

Vereinbarung

gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG

zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur Qualitätssicherung

(G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage von § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG gemäß § 5 Abs. 3c KHEntgG bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V entstehen.

§ 1 Grundsätze

- 1) Die Vereinbarung gilt für die Umsetzung von Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die nach dem 01.01.2016 erstmalig in Kraft treten oder geändert werden. Diese Vereinbarung gilt auch für die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 15.12.2016 (QFR-RL).
- 2) Maßnahmen oder Bestimmungen zu Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in der voll- und teilstationären Krankenhausversorgung der Kliniken und Universitätskliniken nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sind gemäß dieser Vereinbarung zuschlagsberechtigt, sofern und soweit sie nicht bereits vollumfänglich im Sinne der DRG-Kalkulation in den Fallpauschalen und Zusatzentgelten berücksichtigt werden und die Kosten ihrer Umsetzung nicht anderweitig vergütet werden.
- 3) Die Vertragsparteien prüfen mit Unterstützung des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter Berücksichtigung der Grundsätze dieser Vereinbarung die Voraussetzungen für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung entstehen, insbesondere
 - in welchem Umfang eine Richtlinie zur Qualitätssicherung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in den Anwendungsbereich dieser Vereinbarung fällt,
 - welche Mindestanforderungen der jeweiligen Richtlinie zu zuschlagsrelevanten Mehrkosten führen,
 - welche DRG-Fallpauschalen von den zuschlagsrelevanten Mindestanforderungen betroffen sind,
 - die Höhe der DRG-bezogenen Mehrkosten bei vollständiger Umsetzung der zuschlagsrelevanten Mindestanforderungen.

- 4) Auf Grundlage der Prüfung nach Absatz 3 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene für die jeweilige zuschlagsrelevante Richtlinie
- die Geltungsdauer der befristeten Zuschläge,
 - eine Aufstellung der zuschlagsrelevanten Mindestanforderungen,
 - eine Aufstellung der zuschlagsrelevanten DRG-Fallpauschalen,
 - die Höhe der Mehrkosten,
 - Vorgaben zur Ermittlung und Vereinbarung der Zuschläge,
 - Vorgaben zur Abrechnung der Zuschläge,
 - die Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtungen der Krankenhäuser und
 - Vorgaben zur Datenübermittlung an das InEK.

Diese Vorgaben werden mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG richtlinienspezifisch abschließend in Anlagen zu dieser Vereinbarung festgelegt. In Abhängigkeit der spezifischen Anforderungen einer Richtlinie können die Vertragsparteien auf Bundesebene im Einvernehmen abweichende Regelungen in den Anlagen treffen.

- 5) Grundsätzlich erfolgt die Zuschlagsfinanzierung in Abhängigkeit von der krankenhausindividuellen Umsetzung der jeweiligen Richtlinie. Hierzu wird der krankenhausindividuelle Zuschlag durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG entsprechend § 4 vereinbart, gemäß § 5 abgerechnet und mit einer Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtung gemäß § 6 verknüpft.

§ 2 Geltungsdauer der befristeten Zuschläge

- 1) Die Geltungsdauer der befristeten Zuschläge richtet sich grundsätzlich nach dem Inkrafttreten der Anforderungen einer Richtlinie, den Fristen zu deren Umsetzung und dem Zyklus der Weiterentwicklung des DRG-Kataloges.
- 2) Die Geltungsdauer eines Zuschlages endet grundsätzlich mit dem Kalenderjahr, in dem die Mehrkosten infolge der verbindlichen Erfüllung der Anforderungen der maßgeblichen Richtlinie vollständig in den Daten zur Kalkulation des DRG-Kataloges abgebildet sind.
- 3) Sofern die Anforderungen einer Richtlinie zu einem unterjährigen Zeitpunkt verbindlich zu erfüllen sind, endet die Geltungsdauer eines Zuschlages grundsätzlich zum 31.12. des zweiten Kalenderjahres nach dem Jahr der verbindlichen Erfüllung der Anforderungen.
- 4) Die Geltungsdauer der befristeten Zuschläge wird für die jeweiligen Richtlinien und deren zuschlagsfähigen Anforderungen verbindlich in Anlagen zu dieser Vereinbarung geregelt.

- 5) Sofern die Vertragsparteien auf Bundesebene unter Einbeziehung des InEK feststellen, dass die Abbildung der Mehrkosten in dem entsprechenden Datenjahr der DRG-Kalkulation unzureichend ist, werden sie abweichende Regelungen treffen.

§ 3 Ermittlung der Mehrkosten

- 1) Zuschlagsfähig sind die Mehrkosten durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität. Davon erfasst sind insbesondere Mehrkosten durch Anforderungen an die personelle Ausstattung, wie etwa Personalschlüssel oder besondere Qualifikationserfordernisse des ärztlichen und pflegerischen Personals. Zuschlagsfähig sind zudem Mehrkosten durch verbindliche Prozessvorgaben, d. h. bei Festlegungen zu Abläufen bei Diagnose oder Behandlung, die wesentlichen finanziellen Aufwand verursachen können.
- 2) Zuschlagsfähig sind Mehrkosten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie dem Grunde oder auch der Höhe nach noch nicht vollständig in die Kalkulation der DRG-Bewertungsrelationen und Zusatzentgelte einfließen konnten.
- 3) Auf Grundlage der Prüfungen nach § 1 Absatz 3 legen die Vertragsparteien auf Bundesebene für die jeweilige Richtlinie des G-BA in Anlagen die Mehrkosten der Höhe nach mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG fest.

§ 4 Vereinbarung und Abrechnung der Zuschläge

- 1) Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG stellen die vorübergehende Zuschlagsberechtigung fest und vereinbaren gemäß § 5 Abs. 3c KHEntgG einen befristeten krankenhausindividuellen Zuschlag nach den Vorgaben dieser Vereinbarung.
- 2) Hierzu ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG das krankenhausindividuelle Zuschlagsvolumen auf Grundlage der in den Anlagen vorgegebenen Mehrkosten und der dort vorgegebenen Bezugsgröße. Sofern der G-BA Übergangszeiträume für die Umsetzung der Anforderungen geregelt hat, können die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG im Einvernehmen für diese Zeiträume den zu erwartenden Umsetzungsstand und die damit ggf. verbundenen Rückzahlungen bereits bei der Vereinbarung des Zuschlagsvolumens berücksichtigen.
- 3) Die Höhe des krankenhausindividuellen Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Zuschlagsvolumens nach Absatz 2 einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbaren ist. Wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren.
- 4) Das nach Absatz 2 berechnete Zuschlagsvolumen wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG)

sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG finanziert. § 15 Abs. 2 KHEntgG gilt entsprechend, es sei denn, der Zuschlag darf aufgrund des Ablaufs der Geltungsdauer nicht mehr abgerechnet werden.

- 5) Für die Abrechnung des Zuschlags vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Entgeltschlüssel je Richtlinie für die Datenübermittlung nach § 301 SGB V. Die abzurechnenden Zuschläge sind gesondert in der Rechnung auszuweisen.
- 6) Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge von dem vereinbarten Zuschlagsvolumen nach Absatz 2 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.

§ 5 Nachweispflichten und Rückzahlungen

- 1) Voraussetzung für die Zuschlagsfinanzierung von Mehrkosten ist, dass die Anforderungen des G-BA über das hinaus erfüllt werden, was nach Festlegung der Vertragsparteien auf Bundesebene bereits mit der DRG-Regelvergütung abgegolten ist. Sofern ein Krankenhaus diese Voraussetzung im jeweiligen Vereinbarungszeitraum nicht erfüllt, besteht für diesen Vereinbarungszeitraum grundsätzlich kein Anspruch auf eine Zuschlagsfinanzierung nach dieser Vereinbarung.
- 2) Die Vereinbarung der Zuschläge gemäß § 4 basiert auf den Mehrkosten nach § 3 bei vollständiger Umsetzung der zuschlagsrelevanten Anforderungen. Sofern diese Anforderungen in dem Vereinbarungszeitraum nicht vollständig umgesetzt wurden, sind die Zuschläge in Abhängigkeit der erfolgten Umsetzung anteilig nach den Vorgaben des Absatzes 3 zurückzuzahlen.
- 3) Zur Ermittlung von Rückzahlungen für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum hat das Krankenhaus im Rahmen der nächstmöglichen Budgetverhandlungen die tatsächliche Umsetzung der Anforderungen durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Rückzahlungen erfolgen im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG. Näheres zu den Nachweispflichten und zur Ermittlung des Umsetzungsgrades wird in der richtlinienbezogenen Anlage geregelt. Sofern der G-BA in einer Richtlinie Nachweispflichten vorgibt, sind diese bei der Regelung nach Satz 3 zu beachten.

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.04.2017 in Kraft.
- 2) Diese Vereinbarung oder eine Anlage kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Jahres schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Bis zu einer Neuvereinbarung bzw. einer Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle

nach § 18a Abs. 6 KHG gilt die bisherige Vereinbarung fort. Die Kündigungsfrist nach Satz 1 gilt auch für die Anlagen zu diesem Vertrag, soweit nicht abweichendes in den Anlagen vereinbart wird.

- 3) Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden spätestens innerhalb von sechs Monaten nach der Veröffentlichung einer Beschlussfassung des G-BA im Bundesanzeiger zu einer zuschlagsrelevanten Richtlinie die Umsetzung des Zuschlags in einer Anlage zu dieser Vereinbarung regeln. Falls hierzu keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG.

**Anlagenverzeichnis in der Fassung vom 23.03.2017
zur G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung**

Anlage 1: Regelungen zur Zuschlagsfinanzierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), Stand 23.03.2017

Anlage 1:

Regelungen zur Zuschlagsfinanzierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), Stand 23.03.2017

Auf Grundlage der Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) vom 01.04.2017 regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene mit dieser Anlage die Zuschlagsfinanzierung für die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Entsprechend der vereinbarten Grundsätze und Systematik der Zuschlagsfinanzierung werden mit dieser Anlage für die Umsetzung der QFR-RL die folgenden Regelungen festgelegt:

1. Geltungsdauer des befristeten Zuschlags
2. Aufstellung der zuschlagsrelevanten Mindestanforderungen
3. Aufstellung der zuschlagsrelevanten DRG-Fallpauschalen
4. Systematik der Zuschlagsfinanzierung
5. Zuschlagsanteile und Höhe der Mehrkosten
6. Vereinbarung des krankenhausindividuellen Zuschlags
7. Abrechnung des krankenhausindividuellen Zuschlags
8. Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtungen des Krankenhauses
9. Datenübermittlung an das InEK
10. Inkrafttreten

1. Geltungsdauer des befristeten Zuschlags

Entsprechend der Grundsätze nach § 1 der G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung und der gesetzlichen Regelungen zur Zuschlagsfinanzierung der QFR-RL in § 5 Abs. 3c Satz 3 KHEntgG wird die Geltungsdauer der befristeten Zuschläge vom 05.11.2015 bis zum 31.12.2021 festgelegt. Die krankenhausindividuellen Zuschläge zur Umsetzung der QFR-RL sind von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG nach den Regelungen dieser Anlage für die Vereinbarungszeiträume 2017 bis 2021 zu vereinbaren, wobei die Zuschlagsfinanzierung für den Zeitraum vom 05.11.2015 bis zum 31.12.2016 im Vereinbarungszeitraum 2017 bzw. dem nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum erfolgt.

2. Aufstellung der zuschlagsrelevanten Mindestanforderungen

Zuschlagsrelevant sind die Mindestanforderungen des G-BA für Perinatalzentren Level 1 und Level 2, die ab dem 01.01.2014 in Kraft getreten sind und die noch nicht vollständig in den Kalkulationsdaten des Jahres 2014 für das DRG-System des Jahres 2016 erfasst sind. Auf Grundlage der QFR-RL in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 15.12.2016, werden die folgenden Anforderungen als zuschlagsrelevant festgelegt:

Für Perinatalzentren Level 1 sind die folgenden Anforderungen des G-BA zuschlagsrelevant:

- Pflegerische Versorgung (QFR-RL Anlage 2 Nr. I.2.2)
- Ärztliche Dienstleistungen (QFR-RL Anlage 2 Nr. I.4.1)
- Nicht-ärztliche Dienstleistungen (QFR-RL Anlage 2 Nr. I.4.2)
- Notfallversorgung außerhalb des Perinatalzentrums (QFR-RL Anlage 2 Nr. I.3.3)
- Psychosoziale Betreuung (QFR-RL Anlage 2 Nr. I.4.3)

Für Perinatalzentren Level 2 sind die folgenden Anforderungen des G-BA zuschlagsrelevant:

- Pflegerische Versorgung (QFR-RL Anlage 2 Nr. II.2.2)
- Ärztliche Dienstleistungen (QFR-RL Anlage 2 Nr. II.4.1)
- Nicht-ärztliche Dienstleistungen (QFR-RL Anlage 2 Nr. II.4.2)
- Psychosoziale Betreuung (QFR-RL Anlage 2 Nr. II.4.3)

3. Aufstellung der zuschlagsrelevanten DRG-Fallpauschalen

Da die zuschlagsrelevanten Mindestanforderungen und die hiermit verbundenen Mehrkosten weit überwiegend die Versorgung von Frühgeborenen unter 1.500 g betreffen, werden die folgenden DRG-Fallpauschalen auf der Grundlage des DRG-Kataloges für 2017 als zuschlagsrelevante DRG-Fallpauschalen festgelegt:

P03A, P03B, P03C, P61A, P61B, P61C, P61D, P61E, P62A, P62B, P62C, P62D, P63Z, P64Z.

Sofern die Zuordnung von Frühgeborenen unter 1.500 g zu den DRG-Fallpauschalen im Rahmen der Katalogentwicklung in den Folgejahren verändert wird, werden die Vertragsparteien auf der Bundesebene auf der Grundlage eines Vorschlags des InEK zeitnah eine angepasste Aufstellung der relevanten DRG-Fallpauschalen vereinbaren.

4. Systematik der Zuschlagsfinanzierung

Die Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Zuschlags für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum erfolgt zunächst in Höhe des Mehraufwands bei vollständiger Umsetzung der Richtlinienanforderungen. Die tatsächliche Umsetzung ist im Rahmen der Budgetverhandlung für den nächstmöglichen

Vereinbarungszeitraum nachzuweisen. Durch eine verbindliche Rückzahlungsverpflichtung ist gewährleistet, dass die Zuschlagsfinanzierung in Abhängigkeit von der tatsächlichen Umsetzung erfolgt.

Voraussetzung für die Vereinbarung des Zuschlags ist, dass das Krankenhaus ein Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 vorhält. Zudem erfolgt die Zuschlagsfinanzierung in Abhängigkeit von der tatsächlichen Umsetzung der Anforderungen, wobei der Umsetzungsanteil finanziert wird, der über das hinausgeht, was nach Festlegung der Vertragsparteien auf Bundesebene bereits mit der DRG-Regelvergütung abgegolten ist. Hierfür wird ein Schwellenwert von 60 % festgelegt.

Da der Mehraufwand durch die QFR-RL im Wesentlichen die Intensivpflege betrifft, wird festgelegt, dass sich der Schwellenwert auf die Erfüllungsquote für die Intensivpflege gemäß der QFR-RL bezieht. Sofern ein Krankenhaus diesen Schwellenwert im Vereinbarungszeitraum nicht überschreitet, ist das krankenhausindividuelle Zuschlagsvolumen vollständig zurückzuzahlen. Der Schwellenwert ist zudem bei der Ermittlung von anteiligen Rückzahlungen des umsetzungsabhängigen Zuschlagsanteils zu beachten.

In Verbindung mit dem Schwellenwert werden mit dieser Anlage drei Zuschlagsanteile vorgegeben, für die unterschiedliche Regelungen zur Geltungsdauer und zu den Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtungen zu beachten sind.

5. Zuschlagsanteile und Höhe der Mehrkosten

Die Mehrkosten zur Ermittlung des krankenhausindividuellen Zuschlagsvolumens werden der Höhe nach pro effektiven Case-Mix-Punkt für die unter Nummer 3 benannten DRG-Fallpauschalen wie folgt festgelegt.

A. Zuschlagsanteil für den Zeitraum vom 05.11.2015 bis zum 31.12.2016

Die Mehrkosten zur Ermittlung des Zuschlagsanteils für 2015/2016 werden in Höhe von **260,00 Euro** pro effektiven Case-Mix-Punkt festgelegt.

Die Zuschlagsfinanzierung für 2015/2016 kann nur einmalig im Vereinbarungszeitraum 2017 bzw. im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum geltend gemacht werden. Somit ist für die Ermittlung dieses Zuschlagsanteils der für den Vereinbarungszeitraum 2017 vereinbarte effektive Case-Mix maßgeblich.

Überschreitet die krankenhausindividuelle Erfüllungsquote im Jahr 2017 den Schwellenwert in Höhe von 60 %, ist dieser Zuschlagsanteil freigestellt von Rückzahlungen. Sofern die krankenhausindividuelle Erfüllungsquote im Jahr 2017 jedoch den Schwellenwert von 60 % nicht überschreitet, ist dieser Zuschlagsanteil für 2015/2016 vollständig zurückzuzahlen.

B. Zuschlagsanteil Grundaufwand

Die Mehrkosten zur Ermittlung des Zuschlagsanteils Grundaufwand werden in Höhe von **60,00 Euro** pro effektiven Case-Mix-Punkt festgelegt.

In den Vereinbarungszeiträumen 2017 bis 2021 ist für den Mehraufwand, der unabhängig von der Umsetzung der Anforderungen an die Intensivpflege ist, jährlich ein Zuschlagsanteil Grundaufwand zu vereinbaren. Für die Ermittlung dieses Zuschlagsanteils ist der für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum vereinbarte effektive Case-Mix maßgeblich.

Überschreitet die krankenhausindividuelle Erfüllungsquote im jeweiligen Vereinbarungszeitraum den Schwellenwert in Höhe von 60 %, ist dieser Zuschlagsanteil freigestellt von Rückzahlungen. Sofern die krankenhausindividuelle Erfüllungsquote im jeweiligen Vereinbarungszeitraum den Schwellenwert von 60 % nicht überschreitet, ist dieser Zuschlagsanteil vollständig zurückzuzahlen.

C. Zuschlagsanteil Intensivpflege

Die Mehrkosten zur Ermittlung des Zuschlagsanteils Intensivpflege werden in Höhe von **520,00 Euro** pro effektiven Case-Mix-Punkt festgelegt.

In den Vereinbarungszeiträumen 2017 bis 2021 ist für den Mehraufwand, der durch die Umsetzung der Anforderungen an die Intensivpflege bedingt ist, jährlich ein Zuschlagsanteil zu vereinbaren, der in Abhängigkeit von der krankenhausindividuellen Erfüllungsquote mit Rückzahlungen verknüpft ist. Für die Ermittlung dieses Zuschlagsanteils ist der für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum vereinbarte effektive Case-Mix maßgeblich.

Bei einer Erfüllungsquote von 100 % erfolgt keine Rückzahlung. Sofern die Erfüllungsquote den Schwellenwert von 60 % überschreitet, jedoch nicht 100 % erreicht, besteht eine anteilige Rückzahlungsverpflichtung. Die Berechnungssystematik wird unter Nummer 8 geregelt. Sofern die krankenhausindividuelle Erfüllungsquote im jeweiligen Vereinbarungszeitraum den Schwellenwert von 60 % nicht überschreitet, ist dieser Zuschlagsanteil vollständig zurückzuzahlen.

D. Krankenhausindividuelles Zuschlagsvolumen

Die Zuschlagsanteile sind im Vereinbarungszeitraum durch Multiplikation der vorgegebenen Mehrkosten mit dem für die DRG-Fallpauschalen nach Nummer 3 vereinbarten effektiven Case-Mix zu ermitteln. Das krankenhausindividuelle Zuschlagsvolumen ergibt sich in den Vereinbarungszeiträumen 2017 bis 2021 jeweils aus der Addition der Zuschlagsanteile B und C. Zudem ist der Zuschlagsanteil A nur einmalig im Vereinbarungszeitraum 2017 bzw. im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zusätzlich geltend zu machen.

Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG können gemäß § 4 Abs. 2 der G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung einvernehmlich die im Vereinbarungszeitraum zu erwartende Erfüllungsquote und die damit ggf. verbundenen Rückzahlungen bereits bei der Vereinbarung des Zuschlagsvolumens berücksichtigen.

6. Vereinbarung des krankenhausindividuellen Zuschlags

Für die Abrechnung des krankenhausindividuellen Zuschlags ist von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG ein Prozentsatz zu vereinbaren, der aus dem Verhältnis des Zuschlagsvolumens nach Nummer 5 D einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG andererseits zu ermitteln ist. Wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren.

Grundlage für die Vereinbarung des krankenhausindividuellen Zuschlags ist das krankenhausindividuelle Zuschlagsvolumen insgesamt für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum. Eine differenzierte Vereinbarung der Zuschlagsanteile (Nummer 5 A, B, C) ist im Hinblick auf die unterschiedlichen Regelungen zur Rückzahlung erforderlich.

7. Abrechnung des krankenhausindividuellen Zuschlags

Der krankenhausindividuelle Zuschlag wird ermittelt, in dem der nach Nummer 6 vereinbarte Prozentsatz auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG erhoben wird. Dabei ist der Entgeltschlüssel 47100022 zu verwenden, der abgerechnete Zuschlag ist gesondert in der Rechnung auszuweisen. § 15 Abs. 2 KHEntgG gilt entsprechend, es sei denn, der Zuschlag darf aufgrund des Ablaufs der Geltungsdauer nicht mehr abgerechnet werden.

Weicht die Summe der im Vereinbarungszeitraum tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge von dem vereinbarten Zuschlagsvolumen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.

8. Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtungen des Krankenhauses

Zur Klärung der Zuschlagsberechtigung ist die Erfüllung der Voraussetzungen bzw. die Anerkennung als Perinatalzentrum Level 1 bzw. Level 2 vom Krankenhaus im Rahmen der Budgetverhandlung für den Vereinbarungszeitraum in geeigneter Art und Weise nachzuweisen.

Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums ist ein Nachweis zur tatsächlichen Umsetzung der G-BA-Anforderungen an die Intensivpflege von Frühgeborenen unter 1.500 g im Rahmen der nächstmöglichen Budgetverhandlungen zu führen. Auf der Grundlage dieses Nachweises sind die Zuschlagsmittel entsprechend der Erfüllungsquote und der Vorgaben für die jeweiligen Zuschlagsanteile nach Nummer 5 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zurückzuzahlen.

Der G-BA hat mit Beschluss vom 15.12.2016 in der QFR-RL u. a. erste Festlegungen für die Regelung eines Nachweises zur pflegerischen Versorgung von Frühgeborenen unter 1.500 g auf der neonato-

logischen Intensivstation getroffen. Der G-BA wird bis zum 31.05.2017 Vorgaben zur schichtbezogenen Dokumentation (z. B. Musterformular) beschließen.

Zur Umsetzung der Zuschlagsfinanzierung sind für die Ermittlung der Erfüllungsquote der Nachweis und die Zählweise der QFR-RL gemäß dem Beschluss vom 15.12.2016 maßgeblich. Der schichtbezogene Nachweis ist für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum für die Schichten zu führen, in denen mindestens ein Frühgeborenes unter 1.500 g versorgt wurde. Die Erfüllungsquote im Sinne der Zuschlagsfinanzierung ist als Prozentwert der Schichten, in denen die Anforderungen an die Intensivpflege bei allen Frühgeborenen unter 1.500 g erfüllt wurden, an allen Schichten mit Versorgung eines Frühgeborenen unter 1.500 g zu berechnen. Dabei wird entsprechend der Zählweise der QFR-RL die Schicht, in der ein unvorhergesehenes Ereignis auftritt, wie z. B. eine ungeplante Neuaufnahme, die dem geforderten Personalschlüssel entsprechend einen Personalmehrbedarf zur Folge hat, für die Berechnung der Erfüllungsquote zur Umsetzung der Zuschlagsfinanzierung als erfüllt gezählt.

Sofern mit der QFR-RL eine anderweitige Nachweisführung oder Zählweise eingeführt wird, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene die Regelungen dieser Anlage zeitnah anpassen, um einen einheitlichen Nachweis zu gewährleisten. Zudem ist der schichtbezogene Nachweis für den Vereinbarungszeitraum 2017 unabhängig vom Inkrafttreten der Dokumentationsanforderungen der QFR-RL zur Umsetzung der Zuschlagsfinanzierung für die Schichten vom 01.01. bis 31.12.2017, in denen Frühgeborene unter 1.500 g versorgt werden, im Rahmen der nächstmöglichen Budgetverhandlung vorzulegen.

Sofern die Erfüllungsquote eines Krankenhauses den Schwellenwert von 60 % im jeweiligen Vereinbarungszeitraum nicht überschreitet, ist das für diesen Vereinbarungszeitraum vereinbarte Zuschlagsvolumen vollständig zurückzuzahlen. Sofern der Schwellenwert überschritten wird, sind für den Zuschlagsanteil für 2015/2016 sowie für den Zuschlagsanteil Grundaufwand keine Rückzahlungen zu leisten.

Der Zuschlagsanteil Intensivpflege ist demgegenüber bei Überschreitung des Schwellenwertes abhängig vom erreichten Umsetzungsgrad. Da mit diesem Zuschlagsanteil der Mehraufwand, der für die Umsetzung oberhalb des Schwellenwertes entsteht, finanziert werden soll, bezieht sich die anteilige Rückzahlung auf eine Erfüllungsquote von 60 % bis 100 %. Das Rückzahlungsvolumen für den Zuschlagsanteil Intensivpflege berechnet sich nach der Formel:

$$\text{Rückzahlungsvolumen} = \text{Zuschlagsvolumen Intensivpflege} \times (1 - \text{Erfüllungsquote}) / (1 - \text{Schwellenwert})$$

Zur Verdeutlichung dienen die beiden folgenden Beispiele:

Beispiel 1:

$$\text{Zuschlagsvolumen Intensivpflege} = 800.000 \text{ Euro}$$

$$\text{Erfüllungsquote} = 97 \%$$

$$\text{Schwellenwert} = 60 \%$$

$$\text{Rückzahlungsvolumen} = 800.000 \text{ Euro} \times (1 - 0,97) / (1 - 0,60) = 60.000 \text{ Euro}$$

Beispiel 2:

Zuschlagsvolumen Intensivpflege = 800.000 Euro

Erfüllungsquote = 67 %

Schwellenwert = 60 %

Rückzahlungsvolumen = 800.000 Euro x (1-0,67) / (1-0,60) = 660.000 Euro

9. Datenübermittlung an das InEK

Zum Zwecke der Weiterentwicklung des DRG-Systems melden die Krankenhäuser für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum nach Abschluss der Budgetvereinbarung den für die zuschlagsrelevanten DRG-Fallpauschalen vereinbarten effektiven Casemix, das vereinbarte Zuschlagsvolumen einschließlich der Zuschlagsanteile sowie die Erfüllungsquote für den vorherigen Vereinbarungszeitraum an das InEK. Das Nähere zur Übermittlung der Daten wird in Abstimmung mit den Vertragsparteien auf der Bundesebene durch das InEK geregelt.

10. Inkrafttreten

Diese Anlage tritt zum 01.04.2017 in Kraft.