

# **Vereinbarung**

**gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG**

**über Vergütungszuschläge für die Beteiligung von**

**Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden**

**Fehlermeldesystemen**

**zwischen**

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

sowie

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

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

## **Präambel**

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung beauftragt, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend: die Vertragsparteien) Zuschlüsse für die freiwillige Beteiligung eines Krankenhauses oder wesentlicher Teile dieser Einrichtung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS), sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V entsprechen, zu vereinbaren. Der G-BA hat in seiner Sitzung am 17. März 2016 die Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B) gemäß § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V beschlossen, die mit ihrer Veröffentlichung am 05.07.2016 in Kraft getreten ist. Die Vertragsparteien kommen mit der vorliegenden Vereinbarung dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG nach.

### **§ 1**

#### **Voraussetzungen für die Erhebung des Zuschlags**

<sup>1</sup>Zuschlagsfähig nach dieser Vereinbarung ist die Beteiligung eines Krankenhauses oder wesentlicher Teile dieser Einrichtung an Fehlermeldesystemen, die einrichtungsübergreifend organisiert sind und die besonderen Anforderungen des G-BA nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V erfüllen. <sup>2</sup>Ob ein Krankenhaus oder wesentliche Teile dieser Einrichtung die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, ist gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG auf Antrag einer Vertragspartei zu prüfen. <sup>3</sup>Der Nachweis über die Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfolgt jährlich durch die Vorlage einer Teilnahmebestätigung und Konformitätserklärung nach § 4 üFMS-B im Rahmen der Budgetverhandlung. <sup>4</sup>Die kontinuierliche Beteiligung an einem System nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V ist für die Dauer des Vereinbarungszeitraumes ohne Lücken nachzuweisen. <sup>5</sup>Abweichend von Satz 4 gilt der Nachweis im ersten Jahr der Teilnahme ab dem 01.01. bis zum Ablauf des bescheinigten Zeitraumes.

### **§ 2**

#### **Erhebung und Abrechnung des Zuschlags**

(1) <sup>1</sup>Der bundeseinheitliche Zuschlag für die Beteiligung an üFM-Systemen nach § 1 beträgt 0,20 Euro je abgerechneten vollstationären Fall des Krankenhauses ab dem 01.01.2017. <sup>2</sup>Werden Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet, erfolgt die Erhebung des Zuschlags analog der Fallzählung gemäß § 8 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV). <sup>3</sup>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 Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. <sup>4</sup>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 Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV). <sup>5</sup>Für teilstationäre Fälle ist kein Zuschlag zu erheben. <sup>6</sup>Für den Bemessungszeitraum ist das Aufnahmedatum maßgebend.

(2) <sup>1</sup>Der jährliche Zuschlagsanspruch für die Beteiligung nach § 1 ergibt sich durch die Multiplikation der abgerechneten vollstationären Fälle im Vereinbarungszeitraum und dem Zuschlag nach Absatz 1 Satz 1. <sup>2</sup>Weicht das tatsächlich abgerechnete Zuschlagsvolumen für das Kalenderjahr vom Zuschlagsanspruch gemäß Satz 1 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. <sup>3</sup>Das schließt die Rückzahlung von bereits gezahlten Zuschlägen bei Nichtvorlage oder Ungültigkeit der Teilnahme- und Konformitätserklärung nach § 1 ein. <sup>4</sup>Der jährliche Zuschlagsanspruch ist unabhängig von der Anzahl der Systeme, an denen sich das Krankenhaus oder wesentliche Teile der Einrichtung beteiligen.

(3) <sup>1</sup>Zur erstmaligen Erhebung des Zuschlags nach Absatz 1 hat das Krankenhaus eine gültige Teilnahmebestätigung und Konformitätserklärung nach § 4 üFMS-B an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG zu übermitteln. <sup>2</sup>Der Zuschlag ist ab dem ersten Tag des übernächsten Monats nach der Übermittlung, frühestens jedoch ab dem 01.07.2017, je abgerechneten vollstationären Fall zu erheben.

(4) <sup>1</sup>Für die Abrechnung des Zuschlags vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Entgeltschlüssel für die Datenübermittlung nach § 301 SGB V. <sup>2</sup>Der abzurechnende Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses gesondert auszuweisen.

### **§ 3 Inkrafttreten, Laufzeit**

<sup>1</sup>Die Vereinbarung tritt zum 01.05.2017 in Kraft.

### **§ 4 Kündigung**

<sup>1</sup>Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. <sup>2</sup>Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung nach erfolgter Kündigung unverzüglich aufzunehmen. <sup>3</sup>Bis zur Neuvereinbarung gilt die bisherige Vereinbarung fort.

### **§ 5 Salvatorische Klausel**

<sup>1</sup>Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. <sup>2</sup>Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.