

## **Protokollnotiz**

### **zur Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 i.V.m. § 135 a SGB V**

---

Da aufgrund der laufenden Vergütungsverhandlungen nicht sichergestellt werden kann, dass alle Krankenhäuser, die gemäß § 17 b KHG auf das neue Vergütungssystem umsteigen müssen, bereits ab 01.01.2004 DRGs abrechnen, gleichzeitig jedoch eine Verpflichtung zur Dokumentation nach Anlage 1 der Vereinbarung besteht, wird analog der Regelungen im KHEntgG und der BPfIV folgende Auslegung des § 17 Abs. 1 und 3 der Vereinbarung zwischen den Vereinbarungspartnern konsentiert:

1. Nach § 17 Abs. 1 der Vereinbarung werden vom Krankenhaus die Qualitätssicherungszuschläge mit jeder DRG zusätzlich in Rechnung gestellt und von den entsprechenden Kostenträgern bezahlt. Alle Krankenhäuser, die nach § 17 b Abs. 1 KHG auf das neue Vergütungssystem umsteigen müssen, aber wegen der noch laufenden Vergütungsverhandlungen gemäß § 21 BPfIV ab 01.01.2004 weiterhin Pflegesätze und Fallpauschalen abrechnen, erheben den Zuschlag nach Anlage 2 dieser Vereinbarung bis zu ihrem Umstieg auf DRGs einmal pro vollstationärem Fall. Für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag maßgeblich. Bei Patienten, die in 2003 aufgenommen wurden gilt die Regelung des Jahres 2003; bei Patienten, die in 2004 aufgenommen werden, wird pro Fall der neue Zuschlag abgerechnet.
2. Die Krankenhäuser haben nach § 17 Abs. 5 der Vereinbarung jeweils bis zum 15. April und bis zum 15. Oktober die Hälfte der abzuführenden Zuschlagssumme an die empfangenden Stellen zu überweisen. Die Zuschlagssumme ergibt sich gemäß § 17 Abs. 3 der Vereinbarung aus der Multiplikation der vereinbarten DRGs für das laufende Jahr mit den Zuschlagsanteilen Land/Bund. Ist bis zum 15. April 2004 noch keine DRG-Zahl vereinbart, hat das Krankenhaus die letzte vereinbarte vollstationäre Fallzahl der Vorjahre als Bemessungsgrundlage heranzuziehen. Weicht die anschließend vereinbarte DRG-Zahl davon ab, erfolgt ein Ausgleich über die zweite Zahlung am 15. Oktober. Steht auch zu diesem Zeitpunkt die vereinbarte DRG-Zahl noch nicht fest, so gilt die letzte vereinbarte vollstationäre Fallzahl der Vorjahre als Multiplikator. Ein Ausgleich findet dann nicht mehr statt.
3. Davon unabhängig haben aber alle Krankenhäuser ihre Berichtspflichten nach § 18 der Vereinbarung zu erfüllen.