **Beschluss**

## **über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor**

vom 19. Dezember 2006

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Besetzung nach § 91 Abs. 2 SGB V hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2006 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 2007 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 2007 (FPV 2007).
- 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 9. März 2007 die für die Erhebung des Systemzuschlags im Jahr 2005 zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen:
  - 2.1.1 Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2005 dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterlagen und

- a. ab dem 1. Januar 2005 Entgelte nach dem KHEntgG 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 2005 die bisher geltenden Entgelte nach der BpflV 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) (in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung).
- c. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG zunächst die bisher geltenden Entgelte nach der BpflV weiter erhoben haben und im Laufe des Jahres 2005 nach dem KHEntgG 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 den Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die dem Anwendungsbereich der BpflV unterliegen, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13 und 18 Spalte 2 der LKA (in der ab dem 01.01.2005 gültigen Fassung).

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

- 2.2 Das Krankenhaus überweist bis zum 1. Juli 2007 die Zuschlagssumme an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das Jahr 2006 aus den Ist-Fallzahlen gemäß 2.1 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 2007 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 LKA. Für Krankenhäuser und Krankenhausbereiche gemäß 2.1.1 c erfolgt der Abgleich durch die Vorlage der erforderlichen Daten aus den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB 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 2007 in Kraft.

Düsseldorf, 19. Dezember 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess