

**Gemeinsame Erklärung**  
**der DKG, der GKV und der PKV**  
**über die Zuschläge**  
**zur externen stationären Qualitätssicherung**  
**für das Jahr 2008**

1. Laut § 22 der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Qualitätssicherung) werden die auf der Bundesebene beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V über einen Zuschlag auf die Vergütung für jeden abgerechneten vollstationären Fall finanziert. Dieser setzt sich – wie in den Vorjahren – auch im Jahr 2008 aus den folgenden drei Komponenten zusammen:
  - a) Zuschlagsanteil Bund: 0,30 € (unverändert gegenüber 2007)
  - b) Dokumentationsaufwand Krankenhaus: 0,58 € (unverändert gegenüber 2007)
  - c) Zuschlagsanteil Land (je Land individuell zu vereinbaren).

Der Zuschlagsanteil Bund wird wie bisher von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) eingefordert.

2. Die Berechnungsgrundlage ergibt sich aus der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V (i. d. F. bis 30.6.2008). Diese Berechnungsgrundlage wurde durch Beschluss des G-BA vom 10. Mai 2007 für das Jahr 2008 wie folgt festgelegt:

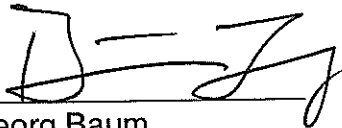
"Die auf der Bundesebene beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 Abs. 1 SGB V werden über einen Zuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall finanziert."

Im Gegensatz zur bisher gültigen Berechnungsgrundlage (DRG) ist damit ab 1. Januar 2008 der Zuschlag auf alle vollstationären Fälle (es gilt das Aufnahmedatum) zu erheben. Es werden die bisher nicht einbezogenen Fälle in der Psychiatrie oder sonstige vollstationäre Behandlungen mit einem Zuschlag belastet. Für teilstationäre Fälle ist kein Zuschlag zu erheben. Dies gilt auch für teilstationäre DRG.

3. Die Fallzahl zur Ermittlung der abzuführenden Beträge ergibt sich nach Beschluss des G-BA aus den für das Jahr 2008 vereinbarten vollstationären Krankenhausfällen. Diese Werte sind vom Krankenhaus an die auf Landesebene und auf Bundesebene beauftragten Stellen zu übermitteln. Hier ändert sich gegenüber dem bisherigen Verfahren nichts.
4. Der Zuschlag ist einmal je vollstationärem Fall zu erheben. Definiert wird der vollstationäre Fall nach den gültigen Kriterien im KHEntgG und in der BPfIV.

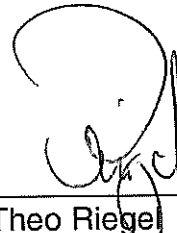
**Berlin, Bonn, Bergisch Gladbach, Siegburg, Bochum, Kassel, Köln, Essen,  
10. Dezember 2007**

**Für die DKG**



Georg Baum  
(Hauptgeschäftsführer)

**für die GKV/PKV**



Theo Riegel  
(Abteilungsleiter)