

§ 6c KHEntgG — Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Krankenhausentgeltgesetz

Stand: 05.08.2026 (konsolidierte Textfassung, kein amtliches Inkrafttretensdatum)

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen); § 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt für diese Vereinbarung entsprechend. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere

1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
 - 1a. die Höhe des Gesamtvolumens,
2. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, und dessen Degression,
3. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, und dessen Degression,
4. weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden,
5. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 2 bis 4 genannten Tagesentgelte,
6. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie
7. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist für ein zukünftiges Kalenderjahr zu schließen, wenn der Krankenhausstandort ganzjährig betrieben wird, und kann mehrere Kalenderjahre umfassen; § 11 Absatz 1 Satz 3 und 4 erster Halbsatz gilt entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei sie dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen krankenhausindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 5 genannten Aufforderung abzuschließen.

(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die diesen Leistungen zuzuordnen sind, einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegepersonalkosten sowie der Kosten für das stationäre Case-Management und die

Patientensteuerung zu berücksichtigen. Die in Satz 2 genannten Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sind von anderen Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die anderweitig finanziert werden, abzugrenzen. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind auf der Grundlage der Summe der im jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr entstandenen Pflegepersonalkosten, die der bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und den Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal entsprechen, die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr vereinbart wurden, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, und unter Berücksichtigung der für das jeweilige Kalenderjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung, zu ermitteln und bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens vollständig zu berücksichtigen. Bei folgenden Vereinbarungen des Gesamtvolumens sind die ermittelten Pflegepersonalkosten nur soweit zu berücksichtigen, als sie nicht die um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert veränderten Pflegepersonalkosten des Vorjahres überschreiten, es sei denn, die Überschreitung ist durch die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, aus Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses bedingt. Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses Kalenderjahr folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete Behandlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 bis 3 vereinbarten oder festgelegten oder nach § 9 Absatz 2 Satz 1 festgesetzten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch Veränderungen der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen dieses Kalenderjahres um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erster Halbsatz vereinbarten Veränderungswert.

(4) Krankenhäuser dürfen für die von ihren sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen.

(5) Weicht die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten

krankenhausindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses Kalenderjahr vereinbarten Gesamtvolumen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mehr- oder Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zuzuordnen sind, werden vollständig ausgeglichen,
2. andere Mindererlöse werden zu 40 Prozent ausgeglichen,
3. andere Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.

Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens erhöhend oder absenkend berücksichtigt werden. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse für ein Kalenderjahr hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach Ablauf dieses Kalenderjahres für dieses Kalenderjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen.

(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, für dieses laufende Kalenderjahr neu nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren ist. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem er nach der Vereinbarung des neuen Gesamtvolumens durch die Vertragsparteien festgestellt wird und über eine Erhöhung oder Absenkung des neuen Gesamtvolumens berücksichtigt wird.

(7) Krankenhäuser rechnen für ihre sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die für ein Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn dieses Kalenderjahres an ab. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn eines Kalenderjahres genehmigt, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats ab, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung nach § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter ab. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbart und genehmigt werden, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte ab. Wird ein Krankenhausstandort

erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhaushausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Bestimmung nach § 6c Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wirksam wird, abrechnen.

Zitiervorschlag: § 6c KHEntgG

Quelle: Bundesamt für Justiz, abgerufen 05.08.2026

Nicht-amtliche Lesefassung — verbindlich ist das Bundesgesetzblatt

Dieses Dokument: <https://recht.nulegal.eu/gesetze/KHEntgG/6c>