

**Vereinbarung
gemäß § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG
zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen
(Sachkostenvereinbarung)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems werden gemäß § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG von dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien) auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen vereinbart, um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen.

§ 1

Konzept des InEK

- (1) Das vom InEK entwickelte Konzept (Anlage) ist jährlich und erstmals für das Kalkulationsjahr 2016 und damit für das DRG-System 2017 anzuwenden. Für das DRG-System 2017 erfolgen die aus dem vom InEK entwickelten Konzept resultierenden Korrekturen der Bewertungsrelationen anteilig in Höhe von 50 %. Für das DRG-System 2018 erfolgen die aus dem vom InEK entwickelten Konzept resultierenden Korrekturen der Bewertungsrelationen anteilig in Höhe von 60 %. Ab dem DRG-System 2019 vereinbaren die Vertragspartner den Umfang der weiteren Umsetzung. Kommt es zu keiner Einigung und wurde diese Vereinbarung nicht fristgerecht gekündigt, so bleibt es ab dem DRG-System 2019 bei der Regelung nach Satz 3.
- (2) Durch die mit dem Konzept umgesetzten Maßnahmen wird die Vergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen anteilig korrigiert. Durch entsprechende Korrekturen werden dem Krankenhausbereich keine Mittel entzogen. Der der Kalkulation zugrundeliegende Gesamtcasemix bleibt durch diese Maßnahmen unverändert.
- (3) Das Konzept wird im Rahmen der jährlichen Systementwicklung geprüft und ggf. weiterentwickelt. Hierzu unterbreitet das InEK den Vertragsparteien Vorschläge.

§ 2

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 24.08.2016 in Kraft.

§ 3
Kündigung

Dieser Vertrag kann zum 01.04. des Jahres – frühestens in 2018 – mit Wirkung für das DRG-System des folgenden Jahres schriftlich gekündigt werden.

§ 4
Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vereinbarungspartner werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahe kommt.

Anlage: Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Konzept

Sachgerechte Korrektur der Bewertungsrelationen für die G-DRG-Fallpauschalen gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG

Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs werden die in Krankenhäusern insgesamt anfallenden Sachkosten in die folgenden Kostenartengruppen innerhalb der Kostenmatrix gebucht:

- Kostenartengruppe 4a, 4b – Arzneimittel
- Kostenartengruppe 5 – Implantate, Transplantate
- Kostenartengruppe 6a, 6b – medizinischer Sachbedarf
- Kostenartengruppe 7, 8 – (nicht) medizinische Infrastruktur

Dabei enthalten die Kostenartengruppen 7 und 8 für medizinische bzw. nicht medizinische Infrastruktur auch Personalkosten; die Aufteilung zwischen Personal- und Sachkosten ist dabei nicht bekannt. Entsprechend werden die im Folgenden beschriebenen Korrekturen nur auf die Kalkulationsergebnisse für die Kostenartengruppen mit ausschließlichem Ausweis von Sachkostenarten angewendet (Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a, 6b).

Ziel der Korrektur ist die Herstellung einer Gleichbehandlung der Vergütung zwischen den Sachkosten der in Euro bewerteten Zusatzentgelte und den Sachkosten innerhalb der DRG-Fallpauschalen. Dieses Ziel kann durch Anpassungen bei Berechnung der Bewertungsrelationen (anteilige Berechnung mit Hilfe unterschiedlicher Divisoren) erreicht werden. Dabei wird schrittweise vorgegangen.

Schrittweise Vorgehensweise:

1. Berechnung des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs nach bisherigem Verfahren. Damit ergibt sich das im Rahmen der Normierung zu berücksichtigende Case-Mix-Volumen für Deutschland (auf Basis der Gesamtdaten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr) und die entsprechende Bezugsgröße.
2. Aufteilung der Kostenwerte innerhalb der Kostenmatrix für die Inlier (Hauptabteilung, kalkulierte DRGs Belegabteilung) in die Sachkostenarten (Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a und 6b) und die übrigen Kostenarten (Kostenartengruppen 1, 2, 3, 7 und 8).
3. Berechnung der anteiligen Bewertungsrelationen für die Sachkostenarten durch Division der Kostenwerte durch das für das Gültigkeitsjahr des G-DRG-Kataloges ermittelte Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG.
4. Berechnung eines Korrekturwertes. Um das in Schritt 1 ermittelte Case-Mix-Volumen zu erreichen, ist für die Berechnung der anteiligen Bewertungsrelationen der übrigen Kostenarten ein entsprechender Divisor (Korrekturwert) ggf. mit einer unvermeidbaren Rundungsdifferenz zu ermitteln.
5. Berechnung der anteiligen Bewertungsrelationen für die übrigen Kostenarten durch Division der Kostenwerte durch den Korrekturwert aus Schritt 4.

6. Berechnung der Bewertungsrelationen insgesamt durch Addition der anteiligen Bewertungsrelationen für die Sachkostenarten aus Schritt 3 und der anteiligen Bewertungsrelationen für die übrigen Kostenarten aus Schritt 5 (Fallpauschalen-Katalog Teil a) Spalte 4, Teil b) Spalte 4).
7. Berechnung der Bewertungsrelationen für Inlier bei Versorgung durch Hauptabteilungen mit Beleghebamme (nur MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, Fallpauschalen-Katalog Teil a) Spalte 5) durch Abzug der Kosten für die Hebammen im Modul 6_3 dividiert durch den Korrekturwert aus Schritt 4 [Abzugsverfahren = unveränderte Vorgehensweise].
8. Berechnung der Bewertungsrelation für den Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer bei impliziten DRG-Fallpauschalen (Haupt- und Belegabteilung) durch Bestimmung der Kostenmatrix der Ein-Belegungstagfälle anhand der in den Schritten 1-6 erläuterten Vorgehensweise und Bildung der Differenz zum Inlier-Berechnungsergebnis gem. Schritte 1 – 6 (Fallpauschalen-Katalog Teil a) Spalte 8).
9. Berechnung der Bewertungsrelation für den Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer für die übrigen DRGs (Fallpauschalen-Katalog Teil a) Spalte 8) sowie für den Abschlag bei Verlegung für alle DRGs (Fallpauschalen-Katalog Teil a) Spalte 11) nach bisheriger Vorgehensweise.
10. Berechnung der Bewertungsrelation für das zusätzliche Entgelt bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer (Fallpauschalen-Katalog Teil a) Spalte 10) nach bisheriger Vorgehensweise.
11. Berechnung der Bewertungsrelationen der abgeleiteten DRGs bei Versorgung durch Belegabteilungen (Fallpauschalen-Katalog Teil b) Spalten 5, 6, 7, 10, 12, 13) auf Basis der Berechnungsergebnisse aus Schritt 1-10 unter entsprechender Anwendung des bisherigen Abzugsverfahrens für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes und/oder der Hebammen [Abzugsverfahren = unveränderte Vorgehensweise].
12. Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs bei teilstationärer Versorgung (Fallpauschalen-Katalog Teil c) Spalte 4) nach bisheriger Vorgehensweise.

Hinweis:

Die Kosten für extern bezogene Leistungen werden derzeit als Einzelkosten in der Kostenartengruppe 6b ausgewiesen. Zur besseren Identifikation und Analyse werden die Kosten der extern bezogenen Leistungen ab dem Datenjahr 2016 in einer eigenen Kostenartengruppe 6c ausgewiesen.