

# **Vereinbarung**

## **über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG**

**zwischen**

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg  
dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Siegburg  
dem AOK-Bundesverband, Bonn  
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen  
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
der Bundesknappschaft, Bochum  
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
der See-Krankenkasse, Hamburg

sowie

dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln  
gemeinsam

**und**

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

## Präambel

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat der Gesetzgeber in § 17 b KHG den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene die Aufgabe übertragen, bis zum 30. Juni 2000 die

- Grundstrukturen des Vergütungssystems
- Grundstrukturen des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen und
- Grundzüge des Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene

zu vereinbaren.

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner beauftragt, die Einzelheiten eines pauschalierenden Entgeltsystems zu vereinbaren, ohne dass gesetzlich geregelt ist, welche ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 01. Januar 2003 für die Krankenhäuser und Krankenkassen im stationären Bereich gelten sollen.

Wie die Einführung von pauschalierenden Entgeltsystemen in anderen Ländern gezeigt hat, bedarf insbesondere der Umgang mit der Kodierung der Comorbiditäten und Schweregrade eines Anpassungszeitraumes und kann zu gravierenden Verschiebungen in der Leistungsdarstellung führen. Der budgetneutralen Einführung im Jahr 2003 muss deshalb anschließend eine dreijährige Konvergenzphase folgen.

Die in dieser Vereinbarung getroffenen Festlegungen werden deshalb mit einer Aufforderung an den Gesetzgeber verbunden, die notwendigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen in Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern auf dieser Basis festzulegen. Nur unter diesen Voraussetzungen lassen sich die von den Selbstverwaltungspartnern einzusetzenden personellen und finanziellen Ressourcen rechtfertigen.

Zu den medizinischen Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzungen sind der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden.

## § 1

### Patientenklassifikationssystem

1. Die Vertragspartner vereinbaren als Grundlage für die Einführung eines deutschen DRG-Systems die von der australischen Regierung zu den in den Schreiben von 14.06.2000 und 16.06.2000 (**Anlagen**) genannten Konditionen zur Verfügung gestellte Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG), Version 4.1. Die von den Vertragspartnern zu zahlende einmalige Kostenbeteiligung für die Entwicklung des AR-DRG-Systems durch die australische Regierung liegt unterhalb des nach deutschen und europäischen Vergaberechts gültigen Schwellenwertes.
2. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die notwendigen Vereinbarungen zum Erwerb der Rechte am Patientenklassifikationssystem kurzfristig mit der australi-

schen Regierung zustande kommen und diese Vereinbarungen insbesondere keine dauerhaften Lizenzgebühren enthalten.

3. Die Übersetzung des AR-DRG-Systems (Systemregelwerk/Gruppierungsalgorithmus) in die deutsche Sprache als Grundversion für die kalkulationsbasierte Anpassung des Systems für den Einsatz im Rahmen des § 17 b KHG ist bis zum 30.11.2000 fertig zu stellen. Dazu gehört insbesondere die Übersetzung der Handbücher und ergänzender systembeschreibender Materialien, z.B. Hierarchisierungstabellen, die Übertragung auf deutsche Diagnosen- und Prozedurenschlüssel sowie die Prüfung und ggf. Ergänzung auf vollständige Leistungsabbildung. Die zum 30.11.2000 vorliegende Version bildet die Grundlage für die kalkulationsbasierte Anpassung.
4. Für den Anpassungsprozess auf deutsche Verhältnisse (Entwicklungs- und Konvergenzphase) wird die Grundsystematik des AR-DRG-Systems mit fünf medizinischen Schweregraden beibehalten. Für die Abrechnung werden je Basis-DRG maximal drei abrechenbare Fallgruppen vereinbart. Die Grundversion gemäß Abs. 3 wird von den im Rubrum aufgeführten Verbänden einvernehmlich vereinbart.\* Die Zahl der voll- und teilstationär abrechenbaren Fallgruppen wird auf maximal 800 DRGs festgelegt. Überschreitungen der in den Sätzen 2 und 4 genannten Obergrenzen können von den im Rubrum aufgeführten Verbänden bis zum 31.12.2005 nur einvernehmlich vereinbart werden; auf eine Festlegung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG wird verzichtet.
5. Bis zum 30.11.2000 werden einheitliche Kodierregeln für die Dokumentation der diagnosen-, prozeduren- und sonstiger gruppierungsrelevanter Merkmale aufgestellt. Die Kalkulationen und die Anpassung des Systems einschließlich der dafür erforderlichen Datenerhebung erfolgt auf der Grundlage dieser Kodierregeln.
6. Die Vertragspartner sind Inhaber der Rechte an dem für Deutschland erarbeiteten Patientenklassifikationssystem. Sie stellen die jeweils gültige Version des Patientenklassifikationssystems allen Krankenhäusern, Krankenkassen und Krankenversicherungen im Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kostenlos und gemeinfrei zur Verfügung.
7. Die Vertragspartner vereinbaren eine jährliche Anpassung der Klassifikation jeweils bis zum 30.09. des laufenden Jahres für das folgende Jahr. Diese Anpassung erfolgt auf der Basis empirischer Daten. Die Vertragspartner vereinbaren hierzu ein streng regelgebundenes Vorgehen (z.B. Mindestfallzahlen und Reduktionen der Kostenvarianz). Abs. 4 bleibt hiervon unberührt.

---

\* Protokollnotiz: Die Vertragspartner gehen davon aus, dass diese Grundversion zwischen 600 und 800 abrechenbare Fallgruppen umfassen wird.

## **§ 2**

### **Verfahren zur Ermittlung und Pflege der Relativgewichte**

1. Die Ermittlung und Fortschreibung der Relativgewichte der Fallgruppen ist auf der Basis bundesdeutscher Daten vorzunehmen. Patienten- bzw. modul- und kostenartenbezogene Daten sind auf der Grundlage eines Istkostenansatz zu erheben.
2. Die Vereinbarungspartner streben mittelfristig eine Beteiligung von allen Krankenhäusern an der Kalkulation an.
3. Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Frist vereinbaren die Vertragspartner zur Auswahl der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser eine repräsentative Stichprobe. Die Erhebung ist in den Krankenhäusern vorzunehmen, die die von den Vereinbarungspartner noch gesondert zu formulierenden methodischen Anforderungen für eine Teilnahme an der Kalkulation erfüllen.
4. Die Datenerhebung erfolgt retrospektiv und bezieht sich grundsätzlich auf ein abgeschlossenes Kalenderjahr. Die Relativgewichte werden jährlich überprüft und gegebenenfalls neu vereinbart. Im Rahmen einer Initialerhebung werden die Leistungs- und Kostendaten der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern eines noch festzulegenden unterjährigen Zeitraums des Jahres 2001 verwendet. Für die Überprüfung und Anpassung der im Jahr 2003 gültigen Relativgewichte werden die Daten des gesamten Kalenderjahres 2001 verwendet.
5. Um eine einheitliche und transparente Kalkulationsmethodik in den am Kalkulationsverfahren beteiligten Krankenhäusern zu garantieren, geben die Vereinbarungspartner ein verbindliches Kalkulationsschema vor. Dieses Kalkulationsschema wird von einer externen Institution als Auftragsleistung erstellt. Der Kalkulationsprozess ist durch eine EDV-Lösung zu unterstützen.
6. Die Vereinbarungspartner legen die zu übermittelnden Daten fest. Die sich an der Erhebung beteiligenden Krankenhäuser übermitteln die erforderlichen Daten an eine von den Vereinbarungspartnern benannte Datenannahmestelle.
7. Die DRG-Fallkosten sind unter Anwendung des Kalkulationsschemas aus der Summen- und Saldenliste durch Abgrenzung von den sonstigen Kosten, den Kosten der komplementären Vergütungsbereiche sowie den Zu- und Abschlägen zu ermitteln und auf alle diesbezüglichen Fälle aufzuteilen.
8. Die von den Krankenhäusern gelieferten Daten müssen durch gemeinsam beauftragte Prüfer verifizierbar sein.
9. Die Vertragsparteien vereinbaren jährlich die Höhe des bundeseinheitlichen Basisfallwertes ggf. in regionaler Differenzierung bis zum 30.09. des laufenden Jahres für das Folgejahr. Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.

### **§ 3 Zu- und Abschläge**

1. Für die in § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG genannten krankenhausbezogenen Tatbestände vereinbaren die Vertragspartner bundeseinheitlich Regelungen für Zu- und Abschläge. Die Bewertung erfolgt bis 31.12.2001.
2. Zur Berücksichtigung im Rahmen der Kalkulation können weitere Tatbestände bis zum 30.09.2000 vereinbart werden.
3. Die darüber hinausgehende Veränderung von Tatbeständen erfolgt im Rahmen der Systemanpassung und -pflege.

### **§ 4 Abrechnungsgrundsätze / Abgrenzung zu komplementären Vergütungsbereichen**

1. Die Vertragspartner vereinbaren bis zum 30.09.2000 Abrechnungsgrundsätze, ergänzende Rechnungslegungen und die Abgrenzung zu komplementären Vergütungsbereichen insbesondere zur stationären psychiatrischen und ambulanten Versorgung am Krankenhaus.
2. Die Festlegung weiterer Regelungen gemäß Abs.1 erfolgt im Rahmen der Systemanpassung und -pflege.

### **§ 5 Institut**

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 17 b Abs. 2 und 3 KHG bedienen sich die Vertragspartner eines für die Selbstverwaltungspartner arbeitenden Instituts.

### **§ 6 Systemfinanzierung**

1. Die Kosten insbesondere für die Implementierung, Adaption und Pflege des Klassifikationsansatzes sowie die Kalkulationskosten zur Ermittlung der Relativgewichte sind Aufwendungen für die Umsetzung des in § 17 b KHG den Selbstverwaltungspartnern vorgegebenen gesetzlichen Auftrages und werden aus Zuschlagszahlungen über die Krankenhäuser finanziert. Die Vereinbarungspartner vereinbaren einen Zuschlag mit der Bezeichnung „Systemzuschlag“.
2. Für die Jahre 2001 und 2002 wird für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall mit Ausnahme der der PsychPV unterliegenden Fälle und ab 2003 für jeden DRG-

Fall ein Systemzuschlag jeweils bis zum 30.11. des Kalenderjahres vereinbart. Der Zuschlag gilt bundesweit.

## **§ 7 Inkrafttreten/Kündigung**

1. Der Vertrag tritt mit Unterzeichnung durch die Vertragspartner in Kraft.
2. Der Vertrag kann nicht ordentlich gekündigt werden. Eine außerordentliche Kündigung des Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Im Übrigen ist eine Änderung des Vertrages einvernehmlich jederzeit möglich.

Düsseldorf, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Hamburg, Kassel, Köln, Siegburg, den 30. Juni 2000

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.: