

## § 9 KHEntgG — Vereinbarung auf Bundesebene

Krankenhausentgeltgesetz

Stand: 06.08.2026 (konsolidierte Textfassung, kein amtliches Inkrafttretensdatum)

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
- 2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge und bis zum 31. März 2027 Ausnahmen von der in § 8 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 genannten Fallzusammenführung, soweit eine solche nicht wirtschaftlich geboten oder nicht medizinisch vertretbar ist,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1 sowie erstmals bis zum 26. Januar 2023 das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 6,
6. erstmals bis zum 31. Juli 2016 einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen, die nur dem hälftigen Abschlag unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Falle von Leistungsverlagerungen,
7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4, eine anteilige Erhöhungsrates sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,
8. erstmals bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln, bis zum 17. August 2021 zu der einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Pflegebudgets sowie der wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten, im Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten und der Höhe des Pflegebudgets sowie bis zum 31. Mai 2023 eine Anpassung der Vereinbarung an die Vorgaben des § 17b Absatz 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden,

10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere

- a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens,
- b) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelten, einschließlich deren Degression,
- c) zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung,
- d) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 6 und 7 zu vereinbarenden Inhalten,
- e) zu den vom Krankenhaus zur Vorbereitung der in Buchstabe a genannten Verhandlung vorzulegenden Unterlagen,
- f) zu den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei der Kalkulation des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,
- g) zu einer einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte, der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten und der in Buchstabe f genannten wesentlichen Rechengrößen,
- h) Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,
- i) vorläufige Tagesentgelte und deren Degression sowie
- j) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte und für die in Buchstabe i genannten vorläufigen Tagesentgelte.

11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere

- a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet, und
- b) die Folgen, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen den nach Buchstabe a festzulegenden Vorgaben eine Fallzahlausweitung vorgenommen hat.

(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3

- 1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie auf Grund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
- 2. (weggefallen)
- 3. bis zum 31. Oktober 2021 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie für die Qualitätssicherung erforderliche Mindestanforderungen fest und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist mit der jährlichen Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion zu beauftragen, wobei die für die Kalkulation entstehenden Kosten aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren sind;
- 4. (weggefallen)
- 5. die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den

Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist; ab dem Jahr 2028 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um 33 Millionen Euro zu erhöhen;

6. jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; eine Aufnahme in die Liste ist abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen, auch wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt, wobei die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 9. Januar 2025 eine Erweiterung der für das Kalenderjahr 2025 bereits vereinbarten Liste mit Krankenhausstandorten zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen haben;

7. bis zum 31. Dezember 2020 die Höhe und die nähere Ausgestaltung des Zuschlags nach § 17b Absatz 1a Nummer 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie seine regelmäßige Anpassung an Kostenentwicklungen;

8. bis zum 31. März 2021 das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, die

a) entgegen § 39 Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Einschätzung des Beatmungsstatus vornehmen oder

b) im Falle einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung entgegen § 39 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Verordnung vornehmen;

9. bis zum 31. Dezember 2020 Vorgaben für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die den Krankenhäusern auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen; insbesondere vereinbaren sie, welche Kosten durch den Zuschlag nach § 5 Absatz 3i zu finanzieren sind und Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Kosten und geben Empfehlungen für die Kalkulation der Kosten.

(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4; abweichend hiervon entspricht der Veränderungswert

1. für das Jahr 2026 dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert und

2. für die Jahre 2027 bis 2029 der im jeweiligen Vorjahr nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichten Veränderungsrate.

Überschreitet der nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichte Orientierungswert die im selben Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichte Veränderungsrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober desselben Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate. Unterschreitet der nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichte Orientierungswert die im selben Kalenderjahr nach § 71 Absatz 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlichte Veränderungsrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober desselben Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2029, den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von

Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

(1c) Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben, die bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.

(2) Kommt eine in dieser Vorschrift genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Nummer 5 oder Nummer 8 nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 3 oder Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen. Kommt eine Vereinbarung der Erhöhungsrates und der anteiligen Erhöhungsrates nach Absatz 1 Nummer 7 nicht in der in § 10 Absatz 5 Satz 4 genannten Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrates und die anteilige Erhöhungsrates. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung. Abweichend von den Sätzen 1 und 5 entscheidet die Schiedsstelle bis zum 15. November eines Jahres ohne Antrag einer Vertragspartei, sofern die Vertragsparteien bis dahin keine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 getroffen haben.

Zitiervorschlag: § 9 KHEntgG

Quelle: Bundesamt für Justiz, abgerufen 06.08.2026

Nicht-amtliche Lesefassung — verbindlich ist das Bundesgesetzblatt

Provided by nu:legal (<https://recht.nulegal.eu>), the leading open legal database: AI-first, expanding daily, German and European law and case law in full text, free, with an open API for AI agents. Text and data mining expressly permitted.

Herausgeber: Nulegal GmbH, Potsdam.

Dieses Dokument: <https://recht.nulegal.eu/gesetze/KHEntgG/9>