



---

## Sachstand

---

### **Der sog. Fixkostendegressionsabschlag als Steuerungsinstrument im Krankenhausentgeltgesetz**

Entwicklung der rechtlichen Regelungen

**Der sog. Fixkostendegressionsabschlag als Steuerungsinstrument im Krankenhausentgeltgesetz**

## Entwicklung der rechtlichen Regelungen

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 055/19  
Abschluss der Arbeit: Datum: 16. August 2019  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

---

## Inhaltsverzeichnis

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Einleitung</b>   | <b>4</b>  |
| <b>2.</b> | <b>Der Fixkostendegressionsabschlag als Instrument der Mengensteuerung im Krankenhausbereich</b>  | <b>4</b>  |
| <b>3.</b> | <b>Erfordernis einer Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags durch die zuständige Landesbehörde nach der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Rechtslage</b> | <b>5</b>  |
| 3.1.      | Allgemeiner Fixkostendegressionsabschlag  | 5         |
| 3.2.      | Höherer Fixkostendegressionsabschlag und längere Abschlagsdauer   | 7         |
| 3.3.      | Ausnahmetatbestände   | 8         |
| 3.4.      | Hälftiger Fixkostendegressionsabschlag  | 8         |
| 3.5.      | Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags   | 9         |
| 3.6.      | Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags   | 9         |
| 3.6.1.    | Überblick   | 9         |
| 3.6.2.    | Genehmigungsbedürftigkeit des allgemeinen Fixkostendegressionsabschlags   | 9         |
| 3.6.3.    | Genehmigungsbedürftigkeit des krankenhausesindividuellen Fixkostendegressionsabschlags  | 10        |
| 3.6.4.    | Genehmigungsverfahren   | 11        |
| <b>4.</b> | <b>Dauerhafte gesetzliche Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags und Wegfall des Genehmigungsvorbehalts seit dem 1. Januar 2019</b>                | <b>12</b> |
| 4.1.      | Dauerhafte gesetzliche Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags  | 12        |
| 4.1.1.    | Wegfall der Verpflichtung der Vertragspartner auf Landesebene zur Vereinbarung der Höhe des allgemeinen Fixkostendegressionsabschlags                             | 12        |
| 4.1.2.    | Wegfall der Verpflichtung der Vertragspartner auf Ortsebene zur Vereinbarung eines höheren Fixkostendegressionsabschlags oder einer längeren Abschlagsdauer       | 13        |
| 4.2.      | Wegfall des Erfordernisses einer Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags  | 13        |
| 4.2.1.    | Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für den Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F.   | 14        |
| 4.2.2.    | Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für den krankenhausesindividuellen Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F.                          | 14        |
| <b>5.</b> | <b>Literaturverzeichnis</b>   | <b>15</b> |

## 1. Einleitung

Dieser Sachstand beschäftigt sich mit der Frage, ob und gegebenenfalls nach Maßgabe welcher Vorschriften die Anwendung der Regelungen zum sog. Fixkostendegressionsabschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)<sup>1</sup>, die durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 16. Dezember 2015<sup>2</sup> mit Wirkung ab dem Jahr 2017 eingeführt worden sind, der Rechtsaufsicht durch staatliche Stellen unterliegt bzw. unter Genehmigungsvorbehalt steht. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Rechtslage hinsichtlich des noch bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Verfahrens und der seit dem 1. Januar 2019 maßgeblichen neuen Rechtssituation.

## 2. Der Fixkostendegressionsabschlag als Instrument der Mengensteuerung im Krankenhausbereich

Der sog. Fixkostendegressionsabschlag dient der sog. Mengensteuerung im Krankenhausbereich<sup>3</sup>: Krankenhäuser sollen nicht Jahr für Jahr beliebig die Menge ihrer Leistungen ausweiten und die Abrechnungen damit beliebig erhöhen können. Hinter dem Fixkostendegressionsabschlag steht der Gedanke, dass ein Krankenhaus im Falle von Leistungssteigerungen nicht zwangsläufig entsprechende Fixkostensteigerungen hat, zum Beispiel, wenn Verbrauchsmaterial in größeren Mengen günstiger eingekauft wird oder bestehende Personalressourcen besser genutzt werden, und somit letztlich betriebswirtschaftlich Kostenvorteile hätte, wenn mehr Leistungen zu regulären DRG-Preisen abgerechnet würden<sup>4</sup>. Solche mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen sollen im Wege des Fixkostendegressionsabschlags „verursachungsgerecht“ bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses nach § 4 KHEntgG berücksichtigt und nicht mehr allen Krankenhäusern entgegengehalten werden<sup>5</sup>. Der Fixkostendegressionsabschlag verfolgt mithin das Ziel, die im Vergütungssystem vorhandenen Anreize zur Erbringung von Mehrleistungen auf Ortsebene zu dämpfen. Er ersetzt dabei die bisher auf Landesebene im Landesbasisfallwert wirksame Mengendegression durch einen krankenhausesindividuellen Abschlag, der den positiven Ska-

---

1 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Art. 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646).

2 Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229).

3 Zur Mengensteuerung durch den Fixkostendegressionsabschlag vgl. eingehend Bohle, Rechtsfragen zum Krankenhausstrukturgesetz, in: GesundheitsRecht (GesR), 2016, S. 605 (614 ff.); vgl. auch die Überblicke bei Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 26 Rn. 341 ff.; Kuhla/Belau, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 25 Rn. 128 ff.; Gamperl, in: Dietz/Bofinger (Hrsg.), Kommentar zum KHEntgG, § 4 Einleitung – KHEntgG IV b. sowie Mörsch/Weid, Krankenhaus-Strukturgesetz: Eine Lösung der zentralen Finanzierungsprobleme ist nicht in Sicht, in: das Krankenhaus (KH), 2015, S. 521 (522 f).

4 Starzer, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Krankenhausentgeltgesetz, § 4 Rn 7.

5 Vgl. hierzu näher die Begründung im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), in: BT-Drs. 18/5372, S. 59 und 71.

leneffekten bei der Erbringung von Mehrleistungen (Senkung der Fixkosten pro Leistung) Rechnung tragen soll. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung der Mengendegression im Landesbasisfallwert<sup>6</sup> sind vom Fixkostendegressionsabschlag nur diejenigen Krankenhäuser betroffen, die tatsächlich Mehrleistungen erbringen. Der Abschlag gilt gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in seiner derzeit geltenden Fassung für alle Regelleistungen, die nicht unter einen Ausnahmetatbestand nach § 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1 KHEntgG oder eine der Sonderregelungen in § 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 KHEntgG fallen, die den Fixkostendegressionsabschlag auf die Hälfte reduzieren.

### **3. Erfordernis einer Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags durch die zuständige Landesbehörde nach der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Rechtslage**

#### **3.1. Allgemeiner Fixkostendegressionsabschlag**

Nach der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Rechtslage war gemäß § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG in der Fassung von Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d) des KHSG für mit Fallpauschalen bewertete voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen, die im Vergleich zur Vorjahresvereinbarung zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt wurden, erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG alter Fassung (a. F.) anzuwenden. Der durch Art. 2 Nr. 10 Buchstabe h) des KHSG mit Wirkung vom 1. Januar 2016 eingeführte<sup>7</sup> § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. sah vor, dass der Fixkostendegressionsabschlag als Mindestabschlagshöhe von den Vertragsparteien auf Landesebene<sup>8</sup>, also der Landeskrankenhausesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung, zu vereinbaren bzw. von der Schiedsstelle nach § 13 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG festzusetzen war, soweit eine derartige Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kam.

Nach § 10 Abs. 13 Satz 1 KHEntgG in der Fassung des KHSG hatten die Vertragsparteien auf Landesebene die Mindestabschlagshöhe bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016 mit einer dreijährigen Erhebungsdauer zu vereinbaren. Zur Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlags auf Landesebene waren in § 10 Abs. 13 Satz 1 und 2 KHEntgG in der Fassung des KHSG dabei zwei Verfahrensschritte vorgesehen<sup>9</sup>. Der erste – in § 10 Abs. 13

---

6 Der Landesbasisfallwert dient im Rahmen der Krankenhausfinanzierung der Berechnung der Kosten, die die Krankenkassen den Krankenhäusern für stationäre Leistungen erstatten. Er wird nach Maßgabe der in § 10 KHEntgG getroffenen Regelungen jährlich von den Krankenkassen und Krankenhausesellschaften auf Landesebene vereinbart. Dabei werden insbesondere die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsreserven und Leistungsveränderungen berücksichtigt.

7 Vgl. Art. 8 Abs. 1 KHSG.

8 Mit den „Vertragsparteien“ nahm die Bestimmung des § 10 Abs. 13 Satz 1 KHEntgG a. F. auf die Regelung des § 10 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG Bezug, die für die Definition der „Vertragsparteien auf Landesebene“ ihrerseits auf die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG), neu gefasst durch Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Art. 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646), genannten Beteiligten verweist.

9 Zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 Satz 1 und 2 KHEntgG a. F. vgl. näher Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 10 KHEntgG Rn. 29 ff.

Satz 1 KHEntgG a. F. geregelte – Schritt umfasste die Ermittlung des von den Vertragsparteien auf Ortsebene<sup>10</sup> für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden sachgerechten Abschlags in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag). Unter fixen Kosten waren dabei diejenigen Kosten der Krankenhausbehandlung zu verstehen, die von der Leistungsmenge unabhängig waren<sup>11</sup>. In einem zweiten Schritt war die Regelung des § 10 Abs. 13 Satz 2 KHEntgG a. F. zu beachten. Danach war die Abschlagshöhe so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG entstanden; Ausnahmen nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 KHEntgG a. F. blieben hiervon unberührt. Durch die Bezugnahme auf die für das Jahr 2015 bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts berücksichtigte Abschlagshöhe sollte eine unerwünschte Beeinflussung der noch für das Jahr 2016 zu führenden Landesbasisfallwertverhandlungen vermieden werden<sup>12</sup>. Die von den Vertragsparteien auf Landesebene getroffene Vereinbarung war für die Vertragsparteien vor Ort als Mindestabschlagshöhe und -dauer verbindlich, wenn sie zusätzliche Leistungen in den Budgetverhandlungen vereinbarten<sup>13</sup>.

Anstelle einer Vereinbarung nach § 10 Abs. 13 Satz 1 KHEntgG a. F. durch die Vertragsparteien auf Landesebene wurde die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016<sup>14</sup> für die Anfangsjahre 2017 und 2018 gesetzlich festgelegt<sup>15</sup>. Nach der durch Art. 4 Nr. 2 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb) mit Wirkung vom

---

10 Vertragsparteien „auf Ortsebene“ sind gemäß §§ 4 Abs. 1 Satz 1, 11 Abs. 1 KHEntgG in Verbindung mit § 18 Abs. 2 KHG die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien). Nach der gesetzlichen Definition in § 18 Abs. 2 KHG handelt es sich hierbei um die Krankenhausträger und 1. die Sozialleistungsträger, soweit auf sie allein, oder 2. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf Prozent der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

11 Vgl. Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 10 KHEntgG Rn. 29.

12 Vgl. Starzer, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, § 10 KHEntgG Rn. 18 und die Begründung im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), in: BT-Drs. 18/5372, S. 75.

13 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), in: BT-Drs. 18/5372, S. 75.

14 BGBl. I S. 2986.

15 Vgl. hierzu Klever-Deichert/Rau/Tilgen, Das PsychVVG in der Gesamtschau, in: KH, 2017, S. 98 (105 f.).

10. November 2016<sup>16</sup> eingefügten Regelung des § 10 Abs. 13 Satz 3 KHEntgG a. F., die auf die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit zurückging<sup>17</sup>, wurde die Höhe des Abschlags für die Jahre 2017 und 2018 bundeseinheitlich auf 35 Prozent festgesetzt. Der Begründung des Ausschusses für Gesundheit zufolge wurde durch die gesetzliche Festlegung auf die von den Vertragspartnern in den Ländern geäußerten sehr unterschiedlichen Vorstellungen zur Abschlagshöhe reagiert und in der Phase der Einführung eine Vielzahl von langwierigen Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren verhindert. Für die Jahre ab dem Jahr 2019 sollte die Höhe des Abschlags nach § 10 Abs. 13 Satz 1 KHEntgG a. F. wieder durch die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart werden. Als Folgeänderung zur bundeseinheitlichen Festlegung der Höhe des Abschlags in den Einführungsjahren 2017 und 2018 auf 35 Prozent in § 10 Abs. 13 Satz 3 KHEntgG a. F. wurde die ursprüngliche Regelung des § 10 Abs. 13 Satz 1 KHEntgG durch Art. 4 Nr. 2 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) des PsychVVG mit Wirkung vom 10. November 2016<sup>18</sup> deshalb dahingehend geändert, dass die Vereinbarung der Vertragspartner erstmals bis zum 30. September 2018 für das Jahr 2019 zu erfolgen hatte. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Vertragsparteien dann den bisherigen gesetzlichen Wert von 35 Prozent als Basis für ihre Verhandlungen nutzen<sup>19</sup>.

### 3.2. Höherer Fixkostendegressionsabschlag und längere Abschlagsdauer

Ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer als von § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. vorgegeben war von den Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 4 Abs. 2b Satz 2 Halbsatz 1 KHEntgG in der Fassung von Art. 2 Nr. 4 Buchstabe d) des KHSG für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlensteigerungen eingetreten waren. Nach § 4 Abs. 2b Satz 2 Halbsatz 2 KHEntgG a. F. galt dies nicht für Leistungen, deren Bewertung bereits gemäß § 9 Abs. 1c KHEntgG abgesenkt oder abgestuft wurde<sup>20</sup>.

Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags für die Jahre 2017 und 2018 gemäß § 10 Abs. 13 Satz 3 KHEntgG a. F. durch das PsychVVG wurde dem § 4 Abs. 2b KHEntgG a. F. durch Art. 4 Nr. 0a des PsychVVG mit Wirkung ebenfalls zum 10. November 2016<sup>21</sup> die Regelung des § 4 Abs. 2b Satz 9 KHEntgG a. F. eingefügt, die für

---

16 Vgl. Art. 7 Abs. 4 PsychVVG.

17 Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 18/9528, 18/9837, 18/10102 Nr. 2 – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), in: BT-Drs. 18/10289 (neu), S. 26, 43 und 51.

18 Vgl. Art. 7 Abs. 4 PsychVVG.

19 So die Begründung des Ausschusses für Gesundheit in: BT-Drs. 18/10289 (neu), S. 51 zu Art. 4 Nr. 2 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb).

20 Zur Vereinbarung eines höheren Fixkostendegressionsabschlags und einer längeren Abschlagsdauer durch die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. vgl. näher Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.) Krankenhausrecht, § 4 KHEntgG Rn. 36 ff.

21 Vgl. Art. 7 Abs. 4 PsychVVG.

den von den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbarenden höheren Abschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 Halbsatz 1 KHEntgG a. F. in den die Anfangsjahren 2017 und 2018 eine gesetzliche Obergrenze in Höhe von 50 Prozent vorgab. Nach der Gesetzesbegründung sollten durch die gesetzliche Obergrenze sehr unterschiedliche Vorstellungen der Vertragsparteien auf Ortsebene zur erhöhten Abschlagshöhe und eine Vielzahl von langwierigen Schiedsstellenverfahren verhindert werden. Für die Jahre ab 2019 sollte für den erhöhten Abschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. keine gesetzliche Obergrenze mehr gelten. Der Gesetzgeber ging jedoch davon aus, dass die Vertragspartner vor Ort dann die bisherige gesetzliche Obergrenze zur Orientierung für Vereinbarungen nutzen<sup>22</sup>.

### 3.3. Ausnahmetatbestände

Die Bestimmung des § 4 Abs. 2b Satz 3 KHEntgG a. F. regelte eine Reihe von Ausnahmetatbeständen, die nach dem durch das PsychVVG mit Wirkung vom 3. August 2016 geänderten Wortlaut der Vorschrift<sup>23</sup> sowohl für den allgemeinen als auch den höheren Fixkostendegressionsabschlag galten. Der für das Krankenhaus anzuwendende Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 1 und 2 KHEntgG a. F. galt gemäß § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 Buchstabe a KHEntgG a. F. zum Beispiel nicht bei Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen sowie bei Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln (§ 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 Buchstabe b KHEntgG a. F.)<sup>24</sup>.

### 3.4. Häftiger Fixkostendegressionsabschlag

Für zwei Sonderfälle sah § 4 Abs. 2b KHEntgG a. F. nur den hälftigen Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 1 oder 2 KHEntgG a. F. vor. Zum einen galt dies gemäß § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG a. F. für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG aufgeführt sind. Der entsprechende Katalog wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Anlage zur „Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags vom 23. September 2016“<sup>25</sup> vereinbart und umfasst beispielsweise Schlaganfallbehandlungen und Bypass-Operationen. Zum anderen galt der hälftige Fixkostendegressionsabschlag unter bestimmten Voraussetzungen für sog. Leistungsverlagerungen. Nach § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG a. F. war für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet waren, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewer-

---

22 So die Begründung des Ausschusses für Gesundheit in: BT-Drs. 18/10289 (neu), S. 49 zu Art. 4 Nr. 0a (§ 4 Abs. 2b KHEntgG).

23 Vgl. Art. 3 Nr. 1 Buchstabe a) in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 PsychVVG.

24 Zu den Ausnahmetatbeständen des § 4 Abs. 2b Satz 3 KHEntgG a. F. vgl. eingehend Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 4 KHEntgG Rn 39 ff.

25 Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vom 23. September 2016; abrufbar im Internet unter: [https://www.gkv-spitzenverbandGesetz.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu\\_abschlaege/KH\\_FDA\\_Vereinbarung\\_23092016\\_inkl\\_Anlagen.pdf](https://www.gkv-spitzenverbandGesetz.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/KH_FDA_Vereinbarung_23092016_inkl_Anlagen.pdf).



tungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führte, der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 1 oder 2 KHEntgG a. F. in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern waren vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorlagen, glaubhaft darzulegen<sup>26</sup>.

### 3.5. Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags

Nach § 4 Abs. 2b Satz 5 KHEntgG a. F. war der Vergütungsabschlag durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags waren gemäß § 4 Abs. 2b Satz 8 KHEntgG a. F. darüber hinaus die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG vereinbart hatten, anzuwenden. Eine entsprechende „Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags“ hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene – wie soeben erwähnt – am 23. September 2016 abgeschlossen<sup>27</sup>.

### 3.6. Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags

#### 3.6.1. Überblick

Nach Maßgabe der in § 14 KHEntgG a. F. getroffenen Regelungen bedurfte sowohl der allgemeine Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 1 a. F. in Verbindung mit § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. als auch der krankenhausesindividuelle Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. bis zum 31. Dezember 2018 der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde. Erst durch die – als privatrechtsgestalteten Verwaltungsakt zu qualifizierende – Genehmigung der Landesbehörde erhielt der Fixkostendegressionsabschlag seine Rechtsverbindlichkeit<sup>28</sup>.

#### 3.6.2. Genehmigungsbedürftigkeit des allgemeinen Fixkostendegressionsabschlags

Die Regelungen des § 14 KHEntgG a. F. zum Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. gingen auf die Änderungen durch Art. 3 Nr. 2 des PsychVVG zurück, die mit Wirkung vom 3. August 2016 in Kraft traten<sup>29</sup>. Sie bezogen auch die von den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbarende Höhe des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. in den Genehmigungsvorbehalt der zuständigen Landesbehörde nach § 14 Abs. 1

---

26 Zum hälftigen Fixkostendegressionsabschlag bei Leistungsverlagerungen im Sinne des § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG a. F. vgl. näher Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 4 KHEntgG Rn. 47 ff.

27 Zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 4 Abs. 2b Satz 5 bis 8 KHEntgG a. F. vgl. näher Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 4 KHEntgG Rn. 50 ff.

28 Starzer, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, § 14 KHEntgG Rn. 1.

29 Vgl. Art. 7 Abs. 3 PsychVVG.

---

Satz 1 KHEntgG a. F. ein<sup>30</sup>. Damit wurde die auf Landesebene getroffene Vereinbarung oder Festsetzung zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlags der gleichen Rechtskontrolle unterworfen wie etwa die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 KHEntgG oder des Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG. In der Gesetzesbegründung zu der Änderung des § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG durch das PsychVVG wird ausgeführt, dies sei sachgerecht, da die Höhe der Mehrausgaben der Krankenkassen für Mengensteigerungen im Krankenhausbereich maßgeblich durch die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags bestimmt werde. Außerdem werde hierdurch eine Vereinheitlichung des Rechtsschutzes erreicht, da sowohl Klagen gegen die Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags als auch Klagen gegen die Genehmigung des Landesbasisfallwerts gegen die Genehmigungsbehörde gerichtet werden müssten<sup>31</sup>.

### 3.6.3. Genehmigungsbefähigung des krankenhausespezifischen Fixkostendegressionsabschlags

Wie die auf Landesebene getroffene Vereinbarung oder Festsetzung zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. war auch die konkrete Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 4 Abs. 2b KHEntgG a. F. durch die Vertragsparteien auf Ortsebene nach Maßgabe des § 14 KHEntgG a. F. von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Anders als der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. unterlag der krankenhausespezifische Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG a. F. als Teil der „krankenhausespezifisch ermittelten Zu- und Abschläge“ im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG a. F. allerdings bereits aufgrund der mit Wirkung vom 18. Oktober 2014 in Kraft getretenen Änderung dieser Vorschrift durch Art. 2b Nr. 3 des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) vom 17. Dezember 2014<sup>32</sup> der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Durch diese bewusst offen gefasste Formulierung wollte der Gesetzgeber des PSG I gewährleisten, dass alle nach dem KHEntgG krankenhausespezifisch vereinbarten Zu- und Abschläge, zum Beispiel auch der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG a. F., dem Genehmigungsvorbehalt des

---

30 Vgl. Art. 3 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) PsychVVG mit dem in § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt wurden.

31 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), in: BT-Drs. 18/9528, S. 44 zu Art. 3 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa).

32 Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222).

§ 14 KHEntgG unterworfen sind<sup>33</sup>. Einer Ergänzung des § 14 KHEntgG durch das PsychVV bedurfte es deshalb insoweit nicht<sup>34</sup>.

#### 3.6.4. Genehmigungsverfahren

Die Genehmigung setzte einen Antrag voraus, der gemäß § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG a. F. von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu stellen war. Nach § 14 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG hatte die zuständige Landesbehörde die Genehmigung zu erteilen, wenn die Vereinbarung den Vorschriften des KHEntgG sowie sonstigem Recht entsprach. Die zuständige Landesbehörde hatte nach § 14 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG wie bei der Genehmigung des Landesbasisfallwerts innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags über die Genehmigung zu entscheiden, da der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. Grundlage für die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 KHEntgG war und insofern eine zügige Entscheidung erforderlich war<sup>35</sup>. Die Vertragsparteien hatten der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich waren (§ 14 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG). Im Übrigen waren die für die Vertragsparteien bezüglich der Vereinbarung geltenden Rechtsvorschriften entsprechend anzuwenden (§ 14 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG).

Die Genehmigung konnte gemäß § 14 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit dies erforderlich war, um rechtliche Hindernisse zu beseitigen, die einer uneingeschränkten Genehmigung entgegenstanden. Wurde die Genehmigung eines Schiedsspruchs versagt, war die Schiedsstelle auf Antrag verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden (§ 14 Abs. 3 KHEntgG). Im Hinblick auf die Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. war der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben (§ 14 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG a. F.). Ein Vorverfahren fand gemäß § 14 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 1 KHEntgG nicht statt; die Klage hatte keine aufschiebende Wirkung (§ 14 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 KHEntgG).

---

33 Vgl. insoweit die Begründung in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 18/1798, 18/2378 – Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG), in: BT-Drs. 18/2909, S. 47 zu Art. 2b Nr. 3 (§ 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG).

34 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), in: BT-Drs. 18/9528, S. 44 f. zu Art. 3 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) unter Hinweis auf BT-Drs. 18/2909, S. 47.

35 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), in: BT-Drs. 18/9528, S. 45 zu Art. 3 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb).

#### **4. Dauerhafte gesetzliche Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags und Wegfall des Genehmigungsvorbehalts seit dem 1. Januar 2019**

Durch Art. 9 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG)<sup>36</sup> vom 11. Dezember 2018 wurden die vorgenannten Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag und zum Genehmigungsvorbehalt in den §§ 4 Abs. 2b, 10 Abs. 13 und § 14 KHEntgG a. F. mit Wirkung vom 1. Januar 2019<sup>37</sup> wesentlich geändert. Danach gelten für den Fixkostendegressionsabschlag nunmehr folgende Regelungen:

##### **4.1. Dauerhafte gesetzliche Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags**

Nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG in der Fassung von Art. 9 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) des PpSG ist seit dem 1. Januar 2019 für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden. Diese gesetzliche Festschreibung der Höhe und der Erhebungsdauer des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinaus dient der Gesetzesbegründung zufolge der Verbesserung der Planungssicherheit und der Vermeidung unnötiger Bürokratie<sup>38</sup>.

##### **4.1.1. Wegfall der Verpflichtung der Vertragspartner auf Landesebene zur Vereinbarung der Höhe des allgemeinen Fixkostendegressionsabschlags**

Aufgrund der bundeseinheitlichen gesetzlichen Festsetzung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags durch § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG in der Fassung des PpSG ist die bisherige – in § 10 Abs. 13 Satz 1 und 2 KHEntgG alter Fassung geregelte – Verpflichtung der Vertragspartner auf Landesebene, die regelhafte Abschlagshöhe des Fixkostendegressionsabschlags bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2018, zu verhandeln, entfallen. Durch Art. 9 Nr. 8 Buchstabe c) wurden die Regelungen in § 10 Abs. 13 KHEntgG in der Fassung des Psych-VVG dementsprechend mit Wirkung vom 1. Januar 2019 aufgehoben. In die geänderte Fassung des § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG übernommen wurden lediglich die durch § 10 Abs. 13 Satz 1 KHEntgG a. F. vorgegebene dreijährige Erhebungsdauer und die in § 10 Abs. 13 Satz 3 KHEntgG a. F. bereits für die Jahre 2017 und 2018 gesetzlich festgelegte Höhe des Fixkostendegressionsabschlags von 35 Prozent. Mit der dauerhaften gesetzlichen Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags und der hiermit entfallenen Aufgabe der Vertragsparteien auf Landesebene, Verhandlungen nach Maßgabe des § 10 Abs. 13 Satz 1 und 2 KHEntgG a. F. zu führen, wird nach Einschätzung des Gesetzgebers – als Folge des dadurch reduzierten Verhandlungsaufwands bei

---

36 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. S. 2394).

37 Vgl. Art. 14 Abs. 1 PpSG.

38 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), in: BT-Drs. 19/4453, S. 80 zu Art. 9 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstaben aa) und bb).

den Verhandlungen auf Landesebene – für diese Vertragsparteien eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 12 000 Euro erreicht<sup>39</sup>.

#### 4.1.2. Wegfall der Verpflichtung der Vertragspartner auf Ortsebene zur Vereinbarung eines höheren Fixkostendegressionsabschlags oder einer längeren Abschlagsdauer

Durch die gesetzliche Festschreibung des Höhe des Fixkostendegressionsabschlags in § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG neuer Fassung (n. F.) ist auch die bisherige Verpflichtung der Vertragsparteien auf Ortsebene, in den jährlichen Budgetverhandlungen gemäß § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. für bestimmte zusätzliche Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren, weggefallen<sup>40</sup>. In der Gesetzesbegründung wird diesbezüglich darauf hingewiesen, von der Vorgabe des § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F., krankenhausindividuell in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze zu vereinbaren, sei nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht worden, so dass der vereinbarte durchschnittliche Abschlagssatz auf dem gesetzlichen Niveau von 35 Prozent liege. Durch die dauerhafte gesetzliche Vorgabe in § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG in der Fassung des PpSG und des damit einhergehenden Wegfalls der Verpflichtung der Vertragsparteien auf Ortsebene, für bestimmte zusätzliche Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren, könnten – so wird in der Gesetzesbegründung ergänzend ausgeführt – der Verwaltungsaufwand und die Verhandlungsdauer sowie das Konfliktpotenzial der Verhandlungen auf Ortsebene vermindert werden<sup>41</sup>. Nach Einschätzung des Gesetzgebers ist davon auszugehen, dass sich die jährlichen Entlastungen für die Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, die zusammen mit den Krankenhäusern die jährlichen Budgetverhandlungen zu führen haben, ab dem Jahr 2019 auf rund 850 000 Euro belaufen werden<sup>42</sup>. Für die Krankenhäuser sei mit jährlichen Entlastungen in Höhe von 700 000 Euro zu rechnen<sup>43</sup>.

#### 4.2. Wegfall des Erfordernisses einer Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags

Als Folge der dauerhaften gesetzlichen Festschreibung der Höhe und der Erhebungsdauer des Fixkostendegressionsabschlags durch § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG neuer Fassung sowie des damit einhergehenden Wegfalls der Verpflichtung der Vertragspartner auf Landes- und Ortsebene, die Höhe des allgemeinen Fixkostendegressionsabschlags bzw. einen höheren Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer im Wege von Vereinbarungen festzulegen, ist auch das – noch bis Ende

---

39 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), in: BT-Drs. 19/4453, S. 52.

40 Aufgehoben wurde die Vorschrift des § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. durch Art. 9 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb).

41 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), in: BT-Drs. 19/4453, S. 41, 49 und 52 sowie S. 80 zu Art. 9 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstaben aa) und bb).

42 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), in: BT-Drs. 19/4453, S. 52.

43 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), in: BT-Drs. 19/4453, S. 49.

2018 geltende – Erfordernis einer Genehmigung der entsprechenden Vereinbarungen nach § 14 KHEntgG a. F. entfallen. Die durch die dauerhafte gesetzliche Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags erforderlich gewordenen Folgeänderungen in § 14 KHEntgG a. F. sind durch das PpSG allerdings in einer Weise erfolgt, die – rechtstechnisch betrachtet – nicht völlig zu überzeugen vermögen.

#### 4.2.1. Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für den Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F.

Aufgrund einer entsprechenden Änderung des § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG a. F. durch Art. 9 Nr. 11 Buchstabe a) des PpSG gehört die bislang von den Vertragspartnern auf Landesebene zu vereinbarende Höhe des allgemeinen Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. – ausweislich des insoweit eindeutigen Gesetzeswortlauts des § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG n. F. – seit dem 1. Januar 2019 folgerichtig nicht mehr zu den genehmigungsbedürftigen Tatbeständen nach dieser Vorschrift. Indem der durch § 10 Abs. 13 Satz 3 KHEntgG a. F. für die Jahre 2017 und 2018 gesetzlich etablierte Abschlagssatz in Höhe von 35 Prozent über das Jahr 2018 hinaus festgeschrieben worden sei, würden – so heißt es in der Gesetzesbegründung – die Planungssicherheit verbessert und Verhandlungen verhindert, die voraussichtlich nicht zu nachhaltig anderen Ergebnissen führten. Bürokratieaufwand werde somit vermieden<sup>44</sup>.

Die durch Art. 3 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) des PsychVVG mit Wirkung vom 3. August 2016 eingeführte Regelung in § 14 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG, wonach die zuständige Landesbehörde über die Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 KHEntgG innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags zu entscheiden hat, ist durch Art. 9 Nr. 11 des PpSG hingegen nicht geändert worden. Ein sachlicher Grund für den Fortbestand dieser Regelung ist nach der Aufhebung des § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. durch Art. 9 Nr. 8 Buchstabe c) des PpSG und der dauerhaften gesetzlichen Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags durch § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG n. F. jedoch nicht ersichtlich. Es ist davon auszugehen, dass es sich hier um ein Redaktionsversehen des Gesetzgebers handelt, das den Wegfall des bisherigen Genehmigungsvorbehalts für den Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG a. F. nicht in Frage stellt.

#### 4.2.2. Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für den krankenhausindividuellen Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F.

Dass auch der bisherige Genehmigungsvorbehalt für den krankenhausindividuellen Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. seit dem 1. Januar 2019 entfallen ist, folgt aus der dauerhaften gesetzlichen Festschreibung der Höhe und der Erhebungsdauer des Fixkostendegressionsabschlags durch § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG n. F. und des damit einhergehenden Wegfalls der Aufgabe der Vertragspartner auf Ortsebene, für bestimmte zusätzliche Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Denn damit gehört der bisherige krankenhausindividuelle Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG a. F. nach geltender Rechtslage nicht mehr zu den „krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschlägen“ im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG, die

---

44 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), in: BT-Drs. 19/4453, S. 92 zu Art. 9 Nr. 11.

der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde nach Maßgabe des § 14 KHEntgG unterworfen sind. Einer Änderung des § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG durch das PpSG bedurfte es deshalb insoweit nicht.

## 5. Literaturverzeichnis

Bohle, Thomas, Rechtsfragen zum Krankenhausstrukturgesetz, in: GesundheitsRecht (GesR), Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht, 2016, S. 605-616.

Dettling, Heinz-Uwe/Gerlach, Alice (Hrsg.), Krankenhausrecht, Kommentar, 2. Auflage, Verlag C.H.Beck, München 2018.

Dietz, Otmar/Bofinger, Werner (Hrsg.), Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) mit Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (Krankenhausinvestitionsprogramm in den neuen Bundesländern), Bundespflegesatzverordnung (BPflV), Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV), Abgrenzungsverordnung (AbgrV), Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Kommentare, Loseblattwerk, Stand: 64. Nachlieferung, März 2019, Kommunal- und Schul-Verlag, Wiesbaden.

Klever-Deichert, Gabriele/Rau, Ferdinand/Tilgen, Melanie, Das PsychVVG in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus (KH), Zeitschrift, 2017, S. 98-109.

Mörsch, Michael/Weid, Sabrina, Krankenhaus-Strukturgesetz: Eine Lösung der zentralen Finanzierungsprobleme ist nicht in Sicht, in: das Krankenhaus (KH), Zeitschrift, 2015, S. 521-530.

Quaas, Michael/Zuck, Rüdiger/Clemens, Thomas/Gokel, Julia Maria, Medizinrecht: Öffentliches Medizinrecht, Pflegeversicherungsrecht, Arzthaftpflichtrecht, Arztstrafrecht, 4. Auflage, Verlag C.H.Beck, München 2018.

Sodan, Helge (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage, Verlag C.H.Beck, München 2018.

Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, Verlag C.H.Beck, München 2018.

\* \* \*