



Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V)

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung; Verordnungsermächtigung

(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.

Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.

- (2) Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad zu berücksichtigen. Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.
- (3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend.
- (4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.
- (5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals am 1. April 2024, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.