Vereinbarung
nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Vergütungsvereinbarung süV) vom 20.08.2026

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin
und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln
- gemeinsam -

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend: die Vertragsparteien) gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG die näheren Einzelheiten zur Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V.

Zur Sicherstellung einer planbaren Finanzierungsgrundlage in der Einführungsphase der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird diese Vereinbarung zunächst für eine Laufzeit von drei Jahren geschlossen. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die getroffenen Regelungen vor Ablauf dieser Einführungsphase umfassend zu überprüfen und bei Bedarf an die bis dahin gewonnenen praktischen Erkenntnisse sowie an die strukturellen und wirtschaftlichen Entwicklungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen anzupassen.

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Einführungsphase der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen verlässliche Rahmenbedingungen sowohl hinsichtlich der Finanzierung als auch der vereinbarten Leistungen erfordert. Vor diesem Hintergrund sollen die Vergütungsvereinbarung und die süV-Leistungskatalog-Vereinbarung während der Einführungsphase eine stabile Grundlage für den Aufbau und die Etablierung dieser Versorgungsstruktur bilden.

Um diese Planungssicherheit zu gewährleisten, verständigen sich die Vertragsparteien darauf, dass sowohl die vorliegende Vereinbarung zur Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen als auch die süV-Leistungskatalog-Vereinbarung während der dreijährigen Einführungsphase nicht ordentlich kündbar sind. Eine Kündigung beider Vereinbarungen ist frühestens mit Wirkung zum 31.12.2029 möglich.

Die Vereinbarungspartner werden gemeinsam an den Gesetzgeber herantreten, um eine gesetzliche Ergänzung in § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG sowie in § 6c KHEntgG herbeizuführen. Aus Sicht der Vereinbarungspartner sollte eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die den in der vorliegenden Vereinbarung geregelten Vergütungsansatz für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen über jährliche Strukturpauschalen, Sachkostenpauschalen und Zuschläge rechtssicher abbildet.

§ 1 Grundsätze

(1) Diese Vereinbarung regelt die näheren Einzelheiten der Vergütung der stationären Leistungen, die von einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Rahmen des nach § 115g Absatz 3 SGB V vereinbarten stationären Leistungsumfangs erbracht werden. Die der Gesamtvergütung zugrunde liegenden Beträge sind auf Basis einer vollstationären Leistungserbringung kalkuliert. Soweit teilstationäre Leistungen erbracht werden sollen, sind deren Vergütung und Abgrenzung von den Vergütungsbestandteilen dieser Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG gesondert zu vereinbaren. Belegärztliche Leistungen und stationäre Leistungen nach § 115g Absatz 3 SGB V bei denen die ärztliche Leistung durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird, sind mit der Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 vollständig abgegolten. Eine zusätzliche Abrechnung dieser Leistungen gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist ausgeschlossen.

(2) Ausschließlich sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die nach § 6c Absatz 1 KHG als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und für die Leistungserbringung eine gültige Bescheinigung nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der süV-Leistungskatalog-Vereinbarung vorlegen, sind zur Abrechnung der nach den §§ 2 bis 4 der süV-Leistungskatalog-Vereinbarung vereinbarten stationären Leistungen berechtigt. Soweit die Bescheinigung des Medizinischen Dienstes vor erstmaliger Leistungserbringung noch nicht vorliegt, steht dies der Abrechnung nicht entgegen, sofern die Verzögerung nicht von der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zu vertreten ist und diese schnellstmöglich nachgereicht wird.

(3) Die Vergütungsbestandteile der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sind

1. die jährliche Strukturpauschale je finanzierungsrelevantem stationärem Bett nach § 2 Absatz 2,
2. die leistungsabhängige variable Vergütung (Sachkostenpauschale) je Belegungstag nach § 2 Absatz 3 sowie die Zuschläge nach § 3.

(4) Die für die Ermittlung der Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 maßgebliche Zahl der finanzierungsrelevanten stationären Betten ergibt sich aus der Ausweisung der zuständigen Landesbehörde im Krankenhausplan oder im Feststellungsbescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c KHG. Die Vergütung nach dieser Vereinbarung erfolgt für die ausgewiesene Bettenanzahl, höchstens jedoch für 50 stationäre Betten. Für darüber hinaus ausgewiesene oder tatsächlich betriebene Bettenkapazitäten besteht kein zusätzlicher Vergütungsanspruch. Die so ermittelte Bettenzahl bildet die Kalkulationsgrundlage für die Ermittlung des Anspruchs auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2.

(5) Die Mindestfallzahl beträgt 30 stationäre Behandlungsfälle je finanzierungsrelevantem Bett gemäß Absatz 4 und Kalenderjahr. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, vermindert sich der Anspruch auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 für das betreffende Kalenderjahr wie folgt:

1. bei einer Unterschreitung der Mindestfallzahl um bis zu 20 Prozent um 25 Prozent,
2. bei einer Unterschreitung der Mindestfallzahl um mehr als 20 Prozent um 50 Prozent.

Der sich hieraus ergebende Differenzbetrag wird im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Zusammengeführte Fälle nach § 7 Absatz 7 werden als ein Behandlungsfall gezählt. Behandlungsfälle nach § 7 Absatz 8 werden nach Maßgabe des § 7 Absatz 8 anteilig bei der Ermittlung der Mindestfallzahl berücksichtigt.

§ 2 Ermittlung der Gesamtvergütung

(1) Die Gesamtvergütung für vollstationäre Leistungen für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum setzt sich zusammen aus

1. dem jährlichen Anspruch auf die Strukturpauschale nach Absatz 2 und
2. der Sachkostenpauschale nach Absatz 3.

(2) Die jährliche Strukturpauschale beträgt 182.734 Euro je finanzierungsrelevantem Bett. Sie wird bundeseinheitlich und unabhängig von der Zuordnung der Leistungen zum Mindest- oder

Kann-Leistungskatalog nach den §§ 2 und 3 der süV-Leistungskatalog-Vereinbarung vereinbart. Mit der Strukturpauschale werden die personellen und sonstigen weitgehend leistungsunabhängigen Kosten einschließlich der Pflegepersonalkosten abgegolten, soweit diese nicht Bestandteil der Sachkostenpauschale sind. Der jährliche Anspruch auf die Strukturpauschale ergibt sich aus der Multiplikation der nach § 1 Absatz 4 berücksichtigungsfähigen Bettenzahl mit der Strukturpauschale nach Satz 1. § 1 Absatz 5 bleibt unberührt.

(3) Für jeden vollstationären Behandlungsfall wird zusätzlich eine leistungsabhängige Sachkostenpauschale in Höhe von 95 Euro pro Belegungstag abgerechnet. Der endgültige Vergütungsanspruch für die Sachkostenpauschale richtet sich nach den tatsächlich abgerechneten Belegungstagen unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 7 und Absatz 8. Ein Mehr- oder Mindererlösausgleich für die Sachkostenpauschale findet nicht statt.

§ 3 Abrechnung von Zuschlägen

Zusätzlich zu den Vergütungsbestandteilen nach § 2 sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG und der G-BA-Systemzuschlag nach §§ 91 Absatz 3, 139a und 137a SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V sowie der Ausbildungszuschlag nach § 33 Pflegeberufegesetz oder § 17a KHG gesondert abrechenbar.

§ 4 Vorzulegende Unterlagen und Dokumentation

(1) Zur Ermittlung und Plausibilisierung der Gesamtvergütung nach § 2 sind die erforderlichen Angaben in den hierfür vorgesehenen Formularen nach Anlage 2 nachzuweisen. Hierzu gehören insbesondere:

1. die A1- und A2-Formulare zu den allgemeinen Angaben,
2. das B1-Formular zur Ermittlung der Gesamtvergütung,
3. das P1-Formular zu den Personalaufstellungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sowie
4. das L1-Formular zu den Belegungs- und Leistungsdaten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung.

(2) Zusätzlich übermittelt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. die Bescheinigung des Medizinischen Dienstes gemäß § 6 Absatz 4 der süV-Leistungskatalog-Vereinbarung.

(3) Die Formulare nach Absatz 1 sind spätestens sechs Wochen vor dem Verhandlungstermin an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu übermitteln, um den fristgerechten Abschluss der Vereinbarung sicherzustellen.

§ 5 Jährliche Vergütungsanpassung

Die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 und die Sachkostenpauschale nach § 2 Absatz 3 dieser Vereinbarung sind für jeden Vereinbarungszeitraum anzupassen. Hierzu werden die entsprechenden Pauschalen des vorangegangenen Kalenderjahres ohne Berücksichtigung von Ausgleichsbeträgen um

den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 KHEntgG vereinbarten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG festgesetzten Veränderungswert erhöht. Die Vertragsparteien geben bis zum 31. Oktober jeden Jahres die entsprechend angepassten Werte für das Folgejahr auf ihrer Internetseite bekannt.

§ 6 Grundlagen der Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken

(1) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ist verpflichtet, die nach § 21 KHEntgG erforderlichen Leistungsdaten an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Das Nähere zur Datenübermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit den Vertragsparteien fest.

(2) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung übermittelt die Daten zur Abrechnung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 301 Absatz 1 SGB V, dabei ist sie verpflichtet, mit der Abrechnung des Falles die groupierungsrelevanten Daten zu übermitteln. Eine analoge Übermittlung erfolgt nach § 17c Absatz 5 KHG für Versicherte der privaten Krankenversicherungen. Anpassungen des § 301-Datensatzes (auch entsprechende den Absätzen vier und fünf), werden in der Datenübermittlung nach § 17c Absatz 5 KHG nachvollzogen.

(3) Wird eine Patientin oder ein Patient in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aufgenommen oder entlassen ist dies ein eigener Fall in der Abrechnung. Diese Fälle werden durch gesondert zu vereinbarende Aufnahme- oder Entlass- und Verlegungsgründe gekennzeichnet. Im Rahmen der Abrechnung verwendet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ihre jeweilige Standortnummer mit der Kennzeichnung „17“ an der Stelle acht und neun.

(4) Das Nähere zur elektronischen Übermittlung vereinbaren die Vertragsparteien in der Vereinbarung zum Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Absatz 3 SGB V. Dies gilt ebenfalls für die für die Abrechnung des fallbezogenen Zahlbetrags nach § 7 Absatz 2 (jeweils jahresbezogen), der Sachkostenpauschale nach § 2 Absatz 3 (jeweils jahresbezogen) und der Ausgleichsbeträge nach § 1 Absatz 5 und § 7 Absatz 5 erforderlichen Entgeltschlüssel.

§ 7 Abrechnungsbestimmungen

(1) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus. Wird eine Patientin oder ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als ein Aufnahmetag. Bei Abrechnung von stationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall. Abweichend davon sind Aufenthalte, die nach Absatz 7 zusammenzuführen sind, nur als ein Fall zu zählen. Behandlungsfälle nach § 7 Absatz 8 werden nach Maßgabe des § 7 Absatz 8 anteilig bei der Ermittlung der Mindestfallzahl berücksichtigt.

(2) Der kalenderjährliche Anspruch auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 wird über einen fallbezogenen Zahlbetrag abgerechnet. Der fallbezogene Zahlbetrag ist für jeden Behandlungsfall gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Der fallbezogene Zahlbetrag ergibt sich aus der Division des jährlichen Anspruchs auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 durch die für den

jeweiligen Vereinbarungszeitraum vereinbarte voraussichtliche Zahl der abrechnungsfähigen Behandlungsfälle. Für die Weitergeltung der Entgelte gilt § 15 Absatz 2 KHEntgG entsprechend. Für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Belegungstagen wird der fallbezogene Zahlbetrag nach Absatz 2 mit dem Faktor 0,5 abgerechnet. Die Anwendung des Faktors nach Satz 5 lässt den kalenderjährlichen Anspruch auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 unberührt. Die hieraus resultierenden Minderbeträge sind bei der Bemessung des Zahlbetrags für die übrigen Behandlungsfälle sowie beim Ausgleich nach Absatz 5 vollständig zu berücksichtigen.

(3) Die Abrechnung des fallbezogenen Zahlbetrags nach Absatz 2 erfolgt jeweils von der die Leistung erbringende sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung gegenüber dem am Tag der Aufnahme zuständigen Kostenträger. Tritt bei einem Behandlungsfall während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der Zahlbetrag nach Absatz 2 vollständig dem Kostenträger zugewiesen und mit diesem abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.

(4) Wird die Vereinbarung nach Beginn des Vereinbarungszeitraums geschlossen oder genehmigt, ist der fallbezogene Zahlbetrag so zu bemessen, dass der für den Vereinbarungszeitraum bestehende Anspruch auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 über die im verbleibenden Zeitraum voraussichtlich abzurechnenden Behandlungsfälle finanziert werden kann.

(5) Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zahlbeträge von dem kalenderjährlichen Anspruch auf die Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 unter Berücksichtigung einer etwaigen Anspruchsverringerung nach § 1 Absatz 5 ab, wird der Differenzbetrag im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Der Ausgleich erfolgt über einen gesonderten fallbezogenen Zu- oder Abschlag. Zum Nachweis hat der Träger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach Ablauf des Kalenderjahres eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung der für den Ausgleich maßgeblichen Fallzahlen, Belegungstage und Zahlbeträge vorzulegen. Bis zum Abschluss oder zur Genehmigung der erstmaligen Vereinbarung rechnet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung einen vorläufigen fallbezogenen Zahlbetrag in Höhe von 3.576 Euro sowie die Sachkostenpauschale nach § 2 Absatz 3 je tatsächlich angefallenem Belegungstag ab; Satz 1 gilt für den Ausgleich der Strukturpauschale nach § 2 Absatz 2 entsprechend.

(6) Die Sachkostenpauschale nach § 2 Absatz 3 wird je berücksichtigungsfähigem Belegungstag für jeden abgerechneten Behandlungsfall gesondert in Rechnung gestellt und unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 7 und Absatz 8 abgerechnet.

(7) Wird eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts wieder in dieselbe sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung aufgenommen, so ist eine Zusammenfassung aller in diesen Zeitraum fallenden Falldaten zu einem Fall vorzunehmen. Die Zusammenfassung der Falldaten erfolgt durch den zuständigen Kostenträger. Für diesen zusammengefassten Fall wird der fallbezogene Zahlbetrag nach Absatz 2 nur einmal abgerechnet.

(8) Wird eine Patientin oder ein Patient in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung aufgenommen und findet innerhalb von 30 Kalendertagen vor oder nach diesem Aufnahmedatum ein stationärer Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus statt, bleibt der Anspruch auf den fallbezogenen Zahlbetrag nach Absatz 2 unberührt. Für diesen Behandlungsfall besteht kein Anspruch auf die Sachkostenpauschale nach § 2 Absatz 3. Die Behandlungsfälle werden zu 50 Prozent bei der Ermittlung der Mindestfallzahl nach § 1 Absatz 5 berücksichtigt.

(9) Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Jahresüberlieger), wird der Behandlungsfall für die Ermittlung der jährlichen Mindestfallzahl nach § 1 Absatz 5 dem Kalenderjahr der Aufnahme zugeordnet. Die Höhe des fallbezogenen Zahlbetrages nach Absatz 2 richtet sich nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Betrag. Die Höhe der Sachkostenpauschale nach § 2 Absatz 3 richtet sich stichtagsbezogen nach dem am jeweiligen Tag geltenden Betrag. Eine kalenderjährliche Fallteilung findet nicht statt. Abweichend von dieser Regelung werden bei der Ausweisung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c KHG die Jahresüberlieger im Jahr vor der Ausweisung zum 31.12. des Jahres administrativ entlassen. Die Fälle, die die Vorrausetzungen der süV-Leistungskatalog-Vereinbarung erfüllen, können zum 01.01. des Folgejahres in dem als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ausgewiesenen Krankenhaus neu aufgenommen werden. Patienten, die nicht die Voraussetzungen der süV-Leistungskatalog-Vereinbarung erfüllen, sind zu verlegen oder zu entlassen und bleiben bei der Ermittlung der Mindestfallzahl nach § 1 Absatz 5 unberücksichtigt.

§ 8 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2027 in Kraft und gilt für die Vereinbarungszeiträume 2027 bis 2029.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, diese Vereinbarung rechtzeitig vor Ablauf der Laufzeit von drei Jahren zu überprüfen und eine Anschlussvereinbarung abzuschließen. Kommt bis 30.06.2029 keine Einigung über eine Anschlussvereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung werden die Vereinbarungspartner eine Bestimmung vereinbaren, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vereinbarungspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Anlagen:

Anlage 1:	**Übersicht Abschnitte**
Abschnitt A1	Angaben zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung
Abschnitt A2	Übersicht der enthaltenen Tabellen
Abschnitt B1	Ermittlung der Gesamtvergütung
Abschnitt L1	Belegungsdaten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung
Abschnitt P1	Personal der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung