Bundesrat — 1 — Drucksache 224/1/85

25.06.85

AS - Fz - G - In - K

Empfehlungen

der Ausschüsse

zur

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

Punkt der 553. Sitzung des Bundesrates am 5. Juli 1985

A

1. Der Finanzausschuß (Fz)
empfiehlt dem Bundesrat, zu der Verordnung wie folgt zu beschließen:

Der Bundesrat hält es angesichts der Vielzahl der vorliegenden Ausschußempfehlungen nicht für zweckmäßig, über die Verordnung gegenwärtig sachlich zu beschließen Der Bundesrat bittet deshalb die Bundesregierung, in Abstimmung mit den Ländern und unter Berücksichtigung der Ausschußempfehlungen alsbald eine neue Verordnung vorzulegen.

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2
ISSN 0720-2946

224/1/85

B

Bei Annahme von Ziff. 1 jetzt keine Abstimmung über Ziff. 2 bis 61

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS),
der Finanzausschuß (Fz) - hilfsweise -,
der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (G),
der Ausschuß für Innere Angelegenheiten (In) und
der Ausschuß für Kulturfragen (K)
empfehlen dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes mit der Maßgabe nachstehender Änderungen zuzustimmen:

Fz

2. Zu § 2 Abs. 1 nach Satz 2

Nach Satz 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

"Die Notfallbehandlung gilt als teilstationäre Behandlung."

Begründung:

Es muß sichergestellt werden, daß die teilstationären Leistungen des Krankenhauses bei einer Notfallbehandlung als Krankenhausleistungen anerkannt werden. Es wird darauf hingewiesen, daß ohne diese Ergänzung keine Rechtsgrundlage für die Vergütung besteht; die RVO bietet derzeit für eine Vergütung keine Basis.

K

3. Zu § 4 Abs. 1 nach Satz 3

In § 4 Abs. 1 ist nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

"Soweit Mehr- oder Mindererlöse nach Satz 2 auf Veränderungen der Verweildauer im Pflegesatzzeitraum zurückzuführen sind, werden sie in vollem Umfang ausgeglichen."

Begründung:

Die in § 4 Abs. 1 Satz 2 enthaltene Ausgleichsregelung bei Belegungsabweichungen unterscheidet nicht zwischen Veränderungen der Zahl der Fälle und der durchschnittlichen Verweildauer. Das dem Ausgleich zugrundegelegte Anteilsverhältnis der fixen und variablen Kosten von 75 : 25 trifft für Veränderungen der Verweildauer nicht zu. Darüber hinaus soll ein wirksamer Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer gegeben, eine Verlängerung der Verweildauer erschwert werden.
Deshalb sollen Mehr- oder Mindererlöse, die auf Veränderungen der Verweildauer zurückzuführen sind, in vollem Umfang ausgeglichen werden.

Im Interesse einer einfachen Handhabung werden die Auswirkungen von Veränderungen der Verweildauer nur berücksichtigt, soweit Abweichungen vom vereinbarten Budget im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 2 tatsächlich eingetreten sind. Nicht ausgeglichen werden z. B. Mindererträge aufgrund von Verweildauerverkürzungen, die durch eine Zunahme der behandelten Fälle kompensiert werden.

224/1/85

AS
G

4. Zu § 4 Abs. 1

In § 4 Abs. 1 ist am Ende folgender Satz anzufügen:

"Mehr- und Mindererlöse im Sinne des Satzes 2, die sich aus einem Ausgleich von Ausbildungskosten nach § 17 Abs. 4a Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergeben, werden abweichend von Satz 2 in voller Höhe ausgeglichen."

Begründung:

Die Höhe der Ausgleichsbeträge haben mit der Wirtschaftsweise des Krankenhauses nichts zu tun, sondern ermitteln sich nach der Zahl der Ausbildungsplätze im Rahmen von Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG. Deshalb sind sie prinzipiell durch das wirtschaftliche Verhalten des Krankenhauses nicht beeinflußbar. Im allgemeinen Budgetausgleich würden sie ihrer Zweckbestimmung entzogen.

K

5. Zu § 4 Abs. 3 Satz 1

In § 4 Abs. 3 sind in Satz 1 nach den Worten
"Bei wesentlichen Änderungen"
die Worte
", insbesondere der Verweildauern oder Fallzahlen,"
einzufügen.

(noch Ziff. 5)
Begründung

Die Begründung zu § 4 Abs. 3 enthält eine restriktive Auslegung von Absatz 3, die nicht hingenommen werden kann. Die ganze Vorschrift geht ins Leere, wenn wesentliche Änderungen nur dann vorliegen sollen, wenn sie "das vereinbarte Budget insgesamt in Frage stellen". Die Vorschrift ergibt nur dann einen Sinn, wenn vor allem die wesentlichen Änderungen zu einer Neuvereinbarung führen können, die zum Zeitpunkt der ursprünglichen Vereinbarung als maßgebliche Annahmen der Budgetgestaltung zugrunde gelegen haben. Hierzu zählen unstrittig unterstellte Verweildauer- und Fallzahlwerte.

AS
G

6. Zu § 4 Abs. 3 Satz 1

In § 4 Abs. 3 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen*) der der Kalkulation des Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren."

---

*) Bei Annahme von Ziff. 5 und 6 wird die Ergänzung gemäß Ziff. 5 hier eingefügt.

(noch Ziff. 6)

Begründung:

Änderungen der Kalkulationsgrundlagen für das Budget können schwerwiegende wirtschaftliche Folgen für den Krankenhausbetrieb, aber auch für die Ausgabensituation der Kostenträger haben. Deshalb ist eine umgehende Neuvereinbarung des Budgets unerläßlich. Der betroffene örtliche Einigungspartner muß die Möglichkeit haben, die andere Seite umgehend an den Verhandlungstisch bringen zu können. Er darf nicht darauf angewiesen sein, die Verhandlungsbereitschaft des Partners evtl. erst im Schiedsverfahren erreichen zu können.

AS
G
In
K

7. Zu § 4 Abs. 4 Satz 2

In § 4 Abs. 4 ist Satz 2 zu streichen.

Begründung:

In § 17 Abs. 1 KHG ist festgelegt, daß Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, dem Krankenhaus verbleiben sollen. Der Verordnungsgeber hat damit keine Ermächtigung erhalten, die Verwendung der Überschüsse in irgendeiner Weise einzuengen. Die von der Bundesregierung beschlossene Fassung räumt auch nicht durch die Einfügung des Wortes "insbesondere" die Bedenken aus.

Dieser Empfehlung widerspricht der Finanzausschuß .....

(noch Ziff. 7)

Dieser Empfehlung widerspricht der Finanzausschuß mit folgender

Begründung:

Die Bundesregierung bewegt sich mit der Formulierung des § 4 Abs. 4 Satz 2 durchaus im Rahmen des § 17 Abs. 1 KHG. Gerade unter dem Gesichtspunkt möglicher Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte erscheint es erforderlich, deutlich zu machen, daß eventuelle Überschüsse vorrangig für den Ausgleich von Unterdeckungen anderer Jahre zu verwenden sind.

Fz
K

8. Zu § 4 Abs. 5 und § 17 Satz 2

In 4 Abs. 5 sind die Worte "kann vereinbart werden" durch die Worte "ist zu vereinbaren" zu ersetzen.

Als Folge sind in § 17 Satz 2 die Worte "sowie Abs. 5" zu streichen.

K Begründung

Begründungen K und Fz schließen einander aus

Im Gegensatz zu den "Vorüberlegungen" und im Gegensatz zu der Begründung ("dem Krankenhaus soll daher künftig ein Teil des wirtschaftlichen Nutzens auch in den Folgejahren verbleiben können") ist Absatz 5 lediglich als Kann-Vorschrift ausgestaltet worden, die nicht schiedsstellenfähig ist. Dadurch wird die beabsichtigte Wirkung des Anreizinstrumentariums in Frage gestellt. Sofern das Krankenhaus nicht damit rechnen kann, daß ihm besondere Anstrengungen zur Erhöhung seiner Wirtschaftlichkeit, die kostendämpfend auch in folgenden Pflegesatzzeiträumen wirken, auch tatsächlich zugute kommen, wird die Motivation zu verstärkten Anstrengungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nicht gefördert.

(noch Ziff 8)

Fz Begründung:

Um Krankenhäusern einen zusätzlichen Anreiz zu geben, ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und damit die allgemeinen Krankenhausleistungen auf Dauer kostengünstiger zu erbringen, ist es angezeigt, die Anstrengungen des jeweiligen Krankenhauses zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit auch in den Folgejahren angemessen zu belohnen. Diesem Gedanken trägt die bisher vorgesehene Regelung nicht ausreichend Rechnung, da sie es in jeder Hinsicht in das freie Ermessen u.a. der Krankenkassen stellen würde, ob entsprechende Vereinbarungen mit dem Krankenhaus zustande kommen.

K 9. Zu § 5 Abs. 2 Nr. 4

In § 5 Abs. 2 ist Nummer 4 wie folgt zu fassen:

"4. der Behandlung von Krebserkrankten,".

Begründung:

Die Beschränkung besonderer Pflegesätze auf Kinder mit Krebserkrankungen ist nicht sinnvoll, zumal gerade die Hochschulkliniken die schweren Fälle der Krebserkrankungen bei Erwachsenen versorgen.

Fz
K

10. Zu § 5 Abs. 2 nach Nr. 10

In § 5 Abs. 2 ist nach Nummer 10 folgende Nummer 11 einzufügen:

"11. der Intensivtherapie".

Begründung:

[-] nur Fz

[Die Erweiterung der Möglichkeiten, besondere Pflegesätze abzurechnen, wird begrüßt. Dadurch wird vermieden, daß bei der Behandlung von Patienten anfallende besonders teure Leistungen nicht auf die Allgemeinheit der Patienten bzw. den allgemeinen Pflegesatz abgewälzt werden.] Gleichzeitig entfällt der Anreiz für einzelne Krankenhäuser, Patienten, die besonders teurer Behandlungsmaßnahmen bedürfen, in andere Krankenhäuser, insbesondere Großkrankenhäuser und Hochschulkliniken aus Kostengründen zu verlegen.
Die Intensivtherapie bei besonders schweren Krankheitsbildern mit der apparativen Aufrechterhaltung vitaler Funktionen wie Atmung, Herz und Kreislauf, ist neben den bereits genannten Behandlungen (Nr. 2, Nr. 3, Nr. 4 und Nr. 5) zusätzlich als besonderer Pflegesatz aufzunehmen.
In Großkrankenhäusern und Hochschulkliniken haben diese Einrichtungen einen besonderen Umfang angenommen.

AS
Fz
G
K

11. Zu § 5 Abs. 4, § 12 Satz 2, § 14 Abs. 3, § 16 Abs. 4 Satz 1, Anlagen 1 bis 3 und Anhang 2

In § 5 ist Absatz 4 zu streichen, und
in § 12 ist Satz 2 zu streichen.

Folgeänderungen:

(Fz und K nur Buchst. a bis d)

a) *) In Anlage 1 sind zu streichen:

in Blatt K 2 die Spalte 6,
in Blatt K 4 die Spalte 6,
in Blatt K 5 die Tabelle K 5.2.

b) *) In Anlage 2 sind zu streichen:

in Blatt K 6 die Spalte 15,
in Blatt K 7 die Spalte 14,
in Blatt K 9 die Tabelle K 9.2.

c) *) In Anlage 3 ist in Blatt Z 5 die Tabelle Z 5.2 zu streichen.

d) *) In Anhang 2 zum Kosten- und Leistungsnachweis sind die Fußnoten 12 bis 19 zu streichen.

e) *) In Anlage 1 in der Fassung der Ziff. 27 sind zu streichen:

in Blatt K 2 die Spalte 14,
in Blatt K 3 die Spalte 14 und
in Blatt K 5 die Tabelle K 5.2.

f) *) In Anlage 2 in der Fassung der Ziff. 27 ist im Blatt Z 5 die Tabelle Z 5.2 zu streichen.

g) *) In Anhang 2 zum Kosten- und Leistungsverzeichnis in der Fassung der Ziff. 27 sind die Fußnoten 11 bis 18 zu streichen.

---

*) Die Folgen a bis d gelten für den Fall der Ablehnung, die Folgen e bis g für den Fall der Annahme) der Ziff. 54

Begründung

Die in § 5 Abs. 4 vorgesehene Aufgliederung der Pflegesätze in Teilbeträge für die Leistungsbereiche

1. Unterkunft und Verpflegung
2. Pflege
3. ärztliche Versorgung und sonstige medizinische Versorgung

läßt schon im Ansatz einen Bezug zum erklärten Ziel einer Kostendämpfung nicht erkennen.
Es würden vielmehr folgende Auswirkungen eintreten:

- Erheblicher Verwaltungsaufwand mit entsprechenden Mehrkosten.

- Die bereits durch den umfangreichen Kosten- und Leistungsnachweis überfrachtete Budgetierung wird noch unübersichtlicher.

- Pflegesätze sind berechnungstageabhängige Entgelte und keine Kosten. Sie lassen somit keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Kostenstruktur zu. Damit haben sie keinerlei Bedeutung für Kostenvergleiche.

- Der Pflegesatz hat nur noch die Funktion einer Verrechungsgröße des Budgets auf die Kostenträger (s. Begründung S. 35 Abs. 2 und S. 54 vorletzter Absatz).

- Durch die vorgesehene Dreiteilung der Pflegesätze ergibt sich lediglich eine "Scheintransparenz", die noch dadurch verstärkt wird, daß eine willkürliche, überwiegend pauschale und keine Zuordnung nach Kostenursachen erfolgt. Daraus läßt sich kein aussagefähiger Kostenvergleich ableiten. Er würde nur zu irreführenden Ergebnissen führen.

Die Aufgliederung der Pflegesätze ist somit kein Maßstab für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Eine Kostendämpfung kann damit nicht erreicht werden. Die Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sind nach § 19 KHG zu erarbeiten.

Im übrigen widersprechen derartig differenzierte Regelungen auch dem Gedanken einer Budgetierung.

Im übrigen Folgeänderungen.

K 12. Zu § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2

Bei Annahme von Ziff. 12 entfällt Ziff. 19 und [-] in Ziff. 21

a) In § 6 Abs. 1 Satz 1 sind
das Wort "können"
durch das Wort "werden"
zu ersetzen sowie
das Wort "werden"
zu streichen.

b) In § 6 Abs. 1 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Von einer Vereinbarung über die gesonderte Vergütung einzelner der in Satz 1 genannten Leistungen kann ausnahmsweise abgesehen werden, soweit Leistungen nur in geringer Zahl anfallen oder ihre gesonderte Vergütung mit den Erfordernissen einer wirtschaftlichen oder medizinisch zweckmäßigen Leistungserbringung nicht vereinbar wäre."

Begründung:

zu a:

Die gesonderte Abrechnung besonders teurer Verfahren ist für Universitätskliniken so wichtig, daß sie nicht davon abhängig gemacht werden kann, ob die Kostenträger im Einzelfall bereit sind, hierüber zu verhandeln. Die Einbeziehung besonders teurer Leistungen in den vollpauschalierten Pflegesatz führt dazu, daß Universitätskliniken - wegen des höheren Leistungsspektrums - einen höheren allgemeinen Pflegesatz haben. Dies wiederum

(noch Ziff. 12)

hat zur Folge, daß die Kostenträger versucht sind, "normale" Krankheitsbilder in Krankenhäuser mit geringeren Pflegesätzen zu steuern. Hieraus resultiert, daß den Universitätskliniken die Möglichkeit genommen wird, den Studenten in der Ausbildung auch einfache Krankheitsbilder vorzustellen. Gerade diese Krankheitsbilder sind aber für eine gute und praxisnahe Ausbildung und die spätere Praxis von erheblicher Bedeutung.

zu b:

Folge aus der Änderung des Satzes 1 (oben a).

AS
Fz
G
In

13. Zu § 6 Abs. 1 Satz 1

In § 6 Abs. 1 Satz 1 ist nach den Worten "außerhalb des Budgets" das Wort "insbesondere" einzufügen.

Entfällt
bei Annahme
von Ziff. 17

Begründung:

Um den Vertragsparteien die Anpassung an die medizinische Entwicklung zu erleichtern, soll der Katalog in § 6 Abs. 1 nicht abschließend sein.

Fz 14. Zu § 6 Abs. 1 Satz 1

In § 6 Abs. 1 Satz 1 sind nach dem Wort "Leistungen" die Worte "im Rahmen des Versorgungsauftrages" einzufügen.

Begründung:

Es muß verhindert werden, daß Krankenhäuser der Grundversorgung in Zukunft Leistungen der Spitzenversorgung erbringen und diese über § 6 abrechnen wollen. Damit würde die Krankenhausplanung des Landes unterlaufen.

Fz 15. Zu § 6 Abs. 1 Satz 1 nach Nr. 16

In § 6 Abs. 1 Satz 1 sind nach Nr. 16 folgende neue Nummern 17 bis 19 anzufügen:

Bei Annahme entfällt Ziff. 16

"17. Herzkatheter,
18. Implantationen von künstlichen Herzklappen,
19. Dialyse, soweit kein besonderer Pflegesatz festgesetzt wird ."

Begründung:

Die Möglichkeit, Sonderentgelte nach § 6 abzurechnen, ist zu begrüßen. Der Katalog muß jedoch ergänzt werden.

K

16. Zu § 6 Abs. 1 Satz 1 nach Nr. 16

Entfällt bei Annahme von Ziff. 15

In § 6 Abs. 1 Satz 1 sind
in Nummer 16 der Punkt durch ein Komma
zu ersetzen sowie
nach Nummer 16 folgende Nummern anzufügen:

"17. Herzkatheter,

18. Dialyse, soweit kein besonderer Pflegesatz festgesetzt wird."

Begründung:

Die Hereinnahme dieser an Universitätskliniken üblichen besonders teuren Leistungen ist geeignet, den allgemeinen Pflegesatz der Universitätsklinika zu senken.

K

17. Zu § 6 Abs. 1 nach Satz 1

Bei Annahme entfällt Ziff. 13

In § 6 Abs. 1 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Daneben können Sonderentgelte für weitere Leistungen vereinbart werden."

224/1/85

(noch Ziff. 17)

Begründung:

Zur Stärkung des Vertragsprinzips sollte den Vertragsparteien ermöglicht werden, im Einzelfall für zusätzliche Leistungen eine Zusatzvergütung zu vereinbaren. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, daß bei der unterschiedlichen Leistungsstruktur der Krankenhäuser mit differenzierten medizinischen Schwerpunkten hinreichend Rechnung getragen wird.

Die mit der Entwicklung der Medizin zu erwartenden neuen aufwendigen Behandlungsverfahren erfordern damit keine Anpassung der Verordnung.

K 18. Zu § 6 Abs. 1

In § 6 Abs. 1 Satz 2 -neu-*) sind nach den Worten
"weitere Leistungen"
die Worte
"sowie die Vergütung besonders teurer Artikel des medizinischen Bedarfs"
einzufügen.**)

Begründung:

Die Vergütung besonders teurer Artikel des medizinischen Bedarfs sollte im Hinblick auf die nicht kalkulierbare und in ihrer Kostenwirkung beträchtliche Bedeutung dieser Artikel fakultativ vorgesehen werden, um auch auf diese Weise den allgemeinen Pflegesatz der Universitätsklinika zu senken.
Der Vorschlag entspricht darüber hinaus der vorgesehenen Stärkung des Vertragsprinzips.

---

*) In der Fassung der Ziff. 17.
**) Fassung im Fall der Ablehnung von Ziff. 17:
In § 6 Abs. 1 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:
"Daneben kann die Vergütung besonders teurer Artikel des medizinischen Bedarfs vereinbart werden."

AS
G
In

19. Zu § 6 Abs. 1 Satz 2, § 6 Abs. 2 Satz 1, § 17 Satz 2

Ziff. 19 entfällt bei Annahme von Ziff. 12

In § 6 Abs. 1 ist Satz 2 zu streichen.

Folgeänderungen:

a) In § 6 Abs. 2 Satz 1 sind die Worte "Absatz 1 Satz 1" zu ersetzen durch die Worte "Absatz 1".*)

b) In § 17 Satz 2 ist das Zitat "§ 6 Abs. 1 Satz 1 und 2" zu ersetzen durch das Zitat "§ 6 Abs. 1".

Begründung:

Um den Vertragsparteien genügend Verhandlungsspielraum einzuräumen, müssen sie auch die Möglichkeit haben, Vereinbarungen über Sonderentgelte auf einzelne Leistungen zu beschränken. Der Begründung der Bundesregierung, Satz 2 sei wegen einer verbesserten externen Vergleichbarkeit der Krankenhäuser erforderlich, kann nicht der hohe Stellenwert zugesprochen werden, der dem Freiraum der Verhandlungsparteien zukommt.

*) Entfällt bei Annahme von Ziff. 20 oder 21.

K 20. Zu § 6 Abs. 2

In § 6 ist Absatz 2 zu streichen.

Begründung:

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist nicht aktiv legitimiert, den Katalog von § 6 Abs. 1 zu verändern.

Im übrigen trägt das von der Bundesregierung vorgeschlagene Verfahren den unterschiedlichen Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern nicht hinreichend Rechnung.

AS
G
In

21. Zu § 6 Abs.2

In § 6 ist Absatz 2 wie folgt zu fassen:

"(2) Der Landespflegesatzausschuß gibt Empfehlungen zur [Einschränkung oder] Erweiterung des Katalogs der Leistungen nach Absatz 1. Er kann auch Empfehlungen zu Art und Höhe der Vergütung geben. Die Empfehlungen sind bei der Pflegesatzvereinbarung angemessen zu berücksichtigen."

Entfällt bei Annahme von Ziff. 20

[-] entfällt bei Annahme von Ziff. 12

Begründung:
Das von der Bundesregierung vorgeschlagene Verfahren trägt den Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern nicht hinreichend Rechnung. Die im Landespflegesatzausschuß repräsentierte Selbstverwaltung auf Landesebene bietet eher Gewähr für zügige und den örtlichen Erfordernissen angepaßte Entscheidungen als entsprechende Empfehlungen auf Bundesebene.

AS
G
In
K

22. Zu § 7 Abs. 3

In § 7 ist Absatz 3 wie folgt zu fassen:

"(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus der Gebührenordnung für Ärzte ergibt."

Begründung:

Nachdem im Zuge der Harmonisierung von GOÄ und Pflegesatzrecht durch die Verordnung vom 20. Dezember 1984 die einschlägige Wahlleistungsregelung in der Bundespflegesatzverordnung neu gefaßt wurde, besteht kein erneuter Regelungsbedarf. Unklarheiten, die bezüglich der Auslegung des bisherigen § 6 BPflV bestanden, konnten durch die höchstrichterliche Rechtsprechung geklärt werden. Für eine Änderung besteht keine sachliche Notwendigkeit.

AS
G
In
K

23. Zu § § 7 Abs. 4

In § 7 ist Absatz 4 wie folgt zu fassen:

"(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden. Die Erfüllung von Verträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 geschlossen hat, bleibt unberührt."

Begründung:

Nachdem im Zuge der Harmonisierung von GOÄ und Pflegesatzrecht durch die Verordnung vom 20. Dezember 1984 die einschlägige Wahlleistungsregelung in der Bundespflegesatzverordnung neu gefaßt wurde, besteht kein erneuter Regelungsbedarf. Unklarheiten, die bezüglich der Auslegung des bisherigen § 6 BPflV bestanden, konnten durch die höchstrichterliche Rechtsprechung geklärt werden. Für eine Änderung besteht keine sachliche Notwendigkeit.

Fz 24. Zu § 8 Satz 1

In § 8 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist zu ermäßigen

1. für Patienten mit belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 um 15 vom Hundert (Belegarztabschlag),
2. für Patienten mit wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 um 5 vom Hundert (Wahlarztabschlag)."

Begründung:

Die Verordnung sieht einen pauschalierten Belegarztabschlag von 5 vom Hundert vor. Nach bisherigem Recht (Abzug der tatsächlichen Arztkosten) ergaben sich Abschläge durchschnittlich um 20 vom Hundert, mindestens aber 15 vom Hundert. Die vorgeschlagene Änderung vermeidet, daß Belegarzt-Patienten künftig ungerechtfertigt höhere Pflegesätze zahlen müssen.

Fz 25. Zu § 9 Abs. 4 Satz 1

In § 9 Abs. 4 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Für Krankenhausaufenthalte, die länger als einen Monat dauern, kann das Krankenhaus monatlich einmal eine angemessene Teilzahlung (Vorauszahlung, Abschlagszahlung oder Zwischenabrechnung) verlangen."

Begründung.

Die vorgeschlagene Fassung vermeidet eine Benachteiligung der Selbstzahler gegenüber der für Kassenpatienten in § 16 Abs. 1 Satz 2 vorgesehenen monatlichen Teilzahlung. Zahlungsanforderungen in kürzeren Zeiträumen sind verwaltungsaufwendig und belasten zudem die Kranken unzumutbar.

AS
G
K

26. Zu § 10 Satz 2

In § 10 ist Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Durch § 10 Satz 1 wird festgelegt, daß Leistung und Gegenleistung auch im Wahlleistungsbereich Unterkunft in einem angemessenen Verhältnis stehen müssen. Eine Vorgabe bestimmter Prozentsätze für diesen Wahlleistungsbereich hinsichtlich der Angemessenheit der Entgelte steht nicht im Einklang mit der neuen, wesentlichen Zielrichtung des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes, nämlich die wirtschaftliche Eigenverantwortung des einzelnen Krankenhauses zu stärken. Darüber hinaus würden durch solche Prozentvorgaben marktwirtschaftliche Elemente im Krankenhauswesen abgebaut statt ausgebaut. Auch besteht die Gefahr, daß vorgegebene Prozentsätze sich zu Regelsätzen entwickeln können.

Dieser Empfehlung widerspricht der Finanzausschuß mit .....

(noch Ziff. 26)

Dieser Empfehlung widerspricht der Finanzausschuß mit folgender

Begründung:

Die Vorgabe bestimmter Prozentsätze für den Wahlleistungsbereic Unterkunft ist erforderlich, um die praktische Umsetzung von Satz 1 zu erreichen. Es besteht sonst die Gefahr, daß viele Krankenhäuser Zuschläge für Zwei- und Einbettzimmer verlangen, die weit über den entstandenen Mehrkosten liegen. Es kann im Interesse des Patienten nicht hingenommen werden, daß Zuschläg von 45 bis 60 % in diesem Bereich verlangt werden.

Die Zielsetzung der Bundesregierung für § 10 ist also nur dann sichergestellt, wenn Satz 2 in der Vorschrift verbleibt.

K 27. Zu § 11 Abs. 6

In § 11 ist Absatz 6 wie folgt zu fassen:

"(6) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgeltes bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch den Vorteilsausgleich umfaßt,und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 5 nicht berührt."

(noch Ziff. 27)

Begründung:

Im Hochschulbereich bestimmt sich das Entgelt für die Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhausträgers ausschließlich nach dem Beamtenrecht. Gemäß § 42 Abs. 4 Satz 2 BRRG in der Fassung der Bekanntmachung vom 27.2.1985 (BGBl. I S. 462) hat sich das Entgelt nach den dem Dienstherrn entstehenden Kosten zu richten und muß den besonderen Vorteil berücksichtigen, der dem Beamten durch die Inanspruchnahme entsteht. Diese Rahmenvorschrift geht der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 16 Satz 1 Nr. 3 KHG vor. Daher bedarf es der ausdrücklichen Klarstellung, daß die beamtenrechtlichen Nutzungsentgeltregelungen unberührt bleiben.

In 28. Zu § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3

In § 13 Abs. 1 Satz 2 sind in Nummer 3 die Worte "Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen" durch die Worte "Vorhaltung und dem Betrieb von Krankenhäusern" zu ersetzen.

Begründung:

Die Kosten für Versicherungen des Krankenhauses lassen sich nicht nach den Risiken für die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen und sonstigen Risiken abgrenzen. Es müssen deshalb alle Kosten für die Versicherung von Risiken, die mit der Vorhaltung und dem Betrieb von Krankenhäusern üblicherweise verbunden sind, zu den Selbstkosten gerechnet werden. Die bisher vorgesehene Regelung hätte erhebliche Auseinandersetzungen zwischen den Pflegesatzparteien zur Folge.

AS
G
In

29. Zu § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4

In § 13 Abs. 1 Satz 2 ist Nummer 4 wie folgt zu fassen:

"4. die Kosten von Wirtschaftlichkeitsberatungen, -untersuchungen und -prüfungen,".

Begründung:

Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit dürfen nicht durch zu eng gefaßte Regelungen über die Tragung der Kosten von Wirtschaftlichkeitsberatungen, -untersuchungen und -prüfungen eingeschränkt werden. Diese sollten ohne Rücksicht auf Art, Auftraggeber und Veranlasser den Selbstkosten zugeordnet werden, sofern sie ihrerseits sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechen.

AS
G

30. Zu § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7

In § 13 Abs. 1 Satz 2 ist Nummer 7 zu streichen.

Begründung:

Nach § 18 b KHG sind zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Rationalisierungsinvestitionen "durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren". Zu dieser Bestimmung steht die von der Bundesregierung beabsichtigte Einbeziehung der Kosten aus Investitionsverträgen in die Selbstkosten und die daraus folgende Einrechnung in die Pflegesätze im Widerspruch. Darüber hinaus steht die vorgesehene

(noch Ziff. 30)

Ausgrenzung der Kosten aus Investitionsverträgen nach § 18 b KHG, die "gemäß § 4 und § 9 KHG durch öffentliche Fördermittel zu decken sind", nicht im Einklang mit dem Wortlaut des Gesetzes.

AS
Fz
G

31. Zu § 13 Abs. 1 Satz 2 nach Nr. 7

In § 13 Abs. 1 Satz 2 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 8 anzufügen:

"8. Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen für allgemeine Krankenhausleistungen."

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung. Den Selbstkosten sind auch die Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen für allgemeine Krankenhausleistungen zuzurechnen. Diese Forderungsausfälle stellen aufwandsgleiche Kosten dar, die regelmäßig mit dem Leistungserstellungsprozeß des Krankenhauses verbunden sind. Werden die Forderungsausfälle nicht über die Pflegesätze vergütet, verbleiben diese Aufwendungen - entgegen dem Selbstkostendeckungsgrundsatz- beim Krankenhausträger.

Obwohl Abschreibungen auf Forderungen ausdrücklich als Kostenart anerkannt sind (Kontenuntergruppe 796 der Anlage 1 zur KHBV), ist die Aufwandsposition bei Pflegesatzverhandlungen häufig dem Grunde nach strittig.

224/1/85

Fz 32. Zu § 13 Abs. 1
K

In § 13 Abs. 1 ist nach Satz 2 folgender neuer Satz einzufügen:

"Die Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Selbstkosten nach § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt nicht für die Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden.";

der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

Begründung:

Es handelt sich um eine Klarstellung des Regelungsgehaltes von § 17 Abs. 5 KHG. Zweck der Bestimmung ist die Begrenzung der Selbstkosten der Krankenhäuser, die nach einer Entscheidung auf der Grundlage des KHG nicht gefördert werden sollen. Da der Regelungsgehalt im Wortlaut der Vorschrift nicht eindeutig hervortritt, ist eine Klarstellung notwendig.

K 33. Zu § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1

In § 13 Abs. 2 Satz 2 ist Nummer 1 zu streichen.

Bei Annahme entfällt Ziff. 34

Begründung:

Die Notwendigkeit, die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser zu berücksichtigen, bringt zusätzliche Streitigkeiten mit sich. An die Auslegungsstreitigkeiten zu § 17 Abs. 5 KHG alter Fassung ist zu erinnern.

Im Bereich der Hochschulkliniken war die Frage vergleichbarer Krankenhäuser bisher immer strittig und hat bei allen Pflegesatzverhandlungen erhebliche Differenzen mit sich gebracht.
Die Frage der Vergleichbarkeit muß im Zusammenhang mit § 16 Abs. 1 gesehen werden, wonach in der Pflegesatzvereinbarung festzulegen ist, welche Krankenhäuser vergleichbar sind. Der hierdurch vorprogrammierte Streit ist zu vermeiden.
Hierzu bietet es sich an, im Bereich der Hochschulkliniken auf Unterscheidungskriterien zurückzugreifen, die auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft bei ihren jährlichen Selbstkostenblattvergleichen anstellt: Auch dort werden in einer besonderen Gruppe lediglich Hochschulkliniken miteinander verglichen.

Außerdem setzt die vorgeschlagene Regelung voraus, daß die Parteien des einzelnen Pflegesatzverfahrens konkrete Informationen über Kosten und Leistungen anderer Krankenhäuser, die sie für vergleichbar erklären wollen, haben.
Es ist aber nicht vorgeschrieben, daß mögliche Vergleichskrankenhäuser insoweit ihre Zahlen und Unterlagen zur Verfügung stellen bzw. veröffentlichen

224/1/85

AS
G

34. Zu § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1

Entfällt bei Annahme von Ziff. 33

In § 13 Abs. 2 Satz 2 ist Nummer 1 wie folgt zu fassen:

"1. die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser,".

Begründung

Die in der Verordnung versuchte Definition von Maßstäben und Grundsätzen für eine Vergleichbarkeit von Krankenhäusern sind unpraktikabel und würden in der Praxis zu erheblichen Auseinandersetzungen und Streitigkeiten führen. Da unter diesen Bedingungen kein vergleichbares Krankenhaus existiert, würde diese Bestimmung ins Leere laufen. Im übrigen widerspricht diese Bestimmung der Regelung in § 20 dieser Verordnung, in der die Landespflegesatzausschüsse zur Erarbeitung von Maßstäben und Grundsätzen für den Vergleich der Krankenhäuser nach § 17 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermächtigt werden, soweit diese nicht bereits nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz erarbeitet werden. Denn grundsätzlich sind die Maßstäbe und Grundsätze für einen Vergleich von Krankenhäusern Bestandteile der Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser.

K 35. Zu § 13 Abs. 3 Nr. 3

Bei Annahme entfällt die Entschließung unter Ziff. 60

In § 13 Abs. 3 sind in Nummer 3 nach dem Wort "Krankenhauses," die Worte "bei nicht vertretbarem Aufwand für die Kostenermittlung die Erträge aus ambulanten Leistungen," anzufügen.

Begründung:

Die vorgesehenen "Kostenabzüge" stellen die Krankenhäuser vor nicht lösbare und konfliktträchtige Abgrenzungsprobleme. So ist z.B. weder theoretisch noch praktisch möglich, die Kosten eines ambulanten Notfalles exakt zu berechnen. Dies würde voraussetzen, daß sämtliche für ihn aufgewendete Personal- und Sachleistungen detailliert erfaßt und bewertet werden. Praktikabel ist der Erlösabzug, ggf. in Form der Erstattung. Abgesehen von den genannten praktischen Einwendungen ist auch darauf hinzuweisen, daß § 16 Satz 1 Nr. 4 KHNG den Verordnungsgeber ausdrücklich nur ermächtigt, Vorschriften über die Berücksichtigung "der Erlöse" aus ambulanten Leistungen und Wahlleistungen etc. bei der Bemessung der Pflegesätze zu erlassen. Schließlich muß der Erlösabzug auch deshalb erfolgen, weil es den Krankenhäusern nicht zuzumuten ist, diejenigen Verluste zu tragen, die dadurch entstehen, daß die Erlöse die Kosten nicht decken, wie dies z.B. bei den poliklinischen Leistungen der Universitätskliniken der Fall ist.

224/1/85

AS
G

36. Zu § 13 Abs. 3 Nr. 8

In § 13 Abs. 3 sind in Nummer 8 die Worte "soweit eine Kostenstellenrechnung nicht vorhanden ist, sind als Kostenabzug" durch die Worte "als Kostenabzug sind" zu ersetzen.

Begründung:

Derzeit gebräuchliche Kostenstellenrechnungen eignen sich nicht für die Ermittlung der Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft. Dies gilt insbesondere für die Umlageschlüssel für die maßgebenden Gemeinkosten. Deswegen und aus Gründen der Verfahrensökonomie sollten wie bisher die Umrechnungsfaktoren durch Verordnung fest vorgegeben werden.

Der Finanzausschuß widerspricht dieser Empfehlung mit folgender

Begründung:

Das Absehen von einer Kostenermittlung anhand vorhandener Kostenstellenrechnungen und die an ihrer Stelle vorgesehene generelle Pauschalierung widerspricht der Zielsetzung der Verordnung, im Pflegesatzbereich eine größere Kostentransparenz zu schaffen. Außerdem ist eine Pauschalierung geeignet, die Selbstzahler im Verhältnis zu den Kassenpatienten stärker zu belasten, weil die Wahlleistungsentgelte möglicherweise nicht nach dem tatsächlichen Mehrbedarf bemessen werden.

AS
G
K

37. Zu § 15 Abs. 1 Satz 2

In § 15 Abs. 1 Satz 2 sind die Worte "und dafür gewährter Bestandteile der Ausbildungsvergütung" zu streichen.

Begründung:

Durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz wurde auch die Finanzierung der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Ausbildungsstätten neu geregelt. Die Neuregelung umfaßt auch die Kosten der Ausbildungsvergütung, die im Pflegesatz voll zu berücksichtigen sind. Eine Aufsplittung der Ausbildungsvergütung in pflegesatzfähige und nichtpflegesatzfähige Bestandteile verstößt gegen diesen Finanzierungsgrundsatz, an dem festgehalten wird. [-] nur K [Im übrigen enthalten die derzeitigen Ausbildungsvergütungen keine nachweisbaren Bestandteile für "Unterbringung".]

Die Beibehaltung dieses Finanzierungsgrundsatzes hat keine zusätzlichen Ausgaben für die gesetzliche und private Krankenversicherung zur Folge, da die Ausbildungsvergütungen bereits über den Pflegesatz abgegolten werden.

AS
G

38. Zu § 15 Abs. 2 Satz 2

In § 15 Abs. 2 Satz 2 ist das Datum "1. April 1985" durch das Datum "31. Dezember 1984" zu ersetzen.

Begründung:

Nach der Einzelbegründung zu § 15 Abs. 2 soll mit der Regelung sichergestellt werden, daß die Ausbildungskapazitäten in ihrem jetzigen Umfang mittelfristig erhalten bleiben. Dies wird mit der Weitergeltung der am 1. April 1985 geltenden Anrechnungsregelung nicht erreicht. Die am 1. April 1985 geltende Regelung steht bei den Pflegesatzverhandlungen 1985 zur Diskussion und kann zum Nachteil der Ausbildungsplätze verändert werden.

Um eine wirksame Besitzstandsklausel im Sinne der Verordnung zu erreichen, ist die Anrechnungsregelung der zurückliegenden Pflegesatzperiode 1984 zugrundezulegen.

AS
Fz
G

39. Zu § 15 Abs. 4

In § 15 ist Absatz 4 wie folgt zu fassen:

"(4) Die Kosten der Beschäftigung von Ärzten im Praktikum nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung gehören zu den Selbstkosten, soweit Stellen nachgeordneter Ärzte auf Ärzte im Praktikum aufgeteilt werden."

(noch Ziff. 39)

Begründung:

Es ist folgerichtig, im Krankenhaus eingesetzte Ärzte im Praktikum, da sie ärztliche Leistungen für die Krankenversorgung erbringen, auch über die Pflegesätze zu finanzieren. Dies kann aber unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben nur in dem Umfang geschehen, wie geeignete Stellen nachgeordneter Ärzte hierfür zur Verfügung stehen. Von der Vergabe eines festen Anrechnungsschlüssels wurde abgesehen, um die Tarifparteien nicht zu präjudizieren.

K 40. Zu § 16 Abs. 4 Satz 2

In § 16 Abs. 4 ist Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Die Erhebung so umfangreicher Datenmengen erzeugt eine hohe Kostensteigerung im personellen Bereich und erhebliche Investitionskosten (EDV).
Schon wegen der relativen Ungenauigkeit der Diagnosestatistik nach dem ICD-Schlüssel wären aus solchen Unterlagen abgeleitete Beziehungen zwischen Krankenhauskosten, Leistungen der medizinischen Institutionen und Diagnosen bzw. gar Vergleiche dieser Angaben zwischen verschiedenen Krankenhäusern in der Regel wissenschaftlich nicht haltbar.
Die Regelung würde für hohe Kosten objektiv falsche Argumente für Pflegesatzverhandlungen liefern und sollte unterbleiben.

K 41. Zu § 16 Abs. 5

In § 16 ist Absatz 5 wie folgt zu fassen:

Bei Annahme entfällt Ziff. 42

"(5) Soweit in Einzelfällen bei Vorliegen besonderer Umstände die nach Absatz 4 vorzulegenden Unterlagen für die Bemessung des Budgets und der Pflegesätze nicht ausreichen, können vom Krankenhaus darüber hinausgehende Auskünfte verlangt werden. Hierüber haben sich die Parteien im Einzelfall zu verständigen. Im Nichteinigungsfalle entscheidet die Schiedsstelle."

Begründung:

Es wird nicht verkannt, daß unter bestimmten Voraussetzungen in Einzelfällen über die Anforderungen des Absatzes 3 hinaus zur Beurteilung des Budgets weitere Auskünfte erforderlich werden können. Hierüber sollten sich die Parteien im Einzelfall verständigen mit der Möglichkeit, ggf. hierüber die Schiedsstelle entscheiden zu lassen.

AS
G

42. Zu § 16 Abs. 5 Satz 2

In § 16 Abs. 5 ist Satz 2 zu streichen.

Entfällt
bei Annahme
von Ziff. 41

Begründung:
Nachdem Satz 1 ausdrücklich auf Einzelfälle abstellt, muß es den Vertragsparteien überlassen bleiben, was über die Vorlage des Kosten- und Leistungsnachweises hinaus zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit vom einzelnen Krankenhaus ergänzend vorzulegen ist. Die von der Bundesregierung beschlossene Fassung des Satzes 2 läßt erwarten, daß dann generell zusätzlich der Jahresabschluß bzw. Angaben zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung gefordert werden. Die Regelung in Satz 2 schränkt auch das Gebot der Eigenverantwortlichkeit des Krankenhausträgers in unangemessener Weise ein.

Der Finanzausschuß widerspricht dieser Empfehlung mit folgender

Begründung:

Durch diese Regelung wird nicht die Eigenverantwortlichkeit des Krankenhausträgers in unangemessener Weise eingeschränkt. Der Jahresabschluß kann vielmehr nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung im Einzelfall wesentlich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses beitragen; dieser Abschluß ist ggf. vorzulegen.

AS
G

43. Zu § 18 Abs. 2 nach Satz 1

In § 18 Abs. 2 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Im übrigen sind die für die Vertragsparteien bezüglich der Pflegesatzverhandlung geltenden Rechtsvorschriften entsprechend anzuwenden."

Begründung:

Es muß klargestellt werden, daß die Genehmigungsentscheidung, soweit sich nicht aus § 18 Abs. 5 KHG ausdrücklich etwas anderes ergibt, grundsätzlich nach den gleichen materiellen und verfahrensmäßigen Vorschriften erfolgt wie die Pflegesatzvereinbarung und die Schiedsstellenentscheidung. Dies gilt insbesondere auch für das in § 16 Abs. 6 geregelte Vorgehen.

AS
G

44. Zu § 18 Abs. 2 Satz 2

In § 18 Abs. 2 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden."

Begründung:

Es genügt, Nebenbestimmungen für zulässig zu erklären. Weiterer Regelungen zur Wirksamkeit solcher Nebenbestimmungen bedarf es nicht; im übrigen wäre die vorgesehene Regelung mit § 18 Abs. 5 Satz 2 KHG nicht zu vereinbaren.

AS
G

45. Zu § 19 Abs. 2 Satz 2

In § 19 Abs. 2 Satz 2 sind die Worte ";die Rückwirkung darf einen Monat nicht überschreiten" zu streichen.

Begründung:

Die vom Gesetz (§ 18 Abs. 3 KHG) gestellten Anforderungen an eine zukunftsorientierte Pflegesatzregelung stellt rückwirkendes Inkrafttreten unter sehr strenge Anforderungen. Eine Rückwirkung über einen Monat hinaus wird in der Regel ohnehin kaum in Betracht kommen. Sie sollte jedoch nicht völlig ausgeschlossen werden, wenn aus sachlich zwingenden Gründen ein weiter rückwirkendes Inkrafttreten unerläßlich ist.

K

46. Zu § 20 Abs. 1 Satz 2

In § 20 Abs. 1 ist Satz 2 zu streichen.

Begründung

Die Landespflegesatzausschüsse nach § 20 werden die Funktion eines "Oberschiedsrichters" übernehmen müssen, wenn sie die ihnen zugeschriebenen Aufgaben erfüllen wollen und werden. Wenn von diesen Ausschüssen Fragen der Gestaltung und Bemessungen des Budgets und der Pflegesätze, Empfehlungen in Fragen der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und Empfehlungen zu Art und

(noch Ziff. 46)

Höhe der Sonderentgelte gemacht werden, schließlich Maßstäbe und Grundsätze für den Vergleich von Krankenhäusern aufgestellt werden, gibt es im Prinzip keinen Bereich, in dem nicht von den Landespflegesatzausschüssen Vorgaben gemacht werden können. Derartige Vorgaben erweisen sich im konkreten Pflegesatzverfahren bei der Findung eines prospektiven Pflegesatzes häufig aber mehr als hinderlich denn als nützlich.

AS
G

47. Zu § 20 Abs. 2 bis 4

§ 20 Abs. 2 wird Absatz 4 und ist wie folgt zu fassen:

Ziff. 47 und 48 schließen einander nicht aus

"(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß

1. der Ausschuß sich aus sieben Vertretern der Krankenhäuser, sechs Vertretern der Sozialleistungsträger und einem Vertreter der privaten Krankenversicherung zusammensetzt,

2. neben oder an Stelle des Ausschusses auf Landesebene mehrere Ausschüsse für Pflegesatzfragen auf regionaler Ebene gebildet werden.

Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.";

die bisherigen Absätze 3 und 4 werden Absätze 2 und 3.

Begründung:

Den Ländern sollen größere Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet werden, damit der Vielfalt der Sozialleistungsträger und den Besonderheiten in einzelnen Ländern besser Rechnung getragen werden kann.

Fz 48. Zu § 20 Abs. 4

In § 20 ist Absatz 4 zu streichen. *)

Begründung:

Es sollte wie bisher dem auf Landesebene gebildeten Landespflegesatzausschuß selbst überlassen bleiben, seine Geschäftsführung zu regeln. Ein bundesrechtlicher Handlungsbedarf besteht insoweit nicht.

Darüber hinaus würde die Bestimmung für die Länder zwangsläufig auch zu nicht unbeträchtlichen zusätzlichen Verwaltungskosten führen.

AS G 49. Zu § 21

§ 21 ist wie folgt zu fassen:

Bei Annahme entfällt Ziff. 50

"§ 21
Abweichende Vereinbarungen

Die Vertragsparteien können nach Anhörung der Landeskrankenhausgesellschaft, der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie mit Zustimmung der obersten Landesbehörde von § 3 Abs. 1, §§ 4 bis 6 und den entsprechenden Bestimmungen des Kosten- und Leistungsnachweises abweichende Vereinbarungen treffen, um insbesondere durch Modellvorhaben verstärkte Anreize für eine sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung und eine kostengünstige Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen zu schaffen."

*) Bei Annahme ist Ziff. 47 redaktionell anzupassen.

(noch Ziff. 49)

Begründung:

Der Bundesrat stimmt mit der Bundesregierung darin überein, daß den Pflegesatzparteien Raum zur Entwicklung grundsätzlicher Alternativen zu geben ist, um dem Ziel einer möglichst kostengünstigen, medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung des Patienten besser gerecht zu werden. Jedoch ist der bisherige Ansatz zu begrenzt. Im Interesse einer weiteren Entwicklung des Anreizsytems für eine eigenständige, wirtschaftliche und leistungsfähige Betriebsführung im Krankenhaus und einer funktionsbezogenen Ausschöpfung betriebsindividueller Möglichkeiten zur Kostendämpfung, insbesondere hinsichtlich der Verweildauer, ist es geboten, den Vereinbarungsparteien insbesondere im Rahmen von Modellvorhaben die Befugnis zu weitergehenden abweichenden Vereinbarungen einzuräumen. In diese Vereinbarungen können auch die entsprechenden Teile des Kosten- und Leistungsnachweises einbezogen werden. Damit werden auch eigene Initiativen der unmittelbar Beteiligten zur Weiterentwicklung des bisherigen Pflegesatzsystems ermöglicht.

Der Bundesrat geht davon aus, daß etwa zwei Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung hinreichende Erfahrungen mit dem jetzt neu eingeführten Budgetsystem und Erkenntnisse über alternative Entgeltregelungen vorliegen werden, um durch eine Änderung der Verordnung weitergehende Möglichkeiten für Vereinbarungen der Pflegesatzparteien zu schaffen.

Fz 50. Zu § 21

§ 21 ist nach der Überschrift wie folgt zu fassen:

Entfällt bei Annahme von Ziff. 49

"Die Vertragsparteien können im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, nach Anhörung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde für Modellvorhaben von den § 3 bis 6 abweichende Vergütungsformen vereinbaren, die für alle Benutzer verbindlich sind."

Begründung:

Die Abweichungsmöglichkeit sollte nur für Modellvorhaben vorgesehen werden, da sonst die Grundstruktur der Verordnung viel zu weitgehend abdingbar ist und das Pflegesatzwesen unübersehbar wird. Das Einvernehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung ist vorzuschreiben, damit die Interessen der Selbstzahler gewahrt werden. Eine Anhörung genügt hier nicht.

In 51. Zu § 24 nach Absatz 3

Bei Annahme entfallen Ziff. 52 und Ziff. 53

In § 24 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

"(4) Für noch nicht abgeschlossene Pflegesatzverfahren, die Pflegesätze bis zum 31. Dezember 1985 betreffen, gilt die Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333, 419) in der bis zum 31. Dezember 1985 geltenden Fassung weiter. Dasselbe gilt für Pflegesätze, die vor dem 1. Januar 1986 mit einer über diesen Zeitpunkt hinausgehenden Laufzeit vereinbart oder festgesetzt worden sind."

Begründung:

Die Ermittlung und Festsetzung der Pflegesätze wird durch die neue Pflegesatzverordnung so grundsätzlich verändert, daß eine klare und eindeutige Übergangsvorschrift unerläßlich ist. Die Übergangsvorschriften des § 24 sind in ihrer derzeitigen Fassung ungenügend, weil nur für bestimmte statistische Unterlagen Übergangsregelungen vorgesehen sind. Es ist dringend geboten klarzustellen, wie die Umstellung von der bisherigen auf die neue Rechtslage insgesamt durchzuführen ist. Insbesondere muß für den Übergang eindeutig klargestellt sein, in welchen Fällen alte bzw. neues Pflegesatzrecht zugrunde zu legen ist. Ein reibungsloser Übergang auf das neue Recht setzt eine sachgerechte und alle Sachverhalte berücksichtigende Übergangsvorschrift voraus. Da § 29 Abs. 5 KHG insoweit eine Lücke enthält, ist diese Regelung geboten. Die Anwendung des neuen Pflegesatzrechts für einen vor dessen Inkrafttreten liegenden Zeitraum ist objektiv unmöglich, weil das neue Recht die Vergütung von Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum vorschreibt.

K 52. Zu § 24 nach Abs. 3

Entfällt bei Annahme von Ziff. 51

In § 24 ist nach Absatz 3 folgender Absatz 4 anzufügen:

Bei Annahme entfällt Ziff. 53

"(4) § 19 Abs. 2 Satz 3 gilt auch für die am 31. Dezember 1985 geltenden Pflegesätze und besonderen Entgelte."

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung, daß die am 31. Dezember 1985 geltenden Pflegesätze und die besonderen Entgelte, die im Rahmen von Pflegesatzmodellen erhoben werden, als Abschlagzahlung weiterhin Gültigkeit behalten.

AS G 53. Zu § 24 nach Abs. 3

In § 24 ist nach Absatz 3 folgender Absatz 4 anzufügen:

Entfällt bei Annahme von Ziff. 51 oder Ziff. 52

"(4) § 19 Abs. 2 Satz 3 gilt auch für die am 31. Dezember 1985 geltenden Pflegesätze."

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung.

AS
G

54. Zu den Anlagen 1 bis 3, Anhang 1 und 2,
zu § 14 Abs. 3, § 16 Abs. 4 Satz 1

Ggf. mit den Änderungen gem. Ziff. 55 - 59

Die Anlagen 1 bis 3 sowie die Anhänge 1 und 2 zum Kosten- und Leistungsnachweis sind durch die nachstehenden Anlagen 1 und 2 sowie Anhänge 1 und 2*) zu ersetzen.

Folgeänderungen:

In § 14 Abs. 3 ist die Angabe "Anlage 3" zu ersetzen durch die Angabe "Anlage 2", und

in § 16 Abs. 4 Satz 1 ist die Angabe "Anlagen 1 bis 3" zu ersetzen durch die Angabe "Anlagen 1 und 2".

Begründung:

Ein spezielles Selbstkostenblatt für Krankenhäuser, die nur einen allgemeinen Pflegesatz begehren, ist entbehrlich. Die Kosten und der Pflegesatz dieser Krankenhäuser können durch entsprechende Verwendung der bisherigen Anlage 2 dargestellt werden. Damit bleibt es bei einem einheitlichen Kosten- und Leistungsausweis für alle Krankenhäuser.

---

*) vgl. Anlagen 1 bis 4 zu dieser Drucksache.

K 55. Zur Anlage 1 Blatt K 1 und K 2 /und Anlage 2 Blatt K 67

/-_7 entfällt bei Annahme von Ziff. 54

In Anlage 1 Blätter K 1 und K 2 /sowie in Anlage 2 Blatt K 67 sind bei den laufenden Nummern 20 bis 22 die Kostenarten jeweils in folgender Reihenfolge aufzuführen:

"20 Gebrauchsgüter
21 Instandhaltung [10)]
22 Steuern, Abgaben, Versicherungen".

Begründung:

Die Reihenfolge sollte dem Musterkontenplan zur Krankenhaus-Buchführungsverordnung entsprechen.

AS G 56. Zur Anlage 1 Blatt S 3

a) In Anlage 1 [*)] Blatt S 3 Spalte 1 lautet die Bezeichnung der Zeile 1:

"Arzneimittel (außer Nr. 13 und 15), Heil- und Hilfsmittel".

b) In Anlage 1 [*)] Blatt S 3 Spalte 1 lautet die Bezeichnung der Zeile 2:

"Kosten der Lieferapotheke".

*) Gilt auch für die Fassung gemäß der Empfehlung Ziff. 54.

(noch Ziff. 56)

Begründung
zu a:
Die schon im bisherigen Selbstkostenblatt übliche Zusammenfassung sollte beibehalten werden, da den Heil- und Hilfsmitteln kostenmäßig keine übergeordnete Bedeutung zukommt.

zu b:
Um eine Vergleichbarkeit der Arzneimittelkosten bei Krankenhäusern mit eigener Apotheke und Krankenhäusern mit Versorgung durch öffentliche Apotheken bzw. durch Apotheken anderer Krankenhäuser zu ermöglichen, sollten die Kosten der Lieferapotheke gesondert ausgewiesen werden.

K 57. Zur Anlage 1 Blatt L 1 und 2

Bei Annahme entfallen Ziff. 58 und ~~7~~ in Ziff. 61

In Anlage 1 sind die Blätter L 1 und L 2 zu streichen.

Begründung:

Die Bereitstellung der für die Anlagen L 1 und L 2 erforderlichen Daten muß gerade bei Universitätskliniken zu einer wesentlichen Kostensteigerung führen , da sowohl im personellen Bereich wie auch im Investitionsbereich (EDV) Konsequenzen zu ziehen sind.

Im übrigen dürfte es derzeit kein erprobtes Verfahren geben, die in den Anlagen L 1 und L 2 geforderten Daten zu erfassen, aufzuarbeiten und darzustellen.

AS
G

58. Zur Anlage 1 Blatt L 2

In Anlage 1*) Blatt L 2 ist an die Fußnote ** folgender Satz anzufügen:

Entfällt bei Annahme von Ziff. 57

"Die Leistungen sind nach der GOÄ zu erfassen und zu gewichten."

Begründung:

Um eine Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen zu ermöglichen, ist eine Erfassung und Gewichtung nach einheitlichen Kriterien erforderlich. Hierfür bietet sich das Verzeichnis der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an.

AS
G

59. Zum Anhang 1

Im Anhang 1 zum Kosten- und Leistungsnachweis*) ist die laufende Nummer 8 wie folgt zu fassen:

"8 Frauenheilkunde und Geburtshilfe".

Begründung:

Anpassung an die Terminologie verschiedener Weiterbildungsordnungen.

*) Gilt auch für die Fassung gemäß der Empfehlung Ziff. 54.

C

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS) und der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (G) empfehlen dem Bundesrat ferner, die nachstehenden Entschließungen zu fassen:

AS
G

60. Zu § 13 Abs. 3 Nr. 3

Entschließung

Entfällt bei Annahme von Ziff. 35

Die Ausgliederung der Kosten ambulanter Leistungen der Krankenhäuser ist nur dann gerechtfertigt, wenn diese in die Lage versetzt werden, die Kosten der ambulanten Leistungen durch die hierauf entfallenden Entgelte zu decken.

Die Vergütungen für ambulante Leistungen, die insbesondere auf Grund von § 368 n Abs. 3 RVO zugestanden werden, decken die Kosten nicht, zumal die unklare Formulierung dieser Vorschrift die Krankenhäuser bisher gehindert hat, eine tarifgemäße Vergütung zu erreichen.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung daher, alsbald die Konsequenzen hinsichtlich der Vergütungen für ambulante Leistungen insbesondere nach § 368 n Abs. 3 RVO in der Weise zu ziehen, daß eine Klarstellung erfolgt.

G

61. Zu § 16 Abs. 4, § 24 Abs. 2 und 3

Entschließung

[-] entfällt bei Annahme Ziff. 57

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, geeignete Schritte zu tun, um verbesserte Voraussetzungen für eine wirksame, praktikable und kostengünstige Einführung des nach § 16 Abs. 4 geforderten Kosten- und Leistungsnachweises[, insbesondere der anonymisierten Diagnosen- und Leistungsstatistik] zu schaffen.

In diesem Zusammenhang geht der Bundesrat davon aus, daß die Bundesregierung nach eingehender Erörterung mit den Bundesländern, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft die bestehende Krankenhaus-Buchführungsverordnung grundsätzlich mit der Zielsetzung überarbeitet, die geforderte Transparenz und Vergleichbarkeit des Kosten- und Leistungsgefüges durch einheitliche Vorgaben im Bereich der Kosten- und Leistungsrechnung zu erreichen.

224/1/85

Anlage 1 (Anlage 1)

zu § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Kosten- und Leistungsnachweis

VORBLATT

lfd. Nr.		Abgelaufener Pflegesatzzeitraum von ... bis	Laufender Pflegesatzzeitraum von .... bis	Pflegesatzzeitraum [1] von .... bis ....
	1	2	3	4
	I. Budget und Sonderentgelte			
1	1.a) Vereinbartes Budget (§ 4 Abs.1 Satz 1)			———
2	b) zugehörige vorauskalkulierte Berechnungstage			———
3	2.a) Angepaßtes Budget (§ 4 Abs.1 u. 2)		———	———
4	b) zugehörige abgerechnete Berechnungstage		———	———
5	3.a) Vom Krankenhaus gefordertes Budget	———	———	
6	b) zugehörige vorauskalkulierte Berechnungstage	———	———	
7	4. Sonderentgelte nach § 6 (Gesamtbetrag) [2]			
8	5. Überschuß/Unterdeckung im pflegesatzfähigen Bereich (§ 4 Abs.4)		———	———
	II. Pflegesätze			
9	1. Allgemeiner Pflegesatz (§ 5 Abs.1)			
	2. Besondere Pflegesätze (§ 5 Abs.2):			
10	a)			
11	b)			
12	c)			
13	d)			
14	e) [3]			
	3. Pflegesätze für teilstationäre Leistungen			
15	a) (§ 5 Abs.3)			
16	b)			
17	4. Sonderentgelte nach § 6 (Anzahl) [3]			
	III. Strukturdaten			
18	1. Hauptamtlich geleitete Fachabteilungen (Anzahl)			
19	2. Belegabteilungen (Anzahl)			
20	3. Ausbildungsstätten (Art und Anzahl der Plätze): [3]			
21	4. Medizinisch-techn. Großgeräte (Art und Anzahl): [3]			

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K KOSTENNACHWEIS

K 1 ABLEITUNG DER KOSTEN AUS DER BUCHFÜHRUNG *

Abgelaufenes Geschäftsjahr von .... bis					
lfd Nr.	Kostenarten	Aufwand der Buchführung	Berichtigungen 4)	Kosten im Sinne der Verordnung	DM je BT 5)
	1	2	3	4	5
1	Ärztlicher Dienst				
2	Pflegedienst				
3	Medizin.-technischer Dienst				
4	Funktionsdienst				
5	Klinisches Hauspersonal				
6	Wirtschafts-u.Versorgungsdienst				
7	Technischer Dienst 6)				
8	Verwaltungsdienst				
9	Sonderdienste				
10	Sonstiges Personal				
11	Nicht zurechenbare Personalkosten				
12	Personalkosten insgesamt				
13	Lebensmittel				
14	Medizinischer Bedarf				
15	Wasser, Energie, Brennstoffe 7)				
16	Wirtschaftsbedarf				
17	Verwaltungsbedarf				
18	Zentrale Verwaltungsdienste 8)				
19	Zentrale Gemeinschaftsdienste				
20	Steuern, Abgaben, Versicherung				
21	Instandhaltung 9)				
22	Gebrauchsgüter				
23	Sonstiges				
24	Sachkosten insgesamt				
25	Zinsen für Betriebsmittelkredite 10)				
26	Krankenhaus insgesamt				
27	Personal der Ausbildungsstätten				
28	Sachkosten d.Ausbildungsstätten				
29	Umlage nach § 15 Abs. 3				
30	Ausbildungsstätten insgesamt				
31	Gesamtkosten (Nr. 26 u. 30)				

* Zahlenangaben in K 1 bis K 6 sowie in S 3 erfolgen - mit Ausnahme der Angaben je Berechnungstag - in DM ohne Pfennig

Anlage 1

Krankenhaus:

Seite :

Datum:

K2 VORAUSKALKULATION DER KOSTEN

lf. Nr.	Kostenarten	Kosten im abgelaufenen Geschäftsjahr (von K 3, Sp. 4)				Kosten für das laufende Geschäftsjahr von..... bis				Kosten für den Pflegesatzzeitraum [1] von... bis				11
		Leistungen nach § 6 32) - insgesamt - (von K 6, 1)	Budgetbereich: Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz -insgesamt-	je BT	Leistungen nach § 6 32) - insgesamt - (von K 6, 1)	Budgetbereich: Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz -insgesamt-	je BT	Leistungen nach § 6 32) - insgesamt - (von K 6, 1)	Budgetbereich: Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz -insgesamt-	je BT	Zuordnung
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Ärztlicher Dienst													A
2	Pflegedienst													P
3	Medizin.-technischer Dienst													A
4	Funktionsdienst													A
5	Klinisches Hauspersonal													U
6	Wirtschafts-u.Versorgungsdienst													U
7	Technischer Dienst 6)													U,A 12)
8	Verwaltungsdienst													U
9	Sonderdienste													P
10	Sonstiges Personal													P
11	Nicht zurechenbare Personalkosten													U
12	Personalkosten insgesamt													
13	Lebensmittel													U
14	Medizinischer Bedarf													A
15	Wasser, Energie, Brennstoffe 7)													U, A 13)
16	Wirtschaftsbedarf													U
17	Verwaltungsbedarf													U
18	Zentrale Verwaltungsdienste													U
19	Zentrale Gemeinschaftsdienste													U,A 14)
20	Steuern, Abgaben, Versicherungen													U
21	Instandhaltung 9)													U,A 15)
22	Gebrauchsgüter													U,A 16)
23	Sonstiges													U
24	Sachkosten insgesamt													
25	Betriebsmittelkreditzinsen 10)													U
26	Krankenhaus insgesamt													
27	Personal der Ausbildungsstätten													P,A 17)
28	Sachkosten d.Ausbildungsstätten													P,A
29	Umlage nach § 15 Abs. 3													P,A
30	Ausbildungsstätten insgesamt													
31	Gesamtkosten													

Original im Din A 3-Format

2241/185

Krankenhaus:

K 3 VORAUSKALKULATION DER ABZÜGE

Seite:

Datum:

lfd. Nr.	Abzüge	Abzüge im abgelaufenen Geschäftsjahr vom.....bis						Abzüge für das laufende Geschäftsjahr vom ..... bis			Abzüge für den Pflegesatzzeitraum 1) vom ..... bis			11)
		Ableitung aus der Buchführung			Budgetbereich (von Sp. 4)			Budgetbereich			Budgetbereich			
		Zahlen der Buchführung	Berichtigungen	Abzüge im Sinne der Verordnung	Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Allgemeiner Pflegesatz - insgesamt -	je BT	Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Allgemeiner Pflegesatz - insgesamt -	je BT	Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Allgemeiner Pflegesatz - insgesamt -	je BT	Zuordnung
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	1. Kostenabzüge für: 19)													
1	Personalunterkunft u. Sachbezüge 19)													U
2	Personalverpflegung 19)													U
3	Hilfsbetriebe													u
4	Wissenschaftliche Forschung und Lehre (§ 17 Abs. 3 Nr. 2 KHG) 20)													A
5	Ambulante Leistungen von Ärzten des Krankenhauses													A
6	Belegärztliche Leistungen													A
7	Ambulanz des Krankenhauses 21)													A
8	Nichtärztliche Wahlleistungen 22)													Ä
9	Kosten der Ärzteausbildung bei Lehrkrankenhäusern													Ä
10	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 1 KHG													Ä
11	Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 KHG													Ä
12	Anlauf- u. Umstellungskosten (§ 17 Abs. 4 Nr. 3 KHG)													Ä
13	Kosten nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG													Ä
14	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 4 KHG													Ä
15	Kosten von Ausbildungsstätten, soweit nicht pflegesatzfähig (§ 17 Abs. 4a KHG)													P,A 17)
	2. Sonstige Abzüge													
16	Erlöse aus dem Verkauf von Wirtschaftsgütern mit einer Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren													
17	Sonstige Erlöse u. Erstattungen													
18	Abzüge insgesamt													

Original im Din A 3 - Format

224/1/85

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K4 ZUSAMMENHANG VON BUDGET UND PFLEGESÄTZEN

	K 4.1 ERMITTLUNG DES BUDGETS	DM
1	Gesamtkosten - ohne Kosten für Leistungen nach § 6 - (K 2 Nr. 31, Spalten 11 u. 12	
2	./. Abzüge (K 3, Nr. 18, Spalten 11 u. 12)	
3	= Vorauskalkulierte Selbstkosten	
4	Ausgleich nach § 4 Abs. 1	
5	Berichtigung nach § 4 Abs. 2	
6	Mehrerlöszuschlag nach § 4 Abs. 2 Satz 5	
7	Zuschlag nach § 4 Abs. 5	
8	Zuschlag nach § 18 b KHG	
9	Ausgleich und Zuschläge insgesamt (Nr. 4 - 8)	
10	Vorauskalkuliertes Budget (Nr. 3 und 9)	

	K 4.2 AUFTEILUNG DES BUDGETS AUF DIE PFLEGESÄTZE	Pflegesatz in DM (K 5.1, Nr. 7)	Berechnungstage (K 5.3 Nr. 6, Sp. 6)	Budgetanteil in DM (Sp. 2 x 3)
	1	2	3	4
1	1. Allgemeiner Pflegesatz			
	2. Besondere Pflegesätze			
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			
6	-			
7	-			
8	3. Pflegesätze nach § 5 Abs. 3			
9	Budget (vgl. K 4.1, Nr. 10)			

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 5 ERMITTLUNG DES PFLEGESATZES NACH § 5 Abs. ...

Bezeichnung: .....

K5.1 ERMITTLUNG DES PFLEGESATZES		
1	Gesamtkosten für den Pflegesatz (anteilig von K 2, Nr. 31, Sp. 11 u. 12	
2	./. Abzüge für den Pflegesatz (anteilig von K 3, Nr. 18, Sp. 11 u. 12)	
3	- Vorauskalkulierte Selbstkosten	
4	Anteilige Ausgleiche und Zuschläge von K 4.1, Nr. 9 (entsprechend den anteiligen Selbstkosten)	
5	Budgetanteil (von K 4.1 Nr. 10)	
6	: Kostengleiche Berechnungstage (K 5.3, Nr. 9, Sp. 6)	
7	Zwischensumme (je BT)	
8	Zu-/Abschlag nach § 19 Abs. 2 Satz 4	
9	Vorauskalkulierter Pflegesatz	

K5.2 TEILBETRÄGE DES PFLEGESATZES (§ 5 Abs. 4) 11)		Anteil am Pflegesatz in %	DM
1	Unterkunft und Verpflegung		
2	Pflege		
3	Ärztliche und sonstige medizinische Versorgung		

K5.3 ERMITTLUNG DER KOSTENGLEICHEN BERECHNUNGSTAGE

lfd. Nr.		Abgelaufenes Geschäftsjahr			Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum
		Berechnungstage (BT)	Faktor	Kostengleiche BT	Kostengleiche BT	
	1	2	3	4	5	6
1	1 - Bett-Zimmer		1,30			
2	1 - Bett-Zimmer bei 2 -Bett-Zimmer als allgem. Krankenhausleistung		1,15			
3	2 - Bett-Zimmer		1,10			
4	Pflegesatz ohne Wahlleistung 23)		1,00			
5	Sonstiges 24)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	—	33)	33)
7	Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag und Kostenabzug)		0,01			
8	Belegarzt (Korrekturfaktor für Belegarztabschlag)		-0,05			
9	Kostengleiche Berechnungstage insgesamt					

224/1/85

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 6 ERMITTLUNG DES SONDERENTGELTES NACH § 6

für die Leistung .....

K 6.1 KOSTENNACHWEIS (anteilig von K 2, Spalten 2, 6 u. 10		Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum
	1	2	3	4
1	Ärztlicher Dienst			
2	Pflegedienst			
3	Medizin.-technischer Dienst			
4	Funktionsdienst			
5	Personalkosten insgesamt			
6	Medizinischer Bedarf			
7	Kosten insgesamt			

K 6.2 ERMITTLUNG DES SONDERENTGELTES		DM je Leistung
1	Kosten (K 6.1, Nr. 7)	
2	: Kostengleiche Leistungen (K 6.3 Nr. 4)	
3	Sonderentgelt	

K 6.3 ERMITTLUNG DER KOSTENGLEICHEN LEISTUNGEN

lfd. Nr.		Abgelaufenes Geschäftsjahr			Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum
		Anzahl der Leistungen	Faktor	Kostengleiche Leistungen		
	1	2	3	4	5	6
1	Leistungen insgesamt		1,00			
2	davon Wahlarzt (Korrektur)		0,01			
3	davon Belegarzt (Korrektur)		-0,05			
4	Kostengleiche Leistungen insgesamt					

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

S STATISTISCHE DATEN

S 1 BELEGUNGSDATEN

lfd. Nr.	BELEGUNGSDATEN (ohne teilstationäre Patienten) 25)	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum
	1	2	3	4
1	Planbetten			
2	Aufgestellte Betten			
3	Pflegetage 26)			
4	24-Stunden-Fälle			
5	Stundenfälle innerhalb eines Tages			
6	Aufnahmen			
7	Entlassungen			
8	davon Verlegungen nach außen			
9	Fallzahl 27)			
10	Verweildauer (Nr. 3: Nr. 9)			
11	Berechnungstage (K 5.3, Nr. 6)			
12	Nutzungsgrad der Planbetten 26)			
13	Nutzungsgrad der aufgestellten Betten 26)			
14	kostengleiche Berechnungstage (K 5.3, Nr. 9)			

S 2 PERSONAL DES KRANKENHAUSES

lfd. Nr.	Personalgruppen	(Durchschnittl. beschäftigte Vollkräfte) 28) Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum	Belastungszahl nach Betten (von Sp. 2) 29)	Belastungszahl nach Fällen (von Sp. 2) 30)	Durchschnittliche Kosten je Vollkraft im abgelaufenen Geschäftsjahr
		2	3	4	5	6	7
1	Ärztlicher Dienst						
2	Pflegedienst						
3	Med.-techn. Dienst						
4	Funktionsdienst						
5	Klinisches Hauspersonal						
6	Wirtschafts-u.Versorgungsdienst						
7	Technischer Dienst 6)						
8	Verwaltungsdienst						
9	Sonderdienste						
10	Sonstiges Personal						
11	Insgesamt						
12	Ausbildungsstätten						
13	nachrichtlich: Auszubildende in der Krankenpflege						
14	Sonstige Auszubildende						

224/1/85

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

S 3 MEDIZINISCHER BEDARF

lfd Nr.	MEDIZINISCHER BEDARF	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum insgesamt	Pflegesatzzeitraum DM je BT
	1	2	3	4	5
1	Arzneimittel (außer Nr. 13 u. 15)				
2	Heil- und Hilfsmittel				
3	Blut, Blutkonserven u. Blutplasma				
4	Verbandsmittel				
5	Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmaterial, Instrumente				
6	Narkose- u. sonstiger OP-Bedarf				
7	Bedarf f. Röntgen u. Nuklearmedizin				
8	Laborbedarf				
9	Untersuchungen in fremden Instituten				
10	Bedarf für EKG, EEG, Sonographie				
11	Bedarf der physikal. Therapie				
12	Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial				
13	Implantate				
14	Transplantate				
15	Dialysebedarf				
16	Kosten für Krankentransporte (soweit nicht Durchlaufposten)				
17	Sonstiger med. Bedarf				
18	Medizin. Bedarf insgesamt				

S 4 KENNZAHLEN DER FACHABTEILUNGEN 25)

lfd Nr.	FACHABTEILUNGEN 31) (Abgelaufenes Geschäftsjahr)	*)	Plan-betten	Aufgestellte Betten insgesamt	Aufgestellte Betten davon Intens.	Pflegetage (Mitternachtsbestände)	Nutzungsgrad der Betten (Sp. 6 : 4)	Fallzahl der Abteilg. 27)	Verweildauer (Sp. 6:8)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	insgesamt						—		—

*) Schlüssel: 1= hauptberuflich geführte Abteilungen

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

S 5 VERSORGUNG

lfd Nr.	VERSORGUNGSLEISTUNGEN (Abgelaufenes Geschäftsjahr)	Verbrauchs-/ Leistungsmengen
	1. Versorgung mit Wasser, Energie, Brennstoffen	
1	- Strom in Kilowattstunden	
2	- Wasser in Kubikmetern	
3	- schweres Heizöl in Tonnen	
4	- leichtes Heizöl in Litern	
5	- Kohle in Tonnen	
6	- Gas in Kubikmetern	
7	- Fernwärme in Tonnen Dampf	
	2. Wäscheversorgung	
8	kg Schmutzwäsche, für - Krankenhaus	
9	- angegliederte Bereiche	
10	- Sonstige	
	3. Speisenversorgung	
11	Beköstigungstage für - Patienten	
12	- Personal	
13	- Sonstige	
14	davon - Vollkost	
15	- Schonkost	
16	- Diät	

S 6 ERLÖSE

lfd Nr.	ERLÖSE DES KRANKENHAUSES: (Abgelaufenes Geschäftsjahr)	DM
1	Allgemeiner Pflegesatz	
2	Besondere Pflegesätze	
3	Pflegesätze für teilstationäre Leistungen	
4	Sonderentgelte (§ 6)	
5	Zwischensumme	
6	Ambulanzeinnahmen	
7	Kostenerstattungen der Ärzte	
8	Wahlleistungen des Krankenhauses	

2241/1185

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Daten:

L LEISTUNGSNACHWEIS

L1 DIAGNOSENSTATISTIK

der aus der Fachabteilung ..... entlassenen Patienten *,**

Hauptdiagnose (Schlüssel: ICD-9, dreistellig)		Patienten insgesamt	davon nach Altersgruppen von ..... bis unter ..... Jahren					
			0 - 5	5 - 15	15 - 40	40 - 65	65 - 75	75 und mehr
1	———	2	3	4	5	6	7	8
...	Anzahl							
	Verweildauer							
	Operationen (Anzahl)							
...	Anzahl							
	Verweildauer							
	Operationen (Anzahl)							
...	.							
	.							
	.							
insgesamt	Anzahl							
	Verweildauer							
	Operationen (Anzahl)							

* Musterblatt; EDV-Ausdrucke mit abweichender Gliederung möglich.

** Diagnosen und Anzahl der Operationen sind erstmals für das Jahr 1986, Verweildauer und Alter der Patienten erstmals für das Jahr 1988 nachzuweisen.

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

L2 LEISTUNGSSTATISTIK FÜR MEDIZINISCHE INSTITUTIONEN 19.. *

lfd. Nr.	Leistungsarten	Leistungen für den stationären Bereich		Leistungen für den ambulanten Bereich und für Dritte	
		Anzahl	Punkte	Anzahl	Punkte
	1	2	3	4	5
	I. Röntgenleistungen und Anwendung radioaktiver Substanzen				
	1. Strahlendiagnostik				
1	a) Röntgen Gruppe 1 (Skelett)				
2	b) Röntgen Gruppe 2 (Brust, Magen, Darm)				
3	c) Röntgen Gruppe 3 (Urologie)				
4	d) Röntgen Gruppe 4 (Angiographie)				
5	e) Röntgen Gruppe 5 (sonstige Spezial-untersuchungen)				
6	f) Röntgen Gruppe 6 (Ct, NMR)				
	2. Anwendung radioaktiver Substanzen (Radionuklide)				
7	a) Diagnostische Leistungen In-vivo-Untersuchungen				
8	In-vitro-Untersuchungen				
9	b) Therapeutische Leistungen				
	3. Strahlentherapie				
10	a) Weichstrahlentherapie				
11	b) Hartstrahlentherapie				
	II. Diagnostik				
	1. Innere Medizin				
12	a) Ganzkörperplethysmographische Bestimmung				
13	b) Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance)				
14	c) Oszillographische/rheographische Untersuchungen				
15	d) Herzkatheter				
16	e) Anlegen eines Schrittmachers				
17	f) Verschluß-plethysmographische Untersuchungen				

* Musterblätter; EDV-Ausdrucke mit abweichender Gliederung möglich.

** Die Leistungsstatistik ist von Krankenhäusern mit mehr als 100 Betten vorzulegen, soweit sie von den anderen Vertragsparteien rechtzeitig im voraus verlangt wird (§ 16 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2). Die Leistungen sind von Krankenhäusern mit mehr als 250 Betten erstmals für 1987, von Krankenhäusern mit mehr als 100 bis zu 250 Betten erstmals für 1988 nachzuweisen.

224/1/85

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

L? LEISTUNGSSTATISTIK FÜR MEDIZINISCHE INSTITUTIONEN 19..

lfd. Nr.	Leistungsarten	Leistungen für den stationären Bereich		Leistungen für den ambulanten Bereich und für Dritte	
		Anzahl	Punkte	Anzahl	Punkte
	1	2	3	4	5
18	g) Gefäß-Diagnostik mittels Ultraschall-Doppler-Technik				
19	h) Endoskopien - Bronchoskopien				
20	- Gastroskopien				
21	- Koloskopien				
22	- Laparoskopien				
23	i) Sonographien				
	2. Neurologie				
24	a) Elektroenzephalographische Untersuchungen				
25	b) Elektromyographische Untersuchungen				
	3. Geburtshilfe/Gynäkologie				
26	a) Hysteroskopie				
27	b) Laparoskopie/Pelviskopie				
28	c) Sonographien				
	4. Augen				
29	a) Fluoreszenzangiographische Untersuchungen am Augenhintergrund				
30	b) Elektro-Myographie der äußeren Augenmuskeln				
31	c) Ophthalmodynamometrie				
	5. Hals - Nasen - Ohren				
32	a) Audio-elektroenzephalographische Untersuchungen				
33	b) Elektronystagmographische Untersuchungen				
34	c) Sonographien				
	6. Urologie				
35	a) Zystoskopie				
36	b) Urodynamische Druckmessungen mit fortlaufender Registrierung				
37	c) Sonographien				

Drucksache 224/1/85
Anlage 1

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

L2 LEISTUNGSSTATISTIK FÜR MEDIZINISCHE INSTITUTIONEN 19..

lfd. Nr.	Leistungsarten	Anzahl der Leistungen für den stationären Bereich	Anzahl der Leistungen für den ambulanten Bereich u. Dritte
	1	2	3
	III. Laboratoriumsuntersuchungen		
38	1. Qualitative und quantitative physikalisch-chemische Untersuchungsmethoden (einschl. Enzym-immunologische Untersuchungen)		
39	2. Elektrophoretische und chromatographische Trennverfahren		
40	3. Gerinnungsphysiolcgische Untersuchungsmethoden		
41	4. Mikroskopische Untersuchungsmethoden		
42	5. Komplexuntersuchungen		
43	6. Funktionsprüfungen		
44	7. Serologisch-immunologische Untersuchungsmethoden		
45	8. Mikrobiologische Untersuchungsmethoden		
46	9. Histologie		
47	10. Zytologie		
48	11. Zytogenetik		
	IV. Physikalisch-medizinische Leistungen *		
49	Krankengymnastische Behandlungen		
50	Massagen		
51	Medizinische Bäder		
	V. Anästhesieleistungen		
52	Kombinationsnarkosen		
53	Kaudal-, Spinal- oder Peridurale Anästhesien		

Erläuterungen:

Zu III. 1.: Erbracht mit vollmechanisierten Analysengeräten? ☐ ja ☐ nein
Anteil der nicht mit vollmechanisierten Analysengeräten erbrachten Leistungen: ..... %

Zu III. 5.: Erbracht mit mechanisierten Geräten? ☐ ja ☐ nein
Anteil der nicht mit mechanisierten Geräten erbrachten Leistungen: ..... %

* Nur von Krankenhäusern mit entsprechenden medizinischen Schwerpunkten nachzuweisen. Zusätzliche wesentliche Leistungsbereiche sind gesondert nachzuweisen.

2241/1/85 (Anlage 2)

Anlage 2
zu § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Z ZUSÄTZLICHE SELBSTKOSTEN FÜR NICHT GEFÖRDERTE KRANKENHÄUSER (§ 14 Abs. 3)

(Ergänzung zum Kosten- und Leistungsnachweis)

Z 1 ABSCHREIBUNGEN AUF ANLAGEGÜTER*

lfd. Nr.	Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von mehr als 3 Jahren (abgelaufenes Geschäftsjahr)	An-schaf-fungs-jahr	Steuerrechtlich zulässiger Wert (§ 14 Abs. 1 S. 1)	Ab-schrei-bungs-satz	Abschreibung		
					Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum
	1	2	3	4	5	6	7
	Abschreibungen insgesamt						
	./. Erlöse aus dem Verkauf von Anlagegütern **						
	./. Abschreibungen, die auf Abzüge nach Anlage 1, K 3 entfallen (§ 14 Abs. 4)						
Z1	Berücksichtigungsfähige Abschreibungen insgesamt						

* Anlagegüter mit einem Wert unter 20 000 DM können zusammengefaßt werden. Ergänzende Angaben auf besonderem Blatt. Pauschale Beträge nach § 14 Abs. 2 sind entsprechend einzusetzen.

** abzüglich Restbuchwert

Anlage 2

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Z 2 R Ü C K S T E L L U N G E N (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1):

Nr.	Rückstellungen	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum
Z 2	Summe Z 1, Sp. 7 x .....vom Hundert - (Berücks. Abschreibungen)			

Z 3 Z I N S E N F Ü R F R E M D K A P I T A L * (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2)

lf. Nr.	Kreditaufnahme an	Kreditaufnahme DM	Zinssatz % p.a.	Dauer der Laufzeit in Monaten	Betriebsstand am Ende des abgelaufenen Geschäftsjahrs	Betriebsstand am Ende des laufenden Geschäftsjahrs	Betriebsstand am Ende des Pflegesatzzeitraums	Zinsen im Pflegesatzzeitraum
	1	2	3	4	5	6	7	8
Z 3	Zinsen für Fremdkapital insgesamt							

Z 4 Z I N S E N F Ü R E I G E N K A P I T A L (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3)

lf. Nr.	Eigenkapital am Ende des abgelaufenen Geschäftsjahr	Eigenkapital am Ende des laufenden Geschäftsjahr	Eigenkapital am Ende des Pflegesatzzeitraum	Zinssatz im Pflegesatzzeitraum	Zinsen Abgelaufenes Geschäftsjahr	Zinsen Laufendes Geschäftsjahr	Zinsen Pflegesatzzeitraum
	1	2	3	4	5	6	7
Z 4	Zinsen für Eigenkapital insgesamt						

*) Hier sind nur diejenigen Zinsen zu berücksichtigen, die nicht bereits als Betriebsmittelkreditzinsen in Anlage 1 aufgeführt sind.

2241/1/85

Anlage 2

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Z 5 ZUSÄTZLICHES BUDGET UND PFLEGESATZ

Z 5.1 ERMITTLUNG DES BUDGETS UND DES PFLEGESATZES		DM
1	Abschreibungen (Z 1)	
2	Rückstellungen (Z 2)	
3	Zinsen für Fremdkapital (Z 3)	
4	Zinsen für Eigenkapital (Z 4)	
5	= zusätzliche Selbstkosten insgesamt	
6	./. öffentliche Förderung (§ 14 Abs. 1 Satz 4)	
7	Ausgleich nach § 4 Abs. 1; Ausgleichsrate 100 % *	
8	= vorauskalkuliertes ZUSÄTZLICHES BUDGET	
9	: Kostengleiche Berechnungstage (Z 5.3 Nr. 9, Sp. 6)	
10	= Zwischensumme (je kostengl. BT)	
11	Pflegesatz aus Anlage 1	
12	Ausgleich nach § 19 Abs. 2 Satz 4 (je BT)	
13	Pflegesatz für nicht geförderte Krankenhäuser	

Z 5.2 TEILBETRÄGE DES PFLEGESATZES (§ 5 Abs. 4) 11)		Anteil am Pflegesatz in %	DM
1	Unterkunft und Verpflegung		
2	Pflege		
3	Ärztliche und sonstige medizinische Versorgung		

Z 5.3 ERMITTLUNG DER KOSTENGLEICHEN BERECHNUNGSTAGE

lf. Nr.		Abgelaufenes Geschäftsjahr			Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum
		Berechnungstage (BT)	Faktor	kostengleiche BT	Kostengleiche BT	
	1	2	3	4	5	6
1	1 - Bett-Zimmer		1,30			
2	1 - Bett-Zimmer bei 2 -Bett-Zimmer als allgem. Krankenhausleistung		1,15			
3	2 - Bett-Zimmer		1,10			
4	Pflegesatz ohne Wahlleistung 23)		1,00			
5	Sonstiges 24)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	—	33)	33)
7	Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag und Kostenabzug)		0,01			
8	Belegarzt (Korrekturfaktor für Belegarztabschlag)		-0,05			
9	Kostengleiche Berechnungstage insges.					

* Ausgleich für Mehr- oder Mindererlöse gegenüber dem vereinbarten zusätzlichen Budget des abgelaufenen Pflegesatzzeitraums

ANHANG 1 ZUM KOSTEN- UND LEISTUNGSNACHWEIS

BETTENFÜHRENDE FACHABTEILUNGEN

lfd. Nr.	Fachabteilung *
1	Innere Medizin
2	Kinderheilkunde
3	Chirurgie
4	Orthopädie
5	Urologie
6	Neurochirurgie
7	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
8	Geburtshilfe, Gynäkologie
9	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
10	Augenheilkunde
11	Haut- und Geschlechtskrankheiten
12	Radiologie
13	Nuklearmedizin
14	Psychiatrie
15	Neurologie
16	Kinder- u. Jugendpsychiatrie
17	Lungen- u. Bronchialheilkunde
18	Intensivmedizin
19	Geriatrie
20	Sonstige Fachabteilungen
21	Ohne abgegrenzte Fachabteilungen

* Nur Abteilungen, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet werden oder gebietsübergreifende Abteilungen.

Sind Fachgebiete in mehrere selbständige Abteilungen des Krankenhauses aufgeteilt, so ist entsprechend zu untergliedern.

ANHANG 2 ZUM KOSTEN- UND LEISTUNGSNACHWEIS

FUSSNOTEN

1) Pflegesatzzeitraum ist ein künftiger Zeitraum (§ 4 Abs. 1), der vom Geschäftsjahr abweichen kann

2) In Spalte 2 und 3 vereinbarte Sonderentgelte, in Spalte 4 geforderte Sonderentgelte

3) Ggf. gesondert nachzuweisen

4) Hochschulkliniken können direkt zurechenbare Kosten nichtstationärer Bereiche in K 1, Spalte 3 ausgliedern (vgl. auch die Fußn. 20 und 21)

5) BT = Berechnungstag

6) Technischer Dienst einschließlich Instandhaltung

7) Wasser einschließlich Abwasser

8) Investitionskostenanteile sind über Spalte 3 auszugliedern

9) Die Instandhaltung als Oberbegriff schließt die Instandsetzung ein

10) Erläuterungen auf besonderem Blatt

11) Zuordnung der Kostenarten und Abzüge zu den Leistungsbereichen nach § 5 Abs. 4 in Verbindung mit § 12: U = Unterkunft und Verpflegung; P = Pflege; Ä = ärztliche Versorgung und sonstige medizinische Versorgung. Maßgebend für die Aufteilung des Pflegesatzes in die Teilbeträge nach § 5 Abs. 4 sind die Anteile der Leistungsbereiche (Kosten und Abzüge) an den vorauskalkulierten Selbstkosten (K 5.1, Nr. 3). Die Teilbeträge und die Anteile (Vomhundertsatz) sind in K 5. 2 auszuweisen. Entsprechendes gilt für die Anlage 2.

12) Der Technische Dienst ist dem Teilbetrag "Ä" anteilig zuzuordnen, soweit er für diesen Bereich tätig ist (z.B. medizinisch-technische Geräte, OP, Blutbank, Medizinische Institutionen)

13) Wasser, Energie; dem Teilbetrag "Ä" anteilig nach Großverbrauchern (z.B. OP, physikalische Therapie) zuzuordnen

14) Zentrale Gemeinschaftsdienste, dem Teilbetrag "Ä" sind die Kosten der Gemeinschaftsdienste im medizinischen Versorgungsbereich sowie der zentralen technischen Dienste für medizinisch-technische Geräte und Anlagen zuzuordnen

15) Instandhaltung; dem Teilbetrag "Ä" ist die Instandhaltung für diesen Bereich zuzuordnen (vgl. Fußnote 16)

16) Wirtschaftsgüter des medizinischen Bedarfs mit einer Nutzungsdauer bis zu drei Jahren sind dem Teilbetrag "Ä" zuzuordnen

17) Kosten der Ausbildungsstätten; dem Teilbetrag "P" sind die Kosten der Ausbildungsstätten zuzuordnen, die Krankenpflegeberufe ausbilden; dem Teilbetrag "A" sind Ausbildungsberufe zuzuordnen, die für diesen Bereich tätig sind (vgl. die Zuordnung der Dienste)

18) Dem Leistungsbereich zuzuordnen, der sachlich betroffen ist

19) Abzug der Kosten, mindestens in Höhe der Sachbezugswerte (SGB IV, § 17 Abs. 1 Nr. 3)

20) Hochschulkliniken können direkt zurechenbare Kosten für die wissenschaftliche Forschung und Lehre in K 1, Spalte 3 kostenartenweise ausgliedern; in diesem Fall sind hier nur die anteilig zuzuordnenden Gemeinkosten sowie nachrichtlich die Gesamtsumme der hier und in K 1 ausgegliederten Kosten auszuweisen.

21) Hochschulkliniken können direkt zurechenbare Kosten für Polikliniken in K 1, Spalte 3, ausgliedern; in diesem Fall vgl. Fußnote 20.

22) Die Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft werden bei vorhandener Kostenstellenrechnung hier ausgewiesen (§ 13 Abs. 3 Nr. 8); im übrigen erfolgt der Kostenabzug durch die Umrechnungsfaktoren in K 5.3 sowie in der Anlage 2.

23) Einschließlich medizinisch notwendiger Unterbringung in 1- und 2-Bett-Zimmern

24) U. a. Berechnungstage mit wahlärztlichen Leistungen ohne gesondert berechenbare Unterkunft

25) Die Daten für Patienten in teilstationärer Behandlung sind gesondert nachzuweisen

26) Pflegetage nach Mitternachtsbeständen

27) Fallzahl = $\frac{\text{Aufnahmen + Entlassungen}}{2}$

28) Teilzeitkräfte sind in Vollkräfte umzurechnen

29) Belastungszahl = durchschnittlich belegte Betten je Vollkraft im abgelaufenen Geschäftsjahr

30) Belastungszahl = durchschnittlich versorgte Fälle je Vollkraft im abgelaufenen Geschäftsjahr

31) Soweit vorhanden, sind die Fachabteilungen dem Katalog in Anhang 1 zum Kosten- und Leistungsnachweis zu entnehmen und mit zugehöriger lfd. Nr. einzutragen

32) Nur Kostenarten, die lt. Kostennachweis (K 6.1) den Leistungen nach § 6 zuzuordnen sind.

33) Hier nur die Summe der ungewichteten Berechnungstage eintragen