Bundesrat **Drucksache 224/85**

08.05.85

AS - Fz - G - In - K

Verordnung

der Bundesregierung

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
(Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

A. Zielsetzung

Die Verordnung soll die seit 1973 geltende Bundespflegesatzverordnung ablösen und die Regelungen über die Vergütung der stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser an die Änderungen des Pflegesatzrechts durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) anpassen. Im Vordergrund steht hierbei das Ziel, den Krankenhäusern verstärkte Anreize für eine eigenständige, wirtschaftliche und leistungsfähige Betriebsführung zu geben und die Krankenhauspflegekosten im Interesse der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu dämpfen. Ferner sollen klare Regelungen zur Pflegesatzfähigkeit von Ausbildungskosten getroffen werden, insbesondere für den Bereich der Kranken- und Kinderkrankenpflege und für die Beschäftigung von Ärzten im Praktikum.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll insbesondere durch folgende Neuerungen erreicht werden:

1. die Vergütung der Krankenhausleistungen durch ein im voraus vereinbartes Budget mit "prospektiven" Pflegesätzen,

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

2. die eigenverantwortliche Festlegung des Budgets und der Pflegesätze durch Krankenhäuser und Krankenkassen in einer Vereinbarung oder - bei Nichteinigung - durch Entscheidung einer unabhängigen Schiedsstelle der Beteiligten,

3. die Umstellung der Vergütung vom allgemeinen, tagesbezogenen und vollpauschalierten Pflegesatz als Entgelt für sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen auf verschiedene, stärker leistungsbezogene Vergütungsformen,

4. die Eröffnung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten über eine entsprechende Ausgestaltung der Budgetvereinbarung,

5. die Schaffung von mehr Transparenz über die Kosten der Krankenhausleistungen, die mit den Pfegesätzen vergütet werden,

6. die verstärkte Berücksichtigung von Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser, von Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und von Möglichkeiten der Kostendämpfung bei der Pflegesatzverhandlung.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Durch die Neuregelung der Vergütung für die stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden Bund, Länder und Gemeinden nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.

Bundesrat — # 3 — Drucksache 224/85

08.05.85

AS - Fz - G - In - K

Verordnung
der Bundesregierung

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
(Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
14 (32) - 233 00 - Pf 13/85

Bonn, den 8. Mai 1985

An den
Herrn Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

mit Begründung, Vorblatt und drei Anlagen.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates auf Grund des Artikels 80 Abs. 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Y. S. Kohl

Drucksache 224/85
B

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

Vom ...

Inhaltsübersicht

1. Abschnitt
Allgemeine Vorschriften, Budget, Pflegesätze

§ 1 Anwendungsbereich
§ 2 Krankenhausleistungen
§ 3 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen
§ 4 Flexibles Budget
§ 5 Pflegesätze
§ 6 Sonderentgelte
§ 7 Wahlleistungen
§ 8 Pflegesatzabschläge
§ 9 Berechnung der Pflegesätze
§ 10 Wahlleistungsentgelte
§ 11 Kostenerstattung der Ärzte
§ 12 Unterrichtung der Patienten

2. Abschnitt
Ermittlung der Selbstkosten

§ 13 Selbstkosten der geförderten Krankenhäuser
§ 14 Selbstkosten der nicht geförderten Krankenhäuser
§ 15 Ausbildungskosten

224/85 B

3. Abschnitt
Pflegesatzverfahren

§ 16 Pflegesatzvereinbarung
§ 17 Schiedsregelung
§ 18 Genehmigung
§ 19 Laufzeit

4. Abschnitt
Sonstige Vorschriften

§ 20 Landespflegesatzausschüsse
§ 21 Abweichende Vereinbarungen
§ 22 Zuständigkeitsregelung
§ 23 Berlin-Klausel
§ 24 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Aufgrund der §§ 16 und 17 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) geändert worden sind, verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

1. Abschnitt

Allgemeine Vorschriften, Budget, Pflegesätze

§ 1
Anwendungsbereich

(1) Die stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden nach dieser Verordnung vergütet.

(2) Diese Verordnung gilt nicht für

1. die Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4 keine Anwendung findet,

2. die Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden, es sei denn, daß diese Krankenhäuser auf Grund Landesrechts nach § 5 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert werden.

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Leistungen, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

(3) Belegärzte im Sinne dieser Verordnung sind niedergelassene und andere nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Drucksache 224/85

B

§ 3

Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

(1) Die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) vereinbaren zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach Maßgabe der §§ 4 bis 6

1. einen Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) und Pflegesätze nach § 5, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,
2. Pflegesätze für Leistungen nach § 6 (Sonderentgelte).

(2) Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Die allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene werden mit den für die Versorgung der Mutter berechneten Pflegesätzen abgegolten.

§ 4
Flexibles Budget

(1) Das Budget wird auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Belegung für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) vereinbart. Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 von dem vereinbarten Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung). Die Vertragsparteien können im voraus andere Vomhundertsätze vereinbaren, wenn dies der Struktur oder der angenommenen Entwicklung von Kosten und Leistungen des Krankenhauses besser entspricht. Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen.

(2) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Ergeben sich jedoch während des Pflegesatzzeitraums Änderungen der Personalkosten auf Grund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, bei der folgenden Pflegesatzvereinbarung berichtigt. Die Vertragsparteien können für sonstige Kostenänderungen im voraus eine Berichtigung des Budgets vereinbaren, soweit Preisänderungen in der Kalkulation nicht berücksichtigt sind. Für den Berichtigungsbetrag gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend. An Stelle der Berichtigung nach Satz 2 bis 4 können die Vertragsparteien für die in Satz 2 und 3 bezeichneten Risiken im voraus einen angemessenen Wagniszuschlag vereinbaren.

(3) Bei wesentlichen Änderungen von den der Kalkulation des Budgets zugrunde gelegten Annahmen kann jede Vertragspartei die Neuvereinbarung des Budgets für den laufenden Pflegesatzzeitraum verlangen. Für einen Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend.

(4) Überschüsse oder Unterdeckungen im abgelaufenen Geschäftsjahr, die dadurch entstehen, daß die tatsächlich entstandenen Selbstkosten des Krankenhauses das vereinbarte, nach Absatz 1 und 2 berichtigte Budget und die Erlöse aus den Sonderentgelten unter- oder überschreiten, werden nicht ausgeglichen; sie dürfen bei nachfolgenden Pflegesatzvereinbarungen nicht berücksichtigt werden. Die Überschüsse sind insbesondere für den Ausgleich von Unterdeckungen anderer Jahre sowie für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu verwenden.

(5) Soweit das Krankenhaus seine Wirtschaftlichkeit erhöht hat und deshalb auch in folgenden Pflegesatzzeiträumen die allgemeinen Krankenhausleistungen kostengünstiger erbracht werden können, kann vereinbart werden, daß die dadurch bewirkte Kostenersparnis in den folgenden Pflegesatzzeiträumen dem Krankenhaus nach Dauer und Umfang angemessen zugute kommt.

§ 5

Pflegesätze

(1) Für jedes Krankenhaus wird auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung ein allgemeiner Pflegesatz vereinbart.

(2) An Stelle des allgemeinen Pflegesatzes können besondere Pflegesätze insbesondere für Abteilungen oder besondere Einrichtungen des Krankenhauses vereinbart werden, die ausschließlich oder überwiegend

1. der Geburtshilfe,
2. der Behandlung von Querschnittgelähmten,
3. der Behandlung von Schwerbrandverletzten,
4. der Behandlung von Kindern mit Krebserkrankungen,
5. der neonatologischen Intensivbehandlung von Säuglingen,
6. der Dialyse,
7. der neurochirurgischen Behandlung,
8. der Behandlung von psychisch Kranken,
9. der Behandlung von chronisch Kranken oder Langzeitkranken oder
10. der Nachsorge

dienen.

(3) Soweit die nach Absatz 1 oder 2 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind entsprechende Pflegesätze zu vereinbaren.

(4) Die Pflegesätze nach Absatz 1 bis 3 sind nach näherer Bestimmung im Kosten- und Leistungsnachweis (§ 16 Abs. 4) in Teilbeträge für die Leistungsbereiche

Drucksache 224/85

B

1. Unterkunft und Verpflegung,

2. Pflege,

3. ärztliche Versorgung und sonstige medizinische Versorgung

aufzugliedern.

§ 6

Sonderentgelte

(1) Neben den Pflegesätzen nach § 5 können außerhalb des Budgets für folgende Leistungen auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten Sonderentgelte vereinbart werden:

1. Herzoperationen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine,
2. Herzoperationen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine,
3. gefäßchirurgische Operationen im Brustkorb,
4. die Transplantation eines Herzens,
5. die Transplantation einer Niere,
6. die Transplantation einer Leber,
7. die Transplantation einer Bauchspeicheldrüse,
8. die Transplantation von Knochenmark,
9. die Replantation von Gliedmaßen,
10. die Implantation von Elektroden und Stimulatoren im Bereich der Neurochirurgie,
11. die Implantation von energetisch betriebenen Geräten (zum Beispiel Herzschrittmacher, Infusionspumpen),
12. die Implantation von Gelenkendoprothesen,
13. die Behandlung von Koronargefäßverengungen oder -verschlüssen durch mechanische Maßnahmen,
14. die Behandlung von Gefäßverengungen oder -verschlüssen mittels Urokinase oder Streptokinase,
15. die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren,
16. die Behandlung mit dem Nierensteinzertrümmerer.

Eine Vereinbarung über die gesonderte Vergütung muß sich auf alle in Satz 1 genannten Leistungen erstrecken, die in dem Krankenhaus erbracht werden; hiervon kann ausnahmsweise abgewichen werden, soweit Leistungen nur in geringer Zahl anfallen oder ihre gesonderte Vergütung mit den Erfordernissen einer wirtschaftlichen oder medizinisch zweckmäßigen Leistungserbringung nicht vereinbar wäre.

(2) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten unter Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsam Empfehlungen

1. zu Art und Höhe der Vergütung und
2. zur Einschränkung oder Erweiterung des Katalogs

der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1. Die Empfehlungen sind in enger Zusammenarbeit mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und mit Sachverständigen, insbesondere der Ärzteschaft, zu erarbeiten. Die Empfehlungen nach Satz 1 Nr. 1 werden im Bundesarbeitsblatt veröffentlicht; sie sind bei der Pflegesatzvereinbarung angemessen zu berücksichtigen.

§ 7

Wahlleistungen

(1) Neben den Pflegesätzen dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt erbracht werden.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluß der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen zu unterrichten. Die Wahlleistungen sind der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über die gesonderte Berechnung der Behandlung durch bestimmte Ärzte des Krankenhauses (wahlärztliche Leistungen) erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit deren Leistungen nach der Vereinbarung gesondert berechenbar sind, einschließlich der vom hauptbehandelnden oder von den mitbehandelnden Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung unter Nennung des hauptbehandelnden Arztes 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.

(4) Vereinbarungen über eine gesondert berechenbare Unterkunft und über wahlärztliche Leistungen dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden. Die Erfüllung von Verträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 geschlossen hat, sowie Rechtsvorschriften und Vereinbarungen zur Anpassung dieser Verträge an die Vorschrift des Satzes 1 bleiben unberührt.

§ 8

Pflegesatzabschläge

Der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist um 5 vom Hundert zu ermäßigen

1. für Patienten mit belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 (Belegarztabschlag),
2. für Patienten mit wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 (Wahlarztabschlag).

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Krankenhäuser, in denen die ärztliche Versorgung der Patienten ausschließlich aus belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 besteht.

§ 9
Berechnung der Pflegesätze

(1) Für allgemeine Krankenhausleistungen sind, soweit sich aus dieser Verordnung nichts anderes ergibt, ausschließlich die Pflegesätze zu berechnen ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist. Pflegesatzabschläge sind in der Rechnung auszuweisen.

(2) Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag, bei einer gesamten Verweildauer von weniger als 24 Stunden jedoch als ein Tag berechnet.

(3) Bei Verlegungen darf nur das aufnehmende Krankenhaus den Pflegesatz für den Verlegungstag berechnen. Fallen Aufnahme- und Verlegungstag zusammen, so kann auch das abgebende Krankenhaus einen Tag berechnen.

(4) Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, kann das Krankenhaus angemessene Teilzahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder von privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Teilzahlungen nur von diesen verlangt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 372 bis 374 der Reichsversicherungsordnung oder in der Pflegesatzvereinbarung getroffen werden.

Drucksache 224/85
B

§ 10

Wahlleistungsentgelte

Die Entgelte für Wahlleistungen nach § 7 müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen; sie müssen mindestens die hierfür bei der Ermittlung der Selbstkosten des Krankenhauses abzuziehenden Kosten decken. Soweit das Krankenhaus für gesondert berechenbare Unterkunft Entgelte verlangt, die

1. für Einbettzimmer mehr als 45 vom Hundert,
2. für Einbettzimmer in Krankenhäusern, bei denen die Unterbringung im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört, mehr als 30 vom Hundert,
3. für Zweibettzimmer mehr als 25 vom Hundert

des allgemeinen Pflegesatzes betragen, hat es die Angemessenheit der Entgelte in der Rechnung zu begründen.

§ 11
Kostenerstattung der Ärzte

(1) Soweit Ärzte zur Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhausträger die im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 4 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Die Kostenerstattung kann pauschaliert werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen.

(2) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 2 Abs. 3 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhausträger die im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 5 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(3) Soweit Ärzte des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 selbst berechnen können, sind sie insgesamt verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Soweit Ärzte zur Erbringung sonstiger stationärer oder teilstationärer ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhausträger die im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 7 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(5) Soweit Krankenhäuser weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden, umfaßt die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 4 auch die auf diese Leistungen entfallenden, nach § 14 Abs. 4 nicht pflegesatzfähigen Investitionskosten.

(6) Rechtsvorschriften oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 5 nicht berührt.

§ 12
Unterrichtung der Patienten

Das Krankenhaus hat die Pflegesätze sowie eine allgemeine Beschreibung der damit nach § 3 Abs. 2 in Verbindung mit § 2 Abs. 2 vergüteten Leistungen des Krankenhauses dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter so bald als möglich schriftlich bekanntzugeben. Dabei ist auch mitzuteilen, welche Teilbeträge nach § 5 Abs. 4 in den Pflegesätzen nach § 5 enthalten sind.

224/85 B

2. Abschnitt

Ermittlung der Selbstkosten

§ 13
Selbstkosten der geförderten Krankenhäuser

(1) Selbstkosten des Krankenhauses sind die Kosten, die nach § 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Pflegesatz zu berücksichtigen und für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung erforderlich sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. der besondere Aufwand von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern für die Versorgung von Krebskranken,
2. die Zinsen für Betriebsmittelkredite,
3. die Kosten für die Versicherung von Risiken, die mit der Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen üblicherweise verbundenen sind,
4. die Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die von den Vertragsparteien vereinbart oder von der Schiedsstelle veranlaßt werden,
5. die Kosten für die Instandhaltung der Wirtschaftsgüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung,
6. ein Wagniszuschlag nach § 4 Abs. 2 Satz 5,
7. Kosten aus Investitionsverträgen nach § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, soweit sie nicht gemäß § 4 und § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch öffentliche Fördermittel zu decken sind.

Zu den Selbstkosten gehören ferner die bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Ausbildungskosten nach Maßgabe des § 15.

(2) Die Selbstkosten des Krankenhauses sind für den Pflegesatzzeitraum unter Beachtung der zugrunde gelegten Kosten- und Leistungsstruktur sowie der voraussichtlichen Belegung zu kalkulieren. Dabei sind auch

1. die Kosten und Leistungen von Krankenhäusern, die nach ihrer Struktur, insbesondere nach Leistungsfähigkeit, Größe, baulicher Gestaltung sowie nach Zahl und Größe der Fachabteilungen und der medizinisch-technischen Einrichtung vergleichbar sind,
2. die Maßstäbe und Grundsätze nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser,
3. die Möglichkeiten des Krankenhauses zur Kostendämpfung

angemessen zu berücksichtigen.

(3) Zur Ermittlung der Selbstkosten des Krankenhauses werden für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, nach näherer Bestimmung im Kosten- und Leistungsnachweis von den Gesamtkosten insbesondere folgende Kosten des Krankenhauses abgezogen:

1. die nach § 17 Abs. 3 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht berücksichtigungsfähigen Kosten wissenschaftlicher Forschung und Lehre,
2. die nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht berücksichtigungsfähigen Kosten für den Betrieb medizinisch-technischer Großgeräte,
3. die Kosten der ambulanten Leistungen des Krankenhauses,

4. die Kosten für im Krankenhaus erbrachte ambulante ärztliche Leistungen, soweit diese von Ärzten berechnet werden können,

5. die Kosten für belegärztliche Leistungen nach § 2 Abs. 3,

6. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 das 1,2fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Wahlarztabschläge nach § 8 Satz 1 Nr. 2,

7. die Kosten für sonstige im Krankenhaus erbrachte stationäre oder teilstationäre ärztliche Leistungen, soweit diese von Ärzten berechnet werden können,

8. die Kosten der nichtärztlichen Wahlleistungen nach § 7; soweit eine Kostenstellenrechnung nicht vorhanden ist, sind als Kostenabzug für gesondert berechenbare Unterkunft die darauf entfallenden Berechnungstage mit folgenden Umrechnungsfaktoren zu gewichten:

   a) Einbettzimmer mit dem Faktor 1,30,

   b) Einbettzimmer in Krankenhäusern, bei denen die Unterbringung im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört, mit dem Faktor 1,15,

   c) Zweibettzimmer mit dem Faktor 1,10.

(4) Zur Ermittlung des Budgets werden aus den Selbstkosten des Krankenhauses die vorauskalkulierten Selbstkosten der Leistungen nach § 6 ausgegliedert.

§ 14

Selbstkosten der nicht geförderten Krankenhäuser

(1) Bei Krankenhäusern oder Teilen von Krankenhäusern, die weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden, sind zusätzlich zu den Selbstkosten nach § 13 als Selbstkosten Abschreibungen auf Anlagegüter (Absetzungen für Abnutzung) nach denselben Grundsätzen zu berücksichtigen, wie sie für dieselben Anlagegüter nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig sind; Sonderabschreibungen bleiben unberücksichtigt. Soweit dies mit den Grundsätzen einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung vereinbar ist, können als Selbstkosten weiter berücksichtigt werden:

1. Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung in Höhe eines Vomhundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung,
2. Zinsen für Fremdkapital,
3. Zinsen für Eigenkapital, jedoch nur bis zur Höhe von 1 vom Hundert über dem Zinssatz für Spareinlagen mit gesetzlicher Kündigungsfrist.

Nutzungsentgelte für Anlagegüter können bis zur Höhe der Aufwendungen berücksichtigt werden, die bei Anschaffung oder Herstellung der Anlagegüter nach Satz 1 oder 2 zu berücksichtigen wären. Eine außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder des Hochschulbauförderungsgesetzes gewährte öffentliche Förderung für berücksichtigte Selbstkosten ist von den Selbstkosten abzusetzen.

(2) An Stelle des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 1 können pauschale Abschreibungsbeträge vereinbart werden, die unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Nutzungsdauer der Anlagegüter bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung angemessen sind.

(3) Für die zusätzlichen Selbstkosten nach Absatz 1 oder 2 ist eine Ergänzung zum Kosten- und Leistungsnachweis nach dem Muster der Anlage 3 zu erstellen.

(4) Zu den nach § 13 Abs. 3 abzuziehenden Kosten gehören auch die auf die genannten Leistungen entfallenden Investitionskosten.

§ 15

Ausbildungskosten

(1) Soweit die Kosten der in § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung nach § 17 Abs. 4 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung im Pflegesatz zu berücksichtigen sind, gehören sie zu den Selbstkosten des Krankenhauses. Kosten der Unterbringung und dafür gewährter Bestandteile der Ausbildungsvergütung gehören nicht zu den Selbstkosten, soweit die Vertragsparteien nichts anderes vereinbaren.

(2) In der Pflegesatzvereinbarung ist zu bestimmen, in welchem Verhältnis Personen, die in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen sind. Soweit die Vertragsparteien nicht die Anrechnung einer größeren Zahl von Personen in Ausbildung vereinbaren, gilt die am 1. April 1985 geltende Anrechnungsregelung bis zum 31. Dezember 1989 weiter.

(3) Werden Ausbildungskosten auf Grund einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 4 a Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern ausgeglichen, gehören die danach auf das Krankenhaus entfallenden Ausbildungskosten zu den Selbstkosten.

(4) Die Kosten der Beschäftigung von Ärzten im Praktikum nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung gehören zu den Selbstkosten, soweit nichtbesetzte Stellen nachgeordneter Ärzte in der Weise mit Ärzten im Praktikum besetzt werden, daß dem Krankenhaus im Jahresdurchschnitt keine höheren Kosten als bei einer Besetzung mit nachgeordneten Ärzten entstehen.

3. Abschnitt

Pflegesatzverfahren

§ 16
Pflegesatzvereinbarung

(1) Die Vertragsparteien regeln durch die Pflegesatzvereinbarung das Budget sowie Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze; sie vereinbaren dabei auch, welche Kosten- und Leistungsentwicklung zugrunde zu legen ist und wie die sonstigen Vorgaben für die Bemessung der Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 2 angemessen zu berücksichtigen sind. Die Pflegesatzvereinbarung muß auch Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden.

(2) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen.

(3) Die Vertragsparteien nehmen die Pflegesatzverhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, daß das neue Budget und die neuen Pflegesätze mit Ablauf des laufenden Pflegesatzzeitraums in Kraft treten können.

(4) Zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung übermittelt der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde den Kosten- und Leistungsnachweis nach dem Muster der Anlagen 1 bis 3. Dieser enthält als Leistungsnachweis insbesondere

1. eine anonymisierte Diagnosenstatistik mit Angaben über durchgeführte Operationen sowie zu Verweildauer und Alter der Patienten und
2. für Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten eine Leistungsstatistik für nicht bettenführende Leistungsbereiche, soweit diese Statistik von der Mehrheit der anderen Vertragsparteien rechtzeitig im voraus verlangt wird.

(5) Soweit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch der Jahresabschluß nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung und Angaben zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung.

(6) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zur Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, daß die Pflegesatzverhandlung zügig durchgeführt werden kann. Können wesentliche Fragen bis zur Pflegesatzverhandlung nicht geklärt werden, sollen das Budget und die Pflegesätze auf der Grundlage der verfügbaren Daten vereinbart werden. Soweit erforderlich, soll eine Prüfung dieser Fragen vereinbart werden. Das Ergebnis der Prüfung ist in der nächsten Pflegesatzverhandlung zu berücksichtigen; es darf bei der Pflegesatzvereinbarung nicht rückwirkend berücksichtigt werden. Werden Veränderungen der Personal- und Betriebsstrukturen des Krankenhauses vereinbart, soll zur Durchführung der Maßnahmen eine angemessene Frist vorgesehen werden, die insbesondere die gesetzlichen und tarifvertraglichen Kündigungsfristen berücksichtigt.

(7) Die Vertragsparteien können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlung näher bestimmen sowie festlegen, welche Krankenhäuser vergleichbar sind.

(8) Absatz 1 Satz 3, Absatz 5 und Absatz 7 gelten nicht, soweit für das Krankenhaus verbindliche Regelungen nach den §§ 372 bis 374 der Reichsversicherungsordnung getroffen werden.

§ 17
Schiedsregelung

Kommt eine Pflegesatzvereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte; sie ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden. Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung der Kann-Vorschriften in § 18 b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in § 4 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 Satz 3 und 5 sowie Abs. 5, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 1 Satz 2 sowie Abs. 2 Satz 2, § 16 Abs. 7 und § 21 dieser Verordnung; sie entscheidet jedoch, wenn für eine Vereinbarung von Pflegesätzen nach § 5 Abs. 2 oder von Sonderentgelten nur über die Höhe der Vergütung keine Einigung erreicht werden konnte.

§ 18
Genehmigung

(1) Die Genehmigung von Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen ist von einer Vertragspartei bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.

(2) Die Vertragsparteien und die Schiedsstelle haben der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich sind. Wird die Genehmigung mit Nebenbestimmungen verbunden, werden Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen wirksam, wenn sie von den Vertragsparteien entsprechend geändert werden; einigen sich die Parteien nicht, entscheidet die Schiedsstelle.

§ 19
Laufzeit

(1) Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft, soweit sich aus Absatz 2 nichts anderes ergibt.

(2) Die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze treten am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf ihre Genehmigung folgt, soweit in der Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Ein rückwirkendes Inkrafttreten der Pflegesätze ist nur in Ausnahmefällen zulässig; die Rückwirkung darf einen Monat nicht überschreiten. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die Pflegesätze bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegesätze weiter. Minder- oder Mehrerlöse des Krankenhauses infolge der Weitergeltung werden durch Zu- oder Abschläge auf die Pflegesätze des laufenden Pflegesatzzeitraums verrechnet.

4. Abschnitt

Sonstige Vorschriften

§ 20
Landespflegesatzausschüsse

(1) Zur Beratung über Pflegesatzfragen wird auf Landesebene ein Pflegesatzausschuß gebildet. Der Ausschuß kann auch Maßstäbe und Grundsätze für den Vergleich der Krankenhäuser nach § 17 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erarbeiten und dabei die Krankenhäuser in Gruppen vergleichbarer Krankenhäuser einteilen; er kann dazu Empfehlungen geben.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß neben oder an Stelle des Ausschusses auf Landesebene mehrere Ausschüsse für Pflegesatzfragen auf regionaler Ebene gebildet werden; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(3) Der Ausschuß setzt sich neben dem Vertreter des Landes aus sechs Vertretern der Krankenhäuser, fünf Vertretern der Sozialleistungsträger und einem Vertreter der privaten Krankenversicherung zusammen. Die Vertreter der Krankenhäuser und der beteiligten Organisationen werden jeweils durch die Krankenhausgesellschaft, die Verbände oder Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger und den Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande benannt und von der zuständigen Landesbehörde bestellt. Diese beruft die Vertreter, falls die Berechtigten keine Vorschläge machen.

(4) Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses.

Drucksache 224/85

§ 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 zuständigen obersten Landesbehörde von den §§ 3 bis 6 abweichende Vergütungsformen vereinbaren.

§ 22

Zuständigkeitsregelung

Die in dieser Verordnung den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 525 a der Reichsversicherungsordnung gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

§ 23

Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 31 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch im Land Berlin.

§ 24

Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1986 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333, 419), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680), außer Kraft.

(2) Die Diagnosenstatistik nach § 16 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 mit Angaben über durchgeführte Operationen ist ab dem 1. Januar 1986 zu erstellen und erstmals für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1987 vorzulegen. Verweildauer und Alter der Patienten sind in der Diagnosenstatistik ab dem 1. Januar 1988 zu erfassen und erstmals für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1989 vorzulegen.

(3) Die Leistungsstatistik nach § 16 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 ist für Krankenhäuser mit mehr als 250 Betten erstmals für das Jahr 1987 nachzuweisen und für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1988 vorzulegen. Sie ist für Krankenhäuser mit mehr als 100 und bis zu 250 Betten erstmals für das Jahr 1988 nachzuweisen und für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1989 vorzulegen.

Drucksache 224/85 B

B E G R Ü N D U N G

A. Allgemeiner Teil

I. Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Mit der Verordnung wird die Bundespflegesatzverordnung an die Änderungen des Pflegesatzrechts durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) angepaßt. Zu den geänderten Vorgaben und Leitvorstellungen, die bei der Neufassung des Pflegesatzrechts zu beachten sind, gehören insbesondere

1. die Modifizierung des Selbstkostendeckungsgrundsatzes durch
   - die Vorauskalkulation der Selbstkosten,
   - die Berücksichtigung der Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie der Maßstäbe und Grundsätze nach § 19 KHG zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser,
   - die Zulassung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten für das Krankenhaus,
2. die Festlegung der Pflegesätze vor Beginn des Pflegesatzzeitraums (prospektive Pflegesätze),
3. die eigenverantwortliche Festlegung der Pflegesätze durch Krankenhäuser und Krankenkassen in einer Vereinbarung, bei Nichteinigung durch Entscheidung einer Schiedsstelle,
4. der Übergang vom allgemeinen, tagesbezogenen und vollpauschalierten Pflegesatz als Entgelt für sämtliche allgemeine Krankenhausleistungen auf verschiedene, stärker leistungsbezogene Vergütungsformen,
5. die Schaffung von mehr Transparenz über die Kosten der Krankenhausleistungen, die mit den Pflegesätzen vergütet werden.

Die aus den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes zu ziehenden Folgerungen erfordern tiefgreifende Änderungen der bisherigen Bundespflegesatzverordnung. Im Interesse eines besseren Verständnisses der Verordnung wurde daher von einer punktuellen Änderung der geltenden Bundespflegesatzverordnung abgesehen und stattdessen eine vollständige Neufassung, verbunden mit einer Gliederung in vier Abschnitte, vorgelegt.

Die notwendige Änderung des Pflegesatzrechts bot zugleich Gelegenheit zur Klarstellung einer Reihe von Streitfragen, die bei der Anwendung der bisherigen Bundespflegesatzverordnung aufgetreten sind. Darüber hinaus erschien es notwendig, nähere Regelungen zur Pflegesatzfähigkeit von Ausbildungskosten zu treffen, insbesondere für den Bereich der Kranken- und Kinderkrankenpflege und für die Beschäftigung von Ärzten im Praktikum.

Neu gestaltet wurde auch das Selbstkostenblatt als Kosten- und Leistungsnachweis, den das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in § 18 Abs. 3 Satz 2 vorschreibt. Die Kosten werden damit genauer erfaßt und den einzelnen Leistungsbereichen der Krankenhäuser besser zugeordnet. Schwerpunkt der Neugestaltung ist der Leistungsnachweis. Er umfaßt als Kernstück eine verschlüsselte Diagnosenstatistik sowie eine nach medizinischen Leistungsbereichen des Krankenhauses gegliederte Leistungsstatistik. Der Umfang der vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen wurde hierbei so bestimmt, daß einerseits den Pflegesatzparteien die für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses notwendigen Informationen gegeben werden und andererseits der zusätzliche Verwaltungsaufwand des Krankenhauses ein auch unter Kostengesichtspunkten vertretbares Maß nicht überschreitet.

II. Fehlsteuernde Anreize des bisherigen Pflegesatzrechts

Der bisherige tagesbezogene Pflegesatz als vollpauschaliertes Entgelt ergibt sich aus der Division der pflegesatzfähigen Gesamtkosten des Krankenhauses durch die Anzahl der Pflegetage, die das Krankenhaus im Pflegesatzzeitraum berechnen kann (Berechnungstage). Dieser Verrechnungspreis je Tag gilt für alle Patienten des Krankenhauses einheitlich, unabhängig von ihren Krankheiten. Ein Bezug zu den konkreten Leistungen des Krankenhauses fehlt. Hiermit werden fehlsteuernde Anreize für die Kosten- und Leistungsentwicklung der Krankenhäuser ausgelöst.

Diese fehlsteuernden Anreize werden verstärkt durch den im bisherigen § 17 Abs. 1 BPflV vorgesehenen sogenannten "Gewinn und Verlustausgleich", der sich an den tatsächlichen Kosten des Krankenhauses im abgelaufenen Pflegesatzzeitraum orientiert. Durch ihn werden einerseits Verluste eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses ausgeglichen, andererseits Gewinne abgeschöpft. Folge ist, daß Anreize zu wirtschaftlicher Betriebsführung entfallen. Gleichzeitig führt die Bindung des Verlustausgleichs an die Voraussetzung einer wirtschaftlichen Betriebsführung in den Pflegesatzverhandlungen zu einer vergangenheitsorientierten, rückwärtsgerichteten Diskussion über nicht mehr beeinflußbare, bereits angefallene Kosten; unternehmerische Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf noch beeinflußbare künftige Kosten und Leistungen verlieren dagegen das ihnen zukommende Gewicht.

Soweit der "Gewinn- und Verlustausgleich" des bisherigen § 17 Abs. 1 BPflV in der Praxis nicht durchgeführt wurde, entfielen zwar die aufgezeigten Nachteile eines ergebnisorientierten Ausgleichs. Dafür erhielt aber der tagesbezogene Pflegesatz die Bedeutung eines "Preises" für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts. Durchschnittlich 75 % dieses "Preises"

entfallen auf Kosten, die das Krankenhaus kurzfristig nicht beeinflussen kann (Fixkosten). Ein Pflegesatz von z.B. 220 DM je Tag muß deshalb im Durchschnitt mit 165 DM zur Deckung dieser Kosten beitragen. Entwickelt sich die Zahl der Berechnungstage anders als bei der Pflegesatzfestlegung erwartet, führt mithin jeder Berechnungstag weniger zu einer Unterdeckung, jeder zusätzliche Berechnungstag zu einer Überdeckung der Fixkosten.

Angesichts der Höhe der Fixkosten wird damit die Belegung zum dominierenden Faktor für das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses. Um Gewinne zu erzielen oder auch nur Verluste zu vermeiden, wird das Krankenhaus aus einzelwirtschaftlicher Sicht darauf achten, daß seine Betten belegt sind. Dies führt dazu, daß die Verweildauer nicht im medizinisch möglichen Umfang verkürzt und damit der volkswirtschaftlich erforderliche Abbau nicht bedarfsnotwendiger Betten behindert wird.

III. Schwerpunkte der Novelle

Mit der Verordnung werden fehlsteuernde Regelungen des bisherigen Pflegesatzrechts beseitigt, mehr Anreize zu wirtschaftlicher Betriebsführung geschaffen und damit der Konflikt zwischen einzel- und volkswirtschaftlichen Zielsetzungen abgebaut. Der Entwurf enthält hierzu folgende Schwerpunkte:

1. Flexible Budgetierung und Vorauskalkulation der Selbstkosten

Die Pflegesatzparteien vereinbaren für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) einen Gesamtbetrag (Budget), mit dem grundsätzlich sämtliche allgemeine Krankenhausleistungen einschließlich der durch die Vorhaltung bedingten Betriebskosten vergütet werden; nur bestimmte

teure Leistungen können davon ausgenommen werden (siehe unten zu 2.). Innerhalb dieses bereits vor der Wirtschaftsperiode des Pflegesatzzeitraums feststehenden Rahmens kann und muß das Krankenhaus wirtschaften, um mit den ihm zur Verfügung stehenden Maßnahmen und Mitteln eine möglichst gute und kostengünstige Versorgung seiner Patienten zu erreichen. Das erfordert ein aktives Wirtschaften und ein verstärktes Kostenbewußtsein aller Krankenhausmitarbeiter. Wesentlich für das Krankenhaus ist hierbei, daß sein Finanzrahmen und damit seine wirtschaftlichen Möglichkeiten vorhersehbar werden.

Die Budgetierung nimmt den bisher von tagesbezogenen Pflegesätzen ausgehenden betriebswirtschaftlichen Anreiz, vorhandene Betten auch zu belegen. Dadurch wird es den Krankenhäusern erleichtert, nicht bedarfsnotwendige Betten auch nicht mehr vorzuhalten. Der Pflegesatz je Tag verliert seine Bedeutung als maßgebliches Verhandlungsziel und entscheidende Entgeltgröße. Er hat nur noch die Bedeutung einer "Abschlagszahlung" auf das Budget. Solche "Abschlagszahlungen" sind erforderlich, weil es bei der Vielfalt der Kostenträger und Selbstzahler nicht möglich ist, dem Krankenhaus das Budget in einer Summe bereitzustellen.

Das Budget gilt jedoch nicht unabhängig von Belegungsschwankungen, sondern wird diesen jeweils angepaßt (flexible Budgetierung). Das Krankenhaus hat entsprechend den Anteilen von fixen und variablen Kosten bei einer gegenüber der Vorauskalkulation rückläufigen Belegung geringere Kosten, bei erhöhter Belegung zusätzliche Kosten. Deshalb werden bei Belegungsschwankungen Mindereinnahmen zu nur 75 % ausgeglichen und Mehreinnahmen nur zu 75 % abgeschöpft (§ 4 Abs. 1). Damit wird vom Krankenhaus verlangt, sich mit 25 % seiner Kosten - also

jenem Kostenanteil, der durchschnittlich kurzfristig beeinflußbar ist - an Belegungsschwankungen anzupassen. Für das einzelne Krankenhaus eröffnen sich Gewinnmöglichkeiten, wenn es eine Zunahme der Belegung mit niedrigeren Mehrkosten als 25 % der Mehreinnahmen bewältigt oder bei einer Abnahme der Belegung die Kosten stärker als um 25 % der Mindereinnahmen verringert. Den Vertragsparteien bleibt es überlassen, andere Vom-Hundert-Sätze zu vereinbaren, wenn dies aus ihrer Sicht im Hinblick auf die besondere Situation des einzelnen Krankenhauses sachgerecht erscheint.

Im Gegensatz zum bisherigen "Gewinn- und Verlustausgleich", der die Krankenhäuser bestraft, die durch wirtschaftliche Betriebsführung Überschüsse erzielen, dienen die mit einem flexiblen Budget verbundenen Ausgleichsregelungen (§ 4 Abs. 1) lediglich zur Anpassung des Budgets an Belegungsschwankungen und zur Einhaltung des Budgetbetrags über die Pflegesatzeinnahmen. Das Budget selbst bleibt als vorauskalkulierte Sollvorgabe erhalten. Die Anpassung steht bei der Pflegesatzvereinbarung fest. Damit ist die Wirkung auf den finanziellen Rahmen des Krankenhauses vorhersehbar, so daß klare finanzielle Grundlagen für die Wirtschaftsführung gegeben sind.

Wesentlicher Bestandteil der Budgetvereinbarung ist die Vorauskalkulation der Selbstkosten. Es wird nicht mehr rückwärtsgerichtet auf die Selbstkostendeckung als Ergebnis einer bereits abgelaufenen Periode abgestellt, sondern die Selbstkosten werden vorwärtsschauend für einen künftigen Pflegesatzzeitraum als Grundlage des Budgets und der Pflegesätze durch Vereinbarung festgelegt (prospektives Budget, prospektive Pflegesätze). Darin liegt die Aufgabe und Chance der Vertragsparteien, insbesondere auch der Krankenkassen, die Kostenentwicklung

nicht als unabänderlich hinzunehmen, sondern deren Faktoren gezielt im Interesse der Kostendämpfung zu beeinflussen.

Die Vertragsparteien sind grundsätzlich an die Vorauskalkulation und das vereinbarte Verhandlungsergebnis gebunden, wobei die Verordnung allerdings Ausnahmen vorsieht. Nicht nur Erlösschwankungen, die ihre Ursachen in einer von der Kalkulation abweichenden Belegung haben, enthalten im Hinblick auf ihren hohen Einfluß auf das Betriebsergebnis ein für das einzelne Krankenhaus nicht tragbares Risiko. Ähnliches gilt auch für eine abweichende Entwicklung wichtiger Kostenbereiche, insbesondere der Personalkosten, auf die durchschnittlich 70 % der Gesamtkosten des Krankenhauses entfallen. Über den in § 4 Abs. 1 enthaltenen und für Belegungsschwankungen geltenden Ausgleichsmechanismus hinaus sieht deshalb § 4 Abs. 2 eine Butgetberichtigung bei bestimmten Kostenänderungen vor. Entspricht die tatsächliche Entwicklung von Löhnen, Gehältern oder Lohnnebenkosten nicht der Vorauskalkulation, weil Rechtsvorschriften, Tarifverträge oder entsprechende Vergütungsregelungen - ggf. auch anders als angenommen - verändert wurden, ist nach § 4 Abs. 2 die Kalkulation des Budgets entsprechend zu berichtigen. Nur insoweit wird die Vorauskalkulation des Budgets jedoch berichtigt. Im übrigen - d.h. im Hinblick auf die Entwicklung des Personalbestandes nach Zahl und Zusammensetzung - bleibt sie in ihrer bisherigen Form Grundlage der Selbstkostenermittlung, des Budgets und der Pflegesätze. Die Berichtigung führt also nicht zu einem nachträglichen Gewinn- oder Verlustausgleich; es bleibt vielmehr bei der Verbindlichkeit des von den Vertragsparteien zugrunde gelegten Mengengerüsts und damit bei einem prospektiven Budget und prospektiven Pflegesätzen.

Bei sonstigen Kostenänderungen überläßt es die Verordnung der freien Vereinbarung der Vertragsparteien, entsprechende Regelungen zu treffen (§ 4 Abs. 2 Satz 3). Die Entscheidung, in der Verordnung selbst insoweit von einer verbindlichen Vorgabe abzusehen, beruht auf folgenden Gründen: Zum einen haben andere Kostenbereiche eine im Verhältnis zu den Personalkosten deutlich geringere Bedeutung für das Betriebsergebnis des Krankenhauses. Zum anderen hat das Krankenhaus hier stärker als im Personalbereich Möglichkeiten, sich Preisanhebungen zu widersetzen oder sich ihren Kostenwirkungen durch flexible Reaktionen der Betriebsführung zu entziehen.

Anstelle derartiger nachträglicher Berichtigungen des Budgets überläßt es die Verordnung den Vertragsparteien weiter, im voraus einen Wagniszuschlag zu vereinbaren, der den Risiken entspricht, die sich aus einer nicht vorhersehbaren Lohn- und Preisentwicklung ergeben (§ 4 Abs. 2 Satz 5). Die Vertragsparteien erhalten dadurch Gelegenheit, ein im Krankenhaus bisher nicht erprobtes Instrument zu nutzen, um die Eigenverantwortung des Krankenhauses zu stärken.

Im übrigen kann die Bindung der Vertragsparteien an das Budget nur durch Neuverhandlungen aufgehoben werden. Das setzt jedoch voraus, daß wesentliche Änderungen im Verhältnis zu den der Kalkulation zugrunde gelegten Annahmen eingetreten sind (§ 4 Abs. 3). Die wesentlichen Änderungen sind hierbei nicht auf bestimmte Annahmen beschränkt, sie können sich grundsätzlich auf jede die Pflegesatzvereinbarung tragende Annahme beziehen, z.B. auch zur Entwicklung der Verweildauer oder der Patientenstruktur. Voraussetzung ist allein, daß infolge der eingetretenen tatsächlichen Entwicklung das der Budgetvereinbarung zugrunde liegende Austauschverhältnis von Lei-

stungen und Gegenleistungen grundlegend gestört ist. Ist dies der Fall, soll sich jede Vertragspartei aus der getroffenen Vereinbarung lösen und eine umfassende Anpassung an die geänderten Verhältnisse verlangen können.

In den Beratungen mit den Ländern sowie in den Stellungnahmen und Anhörungen von beteiligten Verbänden sowie Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis zum Referentenentwurf und zum vorangegangenen Diskussionsentwurf ist die flexible Budgetierung durchweg akzeptiert worden. Geeignetere, kurzfristig realisierbare Alternativen zur Budgetierung wurden nicht vorgeschlagen.

2. Leistungsbezogene Vergütungsformen und erhöhte Leistungs- und Kostentransparenz

Der Entwurf geht erste Schritte zu stärker leistungsbezogenen Vergütungsformen.

Der Kreis der besonderen Pflegesätze des bisherigen § 4 BPflV wird erweitert. Für bestimmte Abteilungen und besondere Einrichtungen des Krankenhauses, in denen z.B. Querschnittgelähmte, Schwerverbrannte, Kinder mit Krebserkrankungen oder psychisch kranke Patienten behandelt werden, können - abgestimmt auf die im Einzelfall gegebenen Besonderheiten - an Stelle des allgemeinen Pflegesatzes besondere Pflegesätze gebildet werden (§ 5 Abs. 2).

Die nach dem bisherigen § 5 BPflV eng begrenzte und nur befristet mögliche gesonderte Berechnung besonders teurer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren wird im Bereich der Therapie wesentlich erleichtert und erweitert. Bestimmte teure Leistungen, wie z.B. Herzoperationen, Herz-, Nieren- und Knochenmarktransplantationen, die

Replantation von Gliedmaßen oder die Behandlung von Blutern, können künftig generell gesondert vergütet werden (§ 6).

Die Regelung über die gesonderte Vergütung einzelner Leistungskomplexe ermöglicht in größerem Umfang als bisher, praktische Erfahrungen über eine leistungsbezogene Gestaltung der Vergütungen zu sammeln. Der Katalog wurde auf wenige teure therapeutische Leistungen begrenzt, um der Gefahr einer aus medizinischen Gründen nicht notwendigen kostentreibenden Mengenausweitung zu begegnen. Weitergehende leistungsorientierte Vergütungsformen wie etwa krankheitsartenbezogene Fallpauschalen oder eine Gebührenordnung für sogenannte krankenhaustypische Leistungen können erst nach eingehender Erprobung und wissenschaftlicher Untersuchung ihrer Auswirkungen durch Verordnung geregelt werden. Es ist im Rahmen der Gesundheitsforschung der Bundesregierung vorgesehen, insbesondere krankheitsartenbezogene Fallpauschalen in wissenschaftlich begleiteten Modellversuchen zu erproben.

Mit den Abteilungspflegesätzen und vor allem durch die gesonderte Berechnung teurer Leistungen wird eine leistungsgerechtere Belastung der Patienten und ihrer Kostenträger ermöglicht. Zugleich wird die Transparenz von Kosten und Leistungen im Krankenhausbereich erhöht und die Vergleichbarkeit der Pflegesätze krankenhausübergreifend verbessert.

Einen weiteren Beitrag zur besseren Sichtbarmachung der Kosten und zu ihrer Zuordnung zu den Leistungen des Krankenhauses leistet die Verordnung dadurch, daß künftig im Kosten- und Leistungsnachweis dargestellt wird, wie sich die Kosten der mit den tagesbezogenen Pflegesätzen pauschal vergüteten Leistungen auf die drei Leistungs-

bereiche Unterbringung und Verpflegung, Pflege sowie ärztliche und sonstige medizinische Versorgung aufteilen. Bessere Durchschaubarkeit für den Patienten wird dadurch bewirkt, daß das Krankenhaus ihm diese Aufteilung bei der Aufnahme zusammen mit den Pflegesätzen mitteilt.

3. Vereinbarung der Pflegesätze und Beschleunigung des Pflegesatzverfahrens

Das Gesetz überträgt im neuen § 18 KHG den Vertragsparteien die Vereinbarung der Pflegesätze in eigener Verantwortung. Im Gegensatz zum bisherigen Recht, nach dem die Landesbehörde bei der Festsetzung der Pflegesätze an eine Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen rechtlich nicht gebunden war, ist sie künftig - auch soweit die Schiedsstelle entschieden hat - auf die Prüfung der Rechtmäßigkeit beschränkt. Diese Beschränkung bewirkt neben der vom Gesetzgeber im Verhältnis zum Staat gewollten Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung eine Reduzierung des staatlichen Verwaltungsaufwands im Pflegesatzverfahren.

Die Verordnung geht deshalb davon aus, daß diese Prüfung, ebenso wie ein Schiedsstellenverfahren, zügig durchgeführt wird. Sie sieht darüber hinaus Regelungen vor, die die Pflegesatzverhandlungen beschleunigen und es den Vertragsparteien erleichtern, rechtzeitig eine Pflegesatzvereinbarung abzuschließen. Entsprechend § 18 Abs. 3 KHG sollen die Pflegesatzverhandlungen so rechtzeitig abgeschlossen werden, daß die Pflegesatzvereinbarung zu Beginn des neuen Pflegesatzzeitraums in Kraft treten kann (§ 16 Abs. 3). Das ist nur erreichbar, wenn wesentliche, kurzfristig nicht zu klärende Fragen zur Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses die Pflegesatzverhandlungen nicht blockieren. Die Vertragsparteien werden deshalb verpflichtet, solche Strukturfragen frühzeitig gemeinsam vorzuklären. Ist das bis zur Pflegesatzverhandlung nicht möglich, sollen sich die Ver-

tragsparteien auf der Grundlage der verfügbaren Daten einigen. Eine rechtzeitige Einigung, die klare Rahmenbedingungen für wirtschaftliches Handeln des Krankenhauses schafft, hat Vorrang vor einer langwierigen, exakten Ermittlung der pflegesatzfähigen Selbstkosten, weil sonst der prospektive Charakter des Budgets und der Pflegesätze verloren ginge.

4. Abweichende Vereinbarungen

Entsprechend dem gesetzlich verankerten Grundsatz, daß die Pflegesätze von den Vertragsparteien zu vereinbaren sind, erhalten diese die Befugnis, von den in der Verordnung vorgesehenen Vergütungsformen abzuweichen. Dadurch wird den Beteiligten Raum gegeben zur Entwicklung grundsätzlicher Alternativen, um dem Ziel einer möglichst kostengünstigen, medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung des Patienten besser gerecht zu werden. Im Interesse einer einheitlichen Entwicklung auf Landesebene und einer möglichst weitgehenden Vergleichbarkeit der Leistungen und Vergütungen unter den Krankenhäusern werden diese Vereinbarungen jedoch von einer Anhörung der Landesverbände der Krankenhäuser, Krankenkassen und privaten Krankenversicherung abhängig gemacht sowie an die Zustimmung des Landes gebunden.

Mit den vorgesehenen Regelungen werden im Pflegesatzrecht Anreize geschaffen, die Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs zu verbessern und die zur Versorgung des Patienten erforderlichen Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Das ist - zusammen mit einer ausreichenden und zweckmäßig gestalteten Investitionsfinanzierung durch die Länder - Voraussetzung für eine insgesamt wirtschaftlichere stationäre

Versorgung. Nur so kann für die Patienten und ihre Kostenträger eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung für Krankenhausleistungen erreicht werden, ohne das hohe Leistungsniveau der Krankenhäuser sowie den medizinischen und technischen Fortschritt zu beeinträchtigen. Solche Fortschritte können auch zu erheblichen Einsparungen und zugleich zu wesentlichen Erleichterungen für die Patienten bei der stationären Versorgung führen, wie sich beim Einsatz von Arzneimitteln an Stelle von Operationen (z.B. bei der Tuberkulosebehandlung) oder in jüngster Zeit bei der nichtoperativen Beseitigung von Nierensteinen mit dem Nierensteinzertrümmerer gezeigt hat. Die Dämpfung der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich ist notwendiger Bestandteil einer Kostendämpfung in allen Bereichen des Gesundheitswesens, ohne die stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aufrechtzuerhalten sind.

IV. Kosten

Der Entwurf hat keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden.

Wesentliche Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten. Spürbare Auswirkungen ergeben sich jedoch bei den einzelnen Entgelten für Krankenhausleistungen. Durch die stärker leistungsbezogene Gestaltung der Vergütungen wird eine leistungsgerechtere Belastung der Patienten und ihrer Kostenträger erreicht. Die gesonderte Berechnung eines größeren Kreises teurer Leistungen als bisher führt bei Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe zu einer Entlastung des allgemeinen Pflegesatzes. Das gleiche gilt, soweit mit besonderen Pflegesätzen für einzelne Abteilungen oder besondere Einrichtungen des Krankenhauses eine überdurchschnittlich teure Patientenversorgung vergütet wird.

224/85 B

Insgesamt werden Belastungen der Pflegesätze, die sich aus einzelnen Vorschriften ergeben können, durch pflegesatzentlastende Wirkungen anderer Vorschriften mehr als ausgeglichen. Aufgrund der Verordnung ist deshalb mit einer Dämpfung der Entwicklung des durchschnittlichen Entgeltniveaus für allgemeine Krankenhausleistungen zu rechnen, was sich auf die Aufwendungen von Bund, Ländern und Gemeinden im Rahmen der Beihilfe, der Heilfürsorge und der Sozialhilfe, auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Behandlung sowie auch auf das Verbraucherpreisniveau günstig auswirken wird.

22.4.1985

B. Einzelbegründung

Zu § 1: Anwendungsbereich

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift verdeutlicht in Absatz 1 eine wesentliche Zielsetzung des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes, wie sie sich insbesondere aus dem Erfordernis der Vorauskalkulation der Selbstkosten in § 4 Satz 2 KHG und aus der ausdrücklichen Ermächtigung des Verordnungsgebers in § 17 Abs. 2 KHG zur Ablösung bzw. Ergänzung des tagesgleichen, vollpauschalierten Pflegesatzes durch differenzierte, mehr leistungsbezogene Entgelte ergibt: Der Pflegesatz hat hiernach nicht mehr die Funktion, Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete Krankenhausleistungen zu vergüten. Die nähere Bestimmung, daß es sich hierbei um "stationäre und teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser" handeln muß, entspricht der gesetzlichen Definition des Pflegesatzes in § 2 Nr. 4 KHG und zieht zugleich die Grenzen für die Vergütungsregelung. Als Pflegesätze können in der Bundespflegesatzverordnung dementsprechend nur Entgelte für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses geregelt werden, nicht jedoch für ambulante Leistungen des Krankenhauses. Daraus folgt, daß z.B. die Kosten der Notfallambulanzen oder der psychiatrischen Institutsambulanzen, auch soweit sie nicht durch Erlöse aus der ambulanten Behandlung gedeckt sind, von Gesetzes wegen nicht über den Pflegesatz finanziert werden dürfen.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 regelt entsprechend dem bisherigen § 1 Abs. 2, für welche Krankenhäuser die Verordnung nicht gilt. Durch die Bezugnahme in Nummer 1 auf die geänderte Vorschrift des § 3 Satz 1 Nr. 4

KHG wird gegenüber dem bisherigen Recht klargestellt, daß Fachkliniken der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane von der Bundespflegesatzverordnung erfaßt werden, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen. Durch die Bezugnahme in Nummer 2 auf die geänderte Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 4 KHG (§ 4 Abs. 3 Nr. 4 KHG 1972) wird ergänzend verdeutlicht, daß auch Fachkliniken anderer Träger zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane unter den Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung fallen, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen. Ferner wird klargestellt, daß nach dem KHG grundsätzlich nicht förderungsfähige Krankenhäuser dem Pflegesatzrecht der Verordnung unterliegen, soweit sie aufgrund landesrechtlicher Bestimmung gemäß § 5 Abs. 2 KHG nach dem KHG gefördert werden. Im übrigen gilt die Bundespflegesatzverordnung, abgesehen von den ausdrücklich genannten Ausnahmen, wie bisher für alle Krankenhäuser, insbesondere also auch für diejenigen Krankenhäuser, die keine öffentliche Förderung nach dem KHG erhalten.

Zu § 2: Krankenhausleistungen

Die in dem bisherigen § 2 enthaltenen Begriffsbestimmungen sind bis auf die Definition der Krankenhausleistungen entbehrlich: Teils sind sie, wie der Begriff des Krankenhauses (vgl. § 2 Nr. 1 KHG), im Krankenhausfinanzierungsgesetz selbst bestimmt und brauchen daher in der Bundespflegesatzverordnung nicht wiederholt zu werden. Teils kommen sie, wie die Begriffe "Krankenhausplanbett", "Aufnahme zur Begutachtung" sowie die begriffliche Unterteilung in allgemeine Krankenhäuser und Fach- oder Sonderkrankenhäuser, in der neuen Bundespflegesatzverordnung nicht mehr vor. Dagegen bedarf der Begriff der Krankenhausleistungen der näheren Bestimmung und Abgrenzung.

Zu Absatz 1:

Absatz 1 knüpft an § 1 Abs. 1 an und bestimmt näher, welche Leistungen zu den stationären und teilstationären Krankenhausleistungen gehören. Das geschieht in zweifacher Hinsicht:

1. Materiell wird verdeutlicht, daß zu den stationären und teilstationären Krankenhausleistungen neben ärztlichen Leistungen, Pflege, Unterkunft und Verpflegung, die in dem bisherigen § 2 Nr. 5 aufgezählt waren, auch die Versorgung mit Arzneimitteln gehört (Satz 1 Halbsatz 1). Das gleiche gilt z.B. für Heil- und Hilfsmittel, soweit sie zur Versorgung des Patienten während des Krankenhausaufenthalts notwendig sind.

   Dagegen ist der Begriff der sogenannten "Nebenleistungen" nicht übernommen worden. Als Nebenleistungen galten nach § 17 Abs. 2 Satz 2 KHG 1972 besonders teure diagnostische oder therapeutische Verfahren sowie besonders teure Medikamente. Diese Vorschrift ist durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz gestrichen

und durch die Möglichkeit einer über den engen Begriff der Nebenleistungen hinausgehenden Differenzierung der Pflegesätze ersetzt worden. Von dieser Möglichkeit wird in § 6 Gebrauch gemacht.

2. Formal wird klargestellt, daß bei den stationären und teilstationären Krankenhausleistungen zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und den Wahlleistungen (§ 7) zu unterscheiden ist (Satz 1 Halbsatz 2) und daß die belegärztlichen Leistungen und die Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspflegern nicht zu den Krankenhausleistungen gehören (Satz 2).

Zu Absatz 2:

Absatz 2 verdeutlicht gegenüber den Regelungen im bisherigen § 3 Abs. 1 und § 2 Nr. 5 den Begriff der allgemeinen Krankenhausleistungen.

In Satz 1 wird jetzt ausdrücklich klargestellt, daß die allgemeinen Krankenhausleistungen alle Leistungen umfassen, die nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für dessen Versorgung medizinisch notwendig und zweckmäßig sind, was auch für Leistungen der Geburtshilfe gilt. Erfordert beispielsweise eine schwierige Operation die besonderen Erfahrungen und Fähigkeiten des chirurgischen Chefarztes, so kann dessen Tätigwerden nicht davon abhängig gemacht werden, daß der Patient dafür ein gesondertes Honorar zahlt. Es wird aber nicht ausgeschlossen, daß die Leistung des Chefarztes bei einer entsprechenden vorherigen Vereinbarung als wahlärztliche Leistung nach § 7 Abs. 3 gesondert berechnet werden kann. Entsprechendes gilt z.B. für die Unterbringung des Patienten in einem Einbettzimmer. Die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses bedeutet wie bisher, daß die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung durch Leistungsstruktur und Leistungsniveau des einzelnen Krankenhauses entsprechend seinen Versorgungsaufgaben begrenzt ist und deshalb

nicht unabhängig davon beurteilt werden kann. Daraus folgen entsprechend unterschiedliche Anforderungen an Art und Umfang der Versorgung.

Satz 2 Nr. 1 knüpft an § 368 Abs. 2 Satz 3 RVO an. Diese Vorschrift wurde durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) in die Reichsversicherungsordnung eingefügt. Danach umfaßt die kassenärztliche Versorgung Maßnahmen zur Früherkennung dann nicht, wenn sie bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Entbindungsanstalt durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht. Mit der Änderung der Bundespflegesatzverordnung wird die Konsequenz aus dieser Gesetzesänderung gezogen und klargestellt, daß die während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen im Sinne der Reichsversicherungsordnung (vgl. §§ 181 und 181a RVO) den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzurechnen sind.

Satz 2 Nr. 2 stellt klar, daß zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nur die stationären und teilstationären Leistungen gehören, die das Krankenhaus zur Versorgung der Patienten selbst erbringt, sondern auch die von ihm veranlaßten notwendigen Leistungen Dritter, beispielsweise die Leistungen von fremden Untersuchungsstellen oder von Konsiliarärzten, die vom Krankenhaus zur Behandlung des Patienten herangezogen werden. Maßstab für Art und Umfang der Leistungen ist, was für die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten unter medizinischen Gesichtspunkten im Einzelfall als erforderlich anzusehen ist. Soweit die eigenen Leistungen des Krankenhauses hierzu nicht ausreichen, muß es auf die notwendigen Leistungen Dritter zurückgreifen. Die Vergütung dieser Drittleistungen geht gemäß § 3 in die Selbstkosten des Krankenhauses und damit in das Budget und die Pflegesätze ein (vgl. Erläuterungen zu § 3). Wenn die erforderliche Versorgung auch bei Hinzuziehung Dritter unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses medizinisch zweckmäßig und ausreichend nicht mehr in diesem Kranken-

haus erbracht werden kann, hat das Krankenhaus für die Verlegung des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus zu sorgen. Wenn eine stationäre oder teilstationäre Versorgung des Patienten medizinisch nicht mehr erforderlich ist, hat das Krankenhaus den Patienten zu entlassen. Diese Maßstäbe für Art, Umfang und Dauer der allgemeinen Krankenhausleistungen gelten in gleicher Weise für sämtliche Erkrankungen des Patienten, d.h. auch für solche Erkrankungen während des Krankenhausaufenthalts, die mit dem Anlaß der Aufnahme in das Krankenhaus nicht in Zusammenhang stehen (sogenannte interkurrente Erkrankungen). Soweit solche Erkrankungen unaufschiebbar eine Behandlung erfordern, die in diesem Krankenhaus auch bei Hinzuziehung Dritter nicht medizinisch zweckmäßig und ausreichend erbracht werden kann, hat das Krankenhaus für die Verlegung des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus oder für die Überstellung zu einem geeigneten niedergelassenen Arzt zu sorgen.

Satz 2 Nr. 3 entspricht der bisherigen Rechtspraxis und Rechtsprechung, daß die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört. "Mitaufnahme" bedeutet Aufnahme "mit" dem Patienten im Krankenhaus, nicht Unterbringung in einem in der Nachbarschaft des Krankenhauses liegenden Hotel. Die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme kann zunächst vom niedergelassenen Arzt im Zusammenhang mit der Einweisung des Patienten in das Krankenhaus getroffen werden. Die Letztentscheidung über Notwendigkeit und Dauer der Mitaufnahme trifft der behandelnde Arzt im Krankenhaus in gleicher Weise verantwortlich wie die Letztentscheidung über Notwendigkeit und Dauer der Aufnahme des Patienten.

Zu Absatz 3:

Mit Absatz 3 wird in die Bundespflegesatzverordnung eine inhaltliche Bestimmung der belegärztlichen Leistungen aufgenommen, um diese

besser von den Krankenhausleistungen abzugrenzen. Die Vorschrift entspricht inhaltlich den zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer vereinbarten Grundsätzen für die Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Belegärzten (Belegarztgrundsätze) vom 8. August 1959.
Satz 1 bestimmt den Begriff des Belegarztes in einem allgemeinen Sinne, der außer den Kassenärzten auch andere Ärzte umfaßt. Zugleich werden entsprechend § 368 g Abs. 6 RVO die sogenannten unechten Belegärzte, die ihre Leistungen vom Krankenhaus vergütet erhalten, aus dem Begriff ausgegrenzt; die Leistungen dieser Ärzte gehören als Drittleistungen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (siehe zu Absatz 2 Satz 2 Nr. 2).

In Satz 2 wird gegenüber dem bisherigen § 3 Abs. 2 verdeutlicht, daß nur die Behandlung von Belegpatienten zu den belegärztlichen Leistungen im Sinne der Verordnung gehört - nicht dagegen z.B. die konsiliarische Tätigkeit bei der Behandlung anderer stationärer Patienten im Krankenhaus - und daß hierzu auch der Bereitschaftsdienst für Belegpatienten gehört (Satz 2 Nr. 2), gleichgültig ob er vom Belegarzt persönlich oder von anderen Ärzten geleistet wird. Auch diese Zuordnung fußt auf den Belegarztgrundsätzen, wie sie in den Bundesländern durch Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen umgesetzt worden sind. Sie geht davon aus, daß die Belegärzte auch insoweit für die Sicherstellung der durchgehenden ärztlichen Versorgung ihrer Belegpatienten verantwortlich sind, und zwar ohne Unterschied, ob sie die stationäre ärztliche Versorgung sämtlicher Patienten sicherstellen (wie in sogenannten reinen Belegkrankenhäusern) oder nur eines Teils der Patienten (wie in sogenannten gemischten Krankenhäusern mit Anstalts- und Belegabteilungen). Die Regelung entspricht den zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer Ende 1984/Anfang 1985 vereinbarten Beratungs- und Formulierungshilfen für den Abschluß von Belegarztverträgen.

Sie kommt auch der von diesen Beteiligten seit längerem befürworteten und zunehmend praktizierten Zusammenarbeit mehrerer Belegärzte bei der stationären Versorgung ihrer Patienten (kooperatives Belegarztwesen) entgegen. Soweit der Bereitschaftsdienst für Belegpatienten im einzelnen Krankenhaus von Krankenhausärzten mit übernommen wird, folgt aus der Zuordnung zu den belegärztlichen Leistungen, daß die Belegärzte dem Krankenhaus die Kosten dieser Leistungen zu erstatten haben (siehe zu § 11 Abs. 2). Eine Zuordnung dieses Bereitschaftsdienstes zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und damit eine Übernahme in die Selbstkosten des Krankenhauses müßte im übrigen zu einer Belastung der Pflegesätze führen, die weder sachgerecht noch mit dem Ziel der Kostendämpfung im stationären Bereich vereinbar wäre. Soweit die Vergütung für die Leistungen der Belegärzte im Hinblick auf die Kosten des Bereitschaftsdienstes als unzureichend angesehen wird, ist diese Frage nicht im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung zu lösen, sondern von den Vertragspartnern der Kassenärztlichen Versorgung und - für den Bereich privatärztlicher Leistungen - ergänzend in der Gebührenordnung für Ärzte zu regeln.

Satz 2 Nr. 3 präzisiert, unter welchen Voraussetzungen - außerhalb des Bereitschaftsdienstes - Leistungen von Krankenhausärzten zu den belegärztlichen Leistungen gehören. Es sind dies die Leistungen der vom Belegarzt hinzugezogenen, nachgeordneten Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung des Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt unter seiner Aufsicht und Weisung tätig werden. Das ist z.B. der Fall, wenn ein Belegarzt, der Gynäkologe ist, bei einer Operation die Hilfe eines Assistenzarztes aus der chirurgischen Abteilung in Anspruch nimmt. Die Kosten solcher ärztlicher Assistenzleistungen sind nicht pflegesatzfähig; sie sind dem Krankenhaus vom Belegarzt zu erstatten. Dagegen bleiben vom Belegarzt in Anspruch genommene Leistungen leitender Ärzte und der Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung des Belegpatienten in einem anderen Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden (z.B. die Leistungen des an der Ope-

ration des Gynäkologen beteiligten Anästhesisten), Krankenhausleistungen, die mit dem Pflegesatz abgegolten werden; insoweit hat der Belegarzt dem Krankenhaus keine Kosten zu erstatten. Mit Satz 2 Nr. 4 werden zur weiteren Abgrenzung die vom Belegarzt bei der Behandlung von Belegpatienten veranlaßten Leistungen nicht an dem Krankenhaus angestellter Ärzte, in dem der Belegarzt tätig ist, sowie ärztlich geleiteter Einrichtungen außerhalb dieses Krankenhauses, z.B. anderer Krankenhäuser, den belegärztlichen Leistungen im Sinne der Verordnung zugeordnet. Die Leistungen gehören danach unabhängig davon, ob der Belegarzt sie berechnen kann, nicht zu den Leistungen des Krankenhauses, in dem der Belegarzt tätig ist.

Zu § 3: Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

Der neue § 3 ist die Grundvorschrift, die den Rahmen für die Vergütung der in § 2 definierten allgemeinen Krankenhausleistungen absteckt. Er macht von der neuen gesetzlichen Ermächtigung in § 17 Abs. 2 KHG Gebrauch, Krankenhausleistungen mit einem Gesamtbetrag (Budget) zu vergüten, und enthält zugleich einen ersten Schritt zur Differenzierung der Pflegesätze.

Zu Absatz 1:

Nach Absatz 1 setzt sich die vertragliche Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen aus zwei Bestandteilen zusammen:

1. einem Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) und den daraus abzuleitenden tagesgleichen Pflegesätzen nach § 5 sowie - bei entsprechender Vereinbarung der Pflegesatzparteien -

2. Sonderentgelten für teure Leistungen nach § 6.

Die Berechnung des Budgets gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern erfolgt über die Pflegesätze, weil es bei der Vielfalt der Kostenträger und Selbstzahler nicht möglich ist, dem Krankenhaus das Budget in einer Summe bereitzustellen. Der Pflegesatz je Tag verliert jedoch seine Bedeutung als entscheidende Entgeltgröße. Er hat nur noch die Bedeutung einer "Abschlagszahlung" auf das Budget und wird auch als solche zusammen mit dem Budget vereinbart.

Zu Absatz 2:

Satz 1 hält in Übereinstimmung mit dem bisherigen § 3 Abs. 1 daran fest, daß für den Patienten mit den Pflegesätzen (nach § 5 und nach § 6) alle für seine Versorgung erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten sind.

Satz 2 regelt die Abgeltung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber dem gesunden Neugeborenen. Entgegen dem bisherigen § 4 Abs. 3 ist für die Versorgung des gesundenen Neugeborenen kein zusätzlicher Pflegesatzbetrag zu zahlen, was die Abrechnung vereinfacht.

Zu § 4: Flexibles Budget

Die Vorschrift hat im Rahmen der Modifizierung des Selbstkostendeckungsgrundsatzes eine zentrale Bedeutung. Mit der Einführung der flexiblen Budgetierung werden fehlsteuernde Anreize, die zur Verlängerung der Verweildauer führen, abgebaut und damit Anreize zu wirtschaftlicher Betriebsführung geschaffen. Durch die Budgetierung entstehen für das Krankenhaus Gewinn- und Verlustmöglichkeiten, so daß sich wirtschaftliches Handeln im Betriebsergebnis niederschlägt.

Unverzichtbares Gegenstück zu einem im voraus zu vereinbarenden Budget mit prospektiven Pflegesätzen ist ein sinnvoller Ausgleich für Kosten- und Erlösänderungen. Das Budget steckt den Kostenrahmen ab, der durch die Erlöse aus den Pflegesätzen gedeckt werden soll. In einem prospektiven Entgeltsystem können sich die Vertragsparteien aber sowohl hinsichtlich des Verlaufs der Kosten als auch hinsichtlich der von der Belegung des Krankenhauses abhängigen Entwicklung der Erlöse verschätzen. Dies erfordert einen zweistufigen Ausgleich, nämlich auf der Erlösseite einen Ausgleich bei Belegungsschwankungen, der in Absatz 1 geregelt ist, und auf der Kostenseite einen Ausgleich bei nicht vorhersehbaren Kostenänderungen, dessen Voraussetzungen und Umfang in Absatz 2 festgelegt sind. In beiden Fällen handelt es sich um einen Ausgleich für normale Abweichungen, deren Eintreten oder Ausmaß bei Abschluß der Pflegesatzvereinbarung von den Vertragsparteien nicht abgeschätzt werden kann. Der prospektive Charakter des Budgets und der Pflegesätze wird durch diesen zweistufigen, im voraus festliegenden und daher in seinen Auswirkungen vorherbestimmbaren Ausgleich nicht berührt. Für wesentliche - das sind außergewöhnliche - Abweichungen, die den Rahmen der normalen Fehlerquote bei der Vorauskalkulation überschreiten (z.B. nicht vorhergesehene erhebliche Abweichungen in der Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer oder gravierende

Veränderungen der Patienten- oder Abteilungsstruktur), sieht Absatz 3 zusätzlich einen Ausgleich durch Neuverhandlung des Budgets vor.

Insgesamt wird durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 3 ein angemessener Ausgleich für vom Krankenhaus nicht zu vertretende Risiken erreicht. Damit wird einem wichtigen Anliegen der Krankenhausträger, insbesondere der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Rechnung getragen.

Zu Absatz 1:

Satz 1 schreibt die Vereinbarung eines prospektiven Budgets auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses und unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Belegung vor; die Regelungen zur Ermittlung der Selbstkosten trifft § 13.

Satz 2 bestimmt eine Ausgleichsregelung für den Fall, daß die Summe der Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 von dem vereinbarten Budget abweicht. Ursache der Erlösabweichung können eine Zu- oder Abnahme der Berechnungstage oder Verschiebungen zwischen den Berechnungstagen für den allgemeinen Pflegesatz und die Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sein.

Die bei abweichender Belegung durch die Erlöse entstehenden Über- oder Unterdeckungen des Budgets werden zu 75 % ausgeglichen. Von dem Krankenhaus wird verlangt, bei Minderbelegungen insoweit 25 % der im Pflegesatz kalkulierten Kosten einzusparen und bei Mehrbelegungen insoweit mit 25 % des vereinbarten Pflegesatzes auszukommen. Satz 2 Halbsatz 2 läßt jedoch zu, daß die Vertragsparteien im voraus einen anderen oder z.B. für die Zu- und Abnahme der Belegung mehrere Prozentsätze vereinbaren können, wenn dies der für den Pflegesatzzeitraum angenommenen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses, auch unter Berücksichtigung des medizinischen und technischen Fortschritts, besser entspricht.

Satz 3 regelt, wie der Ausgleichsbetrag zu verrechnen ist.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 macht deutlich, daß das Budget grundsätzlich für die Vertragsparteien verbindlich ist. Im Personalbereich wird jedoch eine Ausnahmeregelung vorgesehen für Kostenänderungen aufgrund geänderter Rechtsvorschriften, Tarifverträge oder entsprechender allgemeiner Vergütungsregelungen; für diese Änderungen ist eine entsprechende Berichtigung der Kalkulation des Budgets vorgesehen. Dadurch wird ein im voraus nicht zuverlässig zu kalkulierendes Kostenrisiko aufgefangen. Diese Regelung ist erforderlich, weil es sich hier - bei einem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten an den Gesamtkostsen in Höhe von 70 % - um ein Kostenrisiko handelt, das durch betriebsübliche Anpassungsmaßnahmen regelmäßig kurzfristig nicht abgefangen werden kann. Der Berichtigungsbetrag wird - wie bei belegungsbedingten Erlösschwankungen - über das Budget eines folgenden Zeitraums verrechnet.

Für Preisänderungen (nicht aber für Mengenänderungen) außerhalb des Personalbereiches, beispielsweise in den Bereichen Energie oder medizinischer Bedarf, können die Pflegesatzparteien für von der Kalkulation abweichende Preisänderungen im voraus eine Berichtigung des Budgets vereinbaren. Der Betrag, mit dem die Berichtigung ausgeglichen wird, wird ebenso verrechnet wie die Mehr- oder Mindererlöse nach Absatz 1.

Satz 5 stellt den Vertragsparteien frei, anstelle der zuvor genannten Berichtigungen des Budgets im voraus einen Wagniszuschlag zu vereinbaren. Hierdurch wird den Vertragsparteien die Möglichkeit gegeben, eine eigenverantwortliche Betriebsführung des Krankenhauses weiter zu stärken und die Risikoabsicherung auf die Gegebenheiten des Einzelfalles abzustellen. Die Bemessung des

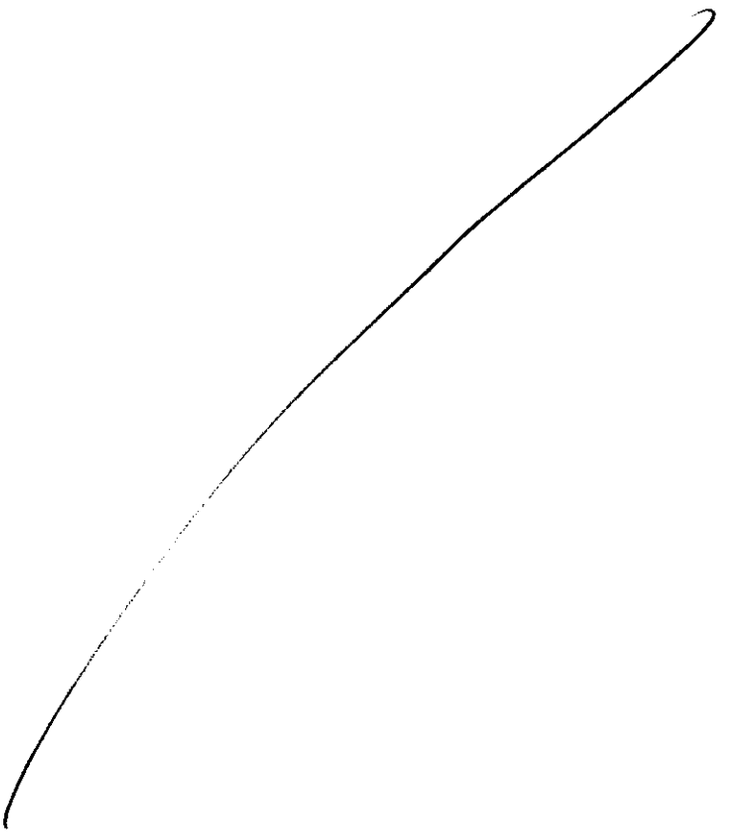
Zuschlags hat sich an der Funktion der Vereinbarung zu orientieren, einen angemessenen Ausgleich für die Risiken zu gewähren, die sich aus einer von der Kalkulation abweichenden Lohn- oder Preisentwicklung ergeben.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 ist eine Ausnahmeregelung, von der in der Praxis nur Gebrauch gemacht werden kann, wenn - wie oben (S. 8, 9, 26 und 27) dargelegt - wesentliche unvorhersehbare Änderungen das vereinbarte Budget insgesamt in Frage stellen. Zu einer Neuverhandlung des Budgets kommt es nur dann, wenn sich beide Vertragsparteien darauf einigen; erzielen sie keine Einigung, entscheidet die Schiedsstelle.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 bestimmt, daß Überschüsse und Unterdeckungen, die aufgrund einer Differenz zwischen den tatsächlich entstandenen Selbstkosten des Krankenhauses und dem Budget sowie den Erlösen aus Sonderentgelten entstehen, dem Krankenhaus verbleiben. Abweichend vom bisherigen § 17 Abs. 1 wird mithin das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses nicht ausgeglichen. Gleichzeitig wird für die Verwendung der Überschüsse ein weitreichender Gestaltungsfreiraum im Bereich der nicht aus öffentlichen Fördermitteln zu finanzierenden Kosten eröffnet. Dadurch wird ein Anreiz zur wirtschaftlichen Betriebsführung und zu einer stärkeren Nutzung von Einsparungsmöglichkeiten gegeben. Solche Anreize können auch davon ausgehen, daß Mitarbeitern, die z.B. durch Rationalisierungsvorschläge maßgeblichen Einfluß auf die Kostenentwicklung des Krankenhauses genommen haben, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen, vom Träger eine Beteiligung an Überschüssen eingeräumt wird. Damit wird den Krankenhausträgern die Möglichkeit gegeben, auch im Bereich der Überschußverwendung marktwirtschaftliche Elemente einzuführen.



Zu § 5: Pflegesätze

Die Vorschrift enthält die näheren Regelungen über die tagesgleichen Pflegesätze, mit denen das Budget als Vergütung für allgemeine Krankenhausleistungen den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig entsprechend der Verweildauer in Rechnung gestellt wird.

Zu Absatz 1:

Absatz 1 bestimmt zwingend, daß für jedes Krankenhaus auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung ein allgemeiner Pflegesatz zu vereinbaren ist. Die Vorschrift tritt insoweit an die Stelle des bisherigen § 3 Abs. 1.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 sieht in weiterem Umfang als der bisherige § 4 die Möglichkeit vor, für bestimmte Abteilungen oder besondere Einrichtungen, in denen die Kosten der Patientenversorgung erheblich von den durchschnittlichen Kosten abweichen, besondere Pflegesätze zu vereinbaren. Damit wird, soweit dies im Rahmen einer tagesbezogenen Pauschalvergütung möglich ist, eine leistungsgerechtere Belastung der Patienten und ihrer Kostenträger ermöglicht. Zugleich werden die Kosten der Leistungen, die mit dem allgemeinen Pflegesatz vergütet werden, von Krankenhaus zu Krankenhaus besser vergleichbar. Die Ausgestaltung der Bestimmung als Kann-Vorschrift mit einem nicht abgeschlossenen Katalog ermöglicht, den unterschiedlichen Verhältnissen der einzelnen Krankenhäuser jeweils gerecht zu werden.

Nummer 1 ist neu und wurde mit Rücksicht auf die Regelung des § 3 Abs. 2 Satz 2 in den Katalog aufgenommen. Die Nummern 2 und 3 entsprechen inhaltlich dem bisherigen § 4 Abs. 2. Nummer 4 ist ebenfalls neu. Sie trägt der Entwicklung bei der stationären Versorgung von Kindern mit Krebserkrankungen Rechnung, die nicht nur bei den Arzneimitteln sondern auch im Personalbereich besonders aufwendig und damit überdurchschnittlich teuer ist. Besonders aufwendig ist auch die neonatologische Intensivbehandlung von

Säuglingen (Nummer 5). Nummer 6 trägt dem hohen Aufwand der Krankenhäuser für Vorhaltung und Betrieb von Dialyseeinrichtungen Rechnung. Entsprechendes gilt für die neurochirurgische Behandlung (Nummer 7). Nummer 8 berücksichtigt vor allem, daß viele Allgemein-Krankenhäuser die Psychiatrie in den letzten 10 Jahren in ihr Leistungsspektrum integriert haben. Die Nummern 9 und 10 entsprechen dem bisherigen § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 schreibt - über den bisherigen § 4 Abs. 1 Nr. 3 hinaus- generell vor, daß für die Fälle, in denen die Krankenhausleistungen teilstationär erbracht werden, ein allgemeiner Pflegesatz und - soweit von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird - besondere Pflegesätze für die betreffenden teilstationären Leistungen zu vereinbaren sind. Die Regelung trägt dem Fortschritt der Medizin Rechnung und soll eine stärker leistungsbezogene Bemessung der Pflegesätze und damit eine bessere Transparenz und Vergleichbarkeit der Kosten und Leistungen der Krankenhäuser bewirken.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 dient dem gleichen Ziel. Er macht sichtbar, welche Anteile des Pflegesatzes als pauschaler Vergütungsbetrag auf die drei Leistungsbereiche Unterkunft und Verpflegung, Pflege sowie ärztliche und sonstige medizinische Versorgung entfallen. Um den damit für das Krankenhaus verbundenen Mehraufwand in Grenzen zu halten, wurden im Kosten- und Leistungsnachweis vereinfachte Kostenzuordnungen vorgenommen, die näherungsweise zu dem gewünschten Ergebnis führen. Die damit notwendigerweise verbundenen kleineren Ungenauigkeiten sind bei der groben Aufteilung in lediglich drei Leistungsbereiche vertretbar. Entscheidend für die Vergleichbarkeit der Kosten und Leistungen der Krankenhäuser ist, daß die Aufteilung von allen Krankenhäusern in gleicher Weise nach Maßgabe der Zuordnung im Kosten- und Leistungsnachweis vorzunehmen ist.

Im Hinblick auf die hohe Bedeutung dieser Aufteilung für eine verbesserte Transparenz und Vergleichbarkeit von Kosten und Leistungen der Krankenhäuser erscheint die Auffassung der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände nicht begründet, daß die Aufteilung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und als Instrument der Kostendämpfung ungeeignet sei. Im Hinblick auf die einfache Ausgestaltung der Aufteilung gilt dies auch für die weitere Kritik, daß die Aufteilung mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden sei.

Zu § 6: Sonderentgelte

Die Regelung setzt die Vertragsparteien in den Stand, die Entgelte für bestimmte teure Leistungen stärker leistungsbezogen zu gestalten, als dies über tagesgleiche allgemeine oder besondere Pflegesätze möglich ist. Damit wird eine erhöhte Transparenz der Kosten dieser Leistungen sowie eine leistungsgerechtere Belastung der Patienten und ihrer Kostenträger erreicht. Gleichzeitig werden die Pflegesätze nach § 5 entlastet und zwischen den Krankenhäusern besser vergleichbar. Die gesondere Vergütung teurer Leistungen erleichtert darüber hinaus die Budgetierung der Vergütung für die anderen allgemeinen Krankenhausleistungen, weil deren Kosten nicht so stark voneinander abweichen. Soweit sich aus der Neuregelung für selbstzahlende Patienten besondere Belastungen ergeben können, wird zu prüfen sein, wie diese durch eine entsprechende Gestaltung von Beihilfevorschriften oder Tarifen der privaten Krankenversicherung aufgefangen werden können.

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift des Satzes 1 soll den Vertragsparteien ermöglichen, die besondere Struktur des Leistungsangebots des einzelnen Krankenhauses zu berücksichtigen. Sie verzichtet daher auf eine zwingende Regelung, sieht jedoch entsprechend dem neuen § 17 Abs. 2 KHG keine zeitliche Begrenzung sowie keine Beschränkung der gesonderten Berechnung auf sogenannte "Nebenleistungen" mehr vor, da oft gerade die Hauptleistungen, z.B. ärztliche Behandlungsverfahren, besonders hohe Kosten verursachen. Im übrigen wird die in Satz 1 festgelegte gesonderte Vergütungsfähigkeit teurer Leistungen gegenüber der Regelung des bisherigen § 5 einerseits erheblich erweitert. Andererseits werden in den Leistungskatalog nur therapeutische Leistungen aufgenommen, um der Gefahr einer aus medizinischen Gründen nicht notwendigen und hier besonders kostenträchtigen Mengenausweitung zu begegnen.

Satz 2 sieht im Interesse einer verbesserten Vergleichbarkeit der Krankenhäuser, die Leistungen nach Satz 1 erbringen, vor, daß eine Vereinbarung über die gesonderte Vergütung sich grundsätzlich auf alle genannten Leistungen erstrecken muß, sofern diese im Krankenhaus erbracht werden.

Zu Absatz 2:

Satz 1 überträgt den Partnern der Empfehlungen nach § 19 KHG über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser die Aufgabe, auch Empfehlungen zu Art und Höhe der Vergütung der teuren Leistungen nach Absatz 1 sowie zur Veränderung des Katalogs dieser Leistungen auszuarbeiten. Damit soll so weit als möglich eine einheitliche Gestaltung der Sonderentgelte auf Bundesebene sowie eine leichtere Anpassung des Katalogs an die medizinische und technische Entwicklung durch den Verordnungsgeber erreicht werden; länderweise Unterschiede erscheinen hier kaum gerechtfertigt. Auf dieser Grundlage sind die Sonderentgelte wie alle anderen Pflegesätze für jedes einzelne Krankenhaus von den Vertragsparteien individuell zu vereinbaren. Hinsichtlich der Art der Vergütung kommen insbesondere Empfehlungen für Entgelte nach Verbrauch (z.B. für Transplantate oder Arzneimittel) sowie für fallbezogene und verweildauerabhängige Pauschalentgelte oder für eine Verbindung solcher Vergütungsformen in Betracht. Hinsichtlich der Höhe der Vergütung kommen z.B. Empfehlungen in Betracht, die nach der Häufigkeit der jeweiligen Leistungen gestaffelte Entgelte vorsehen.

Satz 2 sieht vor, daß die Empfehlungen unter Heranziehung von Sachverständigen, insbesondere Ärzten, zu erarbeiten sind. Da die Arzneimittelversorgung bei vielen der teuren Leistungen eine große Bedeutung hat, gehören auch Krankenhausapotheker zu diesen Sachverständigen.

Die Veröffentlichung der Empfehlungen zu Art und Höhe der Vergütung dient der Information der Beteiligten, damit diese die Empfehlungen bei der Pflegesatzvereinbarung angemessen berücksichtigen.

Zu § 7: Wahlleistungen

Zu Absatz 1 und 2:

Die Vorschriften sind - mit redaktioneller Anpassung der Überschrift und der Einleitung des ersten Satzes von Absatz 1 - unverändert aus dem bisherigen § 6 übernommen.

Zu Absatz 3:

Satz 1 präzisiert das Wesen der Wahlleistungen im ärztlichen Bereich. Damit werden diese Wahlleistungen deutlicher abgegrenzt von dem Anspruch des Patienten auf ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen, der nicht die Wahl bestimmter Krankenhausärzte umfaßt, sondern allgemein auf die Versorgung durch die Ärzte des Krankenhauses gerichtet ist, deren Tätigwerden nach Art und Schwere der Erkrankung notwendig ist (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 1 und die Begründung dazu). Deshalb ist der Begriff "wahlärztliche Leistungen" auch treffender als der bisherige Begriff "ärztliche Wahlleistungen", der dahin mißverstanden werden kann, als erfasse er nur Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen. Demgegenüber wird durch den Begriff "wahlärztliche Leistungen" klargestellt, daß darunter - jedenfalls auch - die ärztlichen Leistungen fallen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind (vgl. § 1 Abs. 3 GOÄ). Insoweit liegt der Unterschied zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in der Art der ärztlichen Leistungen, sondern in der Person des behandelnden Arztes. Satz 1 präzisiert ferner, daß die wahlärztlichen Leistungen nach dem Umfang ihrer gesonderten Berechenbarkeit und den an der Behandlung beteiligten Ärzten in der Vereinbarung näher anzugeben sind. Die Regelung läßt zwar in Übereinstimmung mit dem bisherigen Recht zu, die Vereinbarung auf sämtliche liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses zu erstrecken. Im Interesse der Wahlfreiheit des Patienten kann

aber die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen künftig auf einzelne Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden. Die Vorschrift, daß der hauptbehandelnde Arzt in der Vereinbarung zu nennen ist, dient der Rechtssicherheit und berücksichtigt, daß die persönliche Behandlung durch einen hauptbehandelnden Arzt auch aus der Sicht des Patienten Ausgangspunkt für die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen ist. Im übrigen entspricht die Abgrenzung der wahlärztlichen Leistungen von den allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Vorschrift zur Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte dem bisherigen § 6 Abs. 3.

Zu Absatz 4:

Satz 1 legt im Interesse der Wahlfreiheit des Patienten und entsprechend dem bereits in einigen Ländern erlassenen Landesrecht fest, daß die Wahlleistung Unterkunft und wahlärztliche Leistungen nicht voneinander abhängig gemacht werden dürfen. Für die Aufrechterhaltung der bloß "einseitigen Entkopplung" des bisherigen § 6 Abs. 4 Satz 1 ist heute kein Bedürfnis mehr anzuerkennen. Es wird daher eine beidseitige Entkopplung vorgeschrieben. Satz 2 stellt zur unverändert übernommenen Altvertragsklausel entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluß vom 7. November 1979, BVerfGE Bd. 52, S. 303, 349/350) klar, daß diese Bestimmung Rechtsvorschriften oder Vereinbarungen zur Anpassung der Altverträge an die Entkopplung von wahlärztlichen Leistungen und gesondert berechenbarer Unterkunft nicht ausschließt.

Zu § 8: Pflegesatzabschläge

Zu Satz 1 Nr. 1:

Der Belegarztabschlag wird auf einheitlich 5 % festgelegt. Die Höhe des Abschlags berücksichtigt, daß belegärztliche Leistungen in dem durch § 2 Abs. 3 präzisierten Umfang nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören. Es ist ein Durchschnittswert, der trotz der unterschiedlichen Struktur der einzelnen Krankenhäuser, insbesondere des zahlenmäßigen Verhältnisses von Anstalts- und Belegabteilungen und ihrer Größe, im Interesse der Vereinfachung für die Praxis angemessen ist. Damit wird insoweit auch eine Gleichbehandlung von privatärztlicher stationärer oder teilstationärer Behandlung durch Belegärzte einerseits und Krankenhausärzte im Rahmen wahlärztlicher Leistungen andererseits erreicht. Die Regelung bezieht auch die Sonderentgelte nach § 6 in den Abschlag mit ein, weil auch diese teuren Leistungen im Einzelfall von Belegärzten, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mehrerer Belegärzte, erbracht werden können. Zur weiteren Vereinfachung für die praktische Anwendung wird vorgeschrieben, daß der Pflegesatzabschlag nur einmal vorzunehmen ist, d.h. als pauschale Ermäßigung des Rechnungsbetrags für allgemeine Krankenhausleistungen und nicht bei den einzelnen Pflegesätzen nach § 5 und nach § 6 (Sonderentgelten).

Zu Satz 1 Nr. 2:

Die Vorschrift über die Ermäßigung der Krankenhausrechnung bei wahlärztlichen Leistungen entspricht inhaltlich der bisherigen Regelung zum Wahlarztabschlag vom allgemeinen Pflegesatz (§ 3 Abs. 2 Satz 2) und vom besonderen Pflegesatz (§ 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 Satz 2). Diese Regelung ging davon aus, daß grundsätzlich sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen mit dem allgemeinen oder dem besonderen Pflegesatz vergütet werden, und hat deshalb die gesonderte Berechnung von teuren "Nebenleistungen" angesichts der eng begrenzten Ausnahmevorschrift des

bisherigen § 5 nicht in den Wahlarztabschlag einbezogen. Die Neuregelung über die gesonderte Vergütung teurer Leistungen macht es notwendig, auch die Sonderentgelte in die Abschlagsregelung einzubeziehen. Würde man die Sonderentgelte oder z.B. die darin enthaltenen Kosten des medizinischen Bedarfs vom Wahlarztabschlag ausnehmen, müßte der Prozentsatz des Wahlarztabschlags auf die Pflegesätze nach § 5 für die Krankenhäuser, die Sonderentgelte vereinbaren, erhöht werden, um die gleiche Entlastung der Patienten mit wahlärztlichen Leistungen wie bisher zu erreichen. Ein solches Abgehen von einem einheitlichen Prozentsatz für den Abschlag wäre wenig praktikabel. Aus dem gleichen Grund scheidet auch eine Regelung aus, die den Abschlag allgemein auf jeweils ein Drittel der in den Pflegesätzen nach § 5 und in den Sonderentgelten enthaltenen Personalkosten des ärztlichen Dienstes festlegt, obwohl eine solche Regelung nach dem Umfang der Entlastung für den Patienten dem bisherigen fünfprozentigen Abschlag vom bisherigen allgemeinen und besonderen Pflegesatz etwa entspräche. Für einzelne liquidationsberechtigte Krankenhausärzte entsteht dadurch keine unzumutbare Belastung im Rahmen der Kostenerstattung an das Krankenhaus, weil sich die dafür aufzubringende Summe des 1,2-fachen der Wahlarztabschläge auf sämtliche liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses verteilt.
Auch hier wird zur Vereinfachung für die Praxis als pauschaler Abzug bei wahlärztlichen Leistungen eine einheitliche Minderung des Rechnungsbetrags für allgemeine Krankenhausleistungen um 5 % vorgeschrieben.

Zu Satz 2:

Satz 2 stellt klar, daß die Pflegesätze und Sonderentgelte der Krankenhäuser, bei denen die stationären und teilstationären ärztlichen Leistungen ausschließlich belegärztliche Leistungen sind, wie bisher nicht zu ermäßigen sind, weil in diesen Entgelten keine ärztlichen Personalkosten enthalten sind.

Zu § 9: Berechnung der Pflegesätze

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Abs. 3. Sie legt fest, daß gegenüber dem Patienten oder seinem Kostenträger für die allgemeinen Krankenhausleistungen nur die Pflegesätze nach § 5 und nach § 6 (Sonderentgelte) berechnet werden dürfen.

Zu Absatz 2 und 3:

Die in den Absätzen 2 und 3 getroffenen Regelungen entsprechen dem bisherigen § 9. Eine Vorschrift über die Pflegesatzberechnung für Zeiten der Beurlaubung des Patienten ist nicht in die Verordnung aufgenommen worden. Diese Frage ist besser im Einzelfall von den Vertragsparteien entsprechend den besonderen Anforderungen der stationären Versorgung im jeweiligen Krankenhaus durch Vereinbarung nach § 16 Abs. 7 zu regeln. Dabei ist in der Regel davon auszugehen, daß für die Tage der Beurlaubung zumindest nicht der volle Pflegesatz berechnet werden sollte.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 gehört zusammen mit § 16 Abs. 1 Satz 3 zu den Vorschriften, die die Liquidität des Krankenhauses mit den notwendigen Betriebsmitteln sicherstellen und dadurch zugleich den Anfall von kostensteigernden Zinsen für Betriebsmittelkredite vermeiden sollen. Satz 1 gibt dem Krankenhaus einen Anspruch auf angemessene Teilzahlungen, die bei Kostenübernahmeerklärungen durch Sozialleistungsträger, sonstige öffentliche Kostenträger oder private Krankenversicherungen nur von diesen verlangt werden können (Satz 2). Die Kostenträger können diese Verpflichtung auch dadurch erfüllen, daß sie in der Pflegesatzvereinbarung andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen treffen (Satz 3), wobei allerdings entsprechende Regelungen nach den §§ 372 bis 374 RVO Vorrang haben (§ 16 Abs. 8), die den Anspruch nach Satz 1 auch unmittelbar ausschließen können.

Zu § 10: Wahlleistungsentgelte

Satz 1 greift für den Bereich der Wahlleistungen den dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz zugrunde liegenden Gedanken auf, daß Leistungen und Entgelte im Krankenhaus in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen müssen (Halbsatz 1). Bei den wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 ist das weitgehend durch die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte gewährleistet. Für die Vergütung der übrigen Wahlleistungen, insbesondere im Bereich der Unterkunft, bedeutet das Erfordernis der Angemessenheit einerseits, daß die geforderten Entgelte im Verhältnis zu den dafür angebotenen Leistungen nicht unangemessen hoch sein dürfen, andererseits aber zumindest die Selbstkosten für diese Leistungen decken müssen (Halbsatz 2). Letzteres ergibt sich aus dem unter anderem in § 11 Abs. 3 und § 13 Abs. 3 Nr. 6 und 8 konkretisierten Grundsatz, daß die Kosten der Wahlleistungen nicht die Selbstkosten der allgemeinen Krankenhausleistungen belasten dürfen.

Satz 2 berücksichtigt diese grundsätzlichen Überlegungen. Die Vorschrift folgt dem Vorbild der inzwischen bewährten Bestimmung des § 12 Abs. 2 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte zur Begründungspflicht bei ärztlichen Gebührenforderungen. In einem Wahlleistungsbereich, der wegen seines finanziellen Gewichts und der Häufigkeit seiner Inanspruchnahme besonders wichtig ist, dient die Vorschrift der praktischen Umsetzung der in Satz 1 enthaltenen Vorgabe, daß Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen müssen. Ein Überschreiten der in Satz 2 genannten Prozentsätze ist danach nur gerechtfertigt, wenn das gewählte Zimmer nach Ausstattung, Größe und Lage insgesamt überdurchschnittlichen Anforderungen entspricht. Die Vorschrift beläßt dem Krankenhaus in jedem Fall eine ausreichende Interessenquote.

Zu § 11: Kostenerstattung der Ärzte

Die Vorschrift regelt in teilweiser Ausführung des § 16 Satz 1 Nr. 3 KHG die Kostenerstattung der Ärzte an den Krankenhausträger, soweit Kosten der von ihnen im Krankenhaus erbrachten Leistungen in den Pflegesätzen nicht berücksichtigt werden dürfen.

Zu Absatz 1:

Satz 1 erfaßt die Kosten ambulanter ärztlicher Leistungen, die nach § 13 Abs. 3 Nr. 4 nicht pflegesatzfähig sind. Satz 2 läßt aus Vereinfachungsgründen eine Pauschalierung der Kostenerstattung zu. Satz 3 bestimmt im Interesse des Krankenhausträgers, daß einer solchen Kostenerstattung entgegenstehende vertragliche Regelung an die Kostenerstattungspflicht nach Satz 1 anzupassen sind.

Zu Absatz 2:

Die Vorschrift regelt die Kostenerstattung der Belegärzte für die nach § 13 Abs. 3 Nr. 5 nicht pflegesatzfähigen Kosten belegärztlicher Leistungen.

Zu Absatz 3:

Satz 1 legt den Umfang der Kostenerstattung, die die liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses insgesamt für wahlärztliche Leistungen aufzubringen haben, entsprechend dem Abzugsbetrag nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 fest, ohne eine Gesamtschuldnerschaft im Sinne des § 421 BGB zu begründen. Die Regelung überläßt es wie bisher den Beteiligten, wie diese Kostenerstattung unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebots - entsprechend den je nach Fachgebiet und den besonderen Verhältnissen des Krankenhauses unterschiedlich hohen Kosten - auf die Ärzte aufgeteilt wird.

Zu Absatz 4:

Die Vorschrift regelt die Kostenerstattung für sonstige Fälle, in denen Ärzte stationäre oder teilstationäre ärztliche Leistungen berechnen können, z.B. für ärztliche Gutachterleistungen bei Patienten, die zur Begutachtung aufgenommen werden.

Zu Absatz 5:

Die Regelung stellt klar, daß die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 4 auch die anteiligen Investitionskosten umfaßt, die nach § 14 Abs. 4 nicht pflegesatzfähig sind. Sie gilt entsprechend für Investitionskosten nach § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7.

Zu Absatz 6:

Die Vorschrift stellt klar, daß die Verordnung von der Ermächtigung des § 16 Satz 1 Nr. 3 KHG nur hinsichtlich der Regelung der Kostenerstattung Gebrauch macht und deshalb Rechtsvorschriften des Bundes- oder Landesrechts und vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, insbesondere im Bereich des Nebentätigkeitsrechts für Beamte, oder über sonstige Abgaben, etwa zur Mitarbeiterbeteiligung, unberührt läßt. Ein weitergehendes Nutzungsentgelt im Sinne des § 16 Satz 1 Nr. 3 KHG kann z.B. Abgaben unter dem Gesichtspunkt des Vorteilausgleichs enthalten. Es kann auch eine Erstattung von Kosten umfassen, die dem Krankenhausträger entstehen, wenn Fördermittel z.B. für vom Arzt genutzte Einrichtungen nicht gewährt werden, soweit diese Einrichtungen etwa für ambulante Leistungen verwendet werden. Bei der Ausgestaltung der Höhe des Nutzungsentgelts und anderer Abgaben des Arztes durch Landesrecht oder Vertrag ist vom Vorrang der bundesrechtlichen Regelung für die Kostenerstattung nach dieser Verordnung und für die Gebührenminderung nach der Gebührenordnung für Ärzte auszugehen. Die über die Kostenerstattung und die Gebührenminderung hinausgehenden Zahlungsverpflichtungen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen des Arztes und zu den Vorteilen stehen, die dem Arzt mit dem Liquidationsrecht eingeräumt werden.

Zu § 12: Unterrichtung der Patienten

Die Vorschrift legt dem Krankenhaus die Pflicht zu einer umfassenden Unterrichtung des Patienten über Art und Höhe der angebotenen allgemeinen Krankenhausleistungen und der dafür zu zahlenden Pflegesätze auf. Bei den allgemeinen, den besonderen und den teilstationären Pflegesätzen nach § 5 schließt diese Unterrichtung die jeweilige Aufschlüsselung für die drei Leistungsbereiche Unterkunft und Verpflegung, Pflege sowie ärztliche und sonstige medizinische Versorgung ein. Der Patient ist grundsätzlich persönlich und sobald als möglich im Zusammenhang mit der Aufnahme in das Krankenhaus schriftlich zu unterrichten. Für den Bereich der Wahlleistungen sieht § 7 Abs. 2 eine zusätzliche Informationspflicht vor.

Die Unterrichtung soll dem Patienten die Kosten der von ihm in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen - auch im Vergleich zu anderen Krankenhäusern - deutlich und ihn dadurch kostenbewußter machen. Bei Selbstzahlern dient die Unterrichtung darüber hinaus dem Schutz des Patienten. Er soll wissen, welche unterschiedlichen Preise er zu zahlen hat, wenn er die für seine Versorgung erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen und wenn er Wahlleistungen in Anspruch nimmt. Damit soll er zugleich in die Lage versetzt werden, auf Grund eines Kosten- und Leistungsvergleichs zwischen verschiedenen Krankenhäusern wählen zu können.

Zu § 13: Selbstkosten der geförderten Krankenhäuser

Zu Absatz 1:

Absatz 1 entscheidet eine Reihe von Streitfragen, die bei der Anwendung der bisherigen Bundespflegesatzverordnung aufgetreten sind und die seit Jahren die Pflegesatzverhandlungen immer wieder belastet haben. Maßgebend bleiben die Kosten, die bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen erforderlich sind.

Nummer 1 stellt klar, daß der besondere Aufwand von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern, der durch die Koordination, gegenseitige Beratung und die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern und mit niedergelassenen Ärzten entsteht, zu den Selbstkosten des Krankenhauses gehört.

Nach Nummer 2 gehören Zinsen für Betriebsmittelkredite zu den Selbstkosten, soweit die Kreditaufnahme bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung unvermeidbar ist. Zur sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung gehört insoweit z.B. auch, daß das Krankenhaus Möglichkeiten einer Finanzierung aus Eigenmitteln nutzt, um Kreditaufnahmen zu vermeiden. Die Notwendigkeit, Betriebsmittelkredite aufzunehmen und damit entsprechende Zinsen zu zahlen, wird allerdings durch die Vorschriften der §§ 9 Abs. 4 und 16 Abs. 1 Satz 3 weitgehend eingeschänkt, da das Krankenhaus von den Patienten angemessene Teilzahlungen auf die zu zahlenden Pflegesätze verlangen kann und die Vertragsparteien grundsätzlich verpflichtet sind, Regelungen über monatliche Teilzahlungen und - für den Fall verspäteter Zahlung - über die Erhebung von Verzugszinsen zu treffen.

Nach Nummer 3 sind Versicherungsprämien nur insoweit pflegesatzfähig, als sie sich auf Risiken beziehen, die mit der Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistung üblicherweise verbunden sind.

Danach gehören beispielsweise Prämien einer Haftpflichtversicherung für ambulante ärztliche Leistungen nicht zu den Selbstkosten, im Gegensatz zum Beispiel zu den Prämien für eine Feuerversicherung für das Krankenhausgebäude, die pflegesatzfähig sind.

Nummer 4 stellt klar, daß die Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur dann pflegesatzfähig sind, wenn diese von den Vertragsparteien oder der Schiedsstelle vereinbart bzw. veranlaßt werden. Zu Wirtschaftlichkeitsberatungen geht die Verordnung davon aus, daß diese der unternehmerischen Entscheidung des Krankenhausträgers zuzuordnen sind und die Pflegesatzfähigkeit der durch sie verursachten Kosten deshalb allein davon abhängig ist, ob die Beratung bei Beachtung des Gebots sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung erforderlich war.

Nummer 7 dient der Klarstellung, daß Kosten aus Investitionsverträgen nach § 18 b KHG Selbstkosten des Krankenhauses sind, soweit sie nicht gemäß § 4 und § 9 KHG durch öffentliche Fördermittel zu decken sind.

Zu Absatz 2:

Nach Satz 1 sind die Selbstkosten des Krankenhauses unter Beachtung struktureller Besonderheiten auf der Grundlage der voraussichtlichen Belegung des Krankenhauses zu kalkulieren. Dabei ist auch die Pflegesatzbegrenzung nach § 17 Abs. 5 KHG zu beachten. Das Abstellen auf die voraussichtliche Belegung ist eine Abkehr von der bisher zum Teil geübten Praxis, auf der Basis einer für die Bedarfsplanung angenommenen Auslastung des Krankenhauses von 85 % zu kalkulieren. Außerdem entfällt der pauschale Kostenabzug für Minderbelegung nach dem bisherigen § 18 Abs. 7. Anstelle dieses schematischen Abzugs werden - auf der Basis der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses - unwirtschaftliche Betriebsstrukturen und nichtausgelastete Kapazitäten des einzelnen Krankenhauses individuell be-

rücksichtigt. Die Selbstkosten werden nur insoweit gemindert, als sie auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind.

Satz 2 Nr. 1 bis 3 bestimmt, daß bei der Ermittlung der Selbstkosten das Kosten-Leistungs-Verhältnis vergleichbarer Krankenhäuser, die Maßstäbe und Grundsätze nach § 19 KHG und die Möglichkeiten zur Kostendämpfung angemessen zu berücksichtigen sind. Dabei handelt es sich sowohl um einzelwirtschaftliche Faktoren, die sich aus der besonderen Kosten- und Leistungsstruktur des einzelnen Krankenhauses ergeben, wie auch um gesamtwirtschaftliche Faktoren, die deutlich machen, daß die wirtschaftliche Entwicklung im Krankenhausbereich weder losgelöst von der Entwicklung in anderen Gesundheitsbereichen noch unabhängig von gesamtwirtschaftlichen Verläufen gesehen werden kann. Insgesamt wird durch diese Vorschrift entsprechend dem modifizierten Selbstkostendeckungsgrundsatz vorgesehen, daß neben der konkreten Situation des einzelnen Krankenhauses auch außerhalb des Krankenhauses liegende Faktoren berücksichtigt werden müssen. Gerade die Vorauskalkulation der Selbstkosten und damit der Pflegesätze eröffnet den Vertragsparteien künftig die Möglichkeit, sich auch auf die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung wirksamer einzustellen. Das ist notwendig, weil die Ausgaben für Krankenhauspflege rund ein Drittel aller Ausgaben der Krankenkassen umfassen und deshalb bei den erforderlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der Sozialversicherung nicht außer Betracht gelassen werden können - allerdings nicht mit der Folge, daß pauschale Kürzungen von anerkannten Selbstkosten zulässig sind, wohl aber, daß auf bestimmte Kosten- und Leistungsfaktoren notfalls verzichtet werden muß, weil die Vertragsparteien der Stabilität der Beitragssätze insoweit Vorrang einräumen.

Zu Absatz 3:

Die Vorschrift stellt klar, daß zur Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten (Selbstkosten) nach näherer Bestimmung im Kosten- und Leistungsnachweis sämtliche Kosten für Leistungen auszugliedern sind, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören. Sie schreibt für die wichtigsten Fälle die Ausgliederung durch Kostenabzug vor und entspricht damit für die Nummern 1 bis 4 zwingenden Vorgaben des § 17 KHG.

Nummer 1 enthält wegen des Sachzusammenhangs und der Bedeutung des Abzugs der Kosten von Forschung und Lehre einen ausdrücklichen Hinweis auf die Vorschrift des § 17 Abs. 3 Nr. 2 KHG.

Nummer 2 verweist aus den gleichen Gründen auf die nicht berücksichtigungsfähigen Kosten für den Betrieb medizinisch-technischer Großgeräte, deren Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung entgegen § 10 KHG nicht abgestimmt ist.

Nummer 3 erfaßt die Kosten sämtlicher ambulanter Leistungen des Krankenhauses. Die Vorschrift gilt daher für die Notfallambulanz ebenso wie für die poliklinische Ambulanz der Hochschulkliniken (§ 368 n Abs. 3 Satz 2 bis 7 RVO), die psychiatrische Institutsambulanz (§ 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO), ambulante Krankenhausleistungen nach § 200 f RVO (§ 368 n Abs. 6 Satz 1 RVO) oder für ambulante Krankenhausleistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu den ambulanten Leistungen des Krankenhauses im Sinne dieser Vorschrift gehören auch die ärztlichen Sachleistungen nach § 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RVO.

Die Nummer 4 erfaßt alle Fälle, in denen Ärzte Leistungen berechnen können, die sie im Krankenhaus ambulant erbracht haben. Die Vorschrift gilt daher für Leistungen, die von Krankenhausärzten auf Grund einer Zulassung oder Beteiligung im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung berechnet werden können (§ 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RVO) ebenso wie für privatärztliche ambulante Leistungen von Krankenhausärzten, aber auch für ambulante ärztliche Leistungen, die niedergelassene Ärzte im Krankenhaus erbringen (z.B. ambulante Operationen, diagnostische Leistungen, Gutachterleistungen). Ein Kostenabzug nach Nummer 4 entfällt, soweit für die Kosten der ärztlichen Sachleistungen nach § 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RVO aufgrund einer für das Krankenhaus verbindlichen Vereinbarung von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Kostenerstattung geleistet wird.

Nummer 5 regelt den Kostenabzug für belegärztliche Leistungen.

Nummer 6 legt entsprechend dem bisherigen § 18 Abs. 6 Satz 2 die Höhe des Kostenabzugs für wahlärztliche Leistungen fest.

Nummer 7 regelt den Kostenabzug für sonstige im Krankenhaus erbrachte stationäre oder teilstationäre ärztliche Leistungen, die von Ärzten berechnet werden können, z.B. für die Kosten, die dem Krankenhaus bei Aufnahmen zur Begutachtung durch gesondert berechenbare ärztliche Gutachterleistungen entstehen. Dagegen ist der bisherige § 18 Abs. 8 wegen Streichung des bisherigen § 7 entfallen.

Nummer 8 stellt entsprechend dem bisherigen § 18 Abs. 9 klar, daß auch die Kosten der nicht von einem Arzt erbrachten Wahlleistungen auszugliedern sind. Die bisher lediglich im Selbstkostenblatt vorgegebenen Umrechnungsfaktoren werden in den Verordnungstext übernommen. Sie werden herabgesetzt, um der tatsächlichen Entwicklung der Mehrkosten für gesondert berechenbare Unterkunft

besser Rechnung zu tragen. Die Regelung berücksichtigt damit insbesondere ein Anliegen des Verbands der privaten Krankenversicherung.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 ist die Konsequenz aus der Vorschrift des § 3 Abs. 1, nach der die Pflegesätze nach § 6 (Sonderentgelte) nicht Teil des Budgets sind.

Zu § 14: Selbstkosten nicht geförderter Krankenhäuser

Zu Absatz 1:

Satz 1 erster Halbsatz entspricht inhaltlich dem bisherigen § 19 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz und Abs. 5. Außerdem wird klargestellt, daß die Vorschrift auch für nicht geförderte Teile eines Krankenhauses gilt. Im übrigen wurden Satz 1 und Satz 2 aus dem bisherigen § 19 Abs. 1 übernommen.

Zu Absatz 2:

Die Regelung läßt - insoweit entsprechend dem bisherigen § 19 Abs. 2 - weiterhin zu, daß statt der Abschreibung nach steuerrechtlichen Vorschriften angemessene pauschale Abschreibungsbeträge vereinbart werden. Die pauschalen Beträge sind von den Vertragsparteien für das einzelne Krankenhaus nach dem Maßstab einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung zu vereinbaren. Deshalb sind die näheren Vorschriften des bisherigen § 19 Abs. 2 Satz 2 bis 5 und Abs. 3 entbehrlich. Abweichend vom bisherigen Recht umfassen die pauschalen Abschreibungsbeträge jedoch nicht mehr Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung. Diese können deshalb auf der Grundlage der pauschalen Abschreibungsbeträge unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung gesondert vereinbart werden. Daneben können entsprechend dem bisherigen § 19 Abs. 2 Satz 3 auch Zinsen für Fremd- und Eigenkapital berücksichtigt werden.

Zu Absatz 3:

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 19 Abs. 4.

Zu Absatz 4:

Die Regelung stellt klar, daß beim Kostenabzug nach § 13 Abs. 3 zur Ausgliederung der nicht pflegesatzfähigen Kosten aus den Selbstkosten des Krankenhauses auch - entsprechend der Nutzung von Räumen und Geräten des Krankenhauses für die betreffenden Leistungen - jeweils anteilige Abschreibungen abzuziehen sind, soweit sie in den zusätzlichen Selbstkosten nach den Absätzen 1 oder 2 enthalten sind.

Zu § 15: Ausbildungskosten

Die Vorschrift regelt, in welchem Umfang entsprechend den allgemeinen Vorgaben in § 17 Abs. 1 KHG und gemäß der besonderen Regelung in § 17 Abs. 4 a KHG Ausbildungskosten zu den pflegesatzfähigen Selbstkosten gehören.

Zu Absatz 1:

Satz 1 stellt entsprechend § 13 Abs. 1 Satz 3 klar, daß auch die besondere Regelung des § 17 Abs. 4 a KHG unter dem Vorbehalt des § 17 Abs. 1 KHG steht, nach dem nur die bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung gerechtfertigten Kosten pflegesatzfähig sind. Satz 2 zielt angesichts der bisher unterschiedlichen Praxis auf eine einheitliche Regelung zur Abgrenzung der Kosten von Ausbildungsstätten ab, erlaubt indessen auch abweichende Vereinbarungen der Vertragsparteien.

Zu Absatz 2:

Durch die Regelung des Absatzes 2 sollen die Bemühungen der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen um die Bereitstellung eines ausreichenden und qualifizierten Ausbildungsplatzangebots und damit um die Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an qualifiziertem Pflegepersonal unterstützt werden. Zugleich soll sichergestellt werden, daß die Ausbildungskapazitäten in ihrem jetzigen Umfang mittelfristig erhalten bleiben. Erfreulicherweise konnten durch gemeinsame Anstrengungen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenhausträger und der Länder die Ausbildungskapazitäten im Krankenhaus unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten dem gestiegenen Bedarf angepaßt werden. Deshalb empfiehlt es sich angesichts der unterschiedlichen Anrechnungsschlüssel in den einzelnen Ländern nicht, schon jetzt bundesrechtlich eine einheitliche Anrechnung vorzugeben. Für die Zeit ab 1990 wird erneut zu prüfen

sein, ob und welche Regelungen erforderlich sind, um auch längerfristig eine ausreichende Zahl von Ausbildungsplätzen sicherzustellen.

Zu Absatz 3:

Die Vorschrift stellt klar, daß bei einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 4 a Satz 3 KHG für ausbildende wie nicht ausbildende Krankenhäuser die sich aus der Rechtsverordnung ergebenden anteiligen Ausbildungskosten pflegesatzfähig sind.

Zu Absatz 4:

Die Regelung zur Anrechnung von Ärzten im Praktikum auf Stellen nachgeordneter Ärzte soll in Ausführung des § 11 Abs. 2 KHG die Beschäftigung von Ärzten im Praktikum in geeigneten Krankenhäusern erleichtern, um so in einem wesentlichen Teilbereich die Neuregelung der ärztlichen Ausbildung abzusichern, die nach dem Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung ab 1987 durchzuführen ist.

224/85 B

Zu § 16: Pflegesatzvereinbarung

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten des in § 18 Abs. 1 bis 3 KHG vorgegebenen Pflegesatzverfahrens. Sie trifft nähere Bestimmungen unter anderem zum Vereinbarungsprinzip, zum Inhalt der Pflegesatzvereinbarung, zur Vorbereitung und Durchführung der Pflegesatzverhandlungen sowie zu den vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen.

Zu Absatz 1:

Satz 1 legt die Kernpunkte fest, die in der Pflegesatzvereinbarung zu regeln sind: das Budget sowie Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze. Außerdem muß jede Pflegesatzvereinbarung künftig auch Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus gewährleisten (Satz 3 erster Halbsatz). Diese zwingende Vorschrift, die im Zusammenhang mit § 9 Abs. 4 zu sehen ist, soll die Liquidität des Krankenhauses sicherstellen und dazu beitragen, den Anfall von Betriebsmittelkreditzinsen zu vermeiden. Die im zweiten Halbsatz aufgeführten Instrumente zur Verwirklichung dieser Ziele - angemessene monatliche Teilzahlungen durch die an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger, Berechnung von Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung - haben den Charakter einer Sollvorschrift. Die Vertragsparteien können auch andere, im Ergebnis ebenso wirksame Wege vereinbaren, z.B. eine Abrechnung und Zahlung durch Datenträgeraustausch.

Satz 2 verdeutlicht die Gestaltungsmöglichkeiten, deren pflichtgemäße Ausschöpfung in die Verantwortung der Vertragsparteien gestellt ist. Diese Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich schon daraus, daß der Vorauskalkulation der pflegesatzfähigen Selbstkosten ganz überwiegend Bewertungen, Feststellungen und Schätzungen zugrunde zu legen sind, die auf tatsächlichem Gebiet liegen. Das gilt beispielsweise für die Zahl der Patienten, die Art und

Schwere ihrer Erkrankungen, die durchschnittliche Verweildauer oder die Entwicklung von Löhnen und Preisen. Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragsparteien ergeben sich z.B. aber auch daraus, daß Selbstkosten keine einseitige dem Krankenhaus vorgegebene Größe sind, sondern in ihrem tatsächlichen Verlauf durch inner- und außerbetriebliche Rahmenbedingungen und Vorgaben beeinflußt werden können.

Zu Absatz 2:

Die in Satz 1 vorgesehene Regelung über das Zustandekommen der Pflegesatzvereinbarung entspricht den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts. Sie stellt im Hinblick auf § 18 Abs. 2 KHG zusätzlich klar, daß für einen rechtswirksamen Abschluß der Vereinbarung das Einvernehmen der Vertragsparteien genügt, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Satz 2 schreibt aus Gründen der Rechtssicherheit für die Pflegesatzvereinbarung die Schriftform vor.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 regelt den Beginn und die zügige Durchführung der Pflegesatzverhandlung unter Berücksichtigung der in § 18 Abs. 4 KHG vorgegebenen Sechswochenfrist. Nur wenn das Krankenhaus mit Ablauf des laufenden Pflegesatzzeitraums das neue Budget und die neuen Pflegesätze bereits kennt, kann die Budgetierung den gewollten Anreiz zur wirtschaftlichen Sicherung des Krankenhauses ausüben.

Zu Absatz 4 und 5:

Die Absätze 4 und 5 stellen die Informationspflichten des Krankenhauses im Rahmen des Pflegesatzverfahrens klar. Das bisherige Selbstkostenblatt, in dem keine Leistungen ausgewiesen sind, wird entsprechend § 18 Abs. 3 Satz 2 KHG zu einem Kosten- und Leistungsnachweis umgestaltet. Für dessen Gestaltung wird ein verbindliches Muster in den Anlagen zur Bundespflegesatzverordnung vorgegeben (Absatz 4 Satz 1).

Der Leistungsnachweis enthält eine anonymisierte Diagnosenstatistik (Absatz 4 Satz 2 Nr. 1). Zweckmäßigkeit und Umfang dieser Statistik sind unstreitig; sie wird auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich akzeptiert. Über die Diagnosenstatistik erhalten die Krankenkassen erstmals Informationen über die Patienten und ihre Erkrankungen und damit über wesentliche Grundlagen für eine bessere Beurteilung der Selbstkosten des Krankenhauses, auch im Vergleich mit anderen Krankenhäusern.

Der Leistungsnachweis sieht ferner für Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten eine Leistungsstatistik vor (Absatz 4 Satz 2 Nr. 2). Nach § 8 Abs. 2 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung sind die Krankenhäuser bereits seit 1980 zur Führung einer Leistungsstatistik verpflichtet. Der zusätzliche Aufwand, der mit der Erstellung des Leistungsnachweises verbunden ist, hält sich deshalb in vertretbaren Grenzen, zumal der Nachweis auf Gruppen von Leistungen und auf die Angabe von Leistungsmengen beschränkt wird. Die Leistungsstatistik ist nur vorzulegen, soweit dies von der Mehrheit der anderen Vertragsparteien rechtzeitig im voraus verlangt wird. Hiermit wird verdeutlicht, daß auch der mit dem Nachweis einer begrenzten Leistungsstatistik verbundene Verwaltungsaufwand aus der Sicht des Verordnungsgebers nur in dem Umfang und nur solange vertretbar ist, wie diese zusätzlichen Informationen für die Pflegesatzverhandlungen auch konkret genutzt werden sollen. Auch diese Statistik wird nach anfänglicher Kritik in der jetzigen Form von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich akzeptiert.
Diagnosen- und Leistungsstatistik werden nach der Übergangsvorschrift des § 24 Abs. 2 und 3 stufenweise eingeführt.

Soweit zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erforderlich, hat das Krankenhaus nach Absatz 5 auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören insbesondere der Jahres-

abschluß nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung sowie Angaben zur tatsächlichen Besetzung der Personalstellen und zur Eingruppierung der Mitarbeiter je Stelle (Stellenplan). Die hohe Bedeutung dieser Unterlagen für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ergibt sich schon daraus, daß die Personalkosten im Durchschnitt der Krankenhäuser rund 70 % der Gesamtkosten betragen. Eine ähnliche Verpflichtung zur Vorlage von Stellenplänen und sonstigen Betriebsdaten gibt es zum Beispiel auch für den Rehabilitationsbereich nach den Grundsätzen der Bundesanstalt für Arbeit zur Beurteilung der Angemessenheit von Kosten in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation vom 21. September 1983. Sie ist im Krankenhaus um so eher geboten, als es hier - im Gegensatz zum Rehabilitationsbereich - ein Selbtkostendekcungsprinzip gibt. Wer die Deckung von Selbstkosten verlangt, muß sie im Zweifelsfalle auch nachweisen.

Zu Absatz 6:

Die Vorschriften des Absatzes 6 sollen im Interesse eines prospektiven Budgets und prospektiver Pflegesätze die zügige Durchführung der Pflegesatzverhandlung erleichtern.

Zu Absatz 7:

Die in Absatz 7 vorgesehenen Rahmenvereinbarungen dienen insbesondere dem Zweck, die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien näher zu bestimmen und verläßliche Grundregeln für das Pflegesatzverfahren im Einzelfall zu entwickeln. In solchen Vereinbarungen kann auch die Pflegesatzberechnung für Zeiten der Beurlaubung geregelt werden (siehe die Begründung zu § 9 Abs. 2 und 3).

Zu Absatz 8:

Die Vorschrift stellt klar, daß nach den §§ 372 bis 374 RVO getroffene Regelungen Vorrang vor entsprechenden Vereinbarungen der Pflegesatzparteien haben.

Zu § 17: Schiedsregelung

Die vorgesehene Schiedsregelung für den Fall, daß die Vertragsparteien sich nicht auf eine Pflegesatzvereinbarung einigen können, ersetzt entsprechend § 18 Abs. 4 KHG die staatliche Pflegesatzfestsetzung.

Satz 1 Halbsatz 1 stellt klar, daß Gegenstand einer Festsetzung durch die Schiedsstelle nicht nur Budget und Pflegesätze im ganzen, sondern auch Teilregelungen sein können, über die die Vertragsparteien sich nicht einigen können. Die Schiedsstelle kann deswegen z.B. auch dann angerufen werden, wenn die Vertragsparteien sich nicht über angemessene Teilzahlungen oder Verzugszinsenregelungen einigen können, nicht dagegen, wenn es sich um die Anwendung der genannten Kann-Vorschriften handelt. Zu solchen, nicht schiedsfähigen Fragen gehören beispielsweise Steitigkeiten zwischen den Vertragsparteien darüber, ob sie Vereinbarungen über Abteilungspflegesätze nach § 5 Abs. 2 oder über Sonderentgelte nach § 6 abschließen sollen; dagegen sind Streitigkeiten über die Höhe solcher Vergütungen schiedsfähig, sofern die Vertragsparteien sich über die Vereinbarung solcher Pflegesätze dem Grunde nach einig sind (Satz 2).

Die Schiedsstelle muß zügig entscheiden, um den prospektiven Charakter des Budgets und der Pflegesätze auch im Konfliktfall zu sichern. Die Bindung der Schiedsstelle an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften (Satz 1 Halbsatz 2) schließt auch § 16 Abs. 1 Satz 1 ein. Deshalb gelten z.B. die Gestaltungsmöglichkeiten, die den Vertragsparteien gegeben sind, nach Art und Umfang ebenso für die Schiedsstelle, soweit sich die Vertragsparteien nicht einigen. Auch die Schiedsstelle unterliegt dabei nur einer Rechtmäßigkeitskontrolle durch die Genehmigungsbehörde.

Zu § 18: Genehmigung

Die Vorschrift enthält ergänzende Bestimmungen zur Genehmigung der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 5 KHG. Danach werden Pflegesatzvereinbarungen nicht bereits mit ihrem Abschluß für alle Benutzer unmittelbar verbindlich, sondern erst durch die Genehmigung der zuständigen Landesbehörde; das gleiche gilt für Schiedsstellenentscheidungen. Die Befugnis der Landesbehörde beschränkt sich jedoch in beiden Fällen auf eine Prüfung der Rechtmäßigkeit. Dies schließt zwar grundsätzlich auch eine Prüfung der Höhe des Budgets und der Pflegesätze ein. Aus der gesetzlichen Übertragung der primären Verantwortung für die Gestaltung und Festlegung der Pflegesätze von der Landesbehörde auf die Vertragsparteien folgt jedoch, daß die Prüfungsbefugnis der Landesbehörde hinsichtlich Inhalt, Umfang und Tiefe der Prüfung keineswegs so weit gehen kann wie die ihnen bisher zustehende Festsetzungsbefugnis, daß sie vielmehr die Gestaltungsmöglichkeiten zu berücksichtigen haben, die sich für die Vertragsparteien und die Schiedsstelle insbesondere aus den Bestimmungen der §§ 4 und 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergeben. Die Genehmigungsbehörden können daher nicht im Wege der Rechtmäßigkeitskontrolle das auf die Vertragsparteien übergegangene Beurteilungsermessen durch eigene inhaltliche Vorstellungen ersetzen; sie dürfen deswegen auch die Genehmigung des Budgets und der Pflegesätze nicht etwa davon abhängig machen, daß die Vertragsparteien derartige Vorstellungen berücksichtigen.

Zu Absatz 2:

Satz 1 dient entsprechend der gesetzlichen Vorgabe des § 18 Abs. 5 KHG der Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens.

Da auf die Genehmigung ein Rechtsanspruch besteht, wenn ihre Voraussetzungen erfüllt sind, darf sie nach den unter anderem in § 36 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes des Bundes nor-

mierten Grundsätzen des allgemeinen Verwaltungsrechts mit Nebenbestimmungen nur insoweit versehen werden, als diese dazu bestimmt und geeignet sind, die gesetzlichen Voraussetzungen der Genehmigung - d.h. die Herstellung der Rechtmäßigkeit der Pflegesatzvereinbarung oder der Schiedsstellenentscheidung - sicherzustellen. Für eigene Ermessenserwägungen der Genehmigungsbehörde ist in diesem Zusammenhang kein Raum.

Zu § 19: Laufzeit

In Anerkennung des Vereinbarungsprinzips sieht die Vorschrift davon ab, einen festen Zeitraum für die Geltungsdauer der Pflegesatzvereinbarung festzulegen. Es bietet sich im Interesse der Kostendämpfung jedoch an, daß die Vertragsparteien diesen Zeitraum von sich aus so legen, daß die Empfehlungen der Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Veränderung der Gesamtausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege mit in die Pflegesatzverhandlungen einbezogen werden können.
Eine rückwirkende Änderung von Pflegesätzen wird nach Absatz 2 Satz 2 zeitlich eng begrenzt, weil eine weiterreichende Rückwirkung verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen würde.

Zu § 20: Landespflegesatzausschüsse

Die Landespflegesatzausschüsse haben sich als gemeinsame Beratungsgremien der Beteiligten und der Landesbehörden für Pflegesatzfragen bewährt. Die Vorschrift entspricht deshalb inhaltlich dem bisherigen § 15. Hinzugekommen ist die Aufgabe, Kriterien für die Vergleichbarkeit von Krankenhäusern zu entwickeln.

Zu § 21: Abweichende Vereinbarungen

Die Vorschrift gibt den Vertragsparteien entsprechend dem Vereinbarungsprinzip des § 18 KHG die Befugnis, von den in den §§ 3 bis 6 vorgegebenen Vergütungsformen abweichende Vergütungsformen zu vereinbaren. Gemeint sind damit nicht partielle Veränderungen der in den §§ 3 bis 6 vorgegebenen Vergütungsformen, sondern die Entwicklung alternativer Vergütungsformen. Hierfür kommen beispielsweise krankheitsartenbezogene Fallpauschalen, degressive Pflegesätze oder eine Vergütung nach Leistungskomplexen in Betracht. Damit werden eigene Initiativen der unmittelbar Beteiligten zur Weiterentwicklung der Vergütungen für Krankenhausleistungen ermöglicht.

Die Vertragsparteien haben jedoch die Landesverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie den Landesausschuß des Verbands der privaten Krankenversicherung anzuhören und die Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörden einzuholen, um auf Landesebene eine möglichst einheitliche Entwicklung im Einklang mit der Krankenhausplanung des Landes sicherzustellen und eine möglichst weitgehende Vergleichbarkeit von Art und Höhe dieser Entgelte und der damit vergüteten Leistungen zu erreichen.
Die Beteiligung des Landesausschusses des Verbands der privaten Krankenversicherung stellt sicher, daß auch die berechtigten Interessen der Selbstzahler berücksichtigt werden.

Zu § 22: Zuständigkeitsregelung

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 27 KHG.

Zu § 23: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Drucksache 224/85
B

Zu § 24: Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift sieht vor, daß die neue Bundespflegesatzverordnung zusammen mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zum Pflegesatzrecht und zum Pflegesatzverfahren (§ 17 Abs. 1, §§ 18 und 18 a KHG) am 1. Januar 1986 in Kraft tritt und die bisherige Bundespflegesatzverordnung ablöst.

Zu Absatz 2:

Die Diagnosenstatistik, die bisher von Krankenhäusern nicht erstellt werden mußte, ist erstmals für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1987 vorzulegen; das bedeutet, daß die Krankenhäuser diese neue Statistik ab 1.1.1986 führen müssen. Auch für die Erweiterung der Statistik um Angaben zu Verweildauer und Alter der Patienten werden ausreichende Fristen eingeräumt, die insbesondere dann erforderlich sind, wenn die Diagnosenerfassung und -auswertung über Datenverarbeitungsanlagen durchgeführt werden.

Zu Absatz 3:

Die medizinischen Leistungen sind bisher im Krankenhaus nicht einheitlich erfaßt worden. Davon ausgehend, daß für kleinere Krankenhäuser mit mehr als 100 und bis zu 250 Betten die Umstellung schwieriger ist, wird für diese Krankenhäuser eine um ein Jahr verlängerte Übergangsfrist eingeräumt. Bei Krankenhäusern bis zu 100 Betten ist aufgrund des geringeren Leistungsspektrums eine Leistungsstatistik innerhalb des Kosten- und Leistungsnachweises nicht erforderlich, um Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen.

Drucksache 224/85

Anlage 1
zu § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Kosten- und Leistungsnachweis

V O R B L A T T

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 (§ 5 Abs.3)			
15	a)			
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]			

224/85 B

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K KOSTENNACHWEIS

K 1 ABLEITUNG DER KOSTEN AUS DER BUCHFÜHRUNG *

lfd. Nr.	Kostenarten	Zeitraum der Ausbildung	Betriebstage 4)	Kosten je Stunde der Vorwoche	DM je BT 5) 6)
	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 7)				
8	Verwaltungsdienst				
9	Sonderdienste				
10	Sonstiges Personal				
11	Nicht zurechenbare Personalkosten				
12	Personalkosten insgesamt				
13	Lebensmittel				
14	Medizinischer Bedarf				
15	Wasser, Energie, Brennstoffe 8)				
16	Wirtschaftsbedarf				
17	Verwaltungsbedarf				
18	Zentrale Verwaltungsdienste				
19	Zentrale Gemeinschaftsdienste 9)				
20	Steuern, Abgaben, Versicherung				
21	Instandhaltung 10)				
22	Gebrauchsgüter				
23	Sonstiges				
24	Sachkosten insgesamt				
25	Zinsen für Betriebsmittelkredite 11)				
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)				

Abgelaufenes Geschäftsjahr von .... bis .....

* Zahlenangaben in K 1 bis K 4, K 6 und K 7 sowie in S 3 erfolgen – mit Ausnahme der Angaben je Berechnungstag – in DM ohne Pfennig

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 2 VORAUSKALKULATION DER KOSTEN *

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

* Nur für Krankenhäuser ohne Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sowie ohne Sonderentgelte nach § 6 6)

Krankenhaus:

Anlage 1

Seite:
Datum:

K 3 ABLEITUNG DER ABZÜGE AUS DER BUCHFÜHRUNG *

Abgelaufenes Geschäftsjahr vom ..... bis .....

lfd. Nr.	Abzüge	Zahlen der Buchführung	Berichtigungen	Abzüge im Sinne der Verordnung	DM je BT
	1	2	3	4	5
	1. Kostenabzüge für:				
1	Personalunterkunft u. Sachbezüge 20)				
2	Personalverpflegung 20)				
3	Hilfsbetriebe				
4	Wissenschaftliche Forschung und Lehre (§ 17 Abs. 3 Nr. 2 KHG) 21)				
5	Ambulante Leistungen von Ärzten des Krankenhauses				
6	Belegärztliche Leistungen				
7	Ambulanz des Krankenhauses 22)				
8	Nichtärztliche Wahlleistungen 23)				
9	Kosten der Ärzteausbildung bei Lehrkrankenhäusern				
10	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 1 KHG				
11	Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 KHG				
12	Anlauf- u. Umstellungskosten (§ 17 Abs. 4 Nr. 3 KHG)				
13	Kosten nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG				
14	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 4 KHG				
15	Kosten von Ausbildungsstätten, soweit nicht pflegesatzfähig (§ 17 Abs. 4a KHG)				
	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				

* Nur für Krankenhäuser ohne Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sowie ohne Sonderentgelte nach § 6 16)

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 4 VORAUSKALKULATION DER ABZÜGE *

lfd. Nr.	Abzüge	Abzüge für das laufende Geschäftsjahr vom ..... bis ..... insgesamt	je BT	Abzüge für den Pflegesatzzeitraum vom ..... bis ..... insgesamt	je BT	12) Zuordnung
	1	2	3	4	5	6
	1. Kostenabzüge für:					
1	Personalunterkunft u. Sachbezüge 20)					U
2	Personalverpflegung 20)					U
3	Hilfsbetriebe					U
4	Wissenschaftliche Forschung und Lehre (§ 17 Abs. 3 Nr. 2 KHG) 21)					Ä
5	Ambulante Leistungen von Ärzten des Krankenhauses					Ä
6	Belegärztliche Leistungen					Ä
7	Ambulanz des Krankenhauses 22)					Ä
8	Nichtärztliche Wahlleistungen 23)					U
9	Kosten der Ärzteausbildung bei Lehrkrankenhäusern					Ä
10	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 1 KHG					19)
11	Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 KHG					19)
12	Anlauf- u. Umstellungskosten (§ 17 Abs. 4 Nr. 3 KHG)					19)
13	Kosten nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG					19)
14	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 4 KHG					19)
15	Kosten von Ausbildungsstätten, soweit nicht pflegesatzfähig (§ 17 Abs. 4a KHG)					PÄ 18)
	2. Sonstige Abzüge					
16	Erlöse aus dem Verkauf von Wirtschaftsgütern mit einer Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren					19)
17	Sonstige Erlöse u. Erstattungen					19)
18	Abzüge insgesamt					

* Nur für Krankenhäuser ohne Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sowie ohne Sonderentgelte nach § 6 6)

22418SB

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 5 BUDGET UND ALLGEMEINER PFLEGESATZ *

K 5.1 ERMITTLUNG DES BUDGETS UND DES PFLEGESATZES		DM
1	Gesamtkosten (K 2, Nr. 31, Spalte 4)	
2	./. Abzüge (K 4, Nr. 18, Spalte 4)	
3	= Vorauskalkulierte Selbstkosten	
4	Ausgleich nach § 4 Abs. 1	
5	Berichtigung nach § 4 Abs. 2	
6	Wagniszuschlag nach § 4 Abs. 2 Satz 5	
7	Zuschlag nach § 4 Abs. 5	
8	Zuschlag nach § 18 b KHG	
9	Vorauskalkuliertes BUDGET	
10	: kostengleiche Berechnungstage (K 5.3, Nr. 9, Spalte 6)	———
11	= Zwischensumme (je kostengl. BT)	
12	Zu-/Abschlag nach § 19 Abs. 2 Satz 4	
13	Vorauskalkulierter allgemeiner Pflegesatz	

K 5.2 TEILBETRÄGE DES PFLEGESATZES (§ 5 Abs. 4) 12)		Anteil am Pflegesatz in %	DM
1	Unterkunft und Verpflegung		
2	Pflege		
3	Ärztliche und sonstige medizinische Versorgung		

K 5.3 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		1,39			
2	1-Bett-Zimmer bei 2-Bett-Zimmer als allgem. Krankenhausleistung		1,15			
3	2-Bett-Zimmer		1,19			
4	Pflegesatz ohne Wahlleistungen nach Nr. 1 - 3 24)		1,00			
5	Sonstiges 25)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	———	35)	35)
7	Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag und Kostenabzug)		0,01			
8	Belegarzt (Korrekturfaktor für Belegarztabschlag)		0,05			
9	Kostengleiche Berechnungstage insgesamt					

* Nur für Krankenhäuser ohne Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sowie ohne Sonderentgelte nach § 6 6)

Drucksache 224/85 B

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

S STATISTISCHE DATEN

S 1 BELEGUNGSDATEN

lfd. Nr.	BELEGUNGSDATEN (ohne teilstationäre Patienten) 26)	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum
	1	2	3	4
1	Planbetten			
2	Aufgestellte Betten			
3	Pflegetage 27)			
4	24-Stunden-Fälle			
5	Stundenfälle innerhalb eines Tages			
6	Aufnahmen			
7	Entlassungen			
8	davon Verlegungen nach außen			
9	Fallzahl 28)			
10	Verweildauer (Nr. 3: Nr. 9)			
11	Berechnungstage (K 5.3, Nr. 6)			
12	Nutzungsgrad der Planbetten 27)			
13	Nutzungsgrad der aufgestellten Betten 27)			
14	kostengleiche Berechnungstage (K 5.3/ K 9.3, Nr. 9)			

S 2 PERSONAL DES KRANKENHAUSES

lfd. Nr.	Personalgruppen	Durchschnittl. beschäftigte Vollkräfte 29)			Belastungs-zahl nach Betten (von Sp.2) 30)	Bela-stungszahl nach Fällen (von Sp.2) 31)	Durchschnittliche Kosten je Vollkraft im abgelaufenen Geschäftsjahr
		Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum			
	1	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)						
7	Technischer Dienst						
8	Verwaltungsdienst						
9	Sonderdienste						
10	Sonstiges Personal						
11	Insgesamt						
12	Ausbildungsstätten						
	nachrichtlich:						
13	Auszubildende in der Krankenpflege						
14	Sonstige Auszubildende						

2241853

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

S 3 MEDIZINISCHER BEDARF

lfd Nr.	MEDIZINISCHER BEDARF	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum insgesamt	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 26)

lfd Nr.	FACHABTEILUNGEN 32) (Abgelaufenes Geschäftsjahr)	a)	Plan-betten	Aufgestellte Betten		Pflegetage (Mitternachtsbestände)	Nutzungsgrad der Betten (Sp. 6 : 4)	Fallzahl der Abteilg. 28)	Verweil-dauer (Sp. 6:8)
				insgesamt	davon Betten				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Insgesamt						—		—

a) Schlüssel: 1= hauptberuflich geführte Abteilungen

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Drucksache 224/85

3

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	

224/85 B

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

L LEISTUNGSNACHWEIS

L 1 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.

22418S B

Anlage 1

Krankenhaus:	- 105 -	Seite:
		Datum:

L 2 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-Nystagmographie 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				

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Drucksache 224/85
B

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	9. 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.

Anlage 2
zu § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 6 VORAUSKALKULATION DER KOSTEN 33)

lfd. Nr.	Kostenarten	Kosten im abgelaufenen Geschäftsjahr vom ..... bis					Kosten für das laufende Geschäftsjahr vom..... bis				Kosten für den Pflegesatzzeitraum 1) vom... bis				12) Zuordnung
		Kosten im Sinne der Verordnung (von K 1, Sp. 4)	Leistungen nach § 6 34) - insgesamt - (von K 10.1)	Budgetbereich: Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz -insgesamt-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz je BT	Leistungen nach § 6 34) - insgesamt - (von K 10.1)	Budgetbereich: Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz -insgesamt-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz je BT	Leistungen nach § 6 34) - insgesamt - (von K 10.1)	Budgetbereich: Pflegesätze n. § 5 Abs. 2 u. 3 - insges.-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz -insgesamt-	Budgetbereich: Allgemeiner Pflegesatz je BT	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Ärztlicher Dienst														Ä
2	Pflegedienst														P
3	Medizin.-technischer Dienst														Ä
4	Funktionsdienst														Ä
5	Klinisches Hauspersonal														U
6	Wirtschafts-u.Versorgungsdienst														U
7	Technischer Dienst 7)														U,Ä 13)
8	Verwaltungsdienst														U
9	Sonderdienste														P
10	Sonstiges Personal														P
11	Nicht zurechenbare Personalkosten														U
12	Personalkosten insgesamt														
13	Lebensmittel														U
14	Medizinischer Bedarf														Ä
15	Wasser, Energie, Brennstoffe 8)														U, Ä 14)
16	Wirtschaftsbedarf														U
17	Verwaltungsbedarf														U
18	Zentrale Verwaltungsdienste														U
19	Zentrale Gemeinschaftsdienste 9)														U,Ä 15)
20	Steuern, Abgaben, Versicherungen														U
21	Instandhaltung 10)														U,Ä 16)
22	Gebrauchsgüter														U,Ä 17)
23	Sonstiges														U
24	Sachkosten insgesamt														
25	Betriebsmittelkreditzinsen 11)														U
26	Krankenhaus insgesamt														
27	Personal der Ausbildungsstätten														P,Ä 18)
28	Sachkosten d. Ausbildungsstätten														P,Ä
29	Umlage nach § 15 Abs. 3														P,Ä
30	Ausbildungsstätten insgesamt														
31	Gesamtkosten														

Drucksache 224/85 B

Anlage 7

Krankenhaus:

K 7 VORAUSKALKULATION DER ABZÜGE 33)

Seite:

Datum:

lf. Nr.	Abzüge	Abzüge im abgelaufenen Geschäftsjahr vom.....bis						Abzüge für das laufende Geschäftsjahr vom ..... bis			Abzüge für den Pflegesatzzeitraum 1) vom ..... bis			12)
		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: 20)													
1	Personalunterkunft u. Sachbezüge													U
2	Personalverpflegung 20)													U
3	Hilfsbetriebe													U
4	Wissenschaftliche Forschung und Lehre (§ 17 Abs. 3 Nr. 2 KHG) 21)													Ä
5	Ambulante Leistungen von Ärzten des Krankenhauses													Ä
6	Belegärztliche Leistungen													Ä
7	Ambulanz des Krankenhauses 22)													Ä
8	Nichtärztliche Wahlleistungen 23)													Ä
9	Kosten der Ärzteausbildung bei Lehrkrankenhäusern													Ä
10	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 1 KHG													19)
11	Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 KHG													19)
12	Anlauf- u. Umstellungskosten (§ 17 Abs. 4 Nr. 3 KHG)													19)
13	Kosten nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG													19)
14	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 4 KHG													19)
15	Kosten von Ausbildungsstätten, soweit nicht pflegesatzfähig (§ 17 Abs. 4a KHG)													P,Ä 18)
	2. Sonstige Abzüge													
16	Erlöse aus der Verkauf von Wirtschaftsgütern mit einer Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren													19)
17	Sonstige Erlöse u. Erstattungen													19)
18	Abzüge insgesamt													

224/85 B

Anlage 2

Drucksache 224/85

B

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 8 ZUSAMMENHANG VON BUDGET UND PFLEGESÄTZEN 33)

K 8.1 ERMITTLUNG DES BUDGETS		DM
1	Gesamtkosten - ohne Kosten für Leistungen nach § 6 - (K 6, Nr. 31, Spalten 12 u. 13)	
2	./. Abzüge (K 7, Nr. 18, Spalten 11 u. 12)	
3	= Vorauskalkulierte Selbstkosten	
4	Ausgleich nach § 4 Abs. 1	
5	Berichtigung nach § 4 Abs. 2	
6	Wagniszuschlag 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 8.2 AUFTEILUNG DES BUDGETS AUF DIE PFLEGESÄTZE		Pflegesatz in DM (K 9.1, Nr. 7)	Berechnungstage (K 9.3 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 8.1, Nr. 10)			

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

K 9 ERMITTLUNG DES PFLEGESATZES NACH § 5 Abs. ... 33)

Bezeichnung: .....

K 9.1 ERMITTLUNG DES PFLEGESATZES		
1	Gesamtkosten für den Pflegesatz (anteilig von K 6, Nr. 31, Sp. 12 u. 13)	
2	./. Abzüge für den Pflegesatz (anteilig von K 7, Nr. 18, Sp. 11 u. 12)	
3	= Vorauskalkulierte Selbstkosten	
4	Anteilige Ausgleiche und Zuschläge von K 8.1, Nr. 9 (entsprechend den anteiligen Selbstkosten)	
5	Budgetanteil (von K 8.1 Nr. 10)	
6	: Kostengleiche Berechnungstage (K 9.3, Nr. 9, Sp. 6)	
7	Zwischensumme (je BT)	
8	Zu-/Abschlag nach § 19 Abs. 2 Satz 4	
9	Vorauskalkulierter Pflegesatz	

K 9.2 TEILBETRÄGE DES PFLEGESATZES (§ 5 Abs. 4) 12)		Anteil am Pflegesatz in %	DM
1	Unterkunft und Verpflegung		
2	Pflege		
3	Ärztliche und sonstige medizinische Versorgung		

K 9.3 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 24)		1,00			
5	Sonstiges 25)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	—	35)	35)
7	Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag und Kostenabzug)		0,01			
8	Belegarzt (Korrekturfaktor für Belegarztabschlag)		-0,05			
9	Kostengleiche Berechnungstage insgesamt					

Anlage 2

Krankenhaus:	Drucksache 224/85 B	Seite:
		Datum:

K 10 ERMITTLUNG DES SONDERENTGELTES NACH § 6 33)

für die Leistung .....

K 10.1 KOSTENNACHWEIS (anteilig von K 6, Spalten 3, 7 u. 11)		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 10.2 ERMITTLUNG DES SONDERENTGELTES		DM je Leistung
1	Kosten (K 10.1, Nr. 7)	
2	: Kostengleiche Leistungen (K 10.3, Nr. 4)	
3	Sonderentgelt	

K 10.3 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					

Drucksache 224/85

Anlage 3
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*

lf. Nr.	Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von mehr als 3 Jahren (abgelaufenes Geschäftsjahr)	Anschaffungsjahr	Steuerrechtlich zulässiger Wert (§ 14 Abs. 1 S. 1)	Abschreibungssatz	Abschreibung		
					Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum
	1	2	3	4	5	6	7
	Abschreibungen insgesamt						
	./. Erlöse aus dem Verkauf von Anlagegütern **						
	./. Abschreibungen, die auf Abzüge nach Anlage 1, K 3 und K 4, oder Anlage 2, K 7, entfallen (§ 14 Abs. 4)						
21	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

2241858

Anlage 3

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Z 2 RÜCKSTELLUNGEN (§ 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 ZINSEN FÜR FREMDKAPITAL* (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2)

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

Z 4 ZINSEN FÜR EIGENKAPITAL (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3)

lf. Nr.	Eigenkapital am Ende des Abgelaufenes Geschäftsjahr	Eigenkapital am Ende des Laufendes 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 oder 2 aufgeführt sind.

Anlage 3

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

Drucksache 224/85
B

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 oder 2	
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) 12)		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 26)		1,00			
5	Sonstiges 31)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	—	35)	35)
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

Drucksache 224/85

B

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.

Drucksache 224/85

ANHANG 2 ZUM KOSTEN- UND LEISTUNGSNACHWEIS

B

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. 21 und 22)

5) BT = Berechnungstag

6) Krankenhäuser, die neben dem allgemeinen Pflegesatz auch Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sowie Sonderentgelte nach § 6 ermitteln, verwenden für diese Angaben die Blätter der Anlage 2; K 2 bis K 5 der Anlage 1 werden ersetzt durch K 6 bis K 10 der Anlage 2.

7) Technischer Dienst einschließlich Instandhaltung

8) Wasser einschließlich Abwasser

9) Investitionskostenanteile sind über Spalte 3 auszugliedern

10) Die Instandhaltung als Oberbegriff schließt die Instandsetzung ein

11) Erläuterungen auf besonderem Blatt

12) 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 oder K 9.1, Nr. 3). Die Teilbeträge und die Anteile (Vomhundertsatz) sind in K 5. 2 oder K 9. 2 auszuweisen. Entsprechendes gilt für die Anlage 3.

13) 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)

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

15) 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

16) Instandhaltung; dem Teilbetrag "Ä" ist die Instandhaltung für diesen Bereich zuzuordnen (vgl. Fußnote 17)

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

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

19) Dem Leistungsbereich zuzuordnen, der sachlich betroffen ist

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

21) 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.

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

23) 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 und K 9.3 sowie in der Anlage 3.

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

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

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

27) Pflegetage nach Mitternachtsbeständen

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

29) Teilzeitkräfte sind in Vollkräfte umzurechnen

30) Belastungszahl = durchschnittlich belegte Betten je Vollkraft im abgelaufenen

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

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

33) Krankenhäuser, die neben dem allgemeinen Pflegesatz auch Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 und 3 sowie Sonderentgelte nach § 6 ermitteln, verwenden die Blätter K 6 bis K 10 der Anlage 2 anstelle der Blätter K 2 bis K 5 der Anlage 1

34) Nur Kostenarten, die lt. Kostennachweis (K 10.1) den Leistungen nach § 6 zuzuordnen sind.

35) Hier nur die Summe der ungewichteten Berechnungstage eintragen

Drucksache 224/85 (Beschluß) C

Anlage

Änderungen der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

1. 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.

22485 C

2. 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."

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.

3. Zu § 5 Abs. 4, § 12 Satz 2

In § 5 ist Absatz 4 zu streichen, und in § 12 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Dabei ist auch mitzuteilen, welche Teilbeträge für die Leistungsbereiche

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

in den Pflegesätzen nach § 5 auf Grund wirklichkeitsnaher Schätzung enthalten sind."

Begründung:

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß durch die Regelung des § 5 Abs. 4 u. a. unnötiger Verwaltungsaufwand entstehen würde und der Vorschlag der Bundesregierung mit dem Gedanken der Budgetierung nicht vereinbar wäre. Andererseits soll der Patient umfassender als bisher informiert und kostenbewußter werden.

224/85 C

Schließlich soll der selbstzahlende Patient in die Lage versetzt werden, Preisvergleiche im Blick auf die Auswahl des Krankenhauses und der Art der stationären Leistungen im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen oder Wahlleistungen) durchführen zu können.

Durch die Streichung des § 5 Abs. 4 und die Neufassung des § 12 Satz 2 wird den genannten Zielen angemessen Rechnung getragen. Die Neufassung trägt auch dem Grundsatz Rechnung, daß Mehrkosten wegen des anerkannten Zieles der Kostendämpfung so weit wie möglich vermieden werden sollten.

4. Zu § 6 Abs. 1 Satz 1

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

Begründung:

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

5. Zu § 6 Abs. 1 Satz 2, § 17 Satz 2

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

Folgeänderung:

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.

6. 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."

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.

7. 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.

8. 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.

 224/85 C

9. 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.

10. 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."

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.

224/85

11. 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.

12. 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

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.

13. 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.

224/85 C

14. Zu § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1

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.

15. Zu § 13 Abs. 3 Nr. 3

§ 13 Abs. 3 Nr. 3 ist wie folgt zu fassen:

"3. die Kosten der ambulanten Leistungen des Krankenhauses; als Kosten der Ambulanz des Krankenhauses sind bei vorhandener Kostenstellenrechnung die auf die Ambulanz entfallenden Selbstkosten, bei fehlender Kostenstellenrechnung die aufgrund einer wirklichkeitsnahen Schätzung ermittelten Kosten abzuziehen; ist eine wirklichkeitsnahe Schätzung nicht möglich, sind 90 vom Hundert der Einnahmen abzuziehen,"

16. 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.

224/85 C

17. 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. 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.

C

18. 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.

19. 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."

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.

20. Zu § 16 Abs. 5 Satz 2

In § 16 Abs. 5 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung."

Begründung:

Gegenüber dem Vorschlag der Bundesregierung ist es erforderlich, die Auskunfts- und Vorlagepflichten des Krankenhausträgers auf Betriebsdaten zu beschränken, die zur Pflegesatzfindung unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit unabdingbar erforderlich sind.

Durch die Regelung in Satz 2 wird klargestellt daß die genannten Unterlagen nur Betriebsdaten umfassen, die einen eindeutigen Bezug zu den allgemeinen Krankenhausleistungen haben. Bei der Anwendung dieser Vorschrift ist § 16 Abs. 5 Satz 1 zu beachten, der ausdrücklich auf Einzelfälle abstellt.

21. 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.

22. 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.

224/85 E

23. 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.

24. Zu § 20 Abs. 2 bis 4

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

"(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.

25. Zu § 21

§ 21 ist wie folgt zu fassen:

"§ 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."

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.

26. Zu § 24 nach Abs. 3

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

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

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung.

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

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:

1. 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 Leistungsnachweis für alle Krankenhäuser.

224/85 C

2. zu Anl. 1 Bl. K 2, K 3, K 5, Anl. 2 Bl. Z 5, Anh. 2:

Folgen der Änderungen in Ziff. 3.

3. zu Anl. 1 Bl. S 3 Sp. 1 Zeile 1:

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

4. zu Anl. 1 Bl. S 3 Sp. 1 Zeile 2:

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.

5. zu Anl. 1 Bl. L 2 Fußnote**):

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.

C

6. zu Anhang 1 Nr. 8:

Anpassung an die Terminologie verschiedener Weiterbildungsordnungen.

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. Pflegesätze für teilstationäre Leistungen 3)			
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

lfd. Nr.	Kostenarten	Kosten im abgelaufenen Geschäftsjahr (von K 1, Sp. 4)				Kosten für das laufende Geschäftsjahr von..... bis				Kosten für den Pflegesatzzeitraum [1] von... bis			
		Leistungen nach § 6 24) - insgesamt - (von K 5, s1)	Budgetbereich			Leistungen nach § 6 24) - insgesamt - (von K 5, s1)	Budgetbereich			Leistungen nach § 6 24) - insgesamt - (von K 5, s1)	Budgetbereich		
			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
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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												
19	Zentrale Gemeinschaftsdienste												
20	Steuern, Abgaben, Versicherungen												
21	Instandhaltung 9)												
22	Gebrauchsgüter												
23	Sonstiges												
24	Sachkosten insgesamt												
25	Betriebsnotwendige Kreditzinsen 10)												
26	Krankenhaus insgesamt												
27	Personal der Ausbildungsstätten												
28	Sachkosten d. Ausbildungsstätten												
29	Umlage nach § 15 Abs. 3												
30	Ausbildungsstätten insgesamt												
31	Gesamtkosten												

Original im Din A 3-Format

22418SC

Anlage 1

Krankenhaus:

K 3 VORAUSKALKULATION DER ABZÜGE

Seite:

Datum:

lfd. Nr.	Abzüge	Abzüge im abgelaufenen Geschäftsjahr vom.....bis						Abzüge für das laufende Geschäftsjahr von ..... bis			Abzüge für den Pflegesatzzeitraum 1) von ..... bis		
		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
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	1. Kostenabzüge für:												
1	Personalunterkunft u. Sachbezüge 11)												
2	Personalverpflegung 11)												
3	Hilfsbetriebe												
4	Wissenschaftliche Forschung und Lehre (§ 17 Abs. 3 Nr. 2 KHG) 12)												
5	Ambulante Leistungen von Ärzten des Krankenhauses												
6	Belegärztliche Leistungen												
7	Ambulanz des Krankenhauses 13)												
8	Nichtärztliche Wahlleistungen 14)												
9	Kosten der Ärzteausbildung bei Lehrkrankenhäusern												
10	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 1 KHG												
11	Kosten nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 KHG												
12	Anlauf- u. Umstellungskosten (§ 17 Abs. 4 Nr. 3 KHG)												
13	Kosten nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG												
14	Sonstige Kosten nach § 17 Abs. 4 KHG												
15	Kosten von Ausbildungsstätten, soweit nicht pflegesatzfähig (§ 17 Abs. 4a KHG)												
	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

224/85 C

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	Wagniszuschlag 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)			

Drucksache 224/85 (Beschluß)

Anlage 1 C

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 5.2 Nr. 9, Sp. 6)	
7	Zwischensumme (je BT)	
8	Zu-/Abschlag nach § 19 Abs. 2 Satz 4	
9	Vorauskalkulierter Pflegesatz	

K5.2 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 15)		1,00			
5	Sonstiges 16)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	—	25)	25)
7	Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag und Kostenabzug)		0,01			
8	Belegarzt (Korrekturfaktor für Belegarztabschlag)		-0,05			
9	Kostengleiche Berechnungstage insgesamt					

224/85C

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					

C

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

S STATISTISCHE DATEN

S 1 BELEGUNGSDATEN

lfd. Nr.	BELEGUNGSDATEN (ohne teilstationäre Patienten) 17)	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum
	1	2	3	4
1	Planbetten			
2	Aufgestellte Betten			
3	Pflegetage 18)			
4	24-Stunden-Fälle			
5	Stundenfälle innerhalb eines Tages			
6	Aufnahmen			
7	Entlassungen			
8	davon Verlegungen nach außen			
9	Fallzahl 19)			
10	Verweildauer (Nr. 3: Nr. 9)			
11	Berechnungstage (K 5.2, Nr. 6)			
12	Nutzungsgrad der Planbetten 18)			
13	Nutzungsgrad der aufgestellten Betten 18)			
14	kostengleiche Berechnungstage (K 5.2, Nr. 9)			

S 2 PERSONAL DES KRANKENHAUSES

lfd. Nr.	Personalgruppen	Durchschnittl. beschäftigte Vollkräfte 20)			Belegungszahl nach Betten 21) (von Sp. 2)	Belegungszahl nach Fällen 22) (von Sp. 2)	Durchschnittliche Kosten je Vollkraft im abgelaufenen Geschäftsjahr
		Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatz-zeitraum			
	1	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						

224/85-C

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), Heil- und Hilfsmittel				
2	Kosten der Lieferapotheke				
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 17)

lfd Nr.	FACHABTEILUNGEN 23) (Abgelaufenes Geschäftsjahr)	a)	Planbetten	Aufgestellte Betten insgesamt	Aufgestellte Betten davon Intens.	Pflegetage (Mitternachtsbestände)	Nutzungsgrad der Betten (Sp. 6 : 4)	Fallzahl der Abteilg. 19)	Verweildauer (Sp. 6:8)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Insgesamt						—		—

a) 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	

224/85 C

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

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.

Drucksache 224/85 (Beschluß)

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

C

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

224/85 C

Anlage 1

Krankenhaus:	Seite:
	Datum:

L 2 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-Nystagmographie 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 224/85 (Beschluß)
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	9. 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.

224/85 C

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)	Anschaffungsjahr	Steuerrechtlich zulässiger Wert (§ 14 Abs. 1 S. 1)	Abschreibungssatz	Abschreibung		
					Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum
	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 RÜCKSTELLUNGEN (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1):

Nr.	Rückstellungen	Abgelaufenes Geschäftsjahr	Laufendes Geschäftsjahr	Pflegesatzzeitraum
Z 2	Summe Z 1, Sp. 7 x .....von Hundert = (Berücks. Abschreibungen)			

Z 3 ZINSEN FÜR FREMDKAPITAL* (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2)

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

Z 4 ZINSEN FÜR EIGENKAPITAL (§ 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3)

lf. Nr.	Eigenkapital am Ende des Abgelaufenes Geschäftsjahr	Eigenkapital am Ende des Laufendes 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.

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 5.2 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 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 15)		1,00			
5	Sonstiges 16)		1,00			
6	Berechnungstage insgesamt		—	—	25)	25)
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	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
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. 12 und 13)

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

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

13) Hochschulkliniken können direkt zurechenbare Kosten für Polikliniken in K 1, Spalte 3, ausgliedern; in diesen Fall vgl. Fußnote 12.

14) 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 5.2 sowie in der Anlage 2.

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

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

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

18) Pflegetage nach Mitternachtsbeständen

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

20) Teilzeitkräfte sind in Vollkräfte umzurechnen

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

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

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

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

25) Hier nur die Summe der ungewichteten Berechnungstage eintragen

Bundesrat Drucksache 224/85 (Beschluß)

05.07.85

C

Beschluß
des Bundesrates

zur

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

Der Bundesrat hat in seiner 553. Sitzung am 5. Juli 1985 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Der Bundesrat hat ferner die nachstehende Entschließung gefaßt:

Zu § 16 Abs. 4, § 24 Abs. 2 und 3

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.

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