

**Verordnung  
der Bundesregierung**

**Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts**

**A. Zielsetzung**

Mit der Verordnung soll die Vergütung der Krankenhausleistungen vom bisherigen allgemeinen vollpauschalierten Pflegesatz umgestellt werden auf ein differenzierteres Entgeltsystem mit medizinisch leistungsgerechten Entgelten. Damit sollen starke Anreize geschaffen werden, möglichst wirtschaftlich zu handeln und die Verweildauer der Patienten zu verkürzen.

**B. Lösung**

Die Zielsetzung soll insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Einführung von Fallpauschalen für die gesamte Krankenhausbehandlung und von Sonderentgelten für die medizinische Hauptleistung (z. B. Operationen) mit einheitlichen Bewertungsrelationen (Punktzahlen). Die Höhe der Entgelte wird mit Hilfe eines Punktwertes durch die Verbände auf der Landesebene vereinbart,
2. Einführung krankenhausesindividueller Abteilungspflegesätze für die ärztlich-pflegerischen Leistungen und eines Basispflegesatzes für die nicht-medizinischen Leistungen im Rahmen eines flexiblen Budgets,
3. Wegfall des Selbstkostendeckungsanspruchs der Krankenhäuser, der bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 beschlossen wurde,

4. Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 141 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezogen auf das einzelne Krankenhaus,
5. Vereinbarung medizinisch leistungsgerechter Entgelte mit Hilfe eines von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen einzurichtenden Krankenhausvergleichs.

**C. Alternativen**

Keine

**D. Kosten**

Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau werden voraussichtlich nur geringfügig sein. Eine Quantifizierung ist jedoch nicht möglich. Mittelfristig ist damit zu rechnen, daß die Belastung der Krankenkassen durch den Krankenhausbereich gemildert wird mit entsprechend dämpfender Wirkung auf die Beitragssätze.

Bund, Länder und Gemeinden als Träger von Krankenhäusern werden nicht direkt belastet. Nur bei nicht wirtschaftlich geführten Krankenhäusern können Verluste auftreten. Davon werden aber zukünftig alle Träger betroffen sein.

**Bundesrat**

**Drucksache 381/94**

28. 04. 94

G - Fz - In - K

**Verordnung  
der Bundesregierung**

**Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts**

Bundesrepublik Deutschland  
Der Bundeskanzler  
021 (313) — 240 00 — Pf 22/94

Bonn, den 28. April 1994

An den  
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

**Dr. Helmut Kohl**

381/94

**Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts**

Vom . . . 1994

Auf Grund der §§ 16, 17 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 2 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch das Gesetz vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402) geändert worden ist, in Verbindung mit Artikel 24 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2328) verordnet die Bundesregierung:

**Artikel 1**

**Verordnung zur Regelung  
der Krankenhauspflegesätze  
(Bundespflegesatzverordnung — BpflV)**

**Inhaltsübersicht****ERSTER ABSCHNITT***Allgemeine Vorschriften*

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Krankenhausleistungen

**ZWEITER ABSCHNITT***Grundlagen der Entgeltbemessung*

- § 3 Allgemeine Grundlagen
- § 4 Versorgungsauftrag
- § 5 Krankenhausvergleich
- § 6 Grundsatz der Beitragssatzstabilität
- § 7 Pflegesatzfähige Kosten bei geförderten Krankenhäusern
- § 8 Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern
- § 9 Ausbildungskosten

**DRITTER ABSCHNITT***Entgeltarten und Abrechnung*

- § 10 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen
- § 11 Fallpauschalen und Sonderentgelte
- § 12 Flexibles Budget

- § 13 Tagesgleiche Pflegesätze
- § 14 Berechnung der Pflegesätze
- § 15 Unterrichtung der Patienten

**VIERTER ABSCHNITT***Pflegesatzverfahren*

- § 16 Vereinbarung auf Landesebene
- § 17 Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien
- § 18 Vorläufige Pflegesatzvereinbarung
- § 19 Schiedsstelle
- § 20 Genehmigung
- § 21 Laufzeit

**FÜNFTER ABSCHNITT***Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen*

- § 22 Wahlleistungen
- § 23 Belegärzte
- § 24 Kostenerstattung der Ärzte

**SECHSTER ABSCHNITT***Sonstige Vorschriften*

- § 25 Landespflegesatzausschüsse
- § 26 Modellvorhaben
- § 27 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene
- § 28 Übergangsvorschriften

Anlage 1: Fallpauschalen-Katalog

Anlage 2: Sonderentgelt-Katalog

Anlage 3: Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA)

Anhang 1 zur LKA: Bettenführende Fachabteilungen

Anhang 2 zur LKA: Fußnoten

Anlage 4: Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser

## ERSTER ABSCHNITT

**Allgemeine Vorschriften**

## § 1

**Anwendungsbereich**

(1) Die vollstationären 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.

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen im Krankenhaus wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.

## § 2

**Krankenhausleistungen**

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 23) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

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

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
4. die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gemäß Nummer 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine

entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

## ZWEITER ABSCHNITT

**Grundlagen der Entgeltbemessung**

## § 3

**Allgemeine Grundlagen**

(1) Das Budget und die Pflegesätze sind für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu vereinbaren. Grundlage ihrer Bemessung sind die allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 4). Das Budget und die Pflegesätze nach § 10 müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Rechtsverordnungen nach § 16 Satz 1 Nr. 5 und § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind anzuwenden; die Empfehlungen nach § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind angemessen zu berücksichtigen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist nach den Vorgaben des § 6 zu beachten.

(2) Bei der Bemessung des Budgets und der tagesgleichen Pflegesätze (§ 10 Abs. 1 Nr. 2) nach den Vorgaben des Absatzes 1 haben die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) Orientierungsmaßstäbe, die sich aus einem Krankenhausvergleich nach § 5 ergeben, angemessen zu berücksichtigen. Dabei sind insbesondere Unterschiede der Krankenhäuser in Art und Anzahl der Leistungen sowie die medizinischen Besonderheiten bei der Behandlung der Patienten zu beachten. Bei der Beurteilung, ob das Budget und die tagesgleichen Pflegesätze medizinisch leistungsgerecht sind, bleiben die in das Budget einzurechnenden Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann das Budget mit Ausnahme der Ausgleichs- und Zuschläge mit der Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 fortgeschrieben werden.

(3) Die pflegesatzfähigen Leistungen und Kosten sind nach den §§ 7 bis 9 abzugrenzen. Die Vorlage von Unterlagen für die Pflegesatzverhandlungen richtet sich nach § 17 Abs. 4 und 5.

## § 4

**Versorgungsauftrag**

(1) Der nach § 17 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legende Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei den Plankrankenhäusern aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1

in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. bei Hochschulkliniken aus der Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. aus der Abstimmung oder Entscheidung über den Standort eines medizinisch-technischen Großgerätes nach § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. aus ergänzenden Vereinbarungen der Vertragsparteien über die Leistungsstrukturen und deren Entwicklung, soweit Festlegungen gemäß Nummer 1 bis 4 nicht entgegenstehen.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nr. 5 ist Bestandteil der Pflegesatzvereinbarung. Sie kann mehrere Pflegesatzzeiträume umfassen. Das Krankenhaus unterrichtet unverzüglich die zuständige Landesbehörde über die Vereinbarung, deren Änderung und deren Aufhebung.

#### § 5

##### Krankenhausvergleich

(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien bei der Ermittlung vergleichbarer Krankenhäuser und der Bemessung von medizinisch leistungsgerechten Budgets und tagesgleichen Pflegesätzen erstellen die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam einen Krankenhausvergleich. Die Krankenhäuser sollen länderbezogen verglichen werden, soweit dies ausreichend ist, um die in Satz 1 genannten Zwecke zu erreichen. Bis zum 31. März 1995 ist eine Vereinbarung insbesondere über die Maßstäbe und Grundsätze für den Vergleich sowie die organisatorische Einrichtung, Durchführung und Finanzierung des Vergleiches zu schließen. In die Vereinbarung ist eine Regelung über den maschinellen Datenträgeraustausch von Daten der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Krankenhäuser sowie eine Regelung über die Anonymisierung der Daten vor ihrer Herausgabe für Vergleichszwecke aufzunehmen. Zur Durchführung des Krankenhausvergleichs bilden die Vertragsparteien nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) In den Krankenhausvergleich sollen insbesondere die Leistungen, die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde liegenden Beträge und die Pflegesätze einbezogen werden. Der Vergleich soll das notwendige Maß nicht überschreiten. Er kann auf eine sachgerechte Auswahl von Krankenhäusern begrenzt werden.

(3) Die für den Vergleich wesentlichen Ergebnisse der letzten Vereinbarung sind von den Vertragsparteien gemeinsam festzulegen; das Krankenhaus nimmt eine weitere sachgerechte Untergliederung vor. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach Absatz 1 vereinbarten Daten bis zum 30. April jeden Jahres an die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 5 zu übermitteln. Die Arbeitsgemeinschaft stellt den Vertragsparteien und den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Vergleichsdaten zur Verfügung. Sie sind so rechtzeitig zu übermitteln, daß die Vorkläarungen nach § 17 Abs. 6 durchgeführt werden können.

(4) Bis zum Vorliegen der Orientierungsdaten auf Grund des gemeinsamen Krankenhausvergleichs sind diejenigen Orientierungsdaten angemessen zu berücksichtigen, die sich aus den Vergleichen der Krankenhäuser ergeben, die jeweils von den Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und Krankenhäuser erstellt werden.

#### § 6

##### Grundsatz der Beitragssatzstabilität

(1) Maßstab für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist die geschätzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Veränderungsrate ist für das Beitrittsgebiet und für das übrige Bundesgebiet getrennt zu ermitteln. Zur Unterstützung der Vertragsparteien können die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam jährlich eine Vorauschätzung über die zu erwartende durchschnittliche Veränderungsrate treffen.

(2) Bei der Vereinbarung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf Landesebene nach § 16 Abs. 1 kann die Veränderungsrate nach Absatz 1 überschritten werden, wenn sonst die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet wäre.

(3) Bei der Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus kann die Veränderungsrate nach Absatz 1 überschritten werden, wenn sonst die Vereinbarung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets nach § 3 Abs. 1 für die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen nicht möglich wäre. Werden Leistungen, die bisher mit tagesgleichen Pflegesätzen berechnet worden sind, in dem Pflegesatzzeitraum mit Fallpauschalen oder Sonderentgelten berechnet, so ist die Veränderungsrate auf Grund dieser Entlastung des Budgets entsprechend zu vermindern. Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge nach dieser Verordnung sind unabhängig von der Veränderungsrate zu berücksichtigen.

## § 7

**Pflegesatzfähige Kosten  
bei geförderten Krankenhäusern**

(1) Mit dem Budget und den Pflegesätzen nach § 10 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet, soweit die Kosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz dem Grunde nach pflegesatzfähig sind. Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören auch

1. Kosten der Qualitätssicherung,
2. Kosten der Organbereitstellung für Transplantationen, wenn diese nicht gesondert vergütet wird,
3. Kosten für Prüfungen nach § 17 Abs. 6 Satz 3 und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Kosten für die Instandhaltung der Anlagegüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung.

(2) Mit dem Budget und den Pflegesätzen nach § 10 dürfen Leistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, nicht vergütet werden. Von den nach Blatt K 3 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vereinbarten Gesamtbeträgen sind die nicht pflegesatzfähigen Kosten insbesondere folgender Leistungen abzuziehen:

1. vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Behandlung von Privatpatienten; als Kosten sind 90 vom Hundert der vorauskalkulierten Erlöse abzuziehen; die Vertragsparteien können im voraus einen niedrigeren Vomhundertsatz oder eine im Ergebnis niedrigere Kostenausgliederung vereinbaren,
2. Leistungen mit nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 und § 29 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
3. belegärztliche Leistungen nach § 23,
4. wahlärztliche Leistungen bei Verpflichtung zur Erstattung nach § 24 Abs. 2 (Neuverträge und diesen vergleichbare Rechtsverhältnisse) oder wahlärztliche Leistungen, die das Krankenhaus in Rechnung stellt; als Kosten sind
  - a) 40 vom Hundert der Gebühren für die in den Abschnitten A, E, M, O und Q des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen und
  - b) 20 vom Hundert der Gebühren für die in den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte genannten Leistungen abzuziehen;

maßgebend sind jeweils die Gebühren vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte oder § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte; für nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte und nach

§ 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete Gebühren ist dem Kostenabzug der Vomhundertsatz zugrunde zu legen, der für die als gleichwertig herangezogene Leistung des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte gilt,

5. wahlärztliche Leistungen bei Verpflichtung zur Erstattung nach § 24 Abs. 3 (Altverträge und diesen vergleichbare Rechtsverhältnisse); als Kosten sind 85 vom Hundert des für diese Leistungen zwischen dem Krankenhaus und dem Arzt vereinbarten oder auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften zu entrichtenden Nutzungsentgelts (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) abzuziehen, höchstens jedoch ein dem Abzug nach Nummer 4 entsprechender Betrag,
6. sonstige vollstationäre oder teilstationäre ärztliche Leistungen, soweit diese von Ärzten berechnet werden können,
7. gesondert berechenbare Unterkunft; als Kosten sind für die darauf entfallenden Berechnungstage folgende Anteile des Betrages nach Abschnitt K 6 lfd. Nr. 18 Spalte 4 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung abzuziehen:
 

a) Einbettzimmer:	75 vom Hundert,
b) Einbettzimmer in Krankenhäusern, bei denen die Unterbringung im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört:	35 vom Hundert,
c) Zweibettzimmer:	25 vom Hundert,
8. sonstige nichtärztliche Wahlleistungen nach § 22.

Werden die Leistungen einer Abteilung oder Einrichtung nach § 13 Abs. 2 ausschließlich mit Fallpauschalen berechnet, werden die Abzüge für wahlärztliche Leistungen nach Nummer 4 und 5 als Abschlag von den Fallpauschalen dieser Abteilung oder Einrichtung berücksichtigt (§ 11 Abs. 6).

## § 8

**Investitionskosten bei nicht oder  
teilweise geförderten Krankenhäusern**

(1) Bei Krankenhäusern oder Teilen von Krankenhäusern, deren Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden, sind in dem Budget nach § 12 und den Pflegesätzen nach § 13 zusätzlich zu den nach § 7 pflegesatzfähigen Kosten Abschreibungen auf Anlagegüter (Absetzungen für Abnutzung) nach denselben Grundsätzen zu berücksichtigen, wie sie für dieselben Anlagegüter nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig sind; Sonderabschreibungen bleiben unberücksichtigt. Ferner können berücksichtigt werden:

1. Rücklagen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung in Höhe eines Vomhundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung,

2. Zinsen für Fremdkapital,

3. Zinsen für Eigenkapital.

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 pflegesatzfähige Kosten ist von den pflegesatzfähigen Kosten 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 pflegesatzfähigen Kosten nach Absatz 1 oder 2 ist eine Ergänzung zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlage 4 zu erstellen.

(4) Zu den nach § 7 Abs. 2 abzuziehenden Kosten gehören auch die auf die genannten Leistungen entfallenden Investitionskosten. Dies gilt nicht im Fall des Erlösabzugs für vor- und nachstationäre Behandlung.

(5) Die nach den Absätzen 1 oder 2 im Budget zu berücksichtigenden Investitionskosten werden anteilig den tagesgleichen Pflegesätzen, den Sonderentgelten und den Fallpauschalen zugerechnet.

(6) Für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden, gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Eine Berechnung der nach den Absätzen 1 bis 6 ermittelten Pflegesätze ist nur im Rahmen des § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes möglich. Dabei bleiben Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz.

#### § 9

##### Ausbildungskosten

(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind nach Maßgabe des § 17 Abs. 4 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Budget zu berücksichtigen; § 11 Abs. 5 bleibt unberührt. Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind nicht pflegesatzfähig, soweit die Vertragsparteien nichts anderes vereinbaren.

(2) Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, sind im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im

Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 1 anzurechnen.

(3) Werden Ausbildungskosten auf Grund einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 4 a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einem Krankenhaus zugerechnet, sind diese Kosten im Budget zu berücksichtigen; § 11 Abs. 5 bleibt unberührt.

(4) Die Kosten der Beschäftigung von Ärzten im Praktikum nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 der Bundesärztereordnung sind pflegesatzfähig, soweit Stellen nachgeordneter Ärzte auf Ärzte im Praktikum aufgeteilt werden.

#### DRITTER ABSCHNITT

##### Entgeltarten und Abrechnung

#### § 10

##### Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte),
2. einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird.

(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.

#### § 11

##### Fallpauschalen und Sonderentgelte

(1) Mit den Fallpauschalen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 1 bestimmten oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Behandlungsfall vergütet.

(2) Mit den Sonderentgelten wird ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 2 bestimmten oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet. Sie umfassen im Rahmen der Leistungsabgrenzung insbesondere die Kostenarten nach den Nummern 1 bis 4 und 14 in Blatt K 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung. Abweichend von Satz 2 können Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren in der Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 auf die Vergütung dieser Arzneimittel begrenzt werden.

(3) Die Vertragsparteien sind an die Höhe der Entgelte gebunden, die von den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) nach

§ 16 vereinbart worden ist. Die Vertragsparteien vereinbaren für einzelne dieser Fallpauschalen und Sonderentgelte Zuschläge, soweit dies erforderlich ist, um

1. eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn das Krankenhaus die Leistung ohne Verlust nicht erbringen kann und die anderen Vertragsparteien nicht begründet darlegen, daß diese Leistung von einem anderen Krankenhaus zu den auf Landesebene vereinbarten Entgelten übernommen werden kann, oder
2. bei einem Krankenhaus in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn eine Leistungserbringung auf Grund baulicher Gegebenheiten bei im übrigen wirtschaftlicher Betriebsführung ohne Verlust nicht möglich ist; dies gilt während der Laufzeit des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes bis zum 31. Dezember 2004;

ein Zuschlag darf jeweils 30 vom Hundert des Entgelts nicht übersteigen. Die Vertragsparteien vereinbaren für Fallpauschalen und Sonderentgelte einen Abschlag, soweit dies erforderlich ist, um die besonderen Gegebenheiten von Krankenhäusern sowie von vollständig über Fallpauschalen abrechnenden Abteilungen, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, angemessen zu berücksichtigen.

(4) Soweit das Krankenhaus sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt, ist ein Zuschlag zu den entsprechenden Fallpauschalen und Sonderentgelten in Höhe von 15 Deutsche Mark zu vereinbaren. Der Betrag ist nach § 14 Abs. 5 Satz 6 jährlich zu verändern und auf volle Deutsche Mark abzurunden.

(5) Bei Krankenhäusern oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, werden über einen Zuschlag die auf sie anteilig entfallenden Kosten der in § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ausbildungsstätten einschließlich eines Ausgleiches nach § 17 Abs. 4 a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes finanziert. Dies gilt entsprechend für die Kosten der Ausbildungsvergütung für die nach § 9 Abs. 2 anzurechnenden Personen, soweit sie über die Kosten für die anzurechnenden Stellen hinausgehen.

(6) Bei Krankenhäusern, Abteilungen oder Einrichtungen nach § 13 Abs. 2, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, werden über einen einheitlichen Abschlag von den Fallpauschalen dieser Organisationseinheiten die auf sie entfallenden Abzüge für wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 und 5 abgezogen.

(7) Bei nicht oder nur teilweise geförderten Krankenhäusern sind Zuschläge für Fallpauschalen und Sonderentgelte zu vereinbaren, um die Finanzierung der nach § 8 pflegesatzfähigen Kosten zu ermöglichen. § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt.

(8) Weichen in den Kalenderjahren 1995 bis 1997 die auf einen Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten einschließlich der Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 um mehr als 15 vom Hundert (Bandbreite) von den voraus kalkulierten Erlösen nach § 12 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 4 ab, werden die darüber hinausgehenden Mehr- oder Mindererlöse zu 50 vom Hundert ausgeglichen. Ist ein Berichtigungsbetrag nach § 12 Abs. 5 höher als der Betrag der Bandbreite nach Satz 1, beginnt der Ausgleich erst ab diesem höheren Berichtigungsbetrag. Nicht ausgeglichen werden Erlöse aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern nach § 11 Abs. 2 Satz 3. Die Vertragsparteien können im voraus anstelle der 50 vom Hundert einen abweichenden Vomhundertsatz vereinbaren. Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei der Pflegesatzverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen.

## § 12

### Flexibles Budget

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den Pflegesatzzeitraum das Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und -entwicklung des Krankenhauses, soweit die Leistungen nicht mit Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 berechnet werden.

(2) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, sind für die Pflegesatzzeiträume in den Kalenderjahren 1995 bis 1997 jeweils 95 vom Hundert der voraus kalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten von den pflegesatzfähigen Kosten des Krankenhauses abzuziehen (Erlösabzug); Zu- oder Abschläge auf Fallpauschalen oder Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 sind einzubeziehen. Für die Sonderentgelte nach § 11 Abs. 2 Satz 3 für die Behandlung von Blutern sind anstelle des Erlösabzugs die entsprechenden Kosten auszugliedern. Das Krankenhaus kann verlangen, daß anstelle des Erlösabzugs nach Satz 1 jeweils die Kosten ausgegliedert werden (Kostenausgliederung); dies kann auf Abteilungen, die ausschließlich Fallpauschalen berechnen, begrenzt werden. In diesem Fall vereinbaren die Vertragsparteien als Grundlage für den Erlösausgleich nach § 11 Abs. 8 die Summe der voraus kalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie den Zu- und Abschlägen nach § 11 Abs. 3.

(3) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, sind die Kosten der mit Fallpauschalen und Sonderentgelten berechneten Leistungen einmalig für das Kalenderjahr 1998 auszugliedern. Über Art und Anzahl der ausgegliederten Fallpauschalen und Sonderentgelte wird in den folgenden Kalenderjahren

nicht mehr verhandelt; dies gilt nicht für Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 bis 7. Soweit weitere Fallpauschalen und Sonderentgelte für die folgenden Jahre in Anlage 1 und 2 bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbart werden, sind jeweils die Kosten einmalig auszugliedern.

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus den Pflegesätzen nach § 13 von dem Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen. Die Vertragsparteien können im voraus andere Vomhundertsätze vereinbaren, wenn dies der Struktur oder der angenommenen Entwicklung von Leistungen und Kosten des Krankenhauses besser entspricht. Die Vertragsparteien können ergänzend oder anstelle des Ausgleichs nach Satz 1 einen Ausgleich vereinbaren, bei dem Veränderungen der Fallzahl und der Verweildauer berücksichtigt werden. Mehr- oder Mindererlöse im Sinne des Satzes 1, die einem Zuschlag nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuzurechnen sind, werden abweichend von Satz 1 in voller Höhe ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums abzurechnen. Steht bei der Pflegesatzverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser, die ihre Leistungen im folgenden Pflegesatzzeitraum ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, rechnen den Ausgleichsbetrag durch Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6 ab.

(5) Der Budgetausgleich nach Absatz 4 wird berichtet, soweit die dem Budgetbereich zugeordneten Berechnungstage oder die dem Fallpauschalenbereich zugeordneten Belegungstage im Pflegesatzzeitraum für den jeweils anderen Bereich genutzt wurden. In die Berichtigung werden nur die Berechnungstage der Abteilungen einbezogen, die Fallpauschalen abrechnen. Maßgebende Bezugsgröße für die Berichtigung ist die Zahl der Belegungstage im Fallpauschalenbereich. Diese wird für die Jahre 1995 bis 1998 jeweils bei der Durchführung des Erlösabzugs oder der Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 2 und 3 vereinbart. Die im Fallpauschalenbereich über die vereinbarte Zahl der Belegungstage hinaus erbrachten Tage werden bis zur Zahl der im Budgetbereich weniger erbrachten Berechnungstage berücksichtigt. Die im Fallpauschalenbereich weniger erbrachten Belegungstage werden bis zur Zahl der im Budgetbereich mehr erbrachten Berechnungstage berücksichtigt; dies gilt nicht, soweit diese Berechnungstage auf Grund einer Verlängerung der Verweildauer entstanden sind. Die zu berücksichtigenden Tage sind mit 75 vom Hundert des vereinbarten durchschnittlichen Tagessatzes nach Abschnitt K 5 Nummer 25 Spalte 4 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu vervielfältigen. Mit dem sich ergebenden Betrag wird der Ausgleichsbetrag nach Absatz 4 Satz 1 berichtigt. Die Vertragsparteien passen die Bezugsgröße nach Satz 3 im voraus an, wenn

1. die dem Budgetbereich und dem Fallpauschalenbereich jeweils zugeordneten Berechnungs- oder Belegungstage künftig in einer anderen Aufteilung genutzt werden oder
2. die Kapazität im Fallpauschalenbereich erhöht oder verringert wird, ohne daß der Budgetbereich betroffen ist.

(6) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Weicht im Pflegesatzzeitraum jedoch die durchschnittliche Erhöhung der linearen Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag von der in der Budgetvereinbarung zugrunde gelegten durchschnittlichen Entwicklung der Tariflöhne und -gehälter ab, wird das Budget um den daraus zu errechnenden Unterschiedsbetrag der Personalkostensumme des Krankenhauses berichtigt. Maßgebend ist die durchschnittliche Erhöhung der Vergütung, die sich bei Anwendung des Bundes-Angestelltentarifvertrags auf den Krankenhausbereich insgesamt ergibt. Bei einer Fortschreibung des Budgets nach § 3 Abs. 2 Satz 4 tritt an die Stelle der Berichtigung nach Satz 2 eine Berichtigung des Budgets in Höhe der Abweichung der nach § 6 Abs. 1 vorausgeschätzten zu der tatsächlich für den Pflegesatzzeitraum eingetretenen Veränderungsrate. Die Vertragsparteien können im voraus vereinbaren, daß die Berichtigung nach Satz 2 oder 4 ganz oder teilweise nicht durchgeführt wird; anstelle der Berichtigung kann im voraus ein angemessener Wagniszuschlag vereinbart werden. Für den Berichtigungsbetrag gilt Absatz 4 Satz 5 bis 7 entsprechend.

(7) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung eines Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im voraus vereinbaren, daß in bestimmten Fällen das Budget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist über das neu vereinbarte Budget abzurechnen; Absatz 4 Satz 7 und § 21 Abs. 2 Satz 3 gelten entsprechend.

### § 13

#### Tagesgleiche Pflegesätze

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz und entsprechende teilstationäre Pflegesätze. Die Pflegesätze sind nach Maßgabe der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu ermitteln.

(2) Als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit und die durch diese veranlaßten Leistungen ist für jede organisatorisch selbständige bettenführende Abteilung, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet wird, ein Abteilungspflegesatz für die Leistungen zu vereinbaren, die nicht mit Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 vergütet werden. Für fachübergreifende Abteilungen der Intensivmedizin, die ausschließlich oder überwiegend Aufgaben der Intensivbehandlung wahrnehmen und

regelmäßig auch Patienten anderer Krankenhäuser versorgen, kann ein Abteilungspflegesatz vereinbart werden. Pflegesätze nach Satz 1 sind auch für die Behandlung von Belegpatienten zu vereinbaren; für Fachbereiche mit sehr geringer Bettenzahl kann ein gemeinsamer Belegpflegesatz vereinbart werden. Abteilungspflegesätze sollen darüber hinaus für besondere Einrichtungen des Krankenhauses vereinbart werden, die ausschließlich oder überwiegend der Behandlung von Querschnittsgelähmten, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten, Schwerbrandverletzten, AIDS-Patienten, onkologisch zu behandelnden Patienten, Dialysepatienten oder der neonatologischen Intensivbehandlung von Säuglingen dienen.

(3) Als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen des Krankenhauses ist ein Basispflegesatz zu vereinbaren. Haben die Vertragsparteien auf Landesebene nach § 16 Abs. 3 ein pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung vereinbart und steht dieses Entgelt bei dem Abschluß der Pflegesatzvereinbarung fest, ist dieses bei Vereinbarung des Basispflegesatzes anstelle der entsprechenden Kosten des Krankenhauses einzubeziehen; die nach § 16 Abs. 3 Satz 4 vereinbarte Abgrenzung der Kosten ist anzuwenden.

(4) Soweit die nach den Absätzen 2 und 3 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind entsprechende Pflegesätze zu vereinbaren. Sie sollen vereinfacht aus den vollstationären Pflegesätzen abgeleitet werden. Eine Kalkulationsaufstellung nach den Abschnitten K 6 oder K 7 der Anlage 3 ist nicht vorzulegen.

#### § 14

##### Berechnung der Pflegesätze

(1) Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Fallpauschalen und Sonderentgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten und im Falle des Absatzes 6 Nr. 1. Die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist; Absatz 6 Nr. 1 und 2 bleibt unberührt.

(2) Die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet. Satz 1 gilt entsprechend bei internen Verlegungen. Bei Berechnung eines Sonderentgelts für operative Leistungen wird der Abteilungspflegesatz der entsprechenden operativ tätigen Abteilung um 20 vom Hundert ermäßigt. Zusätzlich zu dem Abteilungspflegesatz kann ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten nach § 13 Abs. 2 Satz 4 berechnet werden, wenn die Dialyse mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht im Zusammen-

hang steht. Wird ein Patient wegen Komplikationen wieder aufgenommen, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer dieser Fallpauschale nach Anlage 1.1 Spalte 8 oder 1.2 Spalte 11 kein tagesgleicher Pflegesatz berechnet werden.

(3) Sonderentgelte werden für die in Anlage 2 bestimmten und die nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Leistungskomplexe berechnet. Sie werden zusätzlich zu dem Abteilungspflegesatz und dem Basispflegesatz oder entsprechenden teilstationären Pflegesätzen berechnet. Zusätzlich zu einem Sonderentgelt dürfen die Zu- und Abschläge nach Absatz 6 Nr. 3 bis 5 berechnet werden.

(4) Fallpauschalen werden für die in Anlage 1 bestimmten und die nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind und der Patient das 14. Lebensjahr vollendet hat; eine Berechnung bei jüngeren Patienten ist nur in den in Anlage 1 Spalte 2 bezeichneten Ausnahmen möglich. Maßgebend für die Zuordnung zu einem Behandlungsfall im Sinne der Anlage 1 ist die dort genannte Behandlung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht, wird die Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat. Eine vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; dies gilt auch für eine entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung.

(5) Eine Fallpauschale wird nicht berechnet, wenn

1. der Patient vor Abschluß des bestimmten Behandlungsfalles verlegt wird, es sei denn, eine Berechnung der Pflegesätze nach Absatz 2 und 3 ergibt einen höheren Gesamtbetrag, oder
2. eine Behandlung vor Erbringung der Hauptleistung beendet wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit. In diesem Fall wird die Fallpauschale von dem Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; die Krankenhäuser vereinbaren eine Aufteilung der Fallpauschale untereinander. Werden Fallpauschalen nach Satz 1 nicht berechnet, sind die Pflegesätze nach den Absätzen 2 und 3 zu berechnen. Krankenhäuser oder Abteilungen, deren Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen vergütet werden, rechnen anstelle der Pflegesätze nach Absatz 2 je Belegungstag einen Betrag in Höhe von 260 Deutsche Mark ab. Dieser Betrag ist ab dem 1. Januar 1996 jährlich entsprechend der Veränderung der Punktwerte nach § 16 Abs. 1 Satz 1 gegenüber dem Vorjahr zu verändern; dabei sind der Punktwert für den Personalkostenanteil mit 67 vom Hundert und der

Punktwert für den Sachkostenanteil mit 33 vom Hundert zu gewichten.

(6) Zusätzlich zu einer Fallpauschale darf berechnet werden:

1. ein Sonderentgelt bei
  - a) einer Operation in einem anderen Operationsgebiet bei demselben oder einem weiteren Operationstermin,
  - b) einer Rezidiv-Operation während desselben Krankenhausaufenthaltes,
  - c) einer diagnostischen Leistung nach Anlage 2, wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird, und bei
  - d) der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3),
2. ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten,
3. Zuschläge oder ein Abschlag nach § 11 Abs. 3,
4. ein Zuschlag nach § 11 Abs. 4 für Maßnahmen der Qualitätssicherung,
5. ein Zuschlag für Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern nach § 8 und
6. ein allgemeiner Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschale, mit dem die einzelnen Zu- oder Abschläge nach § 11 Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 8 Satz 7 und § 12 Abs. 4 Satz 7 insgesamt in Rechnung gestellt werden; der Zu- oder Abschlag wird mit einem für alle Fallpauschalen einheitlichen Vomhundertsatz ermittelt, der auf die Höhe der Fallpauschale bezogen wird.

(7) Ist eine Fallpauschale nach Absatz 4 berechnet worden und übersteigt die Verweildauer des Patienten eine bestimmte Grenz-Verweildauer, so werden ab dem in Anlage 1.1 Spalte 8 oder 1.2 Spalte 11 ausgewiesenen Tag die Pflegesätze nach Absatz 2 berechnet. Diese werden in den Ausgleich nach § 12 Abs. 4 einbezogen. Krankenhäuser oder Abteilungen, deren Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen vergütet werden, rechnen anstelle der Pflegesätze nach Absatz 2 je Belegungstag den Betrag nach Absatz 5 Satz 5 ab; Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(8) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen für jeden Berechnungstag den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes bis zum 31. Dezember 2014. Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(9) Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, kann das Krankenhaus angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen 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 §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Pflegesatzvereinbarung getroffen werden.

## § 15

### Unterrichtung der Patienten

(1) Das Krankenhaus hat dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Pflegesätze so bald wie möglich schriftlich bekanntzugeben. Dabei ist mitzuteilen, welcher Teilbetrag für Unterkunft und Verpflegung in dem Basispflegesatz nach § 13 Abs. 3 enthalten ist.

(2) Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Pflegesätze nach § 13 noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, daß der Unterschiedsbetrag zum neuen Pflegesatz auszugleichen ist, wenn dieser rückwirkend in Kraft tritt, oder daß der zu zahlende Pflegesatz sich erhöht, wenn der neue Pflegesatz während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Pflegesatzsteigerung ist anzugeben.

## VIERTER ABSCHNITT

### Pflegesatzverfahren

## § 16

### Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien jeweils einen landesweit geltenden Punktwert für den Personalkosten- und den Sachkostenanteil der Entgelte. Mit dem Ziel einer Begrenzung der Leistungsmenge kann ein niedrigerer Punktwert für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart werden. Die Bemessungsgrundlagen nach den §§ 3 bis 6 sind entsprechend zu beachten. In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet wird ein niedrigerer Punktwert für den Personalkostenanteil vereinbart, soweit die Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt.

(2) Die Vertragsparteien auf Landesebene können für das folgende Kalenderjahr mit Wirkung für die Vertragsparteien über die in Anlage 1 und 2 bestimmten Leistungen hinaus für weitere Behandlungsfälle und Leistungskomplexe landesweit geltende Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren. Dabei sind die Erfahrungen aus Modellvorhaben nach § 26 zu berücksichtigen. Für die Entgelte sind Bewertungsrelationen in Form von Punktzahlen zu vereinbaren. Die Punktwerte nach Absatz 1 Satz 1 gelten auch für diese Entgelte. Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen eine wissenschaftliche Begleitung für diese Entgelte vereinbaren.

(3) Von den Vertragsparteien auf Landesebene ist mit Wirkung für die Vertragsparteien die Vereinbarung eines landeseinheitlichen pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung anzustreben. Es ist Bestandteil des Basispflegesatzes nach § 13 Abs. 3. In das Entgelt sind die den Patientenzimmern zuzurechnenden anteiligen Kosten für Wasser, Strom, Heizung, normale Reinigung und die durch die Unterbringung verursachte Wäschereinigung sowie die Kosten der Küche und für Lebensmittel einzubeziehen; die Investitionskosten nicht geförderter Krankenhäuser werden nicht einbezogen. In der Vereinbarung ist festzulegen, wie die dem Entgelt zugrunde liegenden Kosten abzugrenzen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Landesebene geben den Vertragsparteien rechtzeitig die Punktwerte und die sich daraus ergebende Höhe der Entgelte, die nach Absatz 2 vereinbarten Entgelte und deren Bewertungsrelationen und Entgelthöhe sowie das Entgelt nach Absatz 3 nach deren Genehmigung (§ 20) bekannt. Entsprechendes gilt für die Abgrenzung der Kosten nach Absatz 3 Satz 4.

(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 bis 3 sind bis zum 31. August jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle den Punktwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.

(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei auf Landesebene ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung der Punktwerte zugrunde gelegten Annahmen der jeweilige Punktwert für den verbleibenden laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei auf Landesebene zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle den Punktwert auf Antrag fest.

## § 17

### Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien

(1) Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Budget und Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze, die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie den Erlösausgleich nach § 11 Abs. 8. Bei Krankenhäusern, deren Leistungen vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, regeln die Vertragsparteien die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 bis 8. 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. Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch

Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen.

(2) Der Pflegesatzzeitraum beträgt ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Ein Pflegesatzzeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfaßt, kann vereinbart werden.

(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 Pflegesatzzeitraumes in Kraft treten können.

(4) Der Pflegesatzverhandlung sind insbesondere die Daten zugrunde zu legen, die nach § 5 Abs. 1 für den Krankenhausvergleich zu übermitteln sind. Der Krankenhausträger übermittelt auf Verlangen einer Vertragspartei zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde für die Kalenderjahre 1995 bis 1998 die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlage 3 und 4 oder Teile davon. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung enthält insbesondere Angaben zu den vereinbarten Vergütungen, den Leistungen und den Kalkulationen von Budget und tagesgleichen Pflegesätzen des Krankenhauses. Die Leistungsaufstellung umfaßt insbesondere

1. eine anonymisierte, abteilungsbezogene Diagnosestatistik nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) mit Angaben zu Verweildauer und Alter der Patienten sowie dazu, ob der Patient im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde, und
2. eine anonymisierte, abteilungsbezogene Operationsstatistik nach dem fünfstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 301 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft gesetzten Fassung. Die Diagnose- und die Operationsstatistik sind auf maschinellen Datenträgern vorzulegen. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird von Krankenhäusern, deren Leistungen vollständig über Fallpauschalen berechnet werden, nicht vorgelegt. Werden die Leistungen einer Abteilung oder Einrichtung nach § 13 Abs. 2 ausschließlich mit Fallpauschalen berechnet und hat das Krankenhaus die Kostenausgliederung verlangt, werden die Abschnitte V 2, V 3 und K 8 nicht vorgelegt; die Kostenausgliederung ist nach Abschnitt K 7 Nummer 1 bis 18 vorzunehmen. Für die Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 3 für das Kalenderjahr 1998 ist der Abschnitt K 8 zum 31. Mai vorzulegen; Veränderungen insbesondere des Leistungsumfangs können bis zur Pflegesatzverhandlung nachgereicht werden.

(5) Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 1 muß der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. Soweit dies zur Beurteilung der Höhe der Kostenausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und zur Beurteilung der vom Krankenhaus nach § 11 Abs. 3 geforderten Zuschläge erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien verlangen, daß zusätzliche Kalkulationsunterlagen vorgelegt werden.

(6) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der medizinisch leistungsgerechten Vergütung eines 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, kann eine Prüfung dieser Fragen vereinbart werden. Das Ergebnis der Prüfung ist in der nächsten Pflegesatzverhandlung zu berücksichtigen.

(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 §§ 112 bis 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen worden sind.

(9) Die im Rahmen einer Vereinbarung von Pflegesätzen übermittelten Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person dürfen von den Empfängern nicht zu anderen Zwecken verarbeitet oder genutzt werden.

## § 18

### Vorläufige Pflegesatzvereinbarung

(1) Können sich die Vertragsparteien über die Höhe des Budgets nicht einigen und soll wegen der Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, die Schiedsstelle angerufen werden, vereinbaren die Vertragsparteien ein vorläufiges Budget in der unstrittigen Höhe. Dies gilt nicht, wenn das vorläufige Budget niedriger wäre als das zuletzt genehmigte Budget.

(2) Die auf dem vorläufigen Budget beruhenden tagesgleichen Pflegesätze sind zu erheben, bis die endgültig maßgebenden tagesgleichen Pflegesätze in

Kraft treten. Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses infolge der nach Satz 1 erhobenen vorläufigen tagesgleichen Pflegesätze werden durch Zu- oder Abschläge auf die Pflegesätze des laufenden oder eines folgenden Pflegesatzzeitraumes ausgeglichen.

## § 19

### Schiedsstelle

(1) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung nach § 16 Abs. 1 und 6 oder § 17 Abs. 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer der in § 16 oder § 17 genannten Vertragsparteien. Sie ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(2) Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte.

(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung der Kann-Vorschriften in § 3 Abs. 2 Satz 4, § 4 Abs. 1 Nr. 5, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 11 Abs. 8 Satz 4, § 12 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 Satz 2 und 3 und Abs. 6 Satz 5 und Abs. 7 Satz 2, § 16 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7, § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 10 Satz 1 und 2.

## § 20

### Genehmigung

(1) Die Genehmigung der nach den §§ 16 bis 18 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze ist von einer der in § 16 oder § 17 genannten Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.

(2) Die Vertragsparteien und die Schiedsstellen haben der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich sind. Im übrigen sind die für die Vertragsparteien bezüglich der Pflegesatzverhandlung geltenden Rechtsvorschriften entsprechend anzuwenden. Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit dies erforderlich ist, um rechtliche Hindernisse zu beseitigen, die einer uneingeschränkten Genehmigung entgegenstehen.

## § 21

### Laufzeit

(1) Die neuen tagesgleichen Pflegesätze werden vom Beginn des neuen Pflegesatzzeitraums an erhoben. Wird das neue Budget erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Pflegesätze ab dem ersten Tag der zweiten Woche zu erheben, der auf die Genehmigung folgt. Bis dahin sind die bisher geltenden tagesgleichen Pflegesätze weiter zu erheben. Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der

bisherigen Pflegesatzvereinbarung oder -festsetzung so bestimmt worden ist. Ein rückwirkendes Erheben der Pflegesätze ist bei der Schließung eines Krankenhauses zulässig.

(2) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung der bisherigen tagesgleichen Pflegesätze nach Absatz 1 Satz 3 werden durch Zu- und Abschläge auf die im restlichen Pflegesatzzeitraum zu erhebenden neuen tagesgleichen Pflegesätze ausgeglichen. Wird das neue Budget erst nach Ablauf des neuen Pflegesatzzeitraums genehmigt, erfolgt der Ausgleich über das nächste Budget. Würden die tagesgleichen Pflegesätze durch diesen Ausgleich und einen Betrag nach § 12 Abs. 7 Satz 3 insgesamt um mehr als 30 vom Hundert erhöht, sind übersteigende Beträge bis jeweils zu dieser Grenze in nachfolgenden Budgets auszugleichen. Ein Ausgleich von Mindererlösen entfällt, soweit die verspätete Genehmigung des Budgets von dem Krankenhaus zu vertreten ist.

(3) Der Höhe nach neu vereinbarte oder festgesetzte Fallpauschalen und Sonderentgelte werden von dem in der Pflegesatzvereinbarung nach § 16 Abs. 1 oder in der Pflegesatzfestsetzung bestimmten Zeitpunkt an erhoben. Werden die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, ist Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend anzuwenden. Ein sich dadurch ergebender Mehr- oder Mindererlös ist durch entsprechende Bemessung des Punktwerts bei der nächsten Pflegesatzvereinbarung nach § 16 Abs. 1 angemessen auszugleichen, soweit nicht bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Punktwerts das spätere Erheben nach Satz 2 bereits berücksichtigt worden ist.

(4) Für Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 bis 8 gilt Absatz 1 und 2 entsprechend.

#### FÜNFTER ABSCHNITT

### Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

#### § 22

#### 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. Die Entgelte für Wahlleistungen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen; sie müssen mindestens die hierfür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 abzuziehenden Kosten decken.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluß der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen

und deren Inhalt im einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 20 mitzuteilen.

(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 im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 24 Abs. 2 oder 3 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieser die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 24 Abs. 2 oder 3 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses darf nur mit Einwilligung der jeweils betroffenen Patienten erfolgen. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(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 abgeschlossen hat, bleibt unberührt.

#### § 23

#### Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieser Verordnung sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, 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.

(2) Die Vertragsparteien vereinbaren für die Behandlung von Belegpatienten tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4, soweit die Leistungen nicht ausschließlich mit Fallpauschalen nach § 11 vergütet werden. Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart (Anlage 1.2 und 2.2).

#### § 24

##### Kostenerstattung der Ärzte

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 23 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Die Kostenerstattung kann pauschaliert werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen.

(2) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 22 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Absatz 3 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(3) Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 22 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt abweichend von Absatz 2 verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(4) Soweit Ärzte zur Erbringung sonstiger vollstationärer oder teilstationärer ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die im Pflegesatzzeitraum entstehenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(5) Soweit ein Krankenhaus weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert wird, umfaßt die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 4 auch die auf diese Leistungen entfallenden, nach § 8 Abs. 4 nicht pflegesatzfähigen Investitionskosten.

(6) Beamtenrechtliche oder vertragliche Regelungen über die Entrichtung eines Entgelts bei der

Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses, soweit sie ein über die Kostenerstattung hinausgehendes Nutzungsentgelt festlegen, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 5 nicht berührt.

#### SECHSTER ABSCHNITT

##### Sonstige Vorschriften

#### § 25

##### Landespflegesatzausschüsse

(1) Zur Beratung über Pflegesatzfragen wird auf Landesebene ein Pflegesatzausschuß gebildet. 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.

(2) Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses. Der Ausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung.

(3) 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.

#### § 26

##### Modellvorhaben

(1) Die Vertragsparteien können über die Vereinbarung der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 1 und Abs. 2 hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung und Erprobung neuer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte vereinbaren. Sie können von § 10 Abs. 1 Nr. 2, den §§ 12 und 13 und den entsprechenden Bestimmungen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung abweichende Vereinbarungen treffen. Modellvorhaben mit einer Laufzeit von mehr als fünf Jahren bedürfen vor ihrem Beginn der Zustimmung der Vertragsparteien auf Landesebene. Satz 3 gilt entsprechend für Vorhaben, deren Laufzeit über einen

Zeitraum von fünf Jahren hinaus verlängert werden soll; bei der Entscheidung über eine Zustimmung sind die Ergebnisse nach Absatz 2 zu berücksichtigen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung zu vereinbaren; deren Kosten sind pflegesatzfähig. Die Ergebnisse des Vorhabens und der Begleitung sowie eine Beurteilung durch die Vertragsparteien sind nach Abschluß des Vorhabens, spätestens jedoch nach vier Jahren, den Vertragsparteien auf Landesebene, dem Landespflegesatzausschuß und der für die Genehmigung zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(2) Die Vertragsparteien können über die zeitlich begrenzten Modellvorhaben nach Absatz 1 hinaus nach Anhörung der Landeskrankengesellschaft, der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung von § 10 Abs. 1 Nr. 2, den §§ 12 und 13 und den entsprechenden Bestimmungen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung abweichende Vereinbarungen treffen, um neue Arten der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen zu entwickeln und zu erproben. Absatz 1 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(3) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 enden mit Ablauf des Kalenderjahres, soweit für das folgende Kalenderjahr Fallpauschalen und Sonderentgelte in Anlage 1 und 2 bestimmt oder nach § 16 Abs. 2 vereinbart sind, die entsprechende Leistungsinhalte des Modellvorhabens berühren.

(4) Modellvorhaben nach § 21 in der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung geltenden Fassung können bis zu einer Entscheidung über eine entsprechende Aufnahme der Entgelte in eine Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 fortgeführt werden. Abweichend von Satz 1 ist eine Fortführung mindestens bis zu dem in der Vereinbarung über das Modellvorhaben bestimmten Zeitpunkt möglich, wenn die Vereinbarung vor dem 1. Januar 1994 geschlossen wurde. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit für das folgende Kalenderjahr Fallpauschalen und Sonderentgelte in Anlage 1 und 2 bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbart sind, die entsprechende Leistungsinhalte des Modellvorhabens berühren. Eine Fallpauschale kann unter den in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen auch dann weiterhin berechnet werden, wenn ein entsprechendes Sonderentgelt in Anlage 2 bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbart wird.

## § 27

### Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

Die in dieser Verordnung den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

## § 28

### Übergangsvorschriften

(1) Bis zum 31. Dezember 1995 sind § 8 Satz 1 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung, § 11 Abs. 3 a der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung des Artikels 12 Abs. 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2311), § 13 Abs. 3 Nr. 6 a der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung des Artikels 12 Abs. 1 Nr. 7 Buchstabe b dieses Gesetzes sowie § 13 Abs. 3 Nr. 6 Buchstabe b letzter Halbsatz der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung des Artikels 12 Abs. 3 Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa dieses Gesetzes anzuwenden.

(2) Teilt ein Krankenhaus den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit, daß es mit Wirkung zum 1. Januar 1995 Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 1 und 2 anwenden will, richtet sich die Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze ab Zugang dieser Mitteilung nach den entsprechenden Vorschriften dieser Verordnung.

(3) Für Krankenhäuser, die zum 1. Januar 1995 das neue Entgeltsystem einführen und nach § 6 der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung Sonderentgelte und Fallpauschalen für das Kalenderjahr 1994 vereinbart haben, sollen diese Entgelte auch für das Kalenderjahr 1995 vereinbart werden, soweit entsprechende Fallpauschalen und Sonderentgelte nach Anlage 1 und 2 nicht bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 nicht vereinbart sind.

(4) Für Krankenhäuser, die nicht mit Wirkung zum 1. Januar 1995 Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 1 und 2 im Rahmen ihres Versorgungsauftrags gemäß § 4 anwenden wollen, ist diese Verordnung ab dem 1. Januar 1996 anzuwenden; die Absätze 11 und 12 sind ab dem 1. Januar 1995 anzuwenden. Für diese Krankenhäuser ist die Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2311), und die Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1046) bis zum 31. Dezember 1995 anzuwenden.

(5) Bei der Vereinbarung des Budgets nach § 12 sind auch die Ausgleichs-, Berichtigungs- und Unterschiedsbeträge nach § 4 Abs. 5 bis 9 der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung des Artikels 12 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) in das Budget einzubeziehen.

(6) Übersteigt in dem Gesamtzeitraum der Jahre 1993 und 1994 die durchschnittliche Erhöhung der Vergütung nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 17 Abs. 1 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ist der sich aus der Vergleichsrechnung beider Entwicklungen in diesem Zeitraum für das Krankenhaus ergebende Unterschiedsbetrag der Personalkosten dem Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums hinzuzurechnen,

soweit der Unterschiedsbetrag nicht in vorhergehenden Budgets berücksichtigt worden ist. Für Krankenhäuser, die die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 mit Wirkung zum 1. Januar 1996 anwenden wollen, ist die durchschnittliche Erhöhung nach Satz 1 in den Jahren 1993, 1994 und 1995 maßgebend.

(7) Den Bewertungsrelationen für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den Anlagen 1 und 2 liegt ein Punktwert von einer Deutschen Mark für das Jahr 1993 zugrunde. Die Vertragsparteien auf Landesebene haben bei der erstmaligen Vereinbarung nach § 16 Abs. 1 diesen Punktwert zu berücksichtigen und für den Pflegesatzzeitraum fortzuschreiben.

(8) Bezugsgröße für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der erstmaligen Anwendung dieser Verordnung ist der Gesamtbetrag aus dem bis zu dieser Anwendung vereinbarten Budget, den neben diesem Budget erzielten Erlösen aus den Sonderentgelten nach § 6 Abs. 3 und den Entgelten nach § 21 der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung sowie den Berichtigungsbeträgen nach § 4 Abs. 6 bis 8 und dem Unterschiedsbetrag nach § 4a der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung. Dieser Gesamtbetrag wird, soweit erforderlich, von den Vertragsparteien unter Beachtung der Bemessungsgrundlagen nach den §§ 3 bis 6 Abs. 2 an die seit dem 1. Januar 1993 eingetretenen Veränderungen der Leistungsstruktur, des Leistungsumfangs und der Abzüge nach § 7 Abs. 2 angepaßt. Verkürzungen der Verweildauer, auch infolge vermehrter teilstationärer Leistungen sowie vor- und nachstationärer Behandlungen, bleiben dabei unberücksichtigt. Der angepaßten Bezugsgröße sind das neue Budget sowie bei Erlösabzug die Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten oder bei Kostenausgliederung die den Entgelten zuzuordnenden Kosten gegenüberzustellen; dabei bleiben die in das Budget einzurechnenden Ausgleichsbeträge nach § 4 Abs. 5 und 9 der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung außer Ansatz.

(9) Sind Pflegesätze erstmals nach dieser Verordnung zu berechnen, sind die tagesgleichen Pflegesätze und Sonderentgelte vom Beginn ihrer Laufzeit (§ 21) an gegenüber allen Patienten zu berechnen. Abweichend von § 14 Abs. 1 Satz 3 sind Fallpauschalen nur bei Patienten zu berechnen, die ab dem Beginn der Laufzeit in das Krankenhaus aufgenommen werden. Dürfen nach § 21 Abs. 1 und 3 die neuen Entgelte nicht bereits ab Beginn des neuen Pflegesatzzeitraums erhoben werden, sind bis zum Beginn ihrer Laufzeit die bisherigen tagesgleichen Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 6 Abs. 3 und 4 in der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung zu erheben. Die Vertragsparteien teilen die nach § 21 Abs. 2 und 4 auszugleichenden Mehr- oder Mindererlöse angemessen auf die neuen tagesgleichen Pflegesätze auf.

(10) Ein Krankenhaus in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet kann im Fall des Erlösabzugs nach § 12 Abs. 2 verlangen, daß bis zum Jahr 1997 anstelle der Abteilungspflegesätze nach § 13 Abs. 2 ein für das Krankenhaus einheitlicher

Abteilungspflegesatz vereinbart wird. Das Krankenhaus kann ferner im Fall des Erlösabzugs verlangen, daß bis zum Jahr 1997 abweichend von § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 und 5 ein Gesamtausgleich für das Budget, die Fallpauschalen, die Sonderentgelte und die Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung durchgeführt wird. In diesem Fall ist der Erlösabzug nach § 12 Abs. 2 Satz 1 zu 100 vom Hundert durchzuführen; § 12 Abs. 6 gilt entsprechend. Weicht die Summe der auf den jeweiligen Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse aus dem Budget und diesen Entgelten von der entsprechenden voraus kalkulierten Erlössumme ab, werden Mehr- oder Mindererlöse zu 75 vom Hundert ausgeglichen.

(11) Die Diagnosestatistik nach § 17 Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 ist mit dem vierstelligen Schlüssel an Stelle des bisherigen dreistelligen Schlüssels erstmals vom 1. Januar 1995 an zu erstellen und für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1996 vorzulegen.

(12) Die Statistik der Operationen nach § 17 Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 ist erstmals vom 1. Januar 1995 an zu erstellen und für die Pflegesatzverhandlungen im Jahre 1996 vorzulegen.

## Artikel 2

### Änderung der Abgrenzungsverordnung

In § 3 Abs. 1 Nr. 2 der Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255) wird die Angabe „§ 14“ ersetzt durch die Angabe „§ 8“.

## Artikel 3

### Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung

Die Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045) wird wie folgt geändert:

1. § 8 Satz 1 wird nach dem Strichpunkt wie folgt gefaßt:

„sie muß die Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten sowie die Erstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung ermöglichen.“

2. In § 9 Satz 1 werden die Worte „bis zu 250 Betten“ ersetzt durch die Worte „bis zu 100 Betten oder mit nur einer bettenführenden Abteilung“.

3. Die Gliederung der Passivseite der Bilanz in Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe B wird folgende Nummer 3 angefügt:

„3. Sonderposten aus Zuwendungen Dritter (KGr. 21)“.

b) In Buchstabe D Nummer 7 wird das Wort „Sachanlagevermögen“ ersetzt durch das Wort „Anlagevermögen“.

4. Die Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung in Anlage 2 wird wie folgt geändert:
- Nummer 1 wird wie folgt gefaßt:  
„Erlöse aus Krankenhausleistungen (KGr. 40)“.
  - In Nummer 8 werden die Worte „davon aus Ausgleichsbeträgen nach § 4 Abs. 1 bis 3 BPflV, soweit nicht unter Nr. 1 (KGr. 58)“ ersetzt durch die Worte „davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre (KGr. 58)“.
  - In Nummer 10 Buchstabe a werden im Klammerhinweis die Worte „KGr. 65“ ersetzt durch die Worte „KUGr. 650“.
  - In Nummer 10 Buchstabe b werden im Klammerhinweis vor den Worten „Kto. 6601“ die Worte „KUGr. 651“ eingefügt.
  - In Nummer 13 wird das Wort „Sachanlagevermögen“ ersetzt durch das Wort „Anlagevermögen“.
  - In Nummer 15 wird das Wort „Sachanlagevermögen“ ersetzt durch das Wort „Anlagevermögen“.
  - In Nummer 21 werden die Worte „davon aus Ausgleichsbeträgen nach § 4 Abs. 1 bis 3 BPflV, soweit nicht unter Nr. 1 (KUGr. 790)“ ersetzt durch die Worte „davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre (KUGr. 790)“.
5. Der Kontenrahmen für die Buchführung in Anlage 4 wird wie folgt geändert:
- Nach Kontengruppe 20 wird folgende Kontengruppe 21 eingefügt:  
„21 Sonderposten aus Zuwendungen Dritter“.
  - Die Kontengruppe 40 wird wie folgt gefaßt:  
„40 Erlöse aus Krankenhausleistungen  
400 Erlöse aus tagesgleichen Pflegesätzen  
4001 Erlöse aus Basispflegesatz, vollstationär  
4002 Erlöse aus Basispflegesatz, teilstationär  
4003 Erlöse aus Abteilungspflegesätzen, vollstationär  
4004 Erlöse aus Abteilungspflegesätzen, teilstationär  
4005 Erlöse aus Pflegesätzen für besondere Einrichtungen, vollstationär  
4006 Erlöse aus Pflegesätzen für besondere Einrichtungen, teilstationär  
401 Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten  
4010 Erlöse aus Fallpauschalen  
4011 Erlöse aus Sonderentgelten  
402 Erlöse aus vor- und nachstationärer Behandlung
- 4020 Erlöse aus vorstat. Behandlung nach § 115a SGB V
  - 4021 Erlöse aus nachstat. Behandlung nach § 115a SGB V
  - 403 Erlöse aus Ausbildungskostenumlage
  - 404 Ausgleichsbeträge nach BPflV
  - 405 Zuschlag nach § 18 b KHG“.
- In der Kontenuntergruppe 411 werden die Worte „nach § 7 Abs. 4 BPflV“ gestrichen.
  - Die Kontenuntergruppe 421 wird wie folgt gefaßt:  
„421 Erlöse aus Chefarztambulanzen einschl. Sachkosten  
422 Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V“.
  - Die Kontengruppe 58 wird wie folgt gefaßt:  
„Erträge aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre“.
  - Die Kontengruppe 65 wird wie folgt gefaßt:  
„65 Lebensmittel und bezogene Leistungen  
650 Lebensmittel  
651 Bezogene Leistungen“.
  - Das Konto 6600 wird wie folgt gefaßt:  
„Arzneimittel (außer Implantate und Dialysebedarf)“.
  - Das Konto 6603 wird wie folgt gefaßt:  
„Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel“.
  - Die Kontenuntergruppe 720 wird wie folgt gefaßt:  
„720 Pflegesatzfähige Instandhaltung  
7200 Instandhaltung Medizintechnik  
7201 Instandhaltung Sonstiges.
  - Die Kontenuntergruppe 780 wird gestrichen.
  - Die Kontenuntergruppe 790 wird wie folgt gefaßt:  
„Aufwendungen aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre“.
6. Die Zuordnungsvorschriften zum Kontenrahmen der Anlage 4 werden wie folgt geändert:
- Die Zuordnungsvorschrift zu Konto 6000 wird wie folgt gefaßt:  
„Vergütung an alle Ärzte. Vergütung an Ärzte im Praktikum, soweit diese auf die Besetzung im Ärztlichen Dienst angerechnet werden. An fremde Ärzte gezahlte Honorare sind dem Konto 6618 zuzuordnen.“

- b) In der Zuordnungsvorschrift zu Konto 6001 wird Satz 1 wie folgt gefaßt:

„Vergütung an die Pflegedienstleitung und an Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett)“. In Satz 2 werden nach dem Wort „Schüler“ die Worte „und Stationssekretärinnen“ eingefügt.

- c) In der Zuordnungsvorschrift in Konto 6002 wird nach den Worten „Sonstige Kräfte im medizinisch-technischen Bereich“ das Wort „Sozialarbeiter“ eingefügt; das Wort „Stationssekretärinnen“ wird gestrichen.

- d) In der Zuordnungsvorschrift zu Konto 6008 werden die Worte „Leitendes Krankenhauspflegepersonal, soweit nicht im Pflege- und Funktionsdienst“ sowie das Wort „Sozialarbeiter“ gestrichen.

- e) In der Zuordnungsvorschrift zu Konto 6011 werden die Worte „Ärzte im Praktikum und“ gestrichen. An die Worte „Praktikantinnen und Praktikanten jeglicher Art“ wird angefügt „ , soweit nicht auf den Stellenplan einzelner Dienststellen angerechnet“.

#### Artikel 4

##### Änderung der Psychiatrie-Personalverordnung

§ 4 der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930) wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 16 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 17 Abs. 6“ ersetzt.
2. In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 16 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 17 Abs. 7“ ersetzt.
3. In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 17 Satz 1“ durch die Angabe „§ 19 Abs. 1“ ersetzt.

#### Artikel 5

##### Änderung der Pflege-Personalregelung

In § 5 Abs. 5 der Pflege-Personalregelung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2316) wird die Angabe „§ 16 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 17 Abs. 7“ ersetzt.

#### Artikel 6

##### Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

§ 6a Abs.1 der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818), die zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.“

#### Artikel 7

##### Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

§ 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 21 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

#### „§ 7

##### Gebührenordnung für Zahnärzte

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert.“

#### Artikel 8

##### Überleitungsvorschriften für die Gebührenminderung bei wahlärztlichen Leistungen

#### § 1

##### Gebührenordnung für Ärzte

Bis zum 31. Dezember 1995 wird § 6a Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818), die zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geändert worden ist, wie folgt gefaßt:

„(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

- a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 22 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhausträger geschlossenen Verträgen oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Ärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie

- b) bei Leistungen von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten."

§ 2

**Gebührenordnung für Zahnärzte**

Bis zum 31. Dezember 1995 wird § 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 21 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geändert worden ist, wie folgt gefaßt:

„ § 7

**Gebührenordnung für Zahnärzte**

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

- a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 22 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhausträger geschlossenen Verträgen oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Zahnärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie
- b) bei Leistungen von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten."

**Artikel 9**

**Überleitungsvorschrift für die Krankenhaus-Buchführungsverordnung**

Für Krankenhäuser, die nicht mit Wirkung zum 1. Januar 1995 Fallpauschalen und Sonderentgelte nach Artikel 1 § 11 Abs. 1 und 2 im Rahmen ihres Versorgungsauftrags gemäß Artikel 1 § 4 anwenden wollen, ist Artikel 3 Nr. 1 und 3 bis 6 ab dem 1. Januar 1996 anzuwenden.

**Artikel 10**

**Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

(1) Artikel 1 § 16 tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, soweit er sich auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezieht, Absatz 2 Satz 2 Nr. 4, soweit er sich auf wahlärztliche Leistungen bezieht, die das Krankenhaus in Rechnung stellt, Absatz 2 Satz 2 Nr. 5, § 24 Abs. 3, Artikel 3 Nr. 2 sowie Artikel 6 und 7 treten am 1. Januar 1996 in Kraft.

(3) Im übrigen tritt diese Verordnung am 1. Januar 1995 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2311) außer Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wesentlich geändert.

Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip wurde aufgehoben. Der Anspruch der Krankenhäuser auf Deckung der vorauskalkulierten Selbstkosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung wurde ersetzt durch den Anspruch auf „medizinisch leistungsgerechte“ Pflegesätze (§ 17 Abs. 1 KHG). Diese Pflegesätze müssen nicht mehr dem einzelnen Krankenhaus, sondern „einem“ unbestimmten Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Das Entgeltsystem der Krankenhäuser wird grundlegend umgestellt auf differenziertere Entgeltformen (§ 17 Abs. 2a KHG). Zum 1. Januar 1996 werden verbindlich Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte eingeführt. Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet. Die Sonderentgelte vergüten demgegenüber nur die Kosten für einen bestimmten Leistungskomplex, insbesondere für Operationen. Krankenhäuser, die diese neuen Entgelte bereits zum 1. Januar 1995 einführen, werden vorzeitig aus der geltenden Budgetbegrenzung (sog. Deckelung) entlassen (§ 17 Abs. 1a KHG). Die Entgelthöhe wird auf der Grundlage von Bewertungsrelationen, die in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vorgegeben werden, auf der Landesebene vereinbart, d. h. nicht mehr krankenhausesindividuell (§ 18 Abs. 3 KHG).

Zur Vergütung der Leistungen, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden, sind im Rahmen eines krankenhausesindividuell zu verhandelnden Budgets Abteilungspflegesätze und ein Basispflegesatz vorgesehen (§ 17 Abs. 2a KHG).

Die durch das Gesundheitsstrukturgesetz neu eingefügten §§ 115a und b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ermöglichen den Krankenhäusern, Patienten vor- und nachstationär zu behandeln und im Krankenhaus ambulant zu operieren. Die Vergütung für diese Leistungen wird ebenfalls in diesen Paragraphen geregelt, also außerhalb des Krankenhausfinanzierungsrechts. Sie wird für die vor- und nachstationäre Behandlung und für das ambulante Operieren auf der Bundesebene bzw. auf der Landesebene vereinbart. Damit besteht auch für diesen Bereich kein Anspruch auf individuelle Kostendeckung.

Durch die neue Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) werden die Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes umgesetzt.

#### II. Vorgehensweise

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat schon vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) Forschungsaufträge zur Erarbeitung von Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Katalogen sowie zur Kalkulation der Entgelte vergeben. Bei den Sonderentgelten konnte auf bereits laufende Vorhaben aufgebaut werden. Die beteiligten Forschungsinstitute und ein Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen arbeiteten unter Leitung des BMG in einer „Arbeitsgruppe Entgeltsystem“ zusammen, in der Konzepte für das neue System erarbeitet, die Entgeltkataloge entworfen und die Projekte koordiniert wurden.

Zur Beratung bei der Einführung des neuen Entgeltsystems hat das BMG im November 1992 eine Experten-Gruppe nach Vorschlag der Länder und Verbände einberufen. Mit dieser wurden in acht Sitzungen die Grundkonzeption des neuen Entgeltsystems, der erste Diskussionsentwurf der neuen Bundespflegesatzverordnung, die Kataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte und die zugehörigen Bewertungsrelationen beraten.

Die Entgeltkataloge wurden mit den betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den ärztlichen Berufsverbänden beraten. Eine erste Anhörung zum Sonderentgeltkatalog fand am 6. und 7. März 1992 statt. Eine weitere Anhörung zu dem Fallpauschalenkatalog folgte am 20. Januar 1993. Soweit es im Rahmen der Systematik des neuen Entgeltsystems möglich und zweckmäßig war, wurden vorgeschlagene Änderungswünsche berücksichtigt.

Der zum 1. Juni 1993 vorgelegte erste Diskussionsentwurf zur neuen Bundespflegesatzverordnung, der auch Vorschläge für die Entgeltkataloge und eine neue Leistungs- und Kostenaufstellung enthielt, wurde am 8. und 9. Juli 1993 mit Ländern und Verbänden beraten. Zu den von den beteiligten Forschungsinstituten vorgeschlagenen Bewertungsrelationen (Punktzahlen) für die neuen Entgelte fanden am 18. und 23. November 1993 Gespräche mit Ländern und Verbänden statt.

Die in der BPfIV vorgegebenen Bewertungsrelationen legen den Abstand der Entgelte untereinander fest. Die für Krankenhäuser maßgebliche Höhe der Entgelte wird nach § 18 Abs. 3 KHG auf der Landesebene durch die Verbände vereinbart (Punktwert). Die Bewertungsrelationen wurden von den Forschungsinstituten aus der gegenwärtigen Ist-Situation in den Krankenhäusern abgeleitet. Dabei wurde der Durchschnitt der kalkulierten Ist-Kosten und der erhobenen Ist-Verweildauer zugrunde gelegt. Da von der Einführung der Fallpauschalen in den nächsten Jahren eine Verkürzung der Verweildauer von etwa 30 % erwartet wird, wurde in den Bewertungsrelationen bereits eine

Verkürzung von 15 % berücksichtigt. Da die Fallpauschalen weitgehend auf der Basis von hauptamtlich geführten Abteilungen kalkuliert wurden, wurde darüber hinaus bei etwa der Hälfte der Entgelte für Belegärzte eine weitere Kürzung der Verweildauer um 14 % vorgenommen; dies entspricht etwa der Situation im Belegarztbereich.

### III. Schwerpunkte der neuen Bundespflugesatzverordnung

Aufgrund der weitreichenden und grundlegenden Veränderungen wird die BpflV insgesamt neu gefaßt und gegliedert.

#### 1. Abgrenzung der pflegesatzfähigen Leistungen und Kosten

Die Verordnung ist anzuwenden für den Bereich der „pflegesatzfähigen“ voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses (§ 17 Abs. 3 Nr. 1 KHG und § 1).

- § 1 legt den Anwendungsbereich fest und stellt die Abgrenzung zu anderen, nicht pflegesatzfähigen Leistungen und deren Kosten (§§ 1, 2 und 7 bis 9) klar.
- Der Begriff der „Krankenhausleistungen“ wird von dem Begriff der pflegesatzfähigen „allgemeinen Krankenhausleistungen“ abgegrenzt (§ 2 Abs. 1 und 2).
- Aus den Krankenhausleistungen wird eine Dialysebehandlung, die mit dem Grund der Krankenhausaufnahme nicht in Verbindung steht (interkurrente Erkrankung), herausgenommen, wenn eine bisherige entsprechende Behandlung fortgeführt wird und das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat (§ 2 Abs. 2 Satz 3). Hat das Krankenhaus eine eigene Dialyseeinrichtung, kann im Sinne einer interkurrenten Erkrankung künftig ein teilstationärer Pflegesatz für Dialyse zusätzlich zu den Fallpauschalen oder den Abteilungspflegesätzen berechnet werden (§ 14 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 6 Nr. 2).
- In den Budget- und Pflegesatzverhandlungen wird künftig nur noch über die voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses und eng damit verbundene Leistungen verhandelt. Dementsprechend werden in der neuen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 nur noch Kostenkalkulationen für diesen Bereich ausgewiesen (Nettoprinzip). Das bisherige „Bruttoprinzip“, bei dem die gesamten Kosten aus der Buchhaltung einschließlich der nicht pflegesatzfähigen Kosten für z. B. Ambulanzen, Personalunterkunft und -verpflegung sowie Leistungen an Dritte ausgewiesen waren, wird durch das Nettoprinzip ersetzt.
- Für die Ausgliederung der Wahlleistung „gesondert berechenbare Unterkunft“ wird anstelle des bisherigen allgemeinen Pflegesatzes künftig der Basispflegesatz als Bezugsbasis herangezogen.

Die Höhe der Ausgliederung wird um etwa 20 Prozent gesenkt, um die in den letzten Jahren eingetretene Erhöhung der Bezugsbasis „Pflegesatz“ zu korrigieren (§ 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7).

#### 2. Grundlagen der Entgeltbemessung

In den §§ 3 bis 6 werden die Vorgaben des § 17 Abs. 1 KHG zur Bemessung der Pflegesätze umgesetzt (vgl. Pkt. 1).

- Das Budget und die Pflegesätze müssen nicht mehr die Selbstkosten eines bestimmten Krankenhauses decken, sondern „medizinisch leistungsgerecht“ sein und, soweit Vergleichbarkeit gegeben ist, „einem“ unbestimmten Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen (§ 3 Abs. 1).
- Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird durch die Landesplanung und die ergänzenden Vereinbarungen auf der Landesebene nach § 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V bestimmt. Das Krankenhaus und die Krankenkassen (Vertragsparteien) können ergänzende Vereinbarungen treffen. Diese sind nicht schiedsstellenfähig (§ 4).
- Bei der Vereinbarung von medizinisch leistungsgerechten Budgets und Pflegesätzen sollen die Leistungen und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser zur Beurteilung herangezogen werden (§ 17 Abs. 1 KHG). § 5 verpflichtet deshalb die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen gemeinsamen Krankenhausvergleich zu vereinbaren und zu organisieren. Dieser Vergleich ist wesentliche Grundlage für eine leistungsorientierte Bemessung von Budgets und Pflegesätzen.
- Bei der Bemessung des Budgets und der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Dieser Grundsatz gilt für andere Leistungsbereiche bereits seit vielen Jahren, allerdings bezogen auf die Entwicklung des gesamten Bereiches. Mit dem GSG wurde dieser Grundsatz auch für die Krankenhäuser verbindlich. Er gilt nach § 17 Abs. 1 KHG für das einzelne Krankenhaus. § 6 setzt den Grundsatz auf die Besonderheiten des Krankenhausbereichs um.

#### 3. Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

Das neue Entgeltsystem wird schrittweise eingeführt. In diesem ersten Schritt werden 40 Fallpauschalen für 25 Krankheitsarten sowie 104 Sonderentgelte in der BpflV vorgegeben. Die Kataloge sollen kurzfristig durch eine 1. Änderungsverordnung im Sinne einer Vervollständigung erweitert werden. Die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist.

- Anlage 1 und 2 der Verordnung enthalten die Kataloge der Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie die bundesweit gültigen Bewertungsrelatio-

- nen (Punktzahlen). Dabei wird zwischen hauptamtlich geführten Abteilungen und belegärztlichen Leistungen unterschieden.
- Zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten können Zu- und Abschläge für das einzelne Krankenhaus vereinbart werden (§ 18 Abs. 3 Satz 4 KHG). Die Zu- und Abschläge werden nur für eng begrenzte Tatbestände zugelassen (§ 11 Abs. 3 bis 7).
  - Für sog. „Ausreißer-Patienten“, die wesentlich länger behandelt werden müssen, als in der Fallpauschale berücksichtigt, ermöglicht § 14 Abs. 7 oberhalb einer sog. Grenz-Verweildauer (Anlage 1.1 Spalte 12 oder 1.2 Spalte 15) die zusätzliche Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen. Diese werden auf das Budget nach § 12 angerechnet.
  - In einer Übergangszeit in den Jahren 1995/96 bis 1997 werden weiterhin Gesamtbeträge für die Krankenhausleistungen vereinbart, von denen 95 % der voraussichtlichen Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten abgezogen werden (Erlösabzug). Die verbleibenden Restbeträge bilden das Budget des Krankenhauses, das den Patienten oder ihren Krankenkassen über tagesgleiche Pflegesätze in Rechnung gestellt wird. Das Krankenhaus kann anstelle des Erlösabzugs einen Abzug seiner Kosten verlangen (Kostenausgliederung, § 12). In dieser Übergangszeit, in der noch Erfahrungen mit der Vorausschätzung der voraussichtlich abzurechnenden Menge der Fallpauschalen und Sonderentgelte gesammelt werden müssen, werden die Risiken und Chancen durch einen Erlösausgleich für diese Entgelte begrenzt (§ 11 Abs. 7). Dennoch verbleiben große Anreize und Möglichkeiten zur Gewinnerzielung.
  - Für das Jahr 1998 müssen alle Krankenhäuser ihre auf die Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallenden Kosten einmalig und/oder letztmalig ausgliedern. Anschließend muß über Art und Menge der Entgelte und der entsprechenden Leistungen nicht mehr mit den Krankenkassen verhandelt werden. Ab dem Jahr 1998 gibt es keine Mengengrenzung für das einzelne Krankenhaus mehr. Mit dem Ziel der Mengengrenzung kann jedoch auf Landesebene die Entgelthöhe herabgesetzt werden (§ 16 Abs. 1). Krankenhäuser, die unterhalb der landesweiten Entgelthöhe ihre Leistungen anbieten wollen, können dies tun.
  - Die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vergüteten Leistungen werden über ein Rest-Budget vergütet. Dieses Budget ist ein flexibles Budget, wie es für die Jahre 1986 bis 1992 gegolten hat (§ 12).
  - Das Budget wird über Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und über einen für das ganze Krankenhaus einheitlichen Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen berechnet (§ 13). Für teilstationäre Leistungen sind entsprechende Pflegesätze zu vereinbaren.

- Für das Krankenhaus gibt es somit künftig zwei verschiedene Entgeltbereiche: mit differenzierten, leistungsbezogenen Entgelten (Fallpauschalen und Sonderentgelten) einerseits und einem krankenhausesindividuell vereinbarten flexiblen Budget andererseits. Dieses Mischsystem darf die Wirkungsweise der flexiblen Budgetierung, die sich seit dem Jahr 1986 bewährt hat, nicht beeinträchtigen. Kapazitätsverlagerungen von einem in den anderen Bereich dürfen im Budgetbereich nicht zur Doppelfinanzierung oder zu einer nur teilweisen Vergütung von Leistungen führen. § 12 Abs. 5 sieht deshalb eine Modifikation der flexiblen Budgetierung durch eine Ergänzung des bisherigen Ausgleichs (§ 12 Abs. 4) vor.
- Das Nebeneinander der Entgeltbereiche wird in der Übergangsphase besonders aufmerksam zu beobachten sein. Dazu ist eine Begleitforschung vorgesehen.

#### 4. Pflegesatzverfahren

Der vierte Abschnitt der Verordnung regelt das Verfahren zur Vereinbarung und Genehmigung der Pflegesätze sowie deren Laufzeit.

- Die Höhe der in den Anlagen 1 und 2 der BPfIV vorgegebenen Fallpauschalen und Sonderentgelte wird über die Vereinbarung des Punktwertes auf der Landesebene bestimmt. Die Höhe der Entgelte ist für das einzelne Krankenhaus verbindlich; zu Ausnahmen vgl. § 11 Abs. 3 bis 7. Die Vertragsparteien auf Landesebene können darüber hinaus weitere Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren, die ebenfalls für das einzelne Krankenhaus verbindlich sind. § 16 führt deshalb erstmals eine Vereinbarung auf Landesebene ein.
- Die Landesebene hat auch die Vereinbarung eines landeseinheitlichen pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung anzustreben (§ 18 Abs. 3 KHG, § 16 Abs. 3). Dieses einheitliche Entgelt soll an die Stelle der Kosten des einzelnen Krankenhauses treten, so daß Gewinnchancen und Verlustrisiken entstehen.
- Bei den Vorgaben für die Budget- und Pflegesatzvereinbarung für das einzelne Krankenhaus wird insbesondere die Vorlage der neuen „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ neu geregelt. Diese ersetzt den bisherigen „Kosten- und Leistungsnachweis“. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung enthält eine Diagnosestatistik, eine neue Operationsstatistik, statistische Angaben zu Strukturdaten und Belegung des Krankenhauses sowie die Kalkulation des Budgets und der Pflegesätze. Die Daten sind auf Verlangen der Krankenkassen vorzulegen (§ 18 Abs. 3 KHG). Auf den bisherigen Nachweis der Ist-Kosten des Krankenhauses wird verzichtet. Ausgehend von dem letzten Verhandlungsergebnis legt das Krankenhaus seine Forderung (Kalkulation) für den folgenden Pflegesatzzeitraum vor. Die in der Pflegesatzverhandlung erzielten Vereinbarungen für den Pflegesatzzeit-

raum sind als Grundlage für den Krankenhausvergleich nach § 5 schriftlich festzuhalten.

- Können die Vertragsparteien sich über die Höhe des Budgets nicht einigen und soll die Schiedsstelle angerufen werden, so sollen die Vertragsparteien künftig ein „vorläufiges Budget“ in der unstrittigen Höhe vereinbaren (§ 18). Hierdurch soll verhindert werden, daß das Krankenhaus aufgrund der verzögerten Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze in Liquiditätsschwierigkeiten gerät.
- Die Schiedsstelle wird nach § 19 Abs. 2 verpflichtet, künftig innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, daß die neuen Pflegesätze möglichst schnell in Kraft treten.
- § 21 regelt die Laufzeit der Pflegesätze teilweise neu. Die aufgrund eines verspäteten Inkrafttretens oder Erhebens der neuen Pflegesätze auszugleichenden Beträge dürfen künftig den Pflegesatz höchstens um 30 % erhöhen. Hierdurch soll eine übermäßige Erhöhung der Pflegesätze und eine entsprechende Belastung von selbstzahlenden Patienten vermieden werden. Mindererlöse, die dem Krankenhaus aufgrund der Verspätung entstehen, werden nicht ausgeglichen, soweit die verspätete Genehmigung des Budgets von dem Krankenhaus zu vertreten ist. Diese Regelung soll die Beachtung des Prinzips der prospektiven Vereinbarung von Budget und Pflegesätzen fördern (§ 18 Abs. 3 Satz 1 KHG).

#### 5. Sonstige Vorschriften

- Die Vertragsparteien können für das einzelne Krankenhaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung und Erprobung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren (§ 17 Abs. 2a KHG, § 26). Modellvorhaben nach dem noch geltenden Recht können bis zu ihrem vertraglichen Ende oder bis zur Entscheidung über die Aufnahme der Entgelte in den landesweiten Entgeltkatalog fortgeführt werden, soweit keine entsprechenden bundes- oder landesweit gültigen Fallpauschalen und Sonderentgelte in Kraft treten. Außerdem wird zugelassen, Modellvorhaben zur Entwicklung und Erprobung von neuen Vergütungsarten zu vereinbaren, die nicht in der Verordnung vorgesehen sind.
- Die Vorschriften für den Übergang von dem geltenden auf das neue Recht sind in § 28 zusammengefaßt. Für die Verhandlung von Budget und Pflegesätzen ist vorgesehen, daß bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die im Zeitraum der Budgetbegrenzung (sog. Deckelung) von 1993 bis 1994/95 eingetretenen Veränderungen der Leistungsstruktur und des Leistungsumfangs berücksichtigt werden.
- Den Krankenhäusern in den neuen Bundesländern wird der Übergang auf das neue Entgeltsystem erleichtert. Sie können bis zum Jahr 1997 anstelle von Abteilungspflegesätzen einen entsprechen-

den Pflegesatz für das ganze Krankenhaus vereinbaren. Darüber hinaus können sie die Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie die vor- und nachstationären Leistungen im Rahmen einer flexiblen Budgetierung einführen (§ 28 Abs. 10); Mehr- oder Mindererlöse werden zu 75 % ausgeglichen.

#### IV. Folgeänderungen in weiteren Verordnungen

Aufgrund des neuen Pflegesatzrechts und der neuen differenzierten Entgeltformen sind einige Anpassungen der Krankenhaus-Buchführungsverordnung erforderlich:

- Die für eine Befreiung von den Mindestvorschriften zur Kosten- und Leistungsrechnung maßgebliche Bettengrenze wird von 250 auf 100 Betten herabgesetzt. Ausgenommen sind Krankenhäuser mit nur einer Abteilung. Die Notwendigkeit eines differenzierten Rechnungswesens ergibt sich ohnehin aus den Anforderungen des neuen Entgeltsystems an die Krankenhäuser.
- Weitere Änderungen betreffen die Zuordnung einzelner Kostenarten zu den Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz sowie notwendige Ergänzungen des Kontenrahmens.

Bei den Änderungen der Psychiatrie-Personalverordnung und der Pflege-Personalregelung durch Artikel 4 und 5 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen. Die Regelungen der Artikel 6 bis 8 stellen die unveränderte Umsetzung der Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 sicher.

#### V. Kosten

Die Verordnung setzt die gesetzlichen Vorgaben zur Einführung eines neuen, differenzierteren Entgeltsystems mit Fallpauschalen, Sonderentgelten und Abteilungspflegesätzen um. Da bisher grundsätzlich nur ein einheitlicher, durchschnittlicher Pflegesatz je Tag des Krankenhausaufenthalts zu kalkulieren und abzurechnen war, werden die Krankenhäuser ihr Rechnungswesen ausbauen müssen. Dies wird sektoral die Kosten erhöhen. Andererseits ist aufgrund der Aufhebung des bisherigen Selbstkostendeckungsprinzips und der verbesserten Wirtschaftlichkeitsanreize des neuen Entgeltsystems mittelfristig mit Kostensenkungen zu rechnen, die die zusätzlichen Kosten des neuen Systems übersteigen.

Bezogen auf das über die Pflegesätze finanzierte Umsatzvolumen des Krankenhausbereiches von rd. 92 Mrd. DM im Jahre 1993 werden sich Kostenerhöhungen für das Krankenhaus aufgrund der Verordnung auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau voraussichtlich nur geringfügig auswirken. Eine Quantifizierung ist jedoch nicht möglich. Mittelfristig ist damit zu rechnen, daß die Belastung der Krankenkassen durch den Krankenhausbereich gemildert wird mit entsprechend dämpfender Wirkung auf die Beitragssätze.

**B. Einzelbegründung****Zu § 1 (Anwendungsbereich)**

Absatz 1 stellt klar, daß durch die BPflV wie bisher nur die voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses erfaßt werden.

In Absatz 2 wurde die in Nummer 2 enthaltene Ausnahmeregelung gestrichen.

Absatz 3 stellt klar, daß die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte vor- und nachstationäre Behandlung und das ambulante Operieren zwar zur Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören, jedoch nicht nach der BPflV vergütet werden.

**Zu § 2 (Krankenhausleistungen)***Zu Absatz 1*

Absatz 1 Satz 1 stellt entsprechend der Abgrenzung der Krankenhausbehandlung in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V klar, daß auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zur Krankenhausleistung gehört, soweit sie für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln für den Zeitraum nach der voll- oder teilstationären Behandlung gehört nicht dazu. Näheres zur Versorgung im Falle einer Beurlaubung und bis zur Aufnahme einer anschließenden ambulanten Versorgung regeln die Landesverbände in zweiseitigen Verträgen nach § 112 SGB V.

*Zu Absatz 2*

Satz 1 bezieht in die Abgrenzung der pflegesatzfähigen „allgemeinen Krankenhausleistung“ die Vorgaben ein, die in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhausbehandlung gelten. Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, vor Aufnahme zur vollstationären Behandlung zu prüfen, ob das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Satz 2 Nr. 4 stellt klar, daß die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die Versorgung von krebskranken Patienten zur allgemeinen Krankenhausleistung zählen. Hierzu gehören insbesondere Konsile, interdisziplinäre Video-Fallkonferenzen einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, besondere Dokumentationsleistungen u. a. für klinische Krebsregister und die Nachsorgeempfehlungen. Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung in § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 BPflV alter Fassung.

Die Behandlung sog. interkurrenter Erkrankungen, d. h. solcher Erkrankungen, die zwar nicht Anlaß für

die Krankenhausaufnahme aber gleichwohl behandlungsbedürftig sind, gehörte im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Dies gilt nicht für eine grundsätzlich ambulant zu erbringende Versorgung, soweit eine entsprechende Behandlung aufschiebbar ist. Diese derzeitige Regelung wird mit der zunehmenden Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, deren Höhe auf der Landesebene vereinbart wird, problematisch. Andererseits ist eine generelle, justitiable Abgrenzung interkurrenter Erkrankungen bei der Vielzahl möglicher Fallgestaltungen schwierig. Satz 3 nimmt deshalb zunächst nur eine zusätzliche Dialysebehandlung, die nicht vom Krankenhaus erbracht wird, aus der allgemeinen Krankenhausleistung heraus. Demgegenüber ist eine durch das Krankenhaus selbst erbrachte Dialyse nach § 14 Abs. 2 Satz 4 zusätzlich zu einem Abteilungspflegesatz oder nach § 14 Abs. 6 Nr. 2 zusätzlich zu einer Fallpauschale berechenbar. Über die Regelung in § 11 Abs. 2 Satz 3 werden die Arzneimittelkosten bei der Behandlung von Blutern zusätzlich zu Fallpauschalen oder tagesgleichen Pflegesätzen abrechenbar gemacht. Auch diese Regelung trägt dazu bei, die Entgelte von Kosten interkurrenter Erkrankungen zu entlasten.

**Zu § 3 (Allgemeine Grundlagen)**

§ 3 ist die grundlegende Vorschrift für die Verhandlung von Budget und Pflegesätzen. Er faßt verschiedene Vorgaben des KHG für die Verhandlung zusammen, stellt deren Rangfolge dar und stellt die Beziehung zu verschiedenen Einzelvorschriften der Verordnung her.

*Zu Absatz 1*

Absatz 1 enthält die für das Budget und die tagesgleichen Pflegesätze insgesamt geltenden Vorschriften. Satz 3 bestimmt entsprechend § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG, daß die Pflegesätze bezogen auf „ein“ unbestimmtes Krankenhaus medizinisch leistungsgerecht sein müssen. Die medizinische Leistungsgerechtigkeit ist dabei unter Einbeziehung der Budgets und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser bzw. Abteilungen zu ermitteln. Das einzelne Krankenhaus erhält damit keinen Anspruch auf die Berücksichtigung seiner individuellen Kostensituation. Es hat jedoch Anspruch auf ein individuell zu verhandelndes Budget, bei dem Unterschiede in Leistungsstruktur und -umfang gegenüber anderen Krankenhäusern berücksichtigt werden. Gleiche Leistungen sollen zu gleichen Budgets, unterschiedliche Leistungen zu unterschiedlichen Budgets führen. „Medizinisch“ leistungsgerecht sind ein Budget und ein entsprechender Pflegesatz, wenn nicht nur rein ökonomische Vergleichskriterien herangezogen werden, sondern auch Erfordernisse und notwendige Unterschiede der medizinischen Behandlung und Pflege angemessen berücksichtigt werden. Satz 4 stellt klar, daß die das Pflegesatzrecht ergänzenden Verordnungen, das sind die Abgrenzungsverordnung, die Psychiatrie-Personalverordnung und die Pflege-Personalregelung, an-

zuwenden sind. Satz 5 bestimmt entsprechend der Vorgabe in § 17 Abs. 1 KHG, daß bei der Vereinbarung medizinisch leistungsgerechter Budgets und Pflegesätze der für den Krankenhausbereich nun verbindlich vorgegebene Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist (vgl. zu § 6 Abs. 3).

#### Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt besondere Vorgaben für die Bemessung des Budgets und der tagesgleichen Pflegesätze fest. Besondere Bedeutung für eine leistungsgerechte Bemessung hat der Krankenhausvergleich nach § 5. Er soll den Vertragsparteien Orientierungsmaßstäbe geben. Satz 1 definiert den Begriff „Vertragsparteien“. Er wird in dieser Verordnung für die Parteien der Pflegesatzvereinbarung für das einzelne Krankenhaus verwendet. Für die Verhandlungen der Fallpauschalen und Sonderentgelte sind die „Vertragsparteien auf Landesebene“ zuständig (vgl. § 16). Satz 4 ermöglicht abweichend von der nach Absatz 1 vorgeschriebenen leistungsorientierten Verhandlung eine pauschale Fortschreibung des letzten vereinbarten Budgets mit der geschätzten Veränderungsrate der Grundlohnentwicklung. In diesem Falle hat das Krankenhaus Anspruch auf die tatsächlich eintretende Veränderungsrate; der Anspruch auf den pauschalen Ausgleich von BAT-Abweichungen entfällt (vgl. § 12 Abs. 6). Die Kann-Regelung des Satzes 4 ist nicht schiedsstellenfähig.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 verweist auf die Abgrenzung der pflegesatzfähigen Leistungen und Kosten sowie die Vorschriften zur Vorlage von Verhandlungsunterlagen.

#### Zu § 4 (Versorgungsauftrag)

Nach § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG müssen die Pflegesätze einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Feststellung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses ist somit entscheidende Voraussetzung für die Bemessung des Budgets und der Pflegesätze.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 faßt die Vorschriften zusammen, aufgrund derer der Versorgungsauftrag bestimmt wird. Bei Hochschulkliniken, die nicht in das Hochschulverzeichnis, jedoch in den Krankenhausplan aufgenommen sind, ergibt sich der Versorgungsauftrag nach Nummer 1. Da die Krankenhauspläne einiger Länder nur Abteilungsbezeichnungen und Bettenzahlen vorgeben, die als Bezugsbasis für leistungsbezogene Verhandlungen nicht ausreichen, stellt Nummer 5 klar, daß die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung auf der örtlichen Ebene ergänzend Einzelheiten des Versorgungsauftrags vereinbaren können.

Eine Vereinbarung ist nur im Rahmen der Festlegungen nach Nummer 1 bis 4 möglich; sie ist nicht schiedsstellenfähig (vgl. § 19 Abs. 3).

#### Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß die ergänzenden Vereinbarungen der Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung geschlossen werden. Sie sind jedoch materiell-rechtlich nicht als Pflegesatzvereinbarung im Sinne des KHG einzustufen. Die Vereinbarungen bedürfen daher nicht der Genehmigung nach § 20. Sie sind jedoch der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Eine Vereinbarung kann für einen längeren Zeitraum abgeschlossen werden, wie dies auch bei der Vereinbarung der Pflegesätze möglich ist (§ 17 Abs. 2).

#### Zu § 5 (Krankenhausvergleich)

Bei der Ermittlung der Pflegesätze sind nach § 17 Abs. 1 KHG die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen. Bei dem komplexen Leistungsangebot, für das Pflegesätze zu vereinbaren sind, ist der Leistungsvergleich wesentliche Voraussetzung für die Bemessung medizinisch leistungsgerechter Pflegesätze.

Für die derzeit von den Verbänden der Krankenhäuser und Krankenkassen jeweils getrennt erstellten Vergleiche werden die Vergleichskrankenhäuser nach unterschiedlichen Kriterien den Vergleichsgruppen zugeordnet. Die Vergleiche beziehen allerdings die Leistungen nicht ein. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen deshalb einen gemeinsamen Krankenhausvergleich, der den Anforderungen des neuen Entgeltsystems gerecht wird, vereinbaren und organisieren. Er soll die Ermittlung vergleichbarer Krankenhäuser und die Bemessung medizinisch leistungsgerechter Budgets und tagesgleicher Pflegesätze unterstützen.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen, einen gemeinsamen Krankenhausvergleich zu erstellen. Aufgrund der Bedeutung des Vergleichs als Grundlage für die Budget- und Pflegesatzverhandlungen wird als spätester Termin für die grundlegende Vereinbarung der 31. März 1995 vorgegeben. Um den Vergleich mit möglichst geringen Kosten durchführen zu können, sollen die zugrunde liegenden Daten auf maschinellen Datenträgern bereitgestellt werden. Dies ist insbesondere für die umfangreichen Leistungsstatistiken erforderlich. Die laufende Durchführung des Vergleichs wird einer gemeinsamen Stelle (Arbeitsgemeinschaft) übertragen. Eine bundesweite Organisation der Datenverarbeitung stellt die Kompatibilität der Daten und Programme sicher und vermeidet Kosten, die bei 16 Länderlösungen entstehen würden. Satz 2 bestimmt, daß die Vergleiche grund-

sätzlich länderbezogen durchgeführt werden sollen; reicht dies nicht aus, z. B. weil innerhalb eines Landes nicht genügend Vergleichskrankenhäuser gefunden werden, so ist bundesweit nach Vergleichskrankenhäusern zu suchen. Bei den Vergleichen ist die besondere Situation der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern zu berücksichtigen.

#### Zu Absatz 2

Die Vorschrift gibt nur einige grundlegende Inhalte des Vergleichs vor. Die weitere Ausgestaltung bleibt den Verbänden überlassen. Der Vergleich soll auf das notwendige Maß begrenzt werden.

#### Zu Absatz 3

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenhäuser zur Übermittlung der Daten, die in der Vereinbarung nach Absatz 1 festgelegt werden. Nach Absatz 2 sind neben den Leistungsdaten die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde liegenden Beträge einschließlich der Pflegesätze die Grundlage des Krankenhausvergleichs. Satz 1 verpflichtet deshalb die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung, ihr Verhandlungsergebnis in der erforderlichen Gliederungstiefe detailliert festzuhalten. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anlagen 3 und 4) sieht eine entsprechende Spalte vor. Soweit das Verhandlungsergebnis nicht gemeinsam detailliert festgehalten wird, hat das Krankenhaus die weitere Untergliederung sachgerecht vorzunehmen. Damit die Vergleichsdaten rechtzeitig zu den Pflegesatzverhandlungen im Herbst vorliegen, sind die Daten bis zum 30. April jeden Jahres zu liefern.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 stellt klar, daß bis zur Funktionsfähigkeit des gemeinsamen Vergleichs die jeweils von Krankenhaus- und Krankenkassenverbänden getrennt erstellten Vergleiche genutzt werden sollen.

#### Zu § 6 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 141 Abs. 2 SGB V, der für andere Leistungsbereiche schon länger gilt, wurde mit Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips auch für den Krankenhausbereich maßgebend. Im Unterschied zu anderen Leistungsbereichen ist dieser Grundsatz nach § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG nicht pauschal für den gesamten Sektor, sondern bei der Ermittlung des Budgets und der Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses zu beachten.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bedeutet keine starre Begrenzung der Vergütungen. Nach § 141 Abs. 2 SGB V sind vielmehr Überschreitungen möglich, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlich-

keitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist.

§ 6 ergänzt diese gesetzliche Vorgabe im Hinblick auf die Besonderheiten des Krankenhausbereiches. Im Gegensatz zur sog. Deckelung der Budgets in den Jahren 1993 bis 1995/96, bei der grundsätzlich Leistungsveränderungen unberücksichtigt bleiben, werden nach der neuen Vorschrift unter bestimmten Voraussetzungen notwendige Veränderungen von Leistungsumfang und Leistungsstruktur berücksichtigt. Die Vorrangigkeit des Anspruchs des Krankenhauses auf ein medizinisch leistungsgerechtes Budget wird im Rahmen der Vorgaben der §§ 3 bis 6 gewährleistet.

#### Zu Absatz 1

Voraussetzung für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung ist die Bestimmung einer Bezugsgröße. Absatz 1 bestimmt die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied nach § 270 SGB V zum Maßstab für die Beachtung. Die Vorausschätzung der Veränderungsrate wird nicht einfach sein. Absatz 1 verweist deshalb auf die Möglichkeit einer gemeinsamen Vorausschätzung durch die Spitzenverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen, mit der die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen unterstützt werden sollen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist für die Fallpauschalen und Sonderentgelte von den Vertragsparteien auf Landesebene und für das Budget von den Pflegesatzparteien vor Ort zu beachten.

#### Zu Absatz 2

Für die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte wird die Entgelthöhe auf der Landesebene für alle Krankenhäuser einheitlich vereinbart. Art und Menge der Leistungserbringung sind bei diesen Entgelten frei; mit dem Ziel der Mengenbegrenzung kann jedoch auf der Landesebene ein niedrigerer Punktwert für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart werden (§ 16 Abs. 1 Satz 2). Die Vertragsparteien auf Landesebene (§ 16) können die Bewertungsrelationen (Punktzahlen) einzelner Leistungen und Entgelte zueinander jedoch nicht verändern, da diese durch den Ordnungsgeber in der BpflV festgelegt werden. Absatz 2 gibt für die auf Landesebene zu vereinbarenden Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte eine sehr strenge Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität vor und setzt die Vorgabe des § 141 Abs. 2 SGB V entsprechend um. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle.

#### Zu Absatz 3

Die in § 141 Abs. 2 SGB V für einen ganzen Versorgungsbereich formulierte Vorgabe muß im Krankenhausbereich auf jedes einzelne Krankenhaus, mit dem eine Pflegesatzvereinbarung geschlossen wird, um-

gesetzt werden. Für den Budgetbereich des Krankenhauses, in dem die Erlöse in ihrer Entwicklung begrenzt sind (vgl. § 12), wird die Überschreitung der Veränderungsrate nach Absatz 1 zugelassen, wenn sonst die Vereinbarung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets nicht möglich wäre und die Vertragsparteien somit gegen die zwingende Vorgabe des § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG verstoßen müßten. Allerdings ist eine Überschreitung nur zulässig, soweit dies hinsichtlich der zur Erfüllung des Versorgungsauftrags „ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen“ erforderlich ist (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG). Eine Leistungserbringung, die dieses Maß übersteigt, wird durch den Grundsatz der Beitragsstabilität begrenzt. Als Grund für eine Überschreitung der Veränderungsrate kommen insbesondere eine Änderung des Versorgungsauftrags, der Leistungsstruktur und des Leistungsumfangs in Betracht. Entsprechendes gilt für unabweisliche Kostenänderungen, soweit sonst die Vereinbarung eines „medizinisch leistungsgerechten“ Budgets und entsprechender Pflegesätze nicht möglich wäre. Satz 2 bestimmt, daß eine Entlastung des Budgets aufgrund neuer Fallpauschalen und Sonderentgelte bei der Beurteilung, ob der Grundsatz eingehalten wird, zu berücksichtigen ist. Im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien entscheidet die Schiedsstelle.

#### Zu § 7 (Leistungs- und Kostenabgrenzung für geförderte Krankenhäuser)

Die Vorschrift entspricht von ihrem Regelungsbereich her dem bisherigen § 13. Aufgrund der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips ist eine teilweise Neufassung erforderlich. Die Vorschrift grenzt in dem durch § 2 Nr. 5 KHG und § 17 Abs. 3 und 4 KHG vorgegebenen Rahmen die pflegesatzfähigen Leistungen und deren Kosten ab.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt für bestimmte Leistungen und Kosten gesondert klar, daß sie pflegesatzfähig sind. Die bisher in § 13 Abs. 1 BpflV alte Fassung enthaltene Aufzählung wurde redaktionell überarbeitet. Bisher gesondert genannte Kosten, die in Absatz 1 nicht mehr ausgewiesen werden, sind unverändert pflegesatzfähig; dies betrifft die Zinsen für Betriebsmittelkredite, die Kosten für Versicherungen und die Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen.

#### Zu Absatz 2

In den Budget- und Pflegesatzverhandlungen wird künftig nur noch über die voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses und eng damit verbundene Leistungen verhandelt. Dementsprechend werden in der neuen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 nur noch Kalkulationen für diesen Bereich ausgewiesen (Nettoprinzip). Das bisherige „Bruttoprinzip“, bei dem die gesamten Kosten aus der Buchhaltung einschließlich der nicht pflege-

satzfähigen Kosten, z. B. für Ambulanzen, Personalunterkunft und -verpflegung sowie Leistungen an Dritte, auszuweisen waren, wird durch das Nettoprinzip ersetzt.

Von den Kosten, die grundsätzlich den voll- und teilstationären Leistungen zugeordnet werden können, sind die Kosten für Leistungen abzuziehen, die nach anderen Vorschriften vergütet werden oder die nicht pflegesatzfähig sind. Der Abzug ist prospektiv für den folgenden Pflegesatzzeitraum zu kalkulieren. Eintretende Abweichungen während des Pflegesatzzeitraums werden nicht ausgeglichen.

Aufgrund der Schwierigkeit, die Kosten für die vor- und nachstationäre Behandlung zu kalkulieren, schreibt Nummer 1 einen Erlösabzug in Höhe von 90 % vor. Das Krankenhaus behält somit eine Interessenquote von 10 %; dies ist ein Anreiz, vor- und nachstationäre Behandlungen zu erbringen und entsprechend die voll- oder teilstationäre Verweildauer des Patienten im Krankenhaus zu verkürzen. Veränderungen während des Pflegesatzzeitraums durch einen vermehrten oder verringerten Umfang der vor- und nachstationären Behandlung wirken sich in voller Höhe zugunsten oder zu Lasten des Krankenhauses aus. Zugunsten des Krankenhauses kann auch ein niedrigerer Prozentsatz für den Abzug oder eine niedrigere Ausgliederung der tatsächlichen Kosten vereinbart werden.

Die Höhe der nach den Nummern 4 und 5 auszugliedernden Beträge für wahlärztliche Leistungen ist durch das Gesundheitsstrukturgesetz vorgegeben. Die zugunsten des Budgets abzuführenden Beträge für sog. Altverträge werden in Nummer 5 begrenzt auf die Höhe, die sich nach Nummer 4 für Neuverträge ergeben würde.

Für die Ausgliederung der Wahlleistung „gesondert berechenbare Unterkunft“ wird anstelle des bisherigen allgemeinen Pflegesatzes künftig der Basispflegesatz als Bezugsgröße herangezogen. Nummer 7 senkt die Höhe der Ausgliederung um etwa 20 %, um die in den letzten Jahren eingetretene Erhöhung der Bezugsbasis „Pflegesatz“ teilweise zu korrigieren, was letztlich der Angemessenheit des Wahlleistungsentgelts zugute kommen soll. Dies wird die Budgets leicht erhöhen.

Um Schwankungen der Ausgliederung und damit der Höhe der Entgelte für Ein- und Zweibettzimmer zu vermeiden, werden evtl. im Basispflegesatz enthaltene periodenfremde Ausgleichs- und Zuschläge nach § 18b KHG nicht in die Bezugsbasis aufgenommen. Der Ordnungsgeber senkt die Ausgliederungshöhe auch in der Erwartung, daß die dem Krankenhaus dadurch entstehenden Vorteile in Form von niedrigeren Preisen für Ein- und Zweibettzimmer an die Patienten und deren Versicherungen weitergegeben werden.

Satz 3 schreibt vor, daß die Abzüge für wahlärztliche Leistungen von den Fallpauschalen abzuziehen sind, wenn eine Abteilung oder Einrichtung keinen tageseichen Pflegesatz mehr hat und somit nicht mehr über das Budget vergütet wird. Dies gilt nach § 11

Abs. 6 auch für Krankenhäuser, die nur noch Fallpauschalen abrechnen.

**Zu § 8 (Leistungs- und Kostenabgrenzung für nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser)**

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem bisherigen § 14 BPfIV.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 Satz 2 stellt sicher, daß im Fall des Erlösabzugs für vor- und nachstationäre Behandlung die Investitionskosten nur insoweit abgezogen werden, als sie in den abzuziehenden Entgelten enthalten sind.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 bestimmt, daß die Investitionskosten anteilig den verschiedenen Entgelten zuzurechnen sind.

**Zu Absatz 7**

Absatz 7 stellt entsprechend der Vorgabe des § 17 Abs. 5 KHG bzw. der §§ 25 und 21 Abs. 2 KHG klar, daß die Pflegesätze einschließlich der Investitionskosten den Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern nur bis zur Höhe der Pflegesätze vergleichbarer nach dem KHG voll geförderter Krankenhäuser in Rechnung gestellt werden dürfen. In den Pflegesätzen enthaltene Teilbeträge für periodenfremde Ausgleichs- und Berichtigungen bleiben bei dem Vergleich außer Ansatz.

**Zu § 9 (Ausbildungskosten)**

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 15 BPfIV alter Fassung.

**Zu § 10 (Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen)**

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 3 BPfIV alter Fassung. Absatz 1 berücksichtigt die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte.

**Zu § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte)**

Die Vorschrift definiert die Begriffe „Fallpauschale“ und „Sonderentgelt“ und bestimmt die nach § 18 Abs. 3 KHG Satz 4 zulässigen Zu- und Abschläge. Die Berechnung dieser Entgelte gegenüber den Patienten oder deren Krankenversicherung regelt § 14.

**Zu den Absätzen 1 und 2**

Nach den Absätzen 1 und 2 werden mit Fallpauschalen und Sonderentgelten die Leistungen vergütet, die in der Anlage 1 und 2 der BPfIV bestimmt sind und die von den Verbänden auf der Landesebene vereinbart werden. Abweichend von der Definition des Sonderentgelts als Entgelt für einen Leistungskomplex läßt Absatz 2 Satz 3 für die Behandlung von Blutern ein Sonderentgelt zu, das nur das Arzneimittel vergütet.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 schreibt für einige eng begrenzte Fälle krankenhausespezifisch zu verhandelnde Zu- und Abschläge für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte vor.

*Satz 2 Nummer 1* sieht einen Zuschlag vor, soweit dies erforderlich ist, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Voraussetzung ist, daß das Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung diese Leistung ohne Verlust nicht erbringen kann. Kann die Leistung nicht von einem anderen Krankenhaus übernommen werden, soll ein Zuschlag vereinbart werden, um das Leistungsangebot sicherzustellen. Zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gehört auch die Erreichbarkeit des Leistungsangebots in einer zumutbaren Entfernung und Zeit. Dies wird bei Leistungen im Rahmen der Grundversorgung und bei der Notfallversorgung anders zu beurteilen sein, als z. B. bei speziellen Operationen. Es ist Aufgabe der Krankenkassen darzulegen, daß ein Zuschlag nicht erforderlich ist, weil ein Krankenhaus oder mehrere Krankenhäuser die Leistungen ohne Zuschlag noch erbringen können und deshalb ein Zuschlag zur Aufrechterhaltung des Leistungsangebots nicht erforderlich ist. Nach *Nummer 2* ist ein Zuschlag zu vereinbaren, wenn in den neuen Bundesländern eine Leistungserbringung aufgrund baulicher Gegebenheiten ohne Verlust nicht möglich ist. Hierdurch wird der Situation Rechnung getragen, daß auch angesichts des gemeinsam von Ländern, Krankenkassen und Bund finanzierten Krankenhausinvestitionsprogramms nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in Höhe von insgesamt rd. 21 Mrd. DM die baulichen Gegebenheiten nur nach und nach verbessert werden können; die Investitionen laufen bis zum Jahre 2004. Der Zuschlag ist für jedes betroffene Krankenhaus nach den tatsächlichen Gegebenheiten zu bemessen. Dabei sind nur die Kosten zu berücksichtigen, die bei im übrigen wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen. Die Zuschläge nach *Nummer 1* und *2* werden auf höchstens 30% des Entgelts begrenzt. Noch höhere Zuschläge würden die beabsichtigte Wirkung der Fallpauschalen in Frage stellen.

*Satz 3* schreibt einen Abschlag für Krankenhäuser oder Abteilungen vor, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen. Diesen Krankenhäusern oder Abteilungen entstehen geringere Kosten als in die Fallpauschalen und Sonderentgelte eingegangen sind.

*Zu den Absätzen 4 und 5*

Bestimmte Leistungen und Kosten des Krankenhauses können nicht mit landesweit einheitlichen Fallpauschalen und Sonderentgelten vergütet werden, da sie nur bei bestimmten Krankenhäusern anfallen. Hierzu gehört die Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und von Ausbildungsstätten. Der Zuschlag für Qualitätssicherung ist nur für die Entgelte zu vereinbaren, bei denen sich das Krankenhaus an entsprechenden Maßnahmen beteiligt. Mit dem Zuschlag werden die Dokumentation und die Auswertung der Daten finanziert. Solange ein Krankenhaus oder eine Abteilung nicht ausschließlich Fallpauschalen berechnet, werden die Ausbildungsstätten nur über das Budget finanziert.

*Zu Absatz 6*

Die Vorschrift stellt sicher, daß die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz beschlossenen Erstattungsbeiträge für wahlärztliche Leistungen auch bei Krankenhäusern und Organisationseinheiten abgezogen werden, die ausschließlich Fallpauschalen berechnen, also nicht mehr über das Budget vergütet werden.

*Zu Absatz 7*

Die Investitionskosten nicht geförderter Krankenhäuser werden mit einem Zuschlag zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten finanziert, soweit sie nicht anteilig über das Budget zu finanzieren sind. Gegenüber Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern darf dieser Investitionskostenanteil jedoch nicht in Rechnung gestellt werden, da nach § 17 Abs. 5 bzw. den §§ 25 und 21 Abs. 2 KHG kein höherer Pflegesatz (Fallpauschale) gefordert werden darf, als er von vergleichbaren voll geförderten Krankenhäusern berechnet wird.

*Zu Absatz 8*

In einer Übergangszeit von 1995/96 bis 1997, in der noch Erfahrungen mit der Vorausschätzung der voraussichtlichen Menge der Fallpauschalen und Sonderentgelte gesammelt werden müssen, werden die Risiken und Chancen durch einen Erlösausgleich für diese Entgelte begrenzt. Dennoch verbleiben große Anreize und Möglichkeiten zur Gewinnerzielung. In einer Bandbreite von 15 % werden Mehr- oder Mindererlöse gegenüber der vorkalkulierten und aus dem Budget ausgegliederten Summe nicht ausgeglichen. Erst darüber hinausgehende Beträge werden zur Hälfte ausgeglichen. Der Ausgleich bezieht sich nicht auf einzelne Entgelte, sondern auf die Entgeltsumme insgesamt. Die Vertragsparteien können im voraus andere Bandbreiten und andere Ausgleichsätze vereinbaren. Satz 2 stellt sicher, daß ein Ausgleich nach dieser Vorschrift sich mit einer Berichtigung nach § 12 Abs. 5 nicht überschneidet, also eine Kumulation vermieden wird.

**Zu § 12 (Flexibles Budget)**

Die neue BPflV schreibt wieder eine flexible Budgetierung vor, wie sie im Jahre 1986 eingeführt wurde und bis Ende 1992 gegolten hat. Krankenhäuser, die ihre Leistungen vollständig mit Fallpauschalen berechnen, haben kein Budget mehr.

§ 12 schreibt ein externes, mit den Krankenkassen zu vereinbarendes Budget für das ganze Krankenhaus vor. Auf die Einführung externer Abteilungsbudgets wird verzichtet, um das Krankenhaus als wirtschaftliche Einheit zu erhalten. Es ist Aufgabe des Krankenhauses, dieses externe Budget in sachgerechte Vorgaben für die einzelnen Abteilungen umzusetzen, z. B. durch die Einführung einer internen Budgetierung, die auf Leistungsveränderungen einzelner Abteilungen flexibel reagiert. Die neuen Abteilungspflegesätze sollen auch zur Einführung einer sachgerechten internen Budgetierung anreizen.

*Zu Absatz 1*

Absatz 1 verpflichtet zu einer leistungsorientierten Verhandlung. Mit dem Budget dürfen Leistungen, für die Fallpauschalen und Sonderentgelte verbindlich vorgegeben sind, nicht vergütet werden.

*Zu Absatz 2*

Die überwiegende Zahl der Krankenhäuser hat ein Rechnungswesen, das dem künftigen Bedarf an Differenziertheit für die Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht in vollem Umfang gerecht wird. Absatz 2 sieht deshalb in einem Übergangszeitraum von 1995 bis 1997 vor, die Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Leistungen bei der Berechnung des Budgets grundsätzlich mit dem Verfahren des Erlösabzugs auszugliedern. Dabei sind die Entgelte mit der Menge der Leistungen zu multiplizieren, die sich ergebende Erlössumme ist abzuziehen. Satz 1 gibt vor, daß nur 95 % der Entgelthöhe abgezogen wird, um einerseits wirtschaftlichen Krankenhäusern einen Vorteil zu belassen und andererseits Krankenhäusern mit Problemen den Übergang zu erleichtern. Satz 2 gibt vor, daß die über ein Sonderentgelt für Bluter finanzierten Medikamentenkosten aus dem Budget auszugliedern sind, wenn ein entsprechendes Sonderentgelt auf der Landesebene vereinbart ist. Diese Medikamentenkosten werden dann nur noch über das Sonderentgelt finanziert, das dementsprechend aus dem Ausgleich nach § 11 Abs. 8 ausgenommen ist (vgl. § 11 Abs. 8 Satz 3). Satz 3 ermöglicht dem Krankenhaus anstelle des Erlösabzugs eine Ausgliederung der tatsächlichen Kosten.

*Zu Absatz 3*

Bei allen Krankenhäusern werden für das Jahr 1998 die Kosten der Fallpauschalen und Sonderentgelte einmalig und/oder letztmalig aus dem Budget ausgegliedert. Anschließend muß über Art und Menge der

Entgelte und der entsprechenden Leistungen nicht mehr verhandelt werden. Zu- oder Abschläge auf Fallpauschalen nach § 11 Abs. 3 bis 7 sind jedoch weiterhin zu verhandeln, soweit dies erforderlich ist.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 schreibt die von 1986 bis 1992 gültige flexible Budgetierung wieder vor. Satz 3 ermöglicht den Vertragsparteien, ergänzend oder an Stelle des normalen 75prozentigen Ausgleichs der Mehr- oder Mindererlöse einen Ausgleich zu vereinbaren, der Veränderungen der Fallzahl und der Verweildauer berücksichtigt. Satz 4 legt für Beträge, die der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b KHG dienen, einen vollen Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse fest.

#### Zu Absatz 5

Für das Krankenhaus gibt es künftig zwei verschiedene Entgeltbereiche: differenzierte, leistungsbezogene Entgelte (Fallpauschalen und Sonderentgelte) einerseits und ein krankenhausesindividuell vereinbartes flexibles Budget andererseits. Dieses Mischsystem darf die einheitliche Nutzung der Kapazitäten des Krankenhauses grundsätzlich nicht behindern. Andererseits dürfen Kapazitätsverlagerungen von einem in den anderen Bereich möglichst nicht zur Doppelfinanzierung oder zu einer nur teilweisen Vergütung von Leistungen führen. Absatz 5 sieht deshalb eine Modifikation der flexiblen Budgetierung durch eine Korrektur des Budgetausgleichs nach Absatz 4 vor. Diese Ergänzung ist eine Dauerregelung, die auch nach der Übergangszeit bestehen bleibt. Der Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte bleibt unberührt. Er soll seine Wirkung entfalten.

Der bisherige Budgetausgleich, wie er in Absatz 4 geregelt ist, wirkt in dem neuen Mischsystem teilweise falsch. Er muß deshalb korrigiert werden. Der Ausgleich muß die Zielsetzung erfüllen, die der Einführung der flexiblen Budgetierung im Jahre 1986 zugrunde lag. Um den verweildauerverlängernden Anreiz der tagesgleichen Pflegesätze zu beseitigen, soll grundsätzlich die Finanzierung der vereinbarten Fixkosten (Vorhaltung u. a.) gesichert werden. Gewinne aus Fixkostenüberdeckung und Verluste aus Fixkostenunterdeckung, die durch Belegungsänderungen hervorgerufen werden, sollen grundsätzlich vermieden werden. Die bisherige flexible Budgetierung hat die Zielsetzung weitgehend erfüllt. In dem neuen Mischsystem entsteht durch die Kostenausgliederung für Fallpauschalen ein neues Problem. Werden die Kapazitäten im Budgetbereich (Betten) anders genutzt als vorkalkuliert, weil die Belegung im Fallpauschalenbereich zu- oder abgenommen hat, führt künftig der bisherige Ausgleich selbst zur Doppelfinanzierung von Fixkosten oder zu deren Nichtfinanzierung.

Wird die prospektiv ausgegliederte Zahl der Belegungstage im Fallpauschalenbereich überschritten

und sinkt gleichzeitig die Zahl der Berechnungstage im Budgetbereich, wird künftig unterstellt, daß Fallpauschalen-Patienten Betten bzw. Tage im Budgetbereich belegt haben. Eine dadurch geringere Zahl der Berechnungstage darf grundsätzlich nicht zu einem Ausgleich (zusätzliche Zahlung) des Fixkostenanteils für Vorhaltung nach Absatz 4 führen, weil die Fixkosten bereits durch die zusätzlich berechneten Fallpauschalen gedeckt sind (Doppelfinanzierung).

Wird andererseits die prospektiv ausgegliederte Zahl der Belegungstage im Fallpauschalenbereich unterschritten und steigt gleichzeitig die Zahl der Berechnungstage im Budgetbereich, wird künftig unterstellt, daß anstelle fehlender Fallpauschalen-Patienten mehr Budget-Patienten behandelt wurden, die Betten bzw. Tage im Fallpauschalenbereich genutzt haben. Eine dadurch höhere Zahl der Berechnungstage im Budgetbereich darf grundsätzlich nicht zu einem Ausgleich (einer Rückzahlung) des in den Pflegesätzen enthaltenen Fixkostenanteils führen, weil die prospektiv kalkulierte Fixkostendeckung über Fallpauschalen ausgefallen ist. Ein 75prozentiger Ausgleich der Mehrerlöse im Budgetbereich würde in diesem Fall bedeuten, daß für zusätzliche Patienten im Budgetbereich, die das Krankenhaus anstelle von Patienten im Fallpauschalenbereich behandelt, nur 25% des tagesgleichen Pflegesatzes gezahlt würde; eine Fixkostendeckung wäre nicht gegeben (Nichtfinanzierung).

Absatz 5 korrigiert deshalb den Ausgleich nach Absatz 4. Die bei dem unkorrigierten Ausgleich nach Absatz 4 zuviel berücksichtigten Berechnungstage werden nach Absatz 5 mit dem umgekehrten Vorzeichen berichtigt. Dabei wird an dem auf das Gesamtbudget bezogenen Ausgleichsmechanismus festgehalten. Für die Berechnung des Korrekturbetrages werden nicht die Abteilungspflegesätze herangezogen, die einen unterschiedlich hohen Fixkostenanteil enthalten können. Satz 7 schreibt vielmehr vor, daß der Korrekturbetrag anhand eines durchschnittlichen Tagessatzes, der für den ganzen Budgetbereich gilt, ermittelt wird. Satz 6 zweiter Halbsatz schließt eine Korrektur nach Absatz 5 aus, wenn die höhere Zahl der Berechnungstage im Budgetbereich nicht durch eine veränderte Nutzung, sondern durch eine Verlängerung der Verweildauer im Budgetbereich verursacht wird.

Die für die Budgetberichtigung nach Absatz 5 maßgebliche Bezugsgröße ist nach Satz 3 die Zahl der Belegungstage im Fallpauschalenbereich. Sie ist die einzige Angabe, die aus diesem Bereich benötigt wird. Eine Mehr- oder Minderbelegung im Fallpauschalenbereich bleibt unberücksichtigt, solange nicht im Budgetbereich eine gegenläufige Entwicklung entsteht, die auf eine entsprechend veränderte Nutzung der Bettenkapazitäten schließen läßt. Ebenso bleibt die Abrechnung einer größeren Anzahl von Fallpauschalen unberücksichtigt, soweit sie durch Verweildauerverkürzungen im Fallpauschalenbereich ermöglicht wird.

Die Bezugsgröße „Belegungstage im Fallpauschalenbereich“ ergibt sich in den Jahren 1995 bis 1998 bei der Erlös- oder Kostenausgliederung der Fallpauschalen aus dem Budgetbereich. Satz 4 verpflichtet die

Vertragsparteien, diese Bezugsgröße als Grundlage für eine Berichtigung zu vereinbaren. Für die folgenden Jahre ist nach Satz 9 eine Änderung dieser Vereinbarung nur erforderlich, wenn Kapazitäten verändert werden.

#### Zu Absatz 6

Die Vertragsparteien müssen das Budget bereits im Herbst vereinbaren, wenn noch nicht voraussehbar ist, mit welchem Ergebnis die Tarifvertragsparteien im nächsten Jahr die Verhandlungen über Löhne und Gehälter abschließen werden. Bei einem Personalkostenanteil von durchschnittlich 67 % ist dieser Kalkulationsfaktor wesentliche Grundlage für die Budgetvereinbarung. Um bei abweichendem Tarifergebnis Neuverhandlungen in großer Zahl zu vermeiden, wird ein Tarifausgleich, wie er bereits in § 4 Abs. 2 BPfIV-1986 und § 4a BPfIV-1993 enthalten war, fortgeführt.

Nach Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips werden jedoch nicht mehr die individuellen Kostenänderungen des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt. Bezugsgröße der Budgetberichtigung ist, wie bei dem geltenden § 4a BPfIV-1993, die Veränderungsrate des BAT-Tarifs insgesamt, allerdings begrenzt auf eine Erhöhung der linearen Vergütung. Es handelt sich somit um eine pauschalierte Berichtigung, die für alle Krankenträger sowie für die Personalgruppen der Angestellten, Arbeiter und Beamte gleichermaßen gilt. Satz 3 läßt Vereinbarungen der Vertragsparteien zu, daß die Berichtigung ganz oder teilweise nicht durchgeführt wird. Ist das Budget nach § 3 Abs. 2 Satz 4 pauschal mit der geschätzten Grundlohnentwicklung fortgeschrieben worden, tritt an die Stelle der BAT-Berichtigung die Berichtigung der Grundlohnentwicklung.

#### Zu Absatz 7

Die Vorschrift entspricht der Regelung des § 4 Abs. 3 BPfIV-1986. Satz 1 läßt eine Kündigung des gesamten Budgets zu, wenn wesentliche unvorhersehbare Änderungen das Budget insgesamt in Frage stellen. Zur Vereinbarung eines geänderten Budgetbetrages kommt es nur, wenn die Vertragsparteien sich darauf einigen. Satz 2 gestattet den Vertragsparteien für bestimmte, im voraus vereinbarte Fälle eine nur teilweise Kündigung. Damit kann flexibler auf mögliche, erwartete Unsicherheiten und Risiken eingegangen werden.

#### Zu § 13 (Tagesgleiche Pflegesätze)

Die tagesgleichen Pflegesätze haben auch weiterhin lediglich die Funktion von Abschlagszahlungen auf das Budget (§ 10 Abs. 1 Nr. 2). Entscheidendes Entgelt für das Krankenhaus ist das flexible Budget nach § 12.

#### Zu Absatz 2

Satz 1 schreibt Abteilungspflegesätze für jede bettenführende Abteilung vor, die den Charakter einer betriebswirtschaftlichen Endkostenstelle hat. Bezogen auf diese Abteilungen werden neben den Abteilungspflegesätzen auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet.

Satz 2 ermöglicht unter den genannten Voraussetzungen die Vereinbarung von Abteilungspflegesätzen. Hiermit soll insbesondere dort eine Berechnung von Intensivpflegesätzen ermöglicht werden, wo zu einem hohen Anteil Patienten behandelt werden, die aufgrund der Art und Schwere ihrer Erkrankung oder Verletzung ausschließlich in der Intensivabteilung liegen und bei denen deshalb eine Abrechnung der Kosten über andere Abteilungen kaum möglich ist. Krankenhäuser, für die kein Intensivpflegesatz vereinbart wird, verrechnen die Kosten der Behandlung auf die Abteilungen, die den Patienten vor oder nach dem Aufenthalt in der Intensivabteilung hauptsächlich behandelt haben. In diesen Fällen werden die Kosten der Intensivbehandlung anteilig über die tagesgleichen Pflegesätze dieser Abteilungen den Patienten oder ihrer Krankenversicherung in Rechnung gestellt.

Satz 3 schreibt die Vereinbarung von Belegpflegesätzen für die verschiedenen belegärztlich geführten Fachbereiche vor. Dies ermöglicht eine sachgerechte Berechnung der entsprechenden Kosten und damit erstmals Transparenz in diesem Bereich. Der bisherige pauschalierte Belegarztabschlag nach § 8 Satz 1 Nr. 1 BPfIV a. F. kann deshalb entfallen. Belegarztspflegesätze ermöglichen auch eine entsprechende Einbeziehung der Belegärzte in die interne Budgetierung. Bei sehr geringer Bettenzahl, d. h. wesentlich geringer als im Belegarztbereich üblich, kann für mehrere Fachbereiche ein gemeinsamer Belegpflegesatz gebildet werden. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle.

#### Zu Absatz 3

Für „nicht-medizinische“ Leistungen und Kosten des Krankenhauses und für die Vorhaltung der allgemeinen Leistungsbereitschaft ist ein für das ganze Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz zu vereinbaren. Die Kosten für „Unterkunft und Verpflegung“ sind nur ein Anteil dieses Basispflegesatzes. Wird auf der Landesebene ein pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung vereinbart, sind die vom Krankenhaus kalkulierten Kosten gegen dieses Entgelt auszutauschen.

#### Zu Absatz 4

Die Sätze 2 und 3 bestimmen, daß teilstationäre Pflegesätze vereinfacht ermittelt werden sollen. Dies kann durch den Abzug von Kosten, die bei teilstationärer Behandlung nicht anfallen, geschehen. Der Abteilungs- oder Basispflegesatz ist entsprechend zu kürzen. Die vereinfacht vereinbarten teilstationären

Pflegesätze sind bei der Ermittlung der vollstationären Pflegesätze abzuziehen; vgl. hierzu die Abschnitte K 6 lfd. Nr. 13 und K 7 lfd. Nr. 23 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anlage 3).

#### Zu § 14 (Berechnung der Pflegesätze)

##### Zu Absatz 1

Satz 1 entspricht inhaltlich dem geltenden § 9 Abs. 1 Satz 1.

Satz 2 schreibt vor, daß Fallpauschalen und Sonderentgelte nur im Rahmen des Versorgungsauftrags den Patienten oder ihrer Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden dürfen. Die Begrenzung gilt nicht für Fälle der Notfallversorgung sowie bei der Durchführung insbesondere einer Operation im Zusammenhang mit oder anlässlich einer Hauptleistung, für die eine Fallpauschale berechnet wird (vgl. Abs. 6 Nr. 1).

Satz 3 bestimmt, daß eine Fallpauschale berechnet werden muß, wenn dies nach den Vorgaben der Absätze 4 und 5 möglich ist. Eine Berechnung von tagesgleichen Pflegesätzen in Verbindung mit einem Sonderentgelt ist anstelle der Berechnung einer Fallpauschale nicht möglich.

##### Zu Absatz 2

Satz 1 legt fest, daß der Entlassungstag nicht mehr gesondert in Rechnung gestellt wird. Damit entfällt eine auch von Patienten häufig nicht verstandene Abrechnungsweise. Durch diese Änderung ergibt sich bei gleichbleibendem Budget eine rechnerische Erhöhung der tagesgleichen Pflegesätze.

Satz 3 verhindert durch einen pauschalen Abschlag, daß der Patient Operationskosten doppelt bezahlt.

Grundsätzlich kann je Tag des Krankenhausaufenthalts neben dem Basispflegesatz nur ein Abteilungs pflegesatz berechnet werden. Satz 4 läßt als Ausnahme die zusätzliche Berechnung eines teilstationären Pflegesatzes für Dialysepatienten zu. Hierdurch wird eine sachgerechte Berechnung bei interkurrenten Erkrankungen ermöglicht (vgl. zu § 2 Abs. 3).

Satz 5 verhindert, daß insbesondere bei Fallpauschalen-Patienten, die nach sehr kurzer Verweildauer entlassen werden, zusätzliche tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden, wenn die bereits mit der Fallpauschale bezahlte Verweildauer noch nicht abgelaufen ist.

##### Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Berechnung der Sonderentgelte. Satz 3 läßt die Berechnung von Zu- und Abschlägen neben dem Sonderentgelt zu.

##### Zu Absatz 4

Satz 1 regelt die Voraussetzungen für die Berechnung einer Fallpauschale. Diese ist nur für die Hauptleistung für den Patienten möglich. Wird der Patient wegen verschiedener Erkrankungen behandelt, wird die Hauptleistung bei der Entlassung festgelegt. Bei Patienten mit verschiedenen schweren und aufwendig zu behandelnden Erkrankungen, die nicht in der Fallpauschale berücksichtigt sind, kann der Patient nicht der Fallpauschale zugeordnet werden. Bei alten Patienten, die häufig multimorbid sind, ist dies bereits in der Kalkulation der Fallpauschale berücksichtigt, soweit dies bei bestimmten Hauptleistungen häufig der Fall ist. Patienten unter 14 Jahren konnten bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen, d. h. bei der Kalkulation der Fallpauschalen, nicht einbezogen werden. Bei ihnen ist eine Berechnung nur bei wenigen, gesondert gekennzeichneten Fallpauschalen möglich.

Satz 4 schließt klarstellend eine Berechnung der Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale aus, um Doppelzahlungen zu vermeiden. Die Fallpauschale deckt bereits die gesamte Behandlung des Krankheitsfalles unabhängig von der Verweildauer ab. Verkürzungen der Verweildauer durch vor- und nachstationäre Behandlung kommen über eine entsprechende Verringerung der Kosten dem Krankenhaus zugute.

##### Zu Absatz 5

Eine Fallpauschale kann nach Satz 1 Nr. 1 nicht berechnet werden, wenn ein Patient vor Abschluß des Behandlungsfalls verlegt wird. In diesen Fällen berechnet das Krankenhaus den Basispflegesatz und den entsprechenden Abteilungs pflegesatz sowie ggf. ein Sonderentgelt. Dies gilt nicht, wenn der Gesamtbetrag aus den tagesgleichen Pflegesätzen höher als die Fallpauschale ist; in diesem Fall kann höchstens die Fallpauschale berechnet werden. Nach Satz 1 Nr. 2 kann eine Fallpauschale ebenfalls nicht berechnet werden, wenn die Behandlung vor Erbringung der Hauptleistung beendet wird. In diesem Fall berechnet das Krankenhaus die tagesgleichen Pflegesätze.

Bei der Behandlung von Patienten arbeiten in bestimmten Fachgebieten mehrere Krankenhäuser zusammen. Beispielsweise werden Patienten nach einer Herzoperation oder einer orthopädischen Operation häufig in andere Krankenhäuser mit niedrigeren Pflegesätzen verlegt. Die Sätze 2 und 3 geben vor, daß in diesen Fällen der Zusammenarbeit die Fallpauschale zwischen den beteiligten Krankenhäusern aufgeteilt wird. Hierüber ist eine entsprechende Vereinbarung zu treffen. Die Fallpauschale wird von dem Krankenhaus berechnet, das die Hauptleistung erbracht hat, für die die Fallpauschale bestimmt ist (vgl. Absatz 4 Satz 1). Dies ist bei den in Anlage 1 bestimmten Fallpauschalen die jeweilige Operation.

Satz 5 zweiter Halbsatz gibt für Krankenhäuser, die nur Fallpauschalen berechnen, einen festen Betrag je

Tag vor. Dieser wurde nach Abzug von Operationskosten und Kosten der Intensivmedizin als Durchschnittsbetrag aus den Fallpauschalen ermittelt. Er wird nach den Vorgaben des Satzes 6 fortgeschrieben.

#### Zu Absatz 6

Nach § 17 Abs. 2a KHG werden mit den Fallpauschalen die gesamten Leistungen eines „bestimmten“ Behandlungsfalls vergütet. Die Bestimmung, d. h. die Definition und Abgrenzung des zu vergütenden Falls, wird in Anlage 1 der BPfIV vorgenommen; weitere Fallpauschalen können die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren (§ 11 Abs. 1). Da die Fallpauschale die Behandlung einer bestimmten Krankheitsart bzw. eine Therapie nur innerhalb einer Bandbreite erfaßt und vergütet, läßt Absatz 6 die Abrechnung weiterer Entgelte neben der Fallpauschale zu.

Nach Nummer 1 können Sonderentgelte zusätzlich berechnet werden, wenn die genannten Leistungen nicht Bestandteil der Fallpauschale sind und deshalb nicht mit ihr vergütet werden. Ohne diese Möglichkeit der zusätzlichen Abrechnung würde der Patient ggf. zunächst entlassen und erst in einem zweiten Krankenhausaufenthalt entsprechend behandelt.

Nummer 6 bestimmt, daß verschiedene Zu- oder Abschläge, die innerhalb des Gesamtsystems erforderlich sind, den Patienten oder ihrer Krankenversicherung nicht einzeln in Rechnung gestellt, sondern zusammengefaßt werden. Die Höhe des Zuschlags auf die einzelne Fallpauschale wird anhand eines einheitlichen Prozentsatzes ermittelt.

#### Zu Absatz 7

Die Fallpauschalen werden für eine bestimmte Krankheitsart bzw. Therapie so kalkuliert, daß die Behandlungskosten für Patienten und deren Verweildauern innerhalb einer bestimmten Bandbreite einbezogen werden. Für sog. „Ausreißer-Patienten“, die wesentlich länger behandelt werden müssen, als in der Fallpauschale berücksichtigt, ermöglicht Absatz 7 oberhalb einer sog. Grenz-Verweildauer (vgl. Anlage 1 und 2) die zusätzliche Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen. Diese werden auf das Budget nach § 12 angerechnet. Bei Überschreiten der Grenz-Verweildauer wird somit aus dem Fallpauschalen-Patienten für den weiteren Krankenhausaufenthalt ein Budget-Patient. Bei Krankenhäusern oder Abteilungen ohne Budget und tagesgleiche Pflegesätze schreibt Satz 3 die Berechnung des in Absatz 5 vorgegebenen Tagessatzes vor.

Zwischen der in den Fallpauschalen berücksichtigten oberen Begrenzung der eingegangenen Verweildauern (Bandbreite) und dem ersten zusätzlich abrechenbaren Tag bleiben einige wenige Tage unbezahlt, um keinen falschen Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer des Patienten zu geben.

#### Zu Absatz 8

Die von den Patienten oder deren Krankenversicherung zu tragenden Anteile an der Finanzierung des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in Höhe von 8 Deutsche Mark je Tag werden als Bestandteil des Basispflegesatzes berechnet.

#### Zu Absatz 9

Die Vorschrift entspricht dem geltenden § 9 Abs. 4.

#### Zu § 15 (Unterrichtung der Patienten)

*Absatz 1* entspricht weitgehend dem bisherigen § 12. Der besondere Ausweis der Anteile für „Pfleger“ sowie „ärztliche Versorgung und sonstige medizinische Versorgung“ ist entfallen.

*Absatz 2* verpflichtet das Krankenhaus, den Patienten zu Beginn der Behandlung auf noch nicht endgültig feststehende Pflegesätze und eine deshalb mögliche Differenzforderung des Krankenhauses hinzuweisen. Die geschätzte Höhe der Differenz ist anzugeben.

#### Zu § 16 (Vereinbarung auf Landesebene)

Durch § 17 Abs. 2a und § 18 Abs. 3 Satz 3 KHG sind Pflegesatzverhandlungen auf der Landesebene eingeführt worden. Die Parteien dieser Pflegesatzvereinbarung werden in dieser Verordnung als „Vertragsparteien auf Landesebene“ bezeichnet (vgl. auch die Begründung zu § 3 Abs. 2 Satz 1).

#### Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren landesweit geltende Punktwerte für den Personalkosten- und den Sachkostenanteil der Entgelte. Sie vereinbaren damit die Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte. Satz 2 ermöglicht die Vereinbarung eines niedrigeren Punktwerts für einzelne Entgelte, wenn damit die Leistungsmenge insgesamt begrenzt werden soll.

#### Zu Absatz 2

Die Vertragsparteien auf Landesebene können zusätzliche Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Wirkung für die Pflegesatzparteien des einzelnen Krankenhauses vereinbaren (§ 17 Abs. 2a Satz 2 KHG). Satz 2 verpflichtet die Vertragsparteien zu prüfen, ob die in Modellvorhaben nach § 26 erprobten Entgelte landesweit übernommen werden können.

**Zu Absatz 3**

Auf der Grundlage von § 18 Abs. 3 Satz 3 KHG verpflichtet Absatz 3 die Vertragsparteien auf Landesebene, die Vereinbarung eines landesweiten, einheitlichen Entgelts für Unterkunft und Verpflegung anzustreben. Satz 3 gibt die einzubeziehenden Kosten vor. Nach Satz 4 vereinbaren die Vertragsparteien Näheres zu dem zugrundezulegenden Kalkulationsschema.

**Zu Absatz 4**

Die Vorschrift regelt die Informationspflichten gegenüber den Vertragsparteien auf der örtlichen Ebene. Eine erhebliche Vereinfachung der Abläufe könnte erreicht werden, wenn insbesondere die neue Entgelthöhe und der entsprechende Anteil der Basisleistungen auf maschinenlesbaren Datenträgern, z. B. Disketten, geliefert würden. Die Daten könnten direkt in die Programme für die Rechnungsstellung und die Vorbereitung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anlage 3) übernommen werden.

**Zu Absatz 5**

Satz 1 gibt einen frühen Termin für die Vereinbarung der Punktwerte auf der Landesebene vor. Dies ist erforderlich, weil die Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte zur Durchführung des Erlösabzugsverfahrens nach § 12 Abs. 2 bekannt sein muß. Spätere Verhandlungen auf der Landesebene würden die Verhandlungen für die einzelnen Krankenhäuser verzögern und letztlich den Grundsatz prospektiver Verhandlungen gefährden. Einigen sich die Vertragsparteien bis zum 31. August des Jahres nicht, entscheidet die Schiedsstelle unverzüglich auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene.

**Zu Absatz 6**

Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten gibt es keine Ausgleichstatbestände, wie sie für den Budgetbereich geregelt sind. Hält eine Vertragspartei eine Veränderung des Punktwertes für erforderlich, muß sie eine Neuvereinbarung verlangen. Satz 1 nennt die Voraussetzungen dafür. Die Sechswochenfrist nach Satz 2 entspricht den geltenden Vorgaben für den Budgetbereich.

**Zu § 17 (Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien)**

Die formalen Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen des einzelnen Krankenhauses entsprechen weitgehend dem geltenden Recht (§ 16 BpflV-1986).

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 Satz 2 stellt klar, daß auch bei Krankenhäusern, die ausschließlich Fallpauschalen abrechnen, über Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 bis 6 verhandelt werden muß.

**Zu Absatz 2**

Aufgrund der zeitlichen Abhängigkeit der Verhandlungen für das einzelne Krankenhaus von den Verhandlungen auf der Landesebene legt Absatz 2 den Pflegesatzzeitraum auf das Kalenderjahr fest. Nach Trennung von Budgetbereich und pauschalierten Entgelten im Jahr 1998 kann diese Festlegung voraussichtlich aufgehoben werden.

**Zu Absatz 4**

Satz 1 schreibt vor, daß der Pflegesatzverhandlung insbesondere die Daten zugrunde zu legen sind, die vom Krankenhaus für den Krankenhausvergleich nach § 5 zu übermitteln sind. Es sind die krankenhausspezifischen Daten, die bei der Bemessung des Budgets und der Pflegesätze nach § 3 Abs. 2 den Orientierungsmaßstäben aus dem Vergleich gegenüber zu stellen sind.

Nach Satz 2 sind weitere Angaben der neuen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) auf Verlangen der Krankenkassen vorzulegen. Satz 2 stellt klar, daß die LKA in Anlage 3 und 4 nur für die Kalenderjahre 1995 bis 1998 gilt. Für die Zeit nach Abspaltung der Fallpauschalen und Sonderentgelte wird die Bundesregierung durch Änderung der BpflV eine veränderte LKA vorlegen, die für den Fallpauschalenbereich insbesondere zu Art und Menge der Entgelte und zur Höhe der Gesamterlöse keine Informationen mehr enthält.

Ausgehend von den Verpflichtungen des Krankenhauses nach § 301 SGB V schreibt Satz 4 anstelle des dreistelligen Schlüssels den vierstelligen Schlüssel für die Diagnosestatistik sowie eine neue Operationsstatistik vor. Die bisherige Leistungsstatistik „L 2“ entfällt. Die Daten sind auf maschinellen Datenträgern zu liefern, um ein wirtschaftliches Auswertungsverfahren bei den Krankenkassen zu ermöglichen. Satz 7 bestimmt, daß die Kostenausgliederung ganzer Abteilungen oder Einrichtungen, die ihre Leistungen vollständig mit Fallpauschalen abrechnen, über Abschnitt K 7 der LKA vorzunehmen ist. Eine Kostenträgerkalkulation nach Abschnitt K 8 ist in diesem Fall nicht durchzuführen.

Satz 8 gibt für die einmalige bzw. letztmalige Kostenausgliederung im Jahre 1998 einen frühen Termin vor. Dieser soll den Krankenkassen eine Beurteilung der ausgegliederten Beträge im Rahmen des Krankenhausvergleichs ermöglichen. Dabei kommt es insbesondere auf die Höhe des Ausgliederungsbetrages für das einzelne Entgelt an. Die auszugliedernde Erlössumme wird erst in der Pflegesatzverhandlung festgelegt.

**Zu Absatz 5**

Satz 2 begrenzt zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Satz 1 das in der Praxis manchmal weitreichende Informationsbegehren einzelner Krankenkassen. Satz 3 eröffnet für die Krankenkassen die Möglichkeit detailliertere Kalkulationsunterlagen anzufordern, soweit dies für die Kostenausgliederung der Fallpauschalen und Sonderentgelte oder zur Beurteilung der geforderten Zuschläge erforderlich ist.

**Zu Absatz 9**

Die Vorschrift verpflichtet die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarungen auf örtlicher Ebene und die nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG beteiligten Verbände zur Einhaltung des Datenschutzes.

**Zu § 18 (Vorläufige Pflegesatzvereinbarung)**

Die Vorschrift verpflichtet die Vertragsparteien, im Falle einer Nichteinigung über das Gesamtbudget des Krankenhauses ein „vorläufiges Budget“ in der zwischen ihnen unstrittigen Höhe zu vereinbaren. Hierdurch soll verhindert werden, daß das Krankenhaus aufgrund der verzögerten Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze in Liquiditätsschwierigkeiten gerät. Dies gilt nach Absatz 1 Satz 2 nicht, wenn das vorläufige Budget z. B. aufgrund größerer streitiger Beträge niedriger wäre als das zuletzt vereinbarte Budget. In diesem Falle werden ohne entsprechende Budgetvereinbarung die bisher geltenden Pflegesätze weiter erhoben (vgl. § 21 Abs. 1 Satz 3). Absatz 2 Satz 2 regelt den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse, die aufgrund der Abrechnung der zu dem vorläufigen Budget gehörenden Pflegesätze entstehen.

**Zu § 19 (Schiedsregelung)**

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen den Regelungen des geltenden § 17. Absatz 2 gibt nun auch der Schiedsstelle die für die Vertragsparteien bereits geltende Sechswochenfrist vor. Dies ist für Entscheidungen über eine auf Landesebene strittige Höhe der Punktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte unabdingbar und im Hinblick auf das bereits seit dem Jahre 1986 geltende prospektive Vereinbarungsprinzip auch für Entscheidungen erforderlich, die das einzelne Krankenhaus betreffen. Absatz 3 wurde an die neuen Vorschriften angepaßt.

**Zu § 20 (Genehmigung)**

Die Vorschrift übernimmt die Regelung des geltenden § 18.

Absatz 2 Satz 3 grenzt nunmehr den Inhalt von Nebenbestimmungen klarstellend ein. Das Genehmigungserfordernis umfaßt nicht die Befugnis zu einer von den Vereinbarungen der Pflegesatzparteien oder den Festsetzungen der Schiedsstelle abweichenden

Gestaltung oder zur Erteilung einer Teilgenehmigung (BVerwG, Urteil vom 21. Januar 1993 — 3 C 66.90).

**Zu § 21 (Laufzeit)****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift stellt nicht mehr auf das Inkrafttreten der Pflegesatzvereinbarung ab, sondern auf das Erheben der Pflegesätze gegenüber den Patienten oder deren Krankenversicherung. Nach Absatz 1 Satz 3 werden wie bisher die tagesgleichen Pflegesätze weiter erhoben, bis das neue Budget und neue Pflegesätze genehmigt sind.

Ein rückwirkendes Erheben von Pflegesätzen ist nur bei der Schließung eines Krankenhauses zulässig, um aus Gründen des Vertrauensschutzes eine rückwirkende Belastung insbesondere selbstzahlender Patienten auf das unumgängliche Maß zu begrenzen.

**Zu Absatz 2**

Der Absatz schreibt wie bisher den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse über Zu- und Abschläge auf die im restlichen Pflegesatzzeitraum zu erhebenden tagesgleichen Pflegesätze vor. Diese für das Entgeltssystem im Krankenhausbereich unverzichtbare Regelung ist auch gegenüber selbstzahlenden Patienten vertretbar, da es sich um relativ kleine Beträge handelt und Patienten bei der Berechnung von tagesgleichen Pflegesätzen ohnehin nicht die Kosten ihrer individuellen Behandlung bezahlen. Insoweit ist der tagesgleiche Pflegesatz kein leistungsgerechter „Preis“ für eine Leistung, sondern eine Abschlagszahlung (Verrechnungsgröße) auf das Budget.

Satz 3 begrenzt die Höhe der Zuschläge auf höchstens 30 % des Pflegesatzes. Übersteigende Beträge sind in folgenden Pflegesatzzeiträumen auszugleichen. Mit dieser Regelung sollen zu große Sprünge in der Pflegesatzhöhe, wie sie in der Vergangenheit aufgetreten sind, vermieden werden.

Satz 4 schließt einen Ausgleich von Mindererlösen, die durch das verspätete Berechnen von neuen Pflegesätzen entstehen, aus, wenn diese Verspätung von dem Krankenhaus zu vertreten ist. Dies kann der Fall sein, wenn das Krankenhaus den Antrag auf Pflegesatzverhandlung so spät stellt, daß das Budget nicht rechtzeitig in Kraft treten kann oder eine Schiedsstellenentscheidung nicht unverzüglich herbeigeführt wird, sobald eine Nichteinigung feststeht. Die Vorschrift soll die Einhaltung des seit 1986 geltenden prospektiven Vereinbarungsprinzips fördern.

**Zu Absatz 3**

Die Vorschrift regelt das Erheben der Fallpauschalen und Sonderentgelte. Auch diese werden weiter erhoben, bis eine neue Entgelthöhe auf der Landesebene vereinbart wird. Mehr- oder Mindererlöse aufgrund eines verspäteten Erhebens der neuen Entgelte sind

bereits bei Vereinbarung des Punktwertes zu berücksichtigen. Ausgleichsregelungen mit Zu- oder Abschlägen auf die Entgelte gibt es in diesem Entgeltbereich nicht.

#### Zu § 22 (Wahlleistungen)

Die Vorschrift entspricht den Regelungen des geltenden § 7. Absatz 2 Satz 1 bestimmt, daß der Patient künftig auch über den Inhalt der Wahlleistung im einzelnen zu unterrichten ist. Bei der Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer könnte dies z. B. die Angabe von Telefon, Fernseher u. a. sein.

#### Zu § 23 (Belegärzte)

Absatz 1 entspricht dem geltenden § 2 Abs. 3. Absatz 2 verweist auf die Vergütungsvorschriften für Belegpatienten, für die künftig gesonderte Abteilungsplagesätze zu vereinbaren sind. Der Belegarztabschlag nach dem derzeit geltenden § 8 entfällt bei diesen neuen Belegplagesätzen nach § 13 Abs. 2 Satz 3. Da die ärztlichen Leistungen für Belegpatienten von dem Belegarzt gesondert abgerechnet werden, geben Anlage 1 und 2 niedrigere Fallpauschalen und Sonderentgelte für Belegpatienten vor.

#### Zu § 24 (Kostenerstattung der Ärzte)

Die Vorschrift entspricht den Regelungen des geltenden § 11 Abs. 2 bis 6. Aufgrund der Einführung des Nettoprinzips bei den Pflegesatzverhandlungen (vgl. zu § 7 Abs. 2) entfällt der geltende Absatz 1, der die Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Leistung regelt.

Da Absatz 3 auf den Krankenhausträger abstellt, können beamtete Professoren innerhalb des Landes die Universität wechseln, ohne von einem „Altverträger“ zu einem „Neuverträger“ zu werden. Der neue § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 begrenzt die bei Altverträgen zu erstattenden Kosten auf die Höhe der Neuvertragsregelung. Insoweit sind Gestaltungen möglich, nach denen beide Regelungen zu einem für den Arzt wirtschaftlich gleichen Ergebnis führen. Etwasige Mobilitätshindernisse bei einem Wechsel an die Universität eines anderen Bundeslandes können abgebaut werden, wenn die dienstrechtlichen Regelungen der Länder zu den Nutzungsentgelten möglichst schnell an die sich aus der Neuvertragsregelung ergebende Belastung des Arztes herangeführt werden.

#### Zu § 25 (Landespflegesatzausschüsse)

Die Vorschrift entspricht dem geltenden § 20. Die Regelung des bisherigen Absatzes 1 Satz 2 und 3, nach der der Ausschuß auch Maßstäbe und Grundsätze zum Vergleich der Krankenhäuser erarbeiten und Empfehlungen zum Erlösabzug geben kann, entfällt.

Der Krankenhausvergleich soll nach § 5 von den Spitzenverbänden auf der Bundesebene vereinbart werden.

#### Zu § 26 (Abweichende Vereinbarungen)

##### Zu Absatz 1

§ 17 Abs. 2a KHG läßt im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte zu. Absatz 1 begrenzt die Vorhaben auf fünf Jahre und legt die Voraussetzungen fest, unter denen längere Laufzeiten oder eine Verlängerung der Laufzeit vereinbart werden können. Für die Vorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung zu vereinbaren, damit über eine Aufnahme der Entgelte in einen landesweiten Entgeltkatalog nach § 16 Abs. 2 oder die Bundespflegesatzverordnung entschieden werden kann.

##### Zu Absatz 2

Die Vorschrift läßt die Vereinbarung von Modellvorhaben außerhalb der Fallpauschalen und Sonderentgelte zu, mit denen neue Arten der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen entwickelt und erprobt werden können.

##### Zu Absatz 3

Der Absatz schreibt vor, daß Modellvorhaben enden, soweit Fallpauschalen und Sonderentgelte in den Bundes- oder Landeskatalog aufgenommen werden. Dabei genügt als Voraussetzung für die Beendigung, daß entsprechende Leistungsinhalte des Modellvorhabens berührt werden. Eine wörtliche Übereinstimmung der Leistungs- und Entgeltdefinitionen ist nicht erforderlich.

##### Zu Absatz 4

Modellvorhaben nach dem derzeit geltenden § 21 können unter den genannten Voraussetzungen bis zum Ende der vertraglichen Laufzeit oder bis zu einer Entscheidung über eine Aufnahme in den landesweiten Entgeltkatalog fortgeführt werden, soweit nicht Fallpauschalen oder Sonderentgelte mit entsprechenden Leistungsinhalten in den Bundes- oder Landeskatalog aufgenommen werden. Satz 4 stellt klar, daß eine Modell-Fallpauschale nicht durch ein landesweit gültiges Sonderentgelt abgelöst wird.

#### Zu § 27 (Zuständigkeitsregelung)

Die Vorschrift entspricht dem geltenden § 22.

**Zu § 28 (Übergangsvorschrift)**

Die Vorschrift regelt den Übergang auf das neue Recht. Ergänzend sind die Überleitungsvorschriften in den Artikeln 8 und 9 sowie das Inkrafttreten und Außerkrafttreten nach Artikel 10 zu beachten.

*Absatz 1* bestimmt die bis zum 31. Dezember 1995 geltenden Vorschriften.

*Absatz 2* bestimmt, daß bereits im Herbst 1994 nach den neuen Vorschriften zu verhandeln ist, wenn das Krankenhaus zum 1. Januar 1995 das neue Entgeltsystem einführen will.

*Absatz 3* stellt sicher, daß bereits bisher vereinbarte Sonderentgelte auch dann weiterhin für das Jahr 1995 vereinbart werden können, wenn das Krankenhaus zwar das neue Entgeltsystem anwendet, jedoch entsprechende neue Entgelte noch nicht bereitstehen.

*Absatz 4* bestimmt für Krankenhäuser, die erst zum 1. Januar 1996 das neue Entgeltsystem einführen wollen, die weitere Anwendung des derzeit geltenden Rechts für das Jahr 1995, obwohl der Kernbereich der Verordnung bereits zum 1. Januar 1995 in Kraft tritt (vgl. Artikel 10 Abs. 3).

*Absatz 5* stellt sicher, daß die Ausgleichs nach geltendem Recht nach Inkrafttreten der BpflV noch durchgeführt werden können.

*Absatz 6* übernimmt die Regelungen des geltenden § 4 a und stellt dessen Durchführung sicher.

*Absatz 7* stellt klar, welcher Betrag den Bewertungsrelationen für Fallpauschalen und Sonderentgelte in Anlage 1 und 2 zugrunde liegt. Die Angabe dient den Vertragsparteien auf Landesebene als Orientierungsgröße bei der Vereinbarung des Punktwertes (§ 16 Abs. 1).

*Absatz 8* legt die Bezugsgröße fest, nach der die Vertragsparteien beurteilen sollen, ob der Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachtet wird. Aufgrund der Umstellung des Entgeltsystems sind hierbei verschiedene Entgelte einzubeziehen. Die Sätze 2 und 3 schreiben eine leistungsorientierte Anpassung an Veränderungen vor, die im Zeitraum der Budgetbegrenzung von 1993 bis 1994/95 eingetreten sind.

*Absatz 9* regelt die Berechnung von Pflegesätzen beim Übergang auf das neue Entgeltsystem. Die Vorgaben der Sätze 3 und 4 entsprechen grundsätzlich dem Regelungsinhalt des § 21. Bei nicht rechtzeitigem Inkrafttreten des Budgets und der neuen Pflegesätze werden die bisherigen Pflegesätze weiter erhoben, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern.

*Absatz 10* ermöglicht Krankenhäusern der neuen Bundesländer (Beitrittsgebiet) einen leichteren Übergang in das neue Entgeltsystem. Sie können verlangen, daß anstelle des Abteilungspflegesatzes für jede Abteilung ein entsprechender Abteilungspflegesatz für das ganze Krankenhaus vereinbart wird. Hierdurch wird die Abrechnung der Pflegesätze vereinfacht. Darüber hinaus wird eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung nach § 8 KHBV als Vorausset-

zung für die Ermittlung der Abteilungspflegesätze nicht sofort benötigt. Satz 2 ermöglicht das wirtschaftliche Risiko insbesondere aufgrund von Fehlschätzungen der voraussichtlichen Leistungsmengen zu begrenzen. Solche Schätzungen sind aufgrund der gegenwärtigen Strukturveränderungen in den neuen Bundesländern besonders risikoreich. Die Krankenhäuser müssen zwar Fallpauschalen und Sonderentgelte einführen und abrechnen, ihr wirtschaftliches Risiko wird jedoch durch einen Gesamtausgleich gemildert. Satz 4 schreibt dafür einen erlösbezogenen Ausgleich vor, der der Regelung des flexiblen Budgets in § 12 Abs. 4 entspricht.

Die *Absätze 11 und 12* bestimmen die Einführungsstermine für die geänderte Diagnosestatistik und die neue Operationsstatistik.

**Zu Artikel 2 (Änderung der AbgrV)**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Artikel 3 (Änderung der KHBV)***Zu Nummer 1*

§ 8 Satz 1 KHBV wird redaktionell angepaßt.

*Zu Nummer 2*

§ 9 Satz 1 KHBV setzt die sog. Betten-Grenze für die Befreiung von der Kosten- und Leistungsrechnung nach § 8 KHBV von 250 Betten auf 100 Betten herab; dies gilt nicht für Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung. Ein den Mindestvorschriften des § 8 KHBV entsprechendes Rechnungswesen wird künftig ohnehin aufgrund des neuen Entgeltsystems benötigt werden. Unabhängig von den Vorschriften der KHBV müssen die Anforderungen, die sich aus dem „Preisrecht“ der BpflV ergeben, erfüllt werden (§ 8 Satz 1 und § 9 Satz 1 KHBV). Dabei ist die Kosten- und Leistungsrechnung selbst wirtschaftlich zu gestalten.

*Zu den Nummern 3 und 4*

Ergänzung eines fehlenden Sonderpostens. Öffnung von Ausweispositionen für das Anlagevermögen insgesamt, um die Einbeziehung immaterieller Anlagegüter zu ermöglichen.

*Zu Nummer 5*

Ergänzung eines fehlenden Sonderpostens. Anpassung der Kontengruppe 40 an die neuen differenzierten Entgeltformen. Einbeziehung von Küchenleistungen, die durch Dritte erbracht werden, in die Konten-

gruppe 65 mit dem Ziel, den Vergleich von Krankenhäusern und die Ermittlung des landesweiten pauschalierten Betrages für „Unterkunft und Verpflegung“ (§ 16 Abs. 3 BpflV) zu erleichtern. Untergliederung der Kontengruppe 720, um eine Zuordnung der Instandhaltung für Medizintechnik zu den Abteilungsplafengesätzen zu ermöglichen.

*Zu Nummer 6*

Veränderung der Zuordnung zu den Personaldiensten mit dem Ziel, eine zutreffendere Zuordnung zu den Abteilungsplafengesätzen und dem Basisplafengesatz zu erreichen.

**Zu Artikel 4** (Änderung der Psych-PV)

Redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Artikel 5** (Änderung der Pflege-PR)

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Artikel 6** (Änderung der GOÄ)

Die Vorschrift stellt die Umsetzung der Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes sicher. Der Artikel tritt zum 1. Januar 1996 in Kraft (vgl. Artikel 10 Abs. 2).

**Zu Artikel 7** (Änderung der GOZ)

Die Vorschrift stellt die Umsetzung der Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes sicher. Der Artikel tritt zum 1. Januar 1996 in Kraft (vgl. Artikel 10 Abs. 2).

**Zu Artikel 8** (Überleitungsvorschriften für die Gebührenminderung der wahlärztlichen Leistungen)

Die Überleitungsvorschriften greifen die nach der „Altvertragsregelung“ des Gesundheitsstrukturgesetzes bis zum 31. Dezember 1995 befristeten Sonderregelungen für die Gebührenminderungspflicht auf und passen diese redaktionell an die neue Bundesplafengesatzverordnung an.

**Zu Artikel 9** (Überleitungsvorschrift für die KHBV)

Die neuen Vorschriften der KHBV treten zum 1. Januar 1995 in Kraft. Artikel 9 bestimmt, daß für Krankenhäuser, die erst zum 1. Januar 1996 das neue Entgeltsystem einführen, das bisherige Recht noch im Jahre 1995 anzuwenden ist. Die Vorschrift des Artikel 3 Nr. 2 tritt für alle Krankenhäuser zum 1. Januar 1996 in Kraft (vgl. Artikel 10 Abs. 2).

**Zu Artikel 10** (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

*Absatz 1* setzt die Vorschriften für die Verhandlungen auf der Landesebene sofort in Kraft.

*Absatz 2* bestimmt die Vorschriften, die erst zum 1. Januar 1996 in Kraft treten.

*Absatz 3* setzt die meisten Vorschriften der Verordnung zur Neuordnung des Plafengesatzrechts zum 1. Januar 1995 in Kraft. Krankenhäuser, die erst zum 1. Januar 1996 das neue Entgeltsystem einführen wollen, wenden im Jahre 1995 das derzeit geltende Recht weiter an (vgl. Artikel 1 § 28 Abs. 4).

381/94

18. April 1994

**Anlage 1**

zu § 11 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung

## **Fallpauschalen-Katalog**

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen		Grenzverweildauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen		Verweildauer*		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel		Punkte Personal	Punkte Sachmittel			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Gruppe 1: Operationen am Nervensystem</b>											
(derzeit nicht besetzt)											
<b>Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen</b>											
2.01	Struma Einseitige subtotale Schilddrüsenresektion			2.830	1.360	4.190	16	460	460	920	7,52
2.02	Struma Beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion			3.190	1.290	4.480	16	470	480	950	7,82
<b>Gruppe 3: Operationen an den Augen</b>											
3.01	Katarakt Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels gesteuertem Saug-Spül-Verfahren, ggf. einschl. Irdekтомie			1.640	1.340	2.980	12	220	220	440	3,54
3.02	Katarakt Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels Linsenverflüssigung (Phakoemulsifikation), ggf. einschl. Irdekтомie			1.690	1.280	2.970	11	190	190	380	3,1
<b>Gruppe 4: Operationen an den Ohren</b>											
(derzeit nicht besetzt)											
<b>Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen</b>											
5.01	Nasenscheidewandverbiegung, Hypertrophie der Nasenmuschel, elektiv Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligem Septum, ggf. mit Operation an den Schweißkörpern			2.040	1.030	3.070	15	400	400	800	6,55
<b>Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle</b>											
(derzeit nicht besetzt)											
<b>Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea</b>											
7.01	Chronische Tonsillitis, elektiv, bei Kindern und Erwachsenen Tonsillektomie			1.720	830	2.550	15	400	400	800	6,51
<b>Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien</b>											
(derzeit nicht besetzt)											

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
 \*\* Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Belegbarinnen

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzverweildauer **	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer *
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Gruppe 9: Operationen am Herzen</b>											
(derzeit nicht besetzt)											
<b>Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen</b>											
10.01	Venenexzise durch Shipping mit Unterbrechung der Venae perforantes, einseitig, einschließl. Crossektomie			2.470	1.030	3.500	14	380	380	760	6,19
<b>Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem</b>											
(derzeit nicht besetzt)											
<b>Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt</b>											
12.01	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut			4.290	2.050	6.340	20	750	760	1.510	12,39
12.02	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut			3.430	1.990	5.420	17	570	580	1.150	9,45
12.03	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv			3.640	1.730	5.370	19	690	700	1.390	11,38
12.04	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv			3.000	1.670	4.670	15	440	450	890	7,29
12.05	Appendizitis, non perforata			2.230	990	3.220	15	430	440	870	7,16
12.06	Appendizitis, non perforata			2.250	1.330	3.580	14	370	370	740	6,04
12.07	Hernien (femorale, inguinal, umbilikal), einseitig			2.520	1.010	3.530	16	480	490	970	7,94
12.08	Rezidiv-Hernien, einseitig			2.770	1.180	3.950	17	540	540	1.080	8,84
12.09	Hernien, Inkarzeriert, einseitig			3.230	1.490	4.720	22	640	650	1.290	10,56
<b>Gruppe 13: Operationen an den Hamorganen</b>											
(derzeit nicht besetzt)											

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

\*\* Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzverweildauer **	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer *
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen</b>											
	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Querschnittssyndrom, Multiple Sklerose			5.600	2.930	8.530	26	1.120	1.130	2.250	18,46
14.01	Entfernung eines Prostataadenoms, offen chirurgisch										
	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Querschnittssyndrom, Multiple Sklerose			3.190	1.880	5.070	20	750	760	1.510	12,34
14.02	Transurethrale Elektroresektion eines Prostataadenoms										
14.03	Varkozelenoperation, offen-chirurgisch			1.590	620	2.210	12	250	250	500	4,05
<b>Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen</b>											
	Gebärmutter- und Scheidensenkung mit Inkontinenz			4.460	2.020	6.480	23	910	930	1.840	15,06
15.01	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraffung										
	Uterus myomatosis, rezidivierende Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe bei Endometriose			3.920	1.800	5.720	21	770	770	1.540	12,61
15.02	Hysterektomie										
<b>Gruppe 16: Geburt und geburtshilfliche Operationen</b>											
	Geburt nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche			2.360	600	2.960	13	300	300	600	4,9
16.01	Vaginale Schädelgeburt bis zu acht Stunden Dauer										
	Geburt nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche			1.920***	600	2.770	13	300	300	600	4,9
16.02	Vaginale Schädelgeburt über acht Stunden Dauer			3.040	680	3.720	13	330	340	670	5,46
	Geburt nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche			2.170***	680	2.850	13	330	340	670	5,46

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
 \*\* Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag  
 \*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzverweildauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen</b>											
17.01	Schenkelhalsfraktur, geschlossen			7.230	4.730	11.960	34	1.270	1.290	2.560	20,91
17.02	Schenkelhalsfraktur, geschlossen			7.230	4.330	11.560	34	1.270	1.290	2.560	20,91
17.03	Schenkelhalsfraktur, geschlossen			6.470	2.960	9.430	32	1.200	1.220	2.420	19,77
17.04	Peritrochantäre Oberschenkelhalsfraktur, geschlossen			6.620	2.880	9.500	31	1.230	1.250	2.480	20,33
17.05	Sprunggelenksfraktur (Typ Weber B+C), geschlossen			3.660	1.590	5.250	20	750	760	1.510	12,29
17.06	Coxarthrose			9.450	8.130	17.580	41	1.470	1.490	2.960	24,16
17.07	Lockerung der Hüftgelenksprothese			12.120	9.950	22.070	46	1.980	2.000	3.980	32,56
17.08	Begleitende Coxarthrose, Hüftfistelung			7.510	3.700	11.210	35	1.060	1.070	2.130	17,43
17.09	Gonarthrose			9.630	11.680	21.310	44	1.510	1.530	3.040	24,82
17.10	Gonarthrose			8.040	6.530	14.570	38	1.230	1.250	2.480	20,32
17.11	Lockerung der Kniegelenksprothese			12.930	11.900	24.830	49	1.910	1.930	3.840	31,4
17.12	Hallux valgus			3.640	1.890	5.530	25	740	750	1.490	12,22
17.13	Alte Kreuzbandruptur			6.150	3.250	9.400	43	1.060	1.070	2.130	17,38
17.14	Zustand nach Osteosynthese			2.490	1.440	3.930	15	430	430	860	7,01

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
 \*\* Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzverweildauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer*
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Gruppe 18: Operationen an der Mamma</b>											
18.01	Bösartiger Mammatumor Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expantereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musclocutane Lappen			5.270	2.480	7.750	25	1.020	1.030	2.050	16,8
18.02	Bösartiger Mammatumor Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expantereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musclocutane Lappen			5.270	3.480	8.750	25	1.020	1.030	2.050	16,8
18.03	Bösartiger Mammatumor Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknoten-ausräumung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musclocutane Lappen			4.240	2.100	6.340	23	820	830	1.650	13,51
<b>Gruppe 19: Operation an Haut und Subcutis</b> (derzeit nicht besetzt)											

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
 \*\* Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			Grenzverweildauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer*
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Gruppe 1: Operationen am Nervensystem</b> (derzeit nicht besetzt)														
<b>Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen</b>														
2.01	Einseitige subtotale Schilddrüsenresektion			2.030	1.260	3.290	1.750	1.260	3.010	14	390	400	790	6,47
2.02	Beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion			2.230	1.180	3.410	1.890	1.180	3.070	15	410	410	820	6,72
<b>Gruppe 3: Operationen an den Augen</b>														
3.01	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels gesteuertem Saug-Spül-Verfahren, ggf. einschl. Iridektomie			1.210	1.330	2.540	1.140	1.330	2.470	12	220	220	440	3,54
3.02	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation), ggf. einschl. Iridektomie			1.190	1.280	2.470	1.120	1.280	2.400	11	190	190	380	3,10
<b>Gruppe 4: Operationen an den Ohren</b> (derzeit nicht besetzt)														
<b>Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen</b>														
5.01	Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligem Septum, ggf. mit Operation an den Schweißdrüsen			1.350	630	1.980	1.220	630	1.850	14	340	340	680	5,61
<b>Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle</b> (derzeit nicht besetzt)														
<b>Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea</b>														
7.01	Chronische Tonsillitis, elektiv, Tonsillektomie bei Kindern und Erwachsenen			1.310	650	1.960	1.230	650	1.880	15	400	400	800	6,51

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
\*\*Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			Grenzverweildauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer*
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien (derzeit nicht besetzt)</b>														
<b>Gruppe 9: Operationen am Herzen (derzeit nicht besetzt)</b>														
<b>Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen</b>														
10.01	Stammvaricosis			1.740	950	2.690	1.450	950	2.400	13	320	330	650	5,32
<b>Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (derzeit nicht besetzt)</b>														
<b>Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt</b>														
12.01	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut			3.150	1.850	5.000	2.870	1.850	4.720	19	650	660	1.310	10,66
12.02	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut			2.480	1.840	4.320	2.190	1.840	4.030	16	490	500	990	8,13
12.03	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv			2.590	1.570	4.160	2.320	1.570	3.890	18	590	600	1.190	9,78
12.04	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv			2.140	1.550	3.690	1.840	1.550	3.390	14	380	390	770	6,27
12.05	Appendizitis, non perforata			1.610	900	2.510	1.430	900	2.330	14	370	380	750	6,15
12.06	Appendizitis, non perforata			1.560	1.250	2.810	1.340	1.250	2.590	13	320	320	640	5,20
12.07	Hernien (femorale, inguinal, umbilikal), einseitig			1.940	990	2.930	1.720	990	2.710	16	480	490	970	7,94
12.08	Rezidiv-Hernien, einseitig			2.100	1.150	3.250	1.860	1.150	3.010	17	540	540	1.080	8,84
12.09	Hernien, inkarzeriert, einseitig ohne Darmresektion, einseitig			2.540	1.460	4.000	2.300	1.460	3.760	22	640	650	1.290	10,56

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

\*\*Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			Grenzverweildauer**	Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer*
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen (derzeit nicht besetzt)</b>														
<b>Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen</b>														
14.01	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Querschnittsyndrom, Multiple Sklerose	Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch		4.170	2.850	7.020	3.870	2.850	6.720	26	1.120	1.130	2.250	18,46
14.02	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Querschnittsyndrom, Multiple Sklerose	Transurethrale Elektroresektion eines Prostataadenoms		2.500	1.810	4.310	2.290	1.810	4.100	20	750	760	1.510	12,34
14.03	Varkozele	Varkozelenoperation, offen-chirurgisch		1.210	610	1.820	1.060	610	1.670	12	250	250	500	4,05
<b>Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen</b>														
15.01	Gebärmutter- und Scheidensenkung mit Inkontinenz	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraffung		3.390	1.950	5.340	3.090	1.950	5.040	23	910	930	1.840	15,06
15.02	Uterus myomatosis, rezidivierende Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe bei Endometriose	Hysterektomie		2.970	1.740	4.710	2.680	1.740	4.420	21	770	770	1.540	12,61

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
 \*\*Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			Grenzverweildauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer*
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Gruppe 16: Geburt und geburts hilfliche Operationen</b>														
16.01	Geburt nach der vollendeten vaginalen Schädellegengeburt bis zu acht Stunden Dauer			2.010	590	2.600	2.010	590	2.600	13	300	300	600	4,90
	37. Schwangerschaftswoche			1.570***	590	2.510	1.570***	590	2.160	13	300	300	600	4,90
16.02	Geburt nach der vollendeten vaginalen Schädellegengeburt über acht Stunden Dauer			2.550	670	3.220	2.520	670	3.190	13	330	340	670	5,46
	37. Schwangerschaftswoche			1.680***	670	2.350	1.660***	670	2.330	13	330	340	670	5,46
<b>Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen</b>														
17.01	Schenkelhalsfraktur, geschlossen			5.770	4.560	10.330	5.450	4.560	10.010	32	1.180	1.200	2.380	19,45
17.02	Schenkelhalsfraktur, geschlossen			5.770	4.160	9.930	5.450	4.160	9.610	32	1.180	1.200	2.380	19,45
17.03	Schenkelhalsfraktur, geschlossen			5.260	2.800	8.060	4.960	2.800	7.760	31	1.120	1.130	2.250	18,39
17.04	Petrochantäre Oberschenkelfraktur, geschlossen			5.310	2.720	8.030	5.020	2.720	7.740	30	1.150	1.160	2.310	18,90
17.05	Sprungelenkfraktur (Typ Weber B+C), geschlossen			2.690	1.460	4.150	2.430	1.460	3.890	19	640	650	1.290	10,57
17.06	Coxarthrose			7.260	7.990	15.250	6.890	7.990	14.880	41	1.470	1.490	2.960	24,16
17.07	Lockerung der Hüftgelenksprothese			9.000	9.880	18.880	8.580	9.880	18.460	46	1.980	2.000	3.980	32,56
17.08	Beginnende Coxarthrose, Hüftreife			5.350	3.240	8.590	5.500	3.240	8.740	32	910	920	1.830	14,99
17.09	Gonarthrose			7.320	11.540	18.860	6.990	11.540	18.530	44	1.510	1.530	3.040	24,82

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
 \*\*Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

Anlage 1.2: Faltpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Faltpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			Grenzverweildauer**	Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer*		
				Faltpauschale		Gesamtpunkte	Faltpauschale		Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel		Punkte Personal	Punkte Sachmittel								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
17.10	Gonarthrose Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schlittenprothese			5.940	6.410	12.350	5.660	6.410	12.070	38	1.230	1.250	2.480	20,32		
17.11	Lockerung der Kniegelenksprothese			9.590	11.790	21.380	9.070	11.790	20.860	49	1.910	1.930	3.840	31,40		
17.12	Hallux valgus Wechsel einer Kniegelenksprothese			2.460	1.660	4.120	2.280	1.660	3.940	23	640	650	1.290	10,51		
17.13	Alte Kreuzbandruptur Operation des Hallux valgus durch Resektionsarthroplastik Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat			4.200	2.940	7.140	3.900	2.940	6.840	41	910	920	1.830	14,94		
17.14	Zustand nach Osteosynthese an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus) Entfernung von Platten und Marknägeln			1.740	1.280	3.020	1.600	1.280	2.880	14	370	370	740	6,03		
<b>Gruppe 18: Operationen an der Mamma</b>																
18.01	Bösartiger Mammatumor Brustdrüsen-Resektorektomie ohne Expanderimplantation (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musclocutane Lappen			3.720	2.160	5.880	3.320	2.160	5.480	22	880	890	1.770	14,45		
18.02	Bösartiger Mammatumor Brustdrüsen-Resektorektomie mit Expanderimplantation (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musclocutane Lappen			3.720	3.160	6.880	3.320	3.160	6.480	22	880	890	1.770	14,45		
18.03	Bösartiger Mammatumor Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenentfernung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musclocutane Lappen			3.180	1.930	5.110	2.870	1.930	4.800	23	820	830	1.650	13,51		
<b>Gruppe 19: Operation an Haut und Subcutis</b> (derzeit nicht besetzt)																

\*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer  
\*\*Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

\*\*\*Empfehlung bei Beleghebammen

• 381/94

18. April 1994

Anlage 2  
zu § 11 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung

## **Sonderentgelt-Katalog**

## Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7
<b>I</b>	<b>Operationen</b>					
<b>Gruppe 1: Operationen am Nervensystem</b>						
1.01	Dekompression peripherer Nerven bei Carpal-Tunnelsyndrom, Ulnarsinnensyndrom, ggf. mit Vorverlagerung			970	280	1.250
<b>Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen</b>						
2.01	Einseitige, subtotale Schilddrüsenresektion			1.280	500	1.780
2.02	Beidseitige, subtotale Schilddrüsenresektion			1.560	410	1.970
2.03	Radikale Operation einer bösartigen Schilddrüsengeschwulst, einschl. Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete und ggf. der Nachbarorgane oder Rezidiveingriff nach vorangegangener Struma-Operation			1.590	630	2.220
2.04	Operative Entfernung einer Nebenniere als selbständige Leistung			1.600	740	2.340
<b>Gruppe 3: Operationen an den Augen</b>						
3.01	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels gesteuertem Saug-Spül-Verfahren, ggf. einschl. Indektomie			460	920	1.380
3.02	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels Linsenkerkerflüssigkeit (Phakoemulsifikation), ggf. einschl. Indektomie			620	910	1.530
<b>Gruppe 4: Operationen an den Ohren</b>						
4.01	Tympanoplastik mit Verschluss eines Trommelfeldefektes in mikrochirurgischer Technik, einschl. Transplantatentnahme			980	430	1.410
4.02	Steigbügeloperation			890	440	1.330
<b>Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen</b>						
5.01	Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligem Septum, ggf. mit Operation an den Schwellkörpern			790	370	1.160
<b>Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle</b>						
6.01	Laterale konservative Parotidektomie			1.540	280	1.820
<b>Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea</b>						
7.01	Totale Laryngektomie			3.920	800	4.720
<b>Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien</b>						
8.01	Segmentresektion, Lobektomie, Bilobektomie, Pneumektomie			1.760	2.100	3.860

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7
8.02	Segmentresektion, Lobektomie, Lobektomie, Pneumektomie mit radikaler Lymphadenektomie			2.400	2.200	4.600
<b>Gruppe 9: Operationen am Herzen</b>						
9.01	Schrittmacher-implantation, Einkammersystem - auch Reimplantation			910	5.770	6.680
9.02	Schrittmacher-implantation, Zweikammersystem - auch Reimplantation			1.130	10.130	11.260
9.03	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Einkammersystem			790	5.420	6.210
9.04	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Zweikammersystem			1.310	8.830	10.140
<b>Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen</b>						
10.01	Carotisoperation: Rekonstruktive Operation an den extrakraniellen hirnversorgenden Gefäßen einer Seite - auch mit Einlegen eines Shunts, ggf. mit Patch-Plastik			1.490	830	2.320
10.02	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Rohrprothese			2.320	2.560	4.880
10.03	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Y-Prothese			3.000	3.430	6.430
10.04	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Aneurysma und Ersatz durch Rohrprothese			2.760	3.120	5.880
10.05	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Aneurysma und Ersatz durch Y-Prothese			2.910	3.280	6.190
10.06	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß, einschl. Nierenarterie			2.680	3.050	5.730
10.07	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig mit Gefäßprothese			2.100	2.400	4.500
10.08	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig ohne Gefäßprothese			1.700	850	2.550
10.09	Anlage einer Gefäßprothese: axillo-femoral und femoro-femoral			2.260	3.060	5.320
10.10	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, ohne Anlegung einer Kunststoff-Gefäßprothese			1.520	910	2.430
10.11	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer Kunststoff-Gefäßprothese			1.790	2.670	4.460
10.12	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, ohne Gefäßprothese			1.900	1.350	3.250
10.13	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, mit Gefäßprothese			2.190	3.550	5.740
10.14	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cunruralen Umleitung, ohne Gefäßprothese			2.400	990	3.390

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7
10.15	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, mit Gefäßprothese			2.510	3.240	5.750
10.16	Venenexstirpation durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes, einseitig, einschl. Crossectomie			1.230	350	1.580
10.17	Thrombektomie der Bein- und/oder Beckenvenen, einseitig, ggf. auch mit Anlage einer a.v.-Fistel			1.060	900	1.960
<b>Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem</b>						
11.01	Retropertoneale Lymphadenektomie, ggf. einschl. Entfernung der iliacalen Lymphknoten			2.590	1.340	3.930
<b>Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt</b>						
12.01	Operative Bildung eines Colon- oder Ileum-Conduits			3.690	2.700	6.390
12.02	Operativer Eingriff am Oesophagus bei abdomino-thorakalem Zugang mit intrathorakaler Verlagerung von Magen und Darmanteilen			4.720	3.830	8.550
12.03	Teilresektion des Magens (Prinzip B I oder B II)			2.270	1.620	3.890
12.04	Totale oder erweiterte Magenentfernung, einschl. Lymphknoten-Dissektion und ggf. Teilresektion von Nachbarorganen, auch mit Milzextirpation			2.640	2.520	5.160
12.05	Vagotomie am Magen mit zusätzlichem Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pylorusverweiterung, einschl. Plastik)			2.120	780	2.900
12.06	Teilresektion des Kolons - ggf. auch mit Anlage eines Anus praeter			1.960	1.710	3.670
12.07	Totale Kolektomie mit Ileostomie oder subtotale Kolektomie			2.670	1.930	4.600
12.08	Abdomino-perineale Rektumextirpation mit Anus praeter naturalis			2.200	1.750	3.950
12.09	Teilresektion der Leber oder Exzision eines Tumors, auch mit Zystektomie			1.930	1.610	3.540
12.10	Cholezystektomie, offen-chirurgisch			1.240	440	1.680
12.11	Cholezystektomie mit operativer Revision des Ductus hepatico-choledochus			1.660	660	2.320
12.12	Cholezystektomie, laparoskopisch			1.310	760	2.070
12.13	Bilidigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnitts			2.660	1.270	3.930
12.14	Pankreaschwanzresektion oder subtotale Linksresektion mit Drainage und Milzextirpation			2.770	1.960	4.730
12.15	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple) - auch Exstirpation des Pankreas			3.890	3.060	6.950
12.16	Appendektomie, offen-chirurgisch			780	210	990
12.17	Appendektomie, laparoskopisch			1.040	650	1.690

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7
12.18	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches			860	310	1.170
12.19	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik			1.210	400	1.610
12.20	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, einseitig			950	220	1.170
12.21	Operation eines Leisten- Schenkel- oder Nabelbruches, als Rezidivoperation, einseitig			1.070	270	1.340
12.22	Operation einer Inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig			950	350	1.300
<b>Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen</b>						
13.01	Verpflanzung eines Harnleiters in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik			1.820	730	2.550
13.02	Verpflanzung mehrerer Harnleiter in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik			2.450	900	3.350
13.03	Plastische Rekonstruktion eines Harnleiters (z. B. durch Blasenlappen, Modellage o. ä.), einschl. Antirefluxplastik			2.000	680	2.680
13.04	Nierenbeckensplastik, ggf. unter Verlagerung abstrahierender Gefäße und/oder Anlage einer Nierenfistel			1.890	610	2.500
13.05	Nephrektomie, ggf. mit Uretertilresektion			1.810	800	2.610
13.06	Radikaloperation eines Nieren- oder Nebennierentumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal)			2.140	1.440	3.580
13.07	Operative Bildung eines kontinentalen Harnreservoirs			5.970	2.260	8.230
13.08	Inkontinenz-OP durch Scheidenplastik ohne Hysterektomie (Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz der Frau)			1.190	360	1.550
<b>Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen</b>						
14.01	Varkozelenoperation, offen-chirurgisch			710	200	910
14.02	Leistenhodenoperation, einseitig			820	270	1.090
14.03	Leistenhodenoperation, beidseitig			910	370	1.280
14.04	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch			1.670	600	2.270
14.05	Transurethrale Elektroresektion der Prostata			820	440	1.260
14.06	Radikaloperation des Prostatacarcinoms (radikale Prostataektomie), einschl. Entfernung der Samenblasen und Samenleiter sowie der pelvinen Lymphknoten			3.100	1.390	4.490
<b>Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen</b>						
15.01	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraufung (Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz der Frau)			1.370	450	1.820

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7
15.02	Hysterektomie			1.290	420	1.710
15.03	Ovarektomie, Salpingektomie, einseitig			1.330	380	1.710
15.04	Ovarektomie, Salpingektomie, beidseitig			1.420	440	1.860
15.05	Radikaloperation des Zervix- oder des Corpuscarcinoms, abdominal, mit Entfernung der regionalen Lymphknoten			2.790	1.020	3.810
<b>Gruppe 16: Geburten und geburtshilfliche Operationen</b>						
(derzeit nicht besetzt)						
<b>Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen</b>						
17.01	Pseudarthrosen-Operation des Kahnbeines, ggf. mit Spanübertragung und/oder Schraube			1.170	400	1.570
17.02	Einbau eines künstlichen Oberarmkopfes			1.560	1.870	3.430
17.03	Einbau einer künstlichen Hüftkopf-/Schaftriprose			1.530	2.070	3.600
17.04	Wechsel einer Hüftkopf-/Schaftriprose			1.730	2.680	4.410
17.05	Wechsel einer künstlichen Hüftpfanne			2.030	1.990	4.020
17.06	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur			1.530	2.470	4.000
17.07	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose			1.840	4.830	6.670
17.08	Wechsel einer Hüftgelenks-Totalendoprothese			2.900	5.920	8.820
17.09	Osteosynthetische Versorgung einer Schenkelhalsfraktur			1.280	730	2.010
17.10	Osteosynthetische Versorgung einer perthrochanteren Oberschenkelfraktur			1.300	780	2.080
17.11	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese			1.530	970	2.500
17.12	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese			1.670	1.090	2.760
17.13	Einbau einer Kniegelenksprothese			1.930	8.280	10.210
17.14	Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schulftenprothese			1.670	3.770	5.440
17.15	Wechsel einer Kniegelenksprothese			2.910	7.880	10.790
17.16	Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat			1.750	1.180	2.930
17.17	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)			680	500	1.180
17.18	Osteosynthetische Versorgung einer isolierten Außenknöchelfraktur, Typ Weber B + C			1.100	410	1.510
17.19	Operation des Hallux Valgus mit Resektionsarthroplastik			910	440	1.350

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7
<b>Gruppe 18: Operationen an der Mamma</b>						
18.01	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne musclocutane Lappen			1.670	420	2.090
18.02	Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne musclocutane Lappen			1.670	1.420	3.090
18.03	Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne musclocutane Lappen			1.360	380	1.740
18.04	Reduktionsplastik der Mamma, beidseitig			2.330	500	2.830
<b>Gruppe 19: Operationen an Haut und Subcutis</b>						
	(derzeit nicht besetzt)					
<b>II Sonstige therapeutische Maßnahmen</b>						
<b>Gruppe 20: Maßnahmen für den Blutkreislauf</b>						
20.01	Dilatation von peripheren Gefäßen, PTA; Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschl. der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs			690	3.320	4.010
20.02	Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA); Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien, einschl. der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßkrankungen			910	5.370	6.280
<b>III Diagnostische Maßnahmen</b>						
<b>Gruppe 21: Untersuchungen der Körpersysteme</b>						
21.01	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßkrankungen mit Koronarangiographie, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs			790	850	1.640
21.02	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs			1.210	5.430	6.640

## Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleg- anästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>I</b>	<b>Operationen</b>								
<b>Gruppe 1: Operationen am Nervensystem</b>									
1.01	Dekompression peripherer Nerven bei Carpal tunnel syndrome, Ulnarinnensyndrom, ggf. mit Vorverlagerung			730	280	1.010	440	280	720
<b>Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen</b>									
2.01	Einsellige, subtotale Schilddrüsenresektion			890	500	1.390	610	500	1.110
2.02	Beidseitige, subtotale Schilddrüsenresektion			1.010	410	1.420	670	410	1.080
2.03	Radikaloperation einer bösartigen Schilddrüseneschwulst, einschl. Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete und ggf. der Nachbarorgane oder Reizdivingriff nach vorangegangener Struma-Operation			1.040	630	1.670	650	630	1.280
2.04	Operative Entfernung einer Nebenniere als selbständige Leistung			1.050	740	1.790	590	740	1.330
<b>Gruppe 3: Operationen an den Augen</b>									
3.01	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels gesteuertem Saug-Spül-Verfahren, ggf. einschl. Irdektomie			220	920	1.140	150	920	1.070
3.02	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation - mittels Linsenkerntrennung (Phakoemulsifikation), ggf. einschl. Irdektomie			290	910	1.200	210	910	1.120
<b>Gruppe 4: Operationen an den Ohren</b>									
4.01	Tympanoplastik mit Verschluss eines Trommelfeldefektes in mikrochirurgischer Technik, einschl. Transplantatentnahme			780	430	1.210	490	430	920
4.02	Steigbügeloperation			710	440	1.150	440	440	880
<b>Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen</b>									
5.01	Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligem Septum, ggf. mit Operation an den Schweißkörpern			340	170	510	210	170	380
<b>Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle</b>									
6.01	Laterale konservative Parotidektomie			1.140	280	1.420	720	280	1.000
<b>Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea</b>									
7.01	Totale Laryngektomie			2.630	800	3.430	1.610	800	2.410
<b>Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien</b>									
8.01	Segmentresektion, Lobektomie, Bilobektomie, Pneumektomie			1.190	2.100	3.290	740	2.100	2.840

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.02	Segmentresektion, Lobektomie, Bilobektomie, Pneumektomie mit radikaler Lymphadenektomie			1.620	2.200	3.820	1.060	2.200	3.260
<b>Gruppe 9: Operationen am Herzen</b>									
9.01	Schrittmacher-Implantation, Einkammersystem - auch Reimplantation			660	5.770	6.430	420	5.770	6.190
9.02	Schrittmacher-Implantation, Zweikammersystem - auch Reimplantation			840	10.130	10.970	520	10.130	10.650
9.03	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Einkammersystem			580	5.420	6.000	370	5.420	5.790
9.04	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Zweikammersystem			860	8.830	9.690	500	8.830	9.330
<b>Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen</b>									
10.01	Carotidoperation: Rekonstruktive Operation an den extrakraniellen hirnversorgenden Gefäßen einer Seite - auch mit Einlegen eines Shunts, ggf. mit Patch-Plastik			980	830	1.810	600	830	1.430
10.02	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Rohrprothese			1.570	2.560	4.130	990	2.560	3.550
10.03	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Y-Prothese			1.850	3.430	5.280	1.130	3.430	4.560
10.04	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Aneurysma und Ersatz durch Rohrprothese			1.720	3.120	4.840	1.050	3.120	4.170
10.05	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Aneurysma und Ersatz durch Y-Prothese			1.770	3.280	5.050	1.080	3.280	4.360
10.06	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß, einschl. Nierenarterie			1.820	3.050	4.870	1.040	3.050	4.090
10.07	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig mit Gefäßprothese			1.290	2.400	3.690	800	2.400	3.200
10.08	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig ohne Gefäßprothese			1.150	850	2.000	690	850	1.540
10.09	Anlage einer Gefäßprothese: axillo-femorale und femoro-femorale			1.470	3.060	4.530	880	3.060	3.940
10.10	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, ohne Anlegung einer Kunststoff-Gefäßprothese			1.000	910	1.910	610	910	1.520
10.11	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer Kunststoff-Gefäßprothese			1.190	2.670	3.860	740	2.670	3.410
10.12	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, ohne Gefäßprothese			1.200	1.350	2.550	740	1.350	2.090
10.13	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, mit Gefäßprothese			1.370	3.550	4.920	850	3.550	4.400
10.14	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, ohne Gefäßprothese			1.540	990	2.530	970	990	1.960

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.15	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, mit Gefäßprothese			1.730	3.240	4.970	1.080	3.240	4.320
10.16	Venenexstirpation durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes, einseitig, einschl. Grossektomie			820	350	1.170	530	350	880
10.17	Thrombektomie der Bein- und/oder Beckenvenen, einseitig, ggf. auch mit Anlage einer a.v.-Fistel			690	900	1.590	420	900	1.320
<b>Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen- und Lymphgefäßsystem</b>									
11.01	Retroperitoneale Lymphadenektomie, ggf. einschl. Entfernung der iliacalen Lymphknoten			1.610	1.340	2.950	960	1.340	2.300
<b>Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt</b>									
12.01	Operative Bildung eines Colon- oder ileum-Conduits			2.410	2.700	5.110	1.470	2.700	4.170
12.02	Operativer Eingriff am Oesophagus bei abdomino-thorakalem Zugang mit Inthorakaler Verlagerung von Magen und Darmanteilen			2.980	3.830	6.810	1.850	3.830	5.680
12.03	Teilresektion des Magens (Prinzip B I oder B II)			1.420	1.620	3.040	890	1.620	2.510
12.04	Totale oder erweiterte Magenentfernung, einschl. Lymphknoten-Dissektion und ggf. Teilresektion von Nachbarorganen, auch mit Milzexstirpation			1.660	2.520	4.180	1.050	2.520	3.570
12.05	Vagotomie am Magen mit zusätzlichem Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pylorusverweiterung, einschl. Plastik)			1.320	780	2.100	790	780	1.570
12.06	Teilresektion des Kolons - ggf. auch mit Anlage eines Anus praeter			1.250	1.710	2.960	800	1.710	2.510
12.07	Totale Kolektomie mit ileostomie oder subtotaler Kolektomie			1.770	1.930	3.700	1.100	1.930	3.030
12.08	Abdomino-perineale Rektumexstirpation mit Anus praeter naturalis			1.370	1.750	3.120	840	1.750	2.590
12.09	Teilresektion der Leber oder Exzision eines Tumors, auch mit Zystektomie			1.260	1.610	2.870	780	1.610	2.390
12.10	Cholezystektomie, offen-chirurgisch			790	440	1.230	520	440	960
12.11	Cholezystektomie mit operativer Revision des Ductus hepatico-choledochus			1.090	660	1.720	660	660	1.320
12.12	Cholezystektomie, laparoskopisch			880	760	1.640	580	760	1.340
12.13	Billige Anstomose mit Interposition eines Darmabschnitts			1.700	1.270	2.970	1.030	1.270	2.300
12.14	Pankreasschwanzresektion oder subtotaler Linkresektion mit Drainage und Milzexstirpation			1.770	1.960	3.730	1.150	1.960	3.110
12.15	Pankreacoduodenektomie (z. B. nach Whipple) - auch Exstirpation des Pankreas			2.600	3.060	5.660	1.640	3.060	4.700
12.16	Appendektomie, offen-chirurgisch			530	210	740	360	210	570
12.17	Appendektomie, laparoskopisch			690	650	1.340	470	650	1.120

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.18	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches			560	310	870	340	310	650
12.19	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienschlebeplastik			790	400	1.190	480	400	880
12.20	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, einseitig			640	220	860	420	220	640
12.21	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, als Reizdilatation, einseitig			710	270	980	470	270	740
12.22	Operation einer inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig			650	350	1.000	420	350	770
<b>Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen</b>									
13.01	Verpflanzung eines Harnleiters in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik			1.160	730	1.890	650	730	1.380
13.02	Verpflanzung mehrerer Harnleiter in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik			1.560	900	2.460	870	900	1.770
13.03	Plastische Rekonstruktion eines Harnleiters (z. B. durch Blasenlappen, Modellage o. ä.), einschl. Antirefluxplastik			1.260	680	1.940	760	680	1.440
13.04	Nierenbeckenplastik, ggf. unter Verlagerung abertrender Gefäße und/oder Anlage einer Nierenfistel			1.220	610	1.830	700	610	1.310
13.05	Nephrektomie, ggf. mit Uretertilresektion			1.160	800	1.960	700	800	1.500
13.06	Radikaloperation eines Nieren- oder Nebennierentumors mit Entfernung des regionalen Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal)			1.340	1.440	2.780	780	1.440	2.220
13.07	Operative Bildung eines kontinentalen Harnreservoirs			3.730	2.260	5.990	2.270	2.260	4.530
13.08	Inkontinenz-OP durch Scheidenplastik ohne Hysterektomie (Plastische Operation zur Behebung der Harnkontinenz der Frau)			780	360	1.140	450	360	810
<b>Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen</b>									
14.01	Varikeleoperation, offen-chirurgisch			510	200	710	370	200	570
14.02	Leistenhodenoperation, einseitig			550	270	820	330	270	600
14.03	Leistenhodenoperation, beidseitig			600	370	970	340	370	710
14.04	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch			1.060	600	1.660	760	600	1.360
14.05	Transurethrale Elektresektion der Prostata			610	440	1.050	400	440	840
14.06	Radikaloperation des Prostatacarcinoms (radikale Prostatektomie), einschl. Entfernung der Samenblasen und Samenleiter sowie der pelvinen Lymphknoten			1.960	1.390	3.350	1.140	1.390	2.530

## Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen</b>									
15.01	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheldennraffung (Plastische Operation zur Behebung der Haminkontinenz der Frau)			890	450	1.340	590	450	1.040
15.02	Hysterektomie			850	420	1.270	560	420	980
15.03	Ovarektomie, Salpingektomie, einseitig			890	380	1.270	550	380	930
15.04	Ovarektomie, Salpingektomie, beidseitig			920	440	1.360	560	440	1.000
15.05	Radikaloperation des Zervix- oder des Corpuscarcinoms, abdominal, mit Entfernung der regionalen Lymphknoten			1.730	1.020	2.750	1.040	1.020	2.060
<b>Gruppe 16: Geburten und geburtsärztliche Operationen (derzeit nicht besetzt)</b>									
<b>Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen</b>									
17.01	Pseudarthrosen-Operation des Kahnbeines, ggf. mit Spantübertragung und/oder Schraube			850	400	1.250	550	400	950
17.02	Einbau eines künstlichen Oberarmkopfes			960	1.870	2.830	510	1.870	2.380
17.03	Einbau einer Hüftkopf-/Schaffprothese			1.010	2.070	3.080	690	2.070	2.760
17.04	Wechsel einer Hüftkopf-/Schaffprothese			1.020	2.680	3.700	620	2.680	3.300
17.05	Wechsel einer künstlichen Hüftpfanne			1.240	1.990	3.230	770	1.990	2.760
17.06	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur			1.010	2.470	3.480	690	2.470	3.160
17.07	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose			940	4.830	5.770	550	4.830	5.380
17.08	Wechsel einer Hüftgelenks-Totalendoprothese			1.250	5.920	7.170	790	5.920	6.710
17.09	Osteosynthetische Versorgung einer Schenkelhalsfraktur			930	730	1.660	630	730	1.360
17.10	Osteosynthetische Versorgung einer peritrochanteren Oberschenkelfraktur			940	780	1.720	650	780	1.430
17.11	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese			1.030	970	2.000	620	970	1.590
17.12	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese			930	1.090	2.020	620	1.090	1.710
17.13	Einbau einer Kniegelenksprothese			1.010	8.280	9.290	660	8.280	8.940
17.14	Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schlitzenprothese			850	3.770	4.620	550	3.770	4.320
17.15	Wechsel einer Kniegelenksprothese			1.510	7.880	9.390	960	7.880	8.840
17.16	Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat			910	1.180	2.090	600	1.180	1.780

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.17	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)			420	500	920	260	500	760
17.18	Osteosynthetische Versorgung einer isolierten Außenknöchelfraktur, Typ Weber B + C			780	410	1.190	530	410	940
17.19	Operation des Hallux Valgus mit Resektionsarthroplastik			470	440	910	270	440	710
<b>Gruppe 18: Operationen an der Mamma</b>									
18.01	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne musculocutane Lappen			1.150	420	1.570	760	420	1.180
18.02	Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne musculocutane Lappen			1.150	1.420	2.570	760	1.420	2.180
18.03	Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenrausräumung, ohne musculocutane Lappen			910	380	1.290	600	380	980
18.04	Reduktionsplastik der Mamma, beidseitig			1.450	500	1.950	840	500	1.340
<b>Gruppe 19: Operationen an Haut und Subcutis</b> (derzeit nicht besetzt)									
<b>II</b>									
<b>Gruppe 20: Maßnahmen für den Blutkreislauf</b>									
20.01	Dilatation von peripheren Gefäßen, PTA; Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs			330	3.320	3.650			
20.02	Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA); Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßkrankungen			350	5.370	5.720			
<b>III</b>									
<b>Diagnostische Maßnahmen</b>									
<b>Gruppe 21: Untersuchungen der Körpersysteme</b>									
21.01	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßkrankungen mit Koronarangiographie, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs			320	850	1.170			
21.02	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs			450	5.430	5.880			

381/94

18. April 1994

**Anlage 3**  
zu § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung

## Leistungs- und Kalkulationsaufstellung

### **V Vereinbarte Vergütungen**

- V 1 Budget und tagesgleiche Pflegesätze
- V 2 Sonderentgelte für die Fachabteilung
- V 3 Fallpauschalen für die Fachabteilung
- V 4 Erlöse

### **L Leistungsdaten**

- L 1 Belegungsdaten des Krankenhauses
- L 2 Personal des Krankenhauses
- L 3 Belegungsdaten der Fachabteilung
- L 4 Diagnosestatistik
- L 5 Operationsstatistik

### **K Kalkulation von Budget und Pflegesätzen**

- K 1 Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum
- K 2 Forderung für den Pflegesatzzeitraum
- K 3 Vereinbarung für den Pflegesatzzeitraum
- K 4 Medizinischer Bedarf
- K 5 Budget für den Pflegesatzzeitraum
- K 6 Ermittlung des Basispflegesatzes
- K 7 Ermittlung des Abteilungspflegesatzes
- K 8 Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte

### **A Anhänge**

- Anhang 1: Bettenführende Fachabteilungen
- Anhang 2: Fußnoten

Krankenhaus:
--------------

Seite:
Datum:

## Leistungs- und Kalkulationsaufstellung <sup>1)</sup>

### V Vereinbarte Vergütungen

#### V 1 Budget und tagesgleiche Pflegesätze

lfd. Nr.	Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung <sup>2)</sup>
	1	2	3	4
1	<b>I. Pflegesatzzeitraum (von.....bis.....) <sup>3)</sup></b>			
	<b>II. Budget</b>			
2	1.a) lfd. Pflegesatzzeitraum			
3	b) Zugehörige BT <sup>4)</sup>			
4	2.a) Pflegesatzzeitraum			
5	b) Zugehörige BT <sup>4)</sup>			
	<b>III. Tagesgleiche Pflegesätze</b>			
	<b>ohne Ausgleiche u. Zuschläge</b>			
6	Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3)			
7	teilstat. Basispflegesatz (§ 13 Abs. 4)			
*)**)	Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 u. 4) <sup>5)</sup>			
	a)			
	b)			
	c)			
	d)			
	e)			
	f)			
	g)			
	h)			
	i)			
	j)			
	k)			
	l)			
	m)			
	n)			
	o)			

\*) 1. Stelle der lfd. Nr.: 1 = Pflegesatz für Abteilung, 2 = Pflegesatz für besond. Einrichtung, 3 = teilstationärer Pflegesatz, 4 = Pflegesatz für Belegpatienten, 5 = teilstationärer Pflegesatz für Belegpatienten.

\*\*) 2. und 3. Stelle der lfd. Nr.: Kennziffer der Fachabteilung nach Anhang I.





Krankenhaus:
--------------

Seite:
Datum:

#### V 4 Erlöse des Krankenhauses \*)

lfd. Nr.	Abgelaufener Pflegesatzzeitraum (einschließlich teilstationärer Pflegesätze)	DM
1	Basispflegesatz	
2	Abteilungspflegesätze	
3	Pflegesätze für besondere Einrichtungen	
4	Fallpauschalen	
5	Sonderentgelte	
6	Vor- und nachstationäre Behandlung **)	
7	Insgesamt:	

\*) V 4 ist nur einmal für das gesamte Krankenhaus auszufüllen

\*\*) nur bei Erlösabzug

Krankenhaus:
--------------

- 5 -

Seite:
Datum:

## L Leistungsdaten

### L 1 Belegungsdaten des Krankenhauses

lfd. Nr.	Belegungsdaten	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung <sup>2)</sup>
	1	2	3	4
1	Planbetten mit Intensiv			
2	Planbetten ohne Intensiv			
3	Nutzungsgrad der Planbetten			
4	BT im Budgetbereich <sup>4)</sup>			
5	davon: BT für Pat. mit SE <sup>8)</sup>			
6	davon: BT für teilstat. Patienten			
7	Verweildauer (Nr. 4: Nr. 13 u. 17)			
8	Belegungstage FP-Bereich <sup>9)</sup>			
9	Aufnahmen <sup>10)</sup>			
10	Entlassungen <sup>10)</sup>			
11	davon: Verlegungen nach außen			
12	Fälle mit nur vorstat. Behandlung			
13	Vollstat. Fälle im Budgetbereich <sup>11)</sup>			
14	davon: Kurzlieger			
15	davon: mit vorstat. Behandlung			
16	davon: mit nachstat. Behandlung			
17	Teilstat. Fälle im Budgetbereich			
18	Fälle mit Fallpauschalen			

### L 2 Personal des Krankenhauses <sup>12)</sup>

lfd. Nr.	Personalgruppen	Durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte <sup>13)</sup>			Durchschn. Wert je VK von K1 - in DM -
		lfd. Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum		
			Vereinbarung	Forderung	
	1	2	3	4	5
1	Ärztlicher Dienst				
2	Pflegedienst				
3	Medizinisch-technischer Dienst				
4	Funktionsdienst				
5	Klinisches Hauspersonal				
6	Wirtschafts- u. Versorgungsdienst				
7	Technischer Dienst <sup>14)</sup>				
8	Verwaltungsdienst				
9	Sonderdienste				
10	Sonstiges Personal				
11	Krankenhaus insgesamt				
12	Ausbildungsstätten				
13	nachrichtl.: Auszubild. Krankenpfl.				

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**L 3 Belegungsdaten der Fachabteilung .....**

lfd. Nr.	Belegungsdaten	Vereinbarung für den laufenden Pflegezeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung <sup>2)</sup>
	1	2	3	4
1	Planbetten mit Intensiv			
2	Planbetten ohne Intensiv			
3	Nutzungsgrad der Planbetten			
4	BT im Budgetbereich <sup>4)</sup>			
5	davon: BT für Pat. mit SE <sup>8)</sup>			
6	davon: BT für teilstat. Patienten			
7	Verweildauer (Nr. 4 : Nr. 13 + 17)			
8	Belegungstage FP-Bereich <sup>9)</sup>			
9	Aufnahmen <sup>10)</sup>			
10	Entlassungen <sup>10)</sup>			
11	davon: Verlegungen nach außen			
12	Fälle mit nur vorstat. Behandlung			
13	Vollstat. Fälle im Budgetbereich <sup>15)</sup>			
14	davon: Kurzlieger			
15	davon: mit vorstat. Behandlung			
16	davon: mit nachstat. Behandlung			
17	Teilstat. Fälle im Budgetbereich			
18	Fälle mit Fallpauschalen			

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**L 4 Diagnosestatistik für die Fachabteilung .....\*)**

- abgelaufenes Kalenderjahr
- vollstationär behandelte Patienten (Hauptdiagnose)

Hauptdiagnose ICD-Schlüssel <sup>16)</sup> vierstellig		Patienten insgesamt	0 - 4 Jahre	5 - 14 Jahre	15 - 44 Jahre	45 - 64 Jahre	65 - 74 Jahre	75 - 84 Jahre	85 und älter
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
....	Anzahl								
	Verweildauer								
	operierte Patienten **)								
....	Anzahl								
	Verweildauer								
	operierte Patienten **)								
....	....								
	....								
	....								
gesamt:	Anzahl								
	Verweildauer								
	Operationen								

\*) Musterblatt; Lieferung auf maschinellen Datenträgern (§ 17 Abs. 4 Satz 5).

\*\*) Anzahl der Patienten, die im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurden.

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**L 5 Operationsstatistik für die Fachabteilung .....\*)**  
 - abgelaufenes Kalenderjahr  
 - vollstationär behandelte Patienten

ICPM-Schlüssel <sup>17)</sup>	Bezeichnung	Anzahl
1	2	3
Insgesamt:		

\*) Musterblatt; Lieferung auf maschinellen Datenträgern (§ 17 Abs. 4 Satz 5)

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**K Kalkulation von Budget und Pflegesätzen**

**K 1 Vereinbarung für den lfd. Pflegesatzzeitraum**

Tage insges. <sup>7)</sup>:

lfd. Nr.	Kostenarten	Basispflegesatz nach § 13 Abs. 3	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung <sup>18)</sup> - insgesamt -	Abteilungs Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 1 und 2 - insgesamt -	Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 sowie Abs. 4 - insgesamt -	DM je Tag <sup>7)</sup> (Sp. 2 - 5)
	1	2	3	4	5	6
1	Ärztlicher Dienst					
2	Pflegedienst					
3	Med.-technischer Dienst					
4	Funktionsdienst					
5	Klinisches Hauspersonal					
6	Wirtsch.- und Versorg.sdienst					
7	Technischer Dienst <sup>14)</sup>					
8	Verwaltungsdienst					
9	Sonderdienste					
10	Sonstiges Personal					
11	Nicht zurechenbare Pers.ko.					
12	Personalkosten insgesamt					
13	Lebensm. u. bezog. Leistungen					
14	Medizinischer Bedarf					
15	Wasser, <sup>19)</sup> Energie, Brennstoffe					
16	Wirtschaftsbedarf					
17	Verwaltungsbedarf					
18	Zentrale Verwaltg.sdienste					
19	Zentrale Gemeinsch.dienste					
20	Steuern, Abgaben, Vers.					
21	Instandhaltung <sup>20)</sup>					
22	Gebrauchsgüter <sup>21)</sup>					
23	Sonstiges					
24	Sachkosten insgesamt					
25	Innerbetriebl. Leistungsverr.			+	+	
26	Zinsen für Betr.mittelkredite					
27	Krankenhaus insgesamt					
28	Pers. d. Ausbildungsstätten					
29	Sachko. d. Ausbildungsstätten					
30	Umlagen nach § 9 Abs. 3					
31	Ausbildungsstätten insges. <sup>22)</sup>			+	+	
32	<b>Insgesamt (Nr. 27 u. 31)</b>					

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**K 2 Forderung für den Pflegesatzzeitraum**

Tage insges. 7):

lfd. Nr.	Kostenarten	Basispflegesatz nach § 13 Abs. 3	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung <sup>18)</sup> - insgesamt -	Abteilungs Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 1 und 2 - insgesamt -	Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 sowie Abs. 4 - insgesamt -	DM je Tag <sup>7)</sup> (Sp. 2 - 5)
	1	2	3	4	5	6
1	Ärztlicher Dienst					
2	Pflegedienst					
3	Med.-technischer Dienst					
4	Funktionsdienst					
5	Klinisches Hauspersonal					
6	Wirtsch.- und Versorg.sdienst					
7	Technischer Dienst <sup>14)</sup>					
8	Verwaltungsdienst					
9	Sonderdienste					
10	Sonstiges Personal					
11	Nicht zurechenbare Pers.ko.					
12	Personalkosten insgesamt					
13	Lebensm. u. bezog. Leistungen					
14	Medizinischer Bedarf					
15	Wasser, <sup>19)</sup> Energie, Brennstoffe					
16	Wirtschaftsbedarf					
17	Verwaltungsbedarf					
18	Zentrale Verwaltgs.dienste					
19	Zentrale Gemeinsch.dienste.					
20	Steuern, Abgaben, Vers.					
21	Instandhaltung <sup>20)</sup>					
22	Gebrauchsgüter <sup>21)</sup>					
23	Sonstiges					
24	Sachkosten insgesamt					
25	Innerbetriebl. Leistungsverr.			+	+	
26	Zinsen für Betr.mittelkredite					
27	Krankenhaus insgesamt					
28	Pers. d. Ausbildungsstätten					
29	Sachko. d. Ausbildungsstätten					
30	Umlagen nach § 9 Abs. 3					
31	Ausbildungsstätten insges. <sup>22)</sup>			+	+	
32	Insgesamt (Nr. 27 u. 31)					

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**K 3 Vereinbarung für den Pflegesatzzeitraum <sup>2)</sup>**

Tage insges.<sup>7)</sup>:

lfd. Nr.	Kostenarten	Basispflegesatz nach § 13 Abs. 3	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung 18) - insgesamt -	Abteilungs Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 1 und 2 - insgesamt -	Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 sowie Abs. 4 - insgesamt -	DM je Tag <sup>7)</sup> (Sp. 2 - 5)
	1	2	3	4	5	6
1	Ärztlicher Dienst					
2	Pflegedienst					
3	Med.-technischer Dienst					
4	Funktionsdienst					
5	Klinisches Hauspersonal					
6	Wirtsch.- und Versorg.sdienst					
7	Technischer Dienst <sup>14)</sup>					
8	Verwaltungsdienst					
9	Sonderdienste					
10	Sonstiges Personal					
11	Nicht zurechenbare Pers.ko.					
12	Personalkosten insgesamt					
13	Lebensm. u. bezog. Leistungen					
14	Medizinischer Bedarf					
15	Wasser <sup>19)</sup> , Energie, Brennstoffe					
16	Wirtschaftsbedarf					
17	Verwaltungsbedarf					
18	Zentrale Verwaltgs.dienste					
19	Zentrale Gemeinsch.dienste					
20	Steuern, Abgaben, Vers.					
21	Instandhaltung <sup>20)</sup>					
22	Gebrauchsgüter <sup>21)</sup>					
23	Sonstiges					
24	Sachkosten insgesamt					
25	Innerbetriebl. Leistungsverr.			+	+	
26	Zinsen für Betr.mittelkredite					
27	Krankenhaus insgesamt					
28	Pers. d. Ausbildungsstätten					
29	Sachko. d. Ausbildungsstätten					
30	Umlagen nach § 9 Abs. 3					
31	Ausbildungsstätten insges. <sup>22)</sup>			+	+	
32	Insgesamt (Nr. 27 u. 31)					

Krankenhaus:

Seite :  
Datum :

**K 4 Medizinischer Bedarf**

Tage insges.<sup>7)</sup>:

lfd. Nr.	Medizinischer Bedarf	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	DM je Tag <sup>7)</sup>	Pflegesatzzeitraum	
				Forderung	Vereinbarung <sup>2)</sup>
	1	2	3	4	5
1	Arzneimittel, (außer Nr. 13 u. 15)				
2	Kosten der Lieferapotheke				
3	Blut, Blutkonserven und Blutplasma				
4	Verband-, Heil- u. Hilfsmittel				
5	Ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente				
6	Narkose- und sonstiger OP-Bedarf				
7	Bedarf für Röntgen- u. Nuklearmedizin				
8	Laborbedarf				
9	Untersuchungen in fremden Instituten				
10	Bedarf für EKG, EEG, Sonographie				
11	Bedarf der physikalischen Therapie				
12	Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial				
13	Implantate				
14	Transplantate				
15	Dialysebedarf				
16	Kosten für Krankentransporte (soweit nicht Durchlaufposten)				
17	Sonstiger medizinischer Bedarf				
18	Medizinischer Bedarf insgesamt:				

Krankenhaus:

Seite:

Datum:

**K 5 Budget für den Pflegesatzzeitraum**

Ifd. Nr.	Ermittlung des Budgets	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung <sup>2)</sup>
	1	2	3	4
1	Summe Kostenarten (K 1 - K 3, Nr. 27 Sp. 2 und Nr. 32 Sp. 4 u. 5) <b>Abzüge nach § 7 Abs. 2 für:</b>			
2	/./ vor- und nachstationäre Behandlung (90 %)			
3	/./ nicht abgestimmte Großgeräte			
4	/./ belegärztliche Leistungen			
5	/./ wahlärztliche Leistungen			
6	/./ sonstige ärztliche Leistungen			
7	/./ gesondert berechenb. Unterkunft (K 6 Nr. 8)			
8	/./ sonstige nichtärztliche Wahlleistungen			
9	<b>pflegesatzfähige Kosten</b>			
10	/./ Fallpauschalen (§ 12 Abs. 2 o. 3) <sup>23)</sup>			
11	/./ Sonderentgelte (§ 12 Abs. 2 o. 3) <sup>24)</sup>			
12	<b>verbleibende pflegesatzfähige Kosten</b>			
	<b>Ausgleiche und Zuschläge:</b>			
13	Ausgleich nach § 12 Abs. 4 <sup>25)</sup>			
14	Berichtigung nach § 12 Abs. 5 <sup>25)</sup>			
15	Berichtigung nach § 12 Abs. 6 Satz 2 und 4			
16	Wagniszuschlag nach § 12 Abs. 6 Satz 5			
17	Unterschiedsbetrag nach § 12 Abs. 7			
18	Ausgleich nach § 11 Abs. 8			
19	Ausgleiche nach § 28 Abs. 5 und 6			
20	<b>Ausgleiche u. Zuschläge insges. (Nr. 13 bis 19)</b>			
21	Zuschlag nach § 18b KHG			
22	<b>Vorkalkuliertes Budget (Nr. 12, 20 und 21)</b>			
23	Investitionskosten nach § 8 (anteilig)			
24	<b>Budget mit Investitionskosten nach § 8</b>			
25	<b>Nachrichtl.: Tagessatz für § 12 Abs. 5 (Nr. 12 : L 1, Ifd. Nr. 4)</b>			

Krankenhaus:

Seite:  
Datum:

**K 6 Ermittlung des Basispflegesatzes nach § 13 Abs. 3**

lfd. Nr.	Ermittlung des Basispflegesatzes	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung <sup>2)</sup>
	1	2	3	4
1	Summe Kostenarten (K 1 - K 3, Nr. 27 Sp. 2)			
	<b>Abzüge nach § 7 Abs. 2 für:</b>			
2	/, vor- und nachstat. Behandlung: 30 % <sup>26)</sup>			
3	/, nicht abgestimmte Großgeräte			
4	/, sonstige nichtärztliche Wuhlleistungen			
5	pflegesatzfähige Kosten			
6	/, Erlöse aus Fallpauschalen <sup>27)</sup>			
7	verbleibende pflegesatzfähige Kosten			
8	/, gesondert berechenbare Unterkunft <sup>28)</sup>			
9	Budgetanteil ohne Ausgl. u. Zuschläge			
10	anteilige Ausgl. u. Zuschläge (K 5, Nr. 20) <sup>29)</sup>			
11	Zuschlag nach § 18b KHG			
12	Budgetanteil Basispflegesatz			
13	/, Erlöse aus teilstat. Basispflegesatz			
14	Budgetanteil vollstationär			
15	: vollstationäre Tage <sup>30)</sup>			
16	= vollstationärer Basispflegesatz			
	<b>Nachrichtlich:</b>			
17	1. Pflegesatz o. Ausgl. u. Zuschläge			
18	2. Bezugsgröße Unterkunft (Nr. 7 : BT nach L 1 Nr. 4)			
19	3. Zu-/Abschlag nach § 21 Abs. 2			
	4. Tage m. gesondert berechenb. Unterkunft			
20	- Einbettzimmer			
21	- Einbettzimmer bei Zweibettzimmer als allgemeine Krankenhausleistung			
22	- Zweibettzimmer			

Krankenhaus:

- 15 -

Seite:  
Datum:

**K 7 Ermittlung des Abteilungspflegesatzes nach § 13 Abs. 2**

Abteilung  besondere Einrichtung  Belegarzt

Bezeichnung:.....

Hfd. Nr.	Ermittlung des Pflegesatzes (§ 13 Abs. 2 und 4)	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung 2)
	1	2	3	4
	<b>Direkte Kosten für den Pflegesatz (K1-K3) <sup>31)</sup></b>			
1	Ärztlicher Dienst <sup>32)</sup>			
2	Pflegedienst			
3	Technischer Dienst <sup>14)</sup>			
4	Medizinischer Bedarf			
5	Instandhaltung <sup>20)</sup>			
6	Gebrauchsgüter <sup>21)</sup>			
	<b>Innerbetriebl. Leistungsverrechnung (K 1 - 3) <sup>33)</sup></b>			
7	Intensiv			
8	OP			
9	Med. Inst.			
10	In der Psychiatrie: Sonstige *)			
11	<b>Ausbildungsstätten (ant. K 1-3, Sp. 3, Nr. 31) <sup>22)</sup></b>			
12	<b>Kosten insgesamt</b>			
	<b>Abzüge nach § 7 Abs. 2 für:</b>			
13	./. vor- und nachstationäre Behandlung: 70% <sup>34)</sup>			
14	./. nicht abgestimmte Großgeräte (anteilig)			
15	./. belegärztliche Leistungen			
16	./. wahlärztliche Leistungen			
17	./. sonstige ärztliche Leistungen			
18	<b>pflegesatzfähige Kosten</b>			
19	./. Fallpauschalen (§ 12 Abs. 2 o. 3) <sup>23)</sup>			
20	./. Sonderentgelte (§ 12 abs. 2 o. 3) <sup>24)</sup>			
21	<b>verbleibende pflegesatzfähige Kosten</b>			
22	anteilige Ausgl. und Zuschläge von K 5, Nr. 20 <sup>29)</sup>			
23	./. Erlöse aus teilstat. Abteilungspflegesatz			
24	Budgetanteil vollstat. Abteilungspflegesatz			
25	: vollstat. gewichtete Berechnungstage <sup>30) 35)</sup>			
26	= vollstationärer Abteilungspflegesatz			
	<b>Nachrichtlich:</b>			
	1. Pflegesatz ohne Ausgl. u. Zuschläge <sup>36)</sup>			
	2. Zu-/ Abschlag nach § 21 Abs. 2			

\*) In der Psychiatrie: Ausweis der direkt und indirekt zugeordneten Diplom-Psychologen, Ergo-, Bewegungstherapeuten und Sozialdienst.



## Anhang 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung

Ifd. Nr.	Bettenführende Fachabteilungen *)
1	Innere Medizin
2	Geriatric
3	Kardiologie
4	Nephrologie
5	Hämatologie und internistische Onkologie
6	Endokrinologie
7	Gastroenterologie
8	Pneumologie
9	Rheumatologie
10	Pädiatrie
11	Kinderkardiologie
12	Neonatologie
13	Kinderchirurgie
14	Lungen- und Bronchialheilkunde
15	Allgemeine Chirurgie
16	Unfallchirurgie
17	Neurochirurgie
18	Gefäßchirurgie
19	Plastische Chirurgie
20	Thoraxchirurgie
21	Herzchirurgie
22	Urologie
23	Orthopädie
24	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
25	davon Geburtshilfe
26	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
27	Augenheilkunde
28	Neurologie
29	Allgemeine Psychiatrie
30	Kinder- und Jugendpsychiatrie
31	Psychosomatik/ Psychotherapie
32	Nuklearmedizin
33	Strahlenheilkunde
34	Dermatologie
35	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
36	Intensivmedizin

\*) Nur Abteilungen, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet werden und die für dieses Fachgebiet überwiegend genutzt werden.

## Anhang 2

### zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung

#### Fußnoten

- 1) Die DM-Beträge in den Abschnitten V1 laufende Nr. 1 und 3, V4 und K1 - K4 sind in "1.000,00 DM" anzugeben; die Beträge V2, V3, L2 und K5 - K7 in "DM".
- 2) Vom Krankenhaus für die Verhandlung nicht vorzulegen. Die Spalte "Vereinbarung" für den Pflegesatzzeitraum ist Grundlage für den Krankenhausvergleich nach § 5 BpflV. Die für die Pflegesatzvereinbarung wesentlichen Ergebnisse sind von den Vertragsparteien gemeinsam festzulegen; das Krankenhaus nimmt eine sachgerechte Untergliederung vor.
- 3) Pflegesatzzeitraum; vgl. § 17 Abs. 2.
- 4) BT = Berechnungstag; Berechnungstage sind die nach § 14 Abs. 2 und 7 BpflV zu berechnenden Tage für die voll- und teilstationäre Behandlung.
- 5) Gegebenenfalls gesondert nachzuweisen.
- 6) Entnahme der Nummer des Entgeltes aus den Anlagen 1 und 2 der BpflV.
- 7) Für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 1998 sind die Berechnungstage für den Budgetbereich und die Belegungstage für den Fallpauschalenbereich zusammenzurechnen.
- 8) Die Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten sind für die Korrektur des Abteilungspflegesatzes nach § 14 Abs. 2 Satz 3 BpflV anzugeben.
- 9) Diese Angaben sind erforderlich im Zusammenhang mit der Berichtigung nach § 12 Abs. 5 BpflV.  
Belegungstag: Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes für Fallpauschalen-Patienten; der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht gezählt.
- 10) Die Begriffe "Aufnahme" und "Entlassung" beziehen sich auf die voll- und teilstationäre Behandlung.
- 11) Fälle (voll- und teilstationär) = (Aufnahme + Entlassung) : 2; siehe Fußnote 10).  
Ohne interne Verlegungen. Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden nicht berücksichtigt.  
Bei Beurlaubung sowie bei Wiederaufnahme, bei der nur ein Wochenende zwischen ihr und der vorhergehenden Entlassung liegt, ist nur ein Fall zu zählen.
- 12) Personal des Krankenhauses für die voll- und teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung.
- 13) Teilzeitkräfte sind in Vollzeitkräfte umzurechnen.
- 14) Technischer Dienst einschließlich Instandhaltung. Bei Abteilungspflegesätzen nach § 13 Abs. 2 BpflV ist nur der Anteil für medizinisch-technische Geräte anzusetzen.

- 15) Mit internen Verlegungen, ohne Intensiv; im übrigen vgl. Fußnote 11.  
Besteht eine organisatorisch selbständige Fachabteilung "Intensivmedizin" im Krankenhaus, gilt folgendes: Verlegungen in und aus der Fachabteilung "Intensivmedizin" werden in der Statistik nicht gezählt. Die Patienten und Pfl egetage sind in diesen Fällen weiter bei der abgebenden Fachabteilung nachzuweisen. Sofern eine Krankenhausaufnahme von außen direkt in der "Intensivmedizin" erfolgt, sind die Patientendaten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.
- 16) ICD in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- 17) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- 18) Innerbetriebliche Leistungsverrechnung für OP, medizinische Institutionen (Kostenstellengruppe 92 sowie Schreibkräfte und sonstiges Personal des medizinisch-technischen Dienstes und Funktionsdienstes) und Intensivmedizin (soweit kein eigener Abteilungspflegesatz). Hier sind Kosten des diesen Bereichen direkt zugeordneten Personals sowie anteilige Kosten des Personals bettenführender Abteilungen, soweit dieses in den zentralisierten Bereichen tätig ist, auszuweisen. Dies gilt auch für entsprechende Leistungsbereiche innerhalb von bettenführenden Abteilungen, die nicht zentralisiert sind. Die Zuordnung zu den einzelnen Abteilungen ist für die in Spalte 3 vorgegebenen Kostenarten auf der Grundlage einer sachgerechten Kosten- und Leistungsrechnung nach § 8 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung vorzunehmen. Sachgerechte Vereinfachungen, die der Wirtschaftlichkeit des Verfahrens dienen, sind möglich.
- 19) Wasser einschließlich Abwasser.
- 20) Die Instandhaltung als Oberbegriff schließt die Instandsetzung ein. Bei Abteilungspflegesätzen, Pflegesätzen für besondere Einrichtungen und Pflegesätzen für Belegärzte ist nur die Instandhaltung von medizinisch-technischen Geräten einzusetzen.
- 21) Den Abteilungspflegesätzen, Pflegesätzen für besondere Einrichtungen und Pflegesätzen für Belegpatienten sind nur die Gebrauchsgüter für den medizinischen Bedarf zuzurechnen.
- 22) Zurechnung des Betrages für Ausbildungsstätten zu den Abteilungspflegesätzen in "DM je BT".
- 23) Zur Ermittlung der Abteilungspflegesätze sind die Anteile der Fallpauschalen wie folgt auszugliedern:
  - a) bei Erlösabzug:  $(\text{Punktzahl für die der Abteilung zuzurechnenden Anteile der Fallpauschalen}) \times \text{Punktwert} \times (\text{Anzahl der Fälle}) \times 95 \%$ ;
  - b) bei Kostenausgliederung: individuelle Kalkulation der Kosten für die der Abteilung zuzurechnenden Anteile der Fallpauschalen; vgl. K8.
- 24) Die Sonderentgelte sind wie folgt auszugliedern:
  - a) bei Erlösabzug:  $(\text{Punktzahl für das Sonderentgelt}) \times \text{Punktwert} \times (\text{Anzahl der Leistungen}) \times 95 \%$ ;
  - b) bei Kostenabzug: individuelle Kalkulation der Kosten.
- 25) Der Betrag nach § 12 Abs. 5 berichtigt den nach § 12 Abs. 4. Er ist deshalb mit dem entgegengesetzten Vorzeichen zu versehen.
- 26) Vor- und nachstationäre Behandlung; bei Erlösabzug: 30 % von K5, Nr. 2.

- 27) Beim Erlösabzug nach § 12 Abs. 2 Satz 1 sind zur Ermittlung des Basispflegesatzes die Anteile der Fallpauschalen wie folgt abzuziehen: (Punktzahl für den Basispflegesatzanteil der Fallpauschale) x Punktwert x (Anzahl der Fälle) x 95 %.

(Hinweis: Bei einer Kostenausgliederung wird der krankenhausesindividuelle Basispflegesatz für das ganze Krankenhaus einschließlich der Belegungstage für FP-Patienten ermittelt. Die Kostenausgliederung erfolgt durch den um die Belegungstage erhöhten Divisor und die Nichtberechnung des Basispflegesatzes gegenüber FP-Patienten).

- 28) Bezugsgröße Unterkunft: (Nr. 7 : BT nach L1 Nr. 4).
- 29) Entsprechend den anteiligen pflegesatzfähigen Kosten.
- 30) Bei der Ermittlung der Zahl der Tage für den Divisor sind die Berechnungstage für teilstationäre Pflegesätze abzuziehen.

Für Fallpauschalen gilt folgendes:

- a) Bei Erlösabzug sind die den Fallpauschalen zuzurechnenden Belegungstage wie folgt von der voraussichtlichen Gesamtbelegung abzuziehen: (Verweildauer nach Anlage 1.1, Spalte 12 und Anlage 1.2, Spalte 15) x (Anzahl der Fälle);
- b) bei Kostenausgliederung ist die voraussichtliche Gesamtbelegung (Berechnungstage und Belegungstage einzutragen); vgl. den Hinweis in Fußnote 27).
- 31) Anteilige Beträge von K1 bis K3, Spalte 4 oder 5.
- 32) Beim Ärztlichen Dienst ist nur das Personal des Stationsdienstes, nicht aber das in den medizinischen Institutionen, im OP oder im Bereich der Intensivmedizin tätige Personal, auszuweisen (vgl. Fußnote 18).
- 33) Anteilige Beträge von K1 bis K3, Nr. 25, Spalte 3.
- 34) Vor- und nachstationäre Behandlung bei Erlösabzug: 70 % von K5, Nr. 2.
- 35) BT aus L3 (Nr. 4 abzüglich Nr. 5) + BT aus L3 Nr. 5 x 0,8 = gewichtete Berechnungstage.
- 36) Ermittlung des vollstationären Abteilungspflegesatzes ohne Ausgleich und Zuschläge: (laufende Nr. 21 von K7 abzüglich Nr. 23 von K7) : Nr. 25 von K7.
- 37) MTD: Medizinisch-technischer Dienst
- 38) Belegungstage der Fallpauschale (Spalte 4) x Basispflegesatz des Krankenhauses (vgl. den Hinweis auf die Kostenausgliederung in Fußnote 27).

381/94

18. April 1994

Anlage 4  
zu § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung

**Z**     **Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise  
geförderte Krankenhäuser**

- Z 1     Abschreibungen auf Anlagegüter
- Z 2     Rücklagen
- Z 3     Zinsen für Fremdkapital
- Z 4     Zinsen für Eigenkapital
- Z 5     Kalkulation des zusätzlichen Budgets und des Basispflegessatzes



Krankenhaus:

Seite :  
Datum :

**Z 2 Rücklagen § 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1**

	Rücklagen	Vereinbarung für den lfd. Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung **)
Z 2	Abschreibungen (Summe Z 1, Spalte 7).....DM x .....v.H.			

**Z 3 Zinsen für Fremdkapital \*) (§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2)**

lfd. Nr.	Kreditaufnahme		Zinssatz % p. a.	Dauer der Laufzeit in Monaten	Darlehensstand am Ende des		Zinsen im Pflegesatzzeitraum		
	am	DM			lfd. Pflegesatzzeitraums	Pflegesatzzeitraums	Forderung	Vereinbarung **)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Z 3	Zinsen für Fremdkapital insgesamt								

**Z 4 Zinsen für Eigenkapital (§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3)**

lfd. Nr.	Eigenkapital am Ende des		Zinssatz im Pflegesatzzeitraum	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Zinsen		
	lfd. Pflegesatzzeitraums	Pflegesatzzeitraums			Forderung	Vereinbarung **)	
	1	2	3	4	5	6	
Z 4	Zinsen für Eigenkapital insgesamt						

\*) Hier sind nur diejenigen Zinsen zu berücksichtigen, die nicht bereits als Betriebsmittelkreditzinsen in Anlage 3 aufgeführt sind.

\*\*\*) siehe Bemerkung zu \*\*\*) bei Z 1

Krankenhaus:

Seite :

Datum :

**Z 5 Kalkulation des zusätzlichen Budgetanteils für Investitionskosten**

Ifd. Nr.		Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung *)
1	Abschreibungen (Z 1)			
2	Rücklagen (Z 2)			
3	Zinsen für Fremdkapital (Z 3)			
4	Zinsen für Eigenkapital (Z 4)			
5	= zusätzliche pflegesatzfähigen Kosten nach § 8			
6	/. öffentliche Förderung (§ 8 Abs. 1 Satz 4)			
7	= zusätzlicher Budgetanteil			
	<b>Aufteilung von Nr. 7 auf die Entgeltbereiche:</b>			
8	1. Basispflegesatz			
9	2. Abteilungspflegesätze			
10	3. Sonderentgelte			
11	4. Fallpauschalen			

\*) siehe Bemerkung zu \*\*\*) bei Z 1

**Beschluß  
des Bundesrates**

---

## Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts

Der Bundesrat hat in seiner 672. Sitzung am 8. Juli 1994 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 § 11

Die Bundesregierung wird gebeten sicherzustellen, daß die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte von einer mindestens 3 Jahre umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung über die Auswirkungen dieses neuen Entgeltsystems begleitet wird. Neben den betriebswirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten verbunden sind, sollen insbesondere auch deren Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur in die Untersuchung einbezogen werden.

Hierzu soll ein Beirat gebildet werden, in dem Vertreter der Gesundheitsressorts der Länder, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Ärzteschaft vertreten sind. Der Beirat soll beim Bundesminister für Gesundheit angebunden werden. Dem Beirat soll es insbesondere obliegen, die Fragestellungen der Begleituntersuchung zu konkretisieren und die Entwicklung der Untersuchung kontinuierlich zu begleiten, Während dieser 3 Jahre wird die Einführung des Krankenhausvergleichs nach § 5 zurückgestellt.

Anlage

---

Änderungen  
der  
Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts

1. Zu Artikel 1 § 4 Abs. 1 Nr. 5 und Absatz 2  
§ 19 Abs. 3

- a) § 4 Abs. 1 Nr. 5 und Absatz 2 sind zu streichen.
- b) In § 19 Abs. 3 sind die Worte "§ 4 Abs. 1 Nr. 5," zu streichen.

Begründung:

Zu a: Die Verordnung sieht die Möglichkeit vor, den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses durch ergänzende Vereinbarungen der Vertragsparteien zu konkretisieren. Neben der Krankenhausplanung der Länder und den durch das GSG neu geschaffenen Vertragsmöglichkeiten in § 109 Abs. 1 Sätze 4 und 5 Sozialgesetzbuch V würde damit eine dritte Planungsebene (Leistungsplanung) eingeführt, deren Notwendigkeit nicht ersichtlich ist.

Bereits nach jetzigem Recht haben die Krankenkassen vor Ort die Möglichkeit und die Verpflichtung, zur Sicherung zügiger Budget- und Pflegesatzverhandlungen wesentliche Fragen zur Leistungsstruktur mit dem jeweiligen Krankenhaus gemeinsam zu klären. Diese bewährte Regelung wird auch in die Bundespflegesatzverordnung 1995 übernommen.

Mit der beabsichtigten ergänzenden Regelung kann die betriebliche Planungs- und Handlungsautonomie der einzelnen Krankenhäuser bis hinein in die Therapiegestaltung der medizinischen Fachbereiche deutlich eingeschränkt werden. Die Regelung entspricht nicht dem Ziel, den Krankenhäusern mehr Selbstverantwortung und Selbständigkeit als bisher einzuräumen. Aus der Sicht der Länder ist darauf hinzuweisen, daß ein solcher Regelungskomplex zur Aushöhlung der den Ländern obliegenden Krankenhausplanung beiträgt. Die Verlagerung von Planungsfestlegungen auf die Ebene der Vertragsparteien ist deshalb abzulehnen.

Zu b: Folgeänderung

2. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 1 Nr. 5 - neu -

In § 7 Abs. 1 ist folgende Nummer 5 - neu - anzufügen:

"5. Kosten der betriebsnotwendigen Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses."

Begründung:

Die Kosten für die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Krankenhaus sollen bei der beispielhaften Aufzählung der pflegesatzfähigen Kosten genannt werden. Mit der einschränkenden Formulierung "betriebsnotwendig" soll für die Vertragsparteien deutlich werden, innerhalb welcher Grenzziehung eine pflegesatzrelevante Anerkennung der Kosten der Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses erfolgen kann.

3. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5

In Artikel 1 sind in § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 nach den Worten  
"diese Leistungen" die Worte  
"vor dem 1. Januar 1993"  
einzufügen.

Begründung:

Durch die Verpflichtung, bei sogenannten Altverträgen 85 v.H. des Nutzungsentgelts als Kostenabzug von den nach Blatt K 3 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vereinbarten Gesamtbeträgen abzuziehen, verlieren die Krankenhausträger bis zu 80 % des noch 1992 erzielten Vorteilsausgleichs. Bislang wurde der Vorteilsausgleich zur Finanzierung nicht pflegesatzfähiger Kosten aus dem Wahlarztbereich, darüber hinaus vor allem für die Forschungsförderung eingesetzt. Um diese Verringerung bei der Forschungsförderung auszugleichen, müßten die Länder von den liquidationsberechtigten Ärzten einen höheren Vorteilsausgleich verlangen. Allerdings wird den Ländern dieser Weg zur Forschungsförderung verwehrt, weil bei einer Erhöhung des Nutzungsentgelts vom zusätzlich erzielten Vorteilsausgleich wiederum 85 v.H. einer Absenkung der Pflegesätze zu Gute kommen würde. Insofern würde ein höheres Nutzungsentgelt nicht zu Mehreinnahmen für die Forschungsförderung führen. Die Änderung der Bundespflegesatzverordnung soll dafür sorgen, daß eine Erhöhung des Vorteilsausgleichs nach dem 1. Januar 1993 den Krankenhausträgern verbleibt.

4. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 Buchst. a

In § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 Buchst. a sind die Worte "75 vom Hundert" durch die Worte "65 vom Hundert" zu ersetzen.

Begründung:

Die festgelegte Kostenausgliederung für Einbettzimmer ist zu hoch angesetzt. Eine Ausgliederung von 65 v. H. festzulegen, stellt einen vertretbaren Kompromiß dar, auch um den Krankenhäusern eine wesentliche Einnahmequelle für die Finanzierung von zusätzlichen Investitionen sowie zur Deckung von Betriebsverlusten zu belassen.

5. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1

§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

- "1. eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn das Krankenhaus die mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten abzurechnenden Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung insgesamt ohne Verlust nicht erbringen kann, oder "

Begründung:

Verluste bei einer einzigen Fallpauschale oder einem Sonderentgelt sollten nicht zur Berechtigung für einen Zuschlag führen. Entscheidendes Kriterium ist das wirtschaftliche Gesamtergebnis des Krankenhauses unter Einbeziehung aller Fallpauschalen und Sonderentgelte.

6. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 3 Satz 3

§ 11 Abs. 3 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

"Die Vertragsparteien vereinbaren für Fallpauschalen und Sonderentgelte einen Abschlag soweit dies erforderlich ist, um

1. die besonderen Gegebenheiten von Krankenhäusern und von vollständig über Fallpauschalen abrechnenden Abteilungen, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, oder
2. eine auf ungewöhnlich wenige Leistungsarten begrenzte Leistungserbringung von Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Krankenhäusern sowie von Belegkrankenhäusern und -abteilungen

angemessen zu berücksichtigen."

Begründung:

Nummer 2 sieht eine weitere Abschlagsmöglichkeit für diejenigen Krankenhäuser vor, die sich auf einzelne Leistungen spezialisieren und diese daher auch kostengünstiger erbringen können. Sie entspricht im wesentlichen dem Regierungsentwurf. Neu ist, daß ein Abschlag nur möglich ist, wenn die Leistungsbegrenzung ungewöhnlich ist. Soweit in bestimmten Fachgebieten gewisse Leistungsarten generell dominieren, kann dieser Umstand nicht einen Abschlag rechtfertigen, da er schon in die Kalkulation der Fallpauschale eingeflossen sein dürfte.

Die Änderung der Nummer 1 dient der Klarstellung.

7. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 4

In Artikel 1 ist § 11 Abs. 4 wie folgt zu fassen:

"(4) Soweit das Krankenhaus sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt, kann ein Zuschlag zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten vereinbart werden."

Begründung:

Eine betragsmäßig fixierte Pauschale für Qualitätssicherungsmaßnahmen über alle Fallpauschalen und Sonderentgelte kann zu "Mitnahmeeffekten" bei den Krankenhäusern führen. Die Vereinbarung im Einzelfall erscheint deshalb zweckmäßiger.

8. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 6 Satz 2

In Artikel 1 sind in § 12 Abs. 6 Satz 2 die Worte "der linearen Vergütung" zu ersetzen durch die Worte "des Vergütungstarifvertrages".

Begründung:

Durch die Streichung des Wortes "linear" und den Hinweis auf den "Vergütungstarifvertrag" werden sowohl lineare wie strukturelle Veränderungen berücksichtigt.

9. Zu Artikel 1 § 13 Abs. 2 Satz 2

Artikel 1 § 13 Abs. 2 Satz 2 ist zu streichen.

Begründung:

Die Intensivmedizin hat sich zu einem eigenständigen Versorgungsbereich im Krankenhaus entwickelt, für den Abteilungsbudgets mit entsprechender Finanzierungsverantwortung und eine Leistungsberechnung durch Abteilungspflegesätze erforderlich sind.

Zur Ermöglichung einer verantwortlichen Kostensteuerung durch die Abteilungsleiter von überbetrieblichen Intensivseinheiten und u.a. auch wegen der Unmöglichkeit, Notfallpatienten, die unmittelbar in eine Intensivseinheit aufgenommen werden und von dort z.B. im Todesfall, nicht auf eine Fachabteilung verlegt werden, eindeutig einer bestimmten Fachabteilung zuzuordnen, müssen auch für Intensivseinheiten Abteilungspflegesätze gebildet werden.

10. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 2 Satz 5

In § 14 Abs. 2 Satz 5 sind nach dem Wort "wieder" die Worte "in dasselbe Krankenhaus" einzufügen.

Begründung:

Die Einfügung stellt klar, daß bei Wiederaufnahme eines Patienten ein Pflegesatz innerhalb der Grenzverweildauer nur von dem Krankenhaus nicht abgerechnet werden darf, das für den Patienten bereits eine Fallpauschale abgerechnet hat. Einem bisher unbeteiligten Krankenhaus kann nicht zugemutet werden, einen Patienten umsonst aufzunehmen, weil ein anderes Krankenhaus bereits eine Fallpauschale abgerechnet hat.

### 11. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 5 Satz 3

In § 14 Abs. 5 Satz 3 ist der Punkt durch ein Semikolon zu ersetzen, und es ist folgender Text anzufügen:

"Absatz 7 gilt entsprechend für die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern."

#### Begründung:

Die Regierungsfassung sieht in § 14 Abs. 5 für den Fall der Verlegung eines Patienten im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern eine Aufteilung der Fallpauschale zwischen den beteiligten Krankenhäusern vor.

Diese Regelung wird insbesondere der Zusammenarbeit zwischen operativ ausgerichteten Akutabteilungen und Nachsorgekliniken nicht gerecht. Im Interesse einer hohen Nutzungsfrequenz der operativen Kapazitäten erfolgt hier in den geeigneten Fällen (z. B. nach Gelenkersatz) die Verlegung in die Nachsorgeklinik kurzfristig nach der Operation. Die Nachsorgeklinik stellt sodann die Weiterbehandlung des Patienten einschließlich seiner Mobilisierung sicher, wobei dieses Nachsorgekonzept sicher eine rehabilitative Komponente beinhaltet. Die Gesamtverweildauer eines solchen auf rehabilitative Mobilisierung angewiesenen Patienten kann die Grenzverweildauer des entsprechenden Falles deutlich überschreiten.

Um das bewährte Konzept der frühzeitigen Verlegung im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen einer operativen Akutabteilung und einer Nachsorgeklinik nicht zu gefährden, ist daher vorzusehen, daß die aufzuteilende Fallpauschale lediglich den Zeitraum des gesamten Krankenhausaufenthalts bis zur Grenzverweildauer abdeckt. Ab dieser Grenze berechnet das aufnehmende Krankenhaus sodann den tagessgleichen Pflegesatz.

12. Zu Artikel 1 § 16 Abs. 1 Satz 2

Artikel 1 § 16 Abs. 1 Satz 2 ist zu streichen.

Begründung:

- Es soll auf der Landesebene nur ein einheitlicher Punktwert vereinbart werden. Individuelle Änderungen des Punktwertes bergen die Gefahr in sich, daß die Übersichtlichkeit des neuen Vergütungssystems verloren geht und die Beurteilung erschwert wird.

13. Zu Artikel 1 § 19 Abs. 1 Satz 1  
§ 20 Abs. 1

- a) In § 19 Abs. 1 Satz 1 sind nach den Worten "§ 17 Abs. 1" die Worte "und § 12 Abs. 7" einzufügen.
- b) In § 20 Abs. 1 sind nach den Worten "nach den §§" die Worte "12 Abs. 7." einzufügen.

Begründung zu Buchstaben a und b:

Sowohl in § 19 Abs. 1 Satz 1 als auch in § 20 Abs. 1 ist der Verweis auf § 12 Abs. 7 aufzunehmen. Auseinandersetzungen der Vertragsparteien bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung eines Budgets zugrunde gelegten Annahmen müssen schiedsstellenfähig, entsprechende Vereinbarungen bzw. Festlegungen selbstverständlich genehmigungspflichtig sein. Für den gleichgelagerten Fall wesentlicher Änderungen der einer Vereinbarung der Punktwerte auf Landesebene zugrunde gelegten Annahmen ist die Schiedsstellenfähigkeit und die Genehmigungspflicht durch den Verweis auf § 16 Abs. 6 bzw. § 16 sichergestellt. Die Regelung entspricht der bisherigen Rechtslage, die sich durchaus bewährt hat.

14. Zu Artikel 1 § 20 Abs. 3 - neu -

In § 20 ist folgender Absatz 3 - neu - anzufügen:

"(3) Wird die Genehmigung eines Schiedsspruches versagt, ist die Schiedsstelle auf Antrag verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden."

Begründung:

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit seinem Urteil vom 21.01.1993 (Az.: 3 C 65.90) festgestellt, daß die Genehmigungsbehörde einen Pflegesatz nur entweder genehmigen kann, wenn er dem geltenden Recht entspricht, oder die Genehmigung versagen kann. Eine Korrekturbefugnis nach oben oder unten besteht nicht.

Dieses Urteil führt insbesondere dann zu praktischen Problemen, wenn das Krankenhaus einen höheren Pflegesatz begehrt, als von der Schiedsstelle festgesetzt worden ist. Hält die Genehmigungsbehörde dieses Begehren für berechtigt, ist sie nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts gezwungen, die Genehmigung zu versagen. Falls die Krankenkassen und die Schiedsstelle ihre Entschei-

...

dung nicht modifizieren, ist offen, wie das Krankenhaus den ihm rechtmäßiger Weise zustehenden Pflegesatz erhalten soll:

Eine Klage auf Genehmigung eines höheren Pflegesatzes muß notwendigerweise abgewiesen werden, weil der Genehmigungsbehörde keine Gestaltungskompetenz zusteht. Auch eine Weisung der Behörde an die Schiedsstelle, den höheren Pflegesatz festzusetzen, verbietet sich nach § 18 Abs. 3 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz, da danach die Mitglieder der Schiedsstelle in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden sind.

Diese Rechtsschutzlücke wird geschlossen, wenn man die Schiedsstelle an die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde bindet, wenn diese die Genehmigung des Schiedsspruches versagt hat. Soweit sich die Parteien nach der Verweigerung der Genehmigung nicht einvernehmlich einigen können, stellt der neue Absatz 3 sicher, daß die Schiedsstelle auf Antrag einen genehmigungsfähigen Pflegesatz festsetzt. Den Krankenkassen steht dann der Klageweg gegen den Genehmigungsbescheid offen. Der Gedanke der Bindung (der Vertragsparteien) an die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde findet sich auch in dem zitierten Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (S. 19 des Urteils).

15. Zu Artikel 1 § 24 Abs. 3

In Artikel 1 sind in § 24 Abs. 3 die Worte "von diesem" zu streichen.

Begründung:

In der Hochschulmedizin ist es üblich und für Forschung und Lehre unerheblich, daß Hochschulprofessoren sich auf Lehrstühle an anderen Universitäten bewerben. Nur auf diese Weise können die medizinischen Fakultäten ein spezielles Profil in der Forschung und in der Lehre ausbilden.

Die Regelung von § 24 Abs. 3 schließt die Möglichkeit ein, daß beamtete Professoren innerhalb des Landes die Universität wechseln können, ohne daß in pflegesatzrechtlicher Hinsicht die Kostenerstattung eines "Neuvertrages" zugrunde gelegt werden muß. Das Gegenteil ist jedoch dann der Fall, wenn ein beamteter Professor an die Universität eines anderen Landes wechseln will. Wenn der liquidationsberechtigte Professor in diesem Fall nur einen "Neuvertrag" erhalten kann, würde er für etwas bestraft, was nach den einschlägigen besoldungsrechtlichen und hochschulrechtlichen Vorschriften gerade umgekehrt zur Wahrung der wissenschaftlichen Belange der medizinischen Fakultäten äußerst erwünscht ist. Die Änderung dient dem Ziel, die notwendige Mobilität der Hochschullehrer auch über die Ländergrenzen hinweg aufrecht zu erhalten.

16. Zu Artikel 10 Abs. 1a - neu -

In Artikel 10 ist folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Artikel 1 § 3 Abs. 2 Satz 1 und § 5 sowie § 17 Abs. 4 Satz 1, soweit sie sich auf den Krankenhausvergleich beziehen, treten am 1. Januar 1998 in Kraft."

Begründung:

Es bestehen nach wie vor erhebliche Zweifel, ob Aufwand und Ertrag des Krankenhausvergleichs in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Die Einführung des neuen Entgeltsystems führt bereits zu Verwaltungsmehraufwand in den Krankenhäusern. Deshalb sollten weitere Verwaltungsmehrbelastungen vermieden werden, die zur Umsetzung des neuen Vergütungssystems nicht unbedingt erforderlich sind. Das gilt für den Krankenhausvergleich.

Die Umsetzung des neuen Vergütungssystems in den Krankenhäusern bedarf einer umfassenden wissenschaftlichen Begleituntersuchung, um insbesondere die Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur überprüfen zu können.

Die Entschließung des Bundesrates zu § 11 verfolgt daher die Zielsetzung die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte von einer mindestens drei Jahre umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung über die Auswirkungen dieses neuen Entgeltsystems begleiten zu lassen.

Während dieser drei Jahre soll die Einführung des Krankenhausvergleichs nach § 5 zurückgestellt werden.

17. Zu den Anlagen 1 und 3

1. In Anlage 1 ist die Fußnote "\*\*\*\* Empfehlung für Beleghebammen" zu ersetzen durch die Fußnote "\*\*\*\* Bewertungsrelation für Beleghebammen."

2. Anlage 3 ist wie folgt zu ändern:

a) In V4 Spalte 3 ist die Bezeichnung "DM" durch das Wort "Erlöse" zu ersetzen.

b) In K1 ist in Spalte 2 Zeile 32 das geschwärtzte Feld durch ein dickumrandetes helles Feld zu ersetzen.

c) In K6 ist in Spalte 1 Zeile 3 nach dem Wort "Großgeräte" das Wort "(antellig)" einzufügen.

d) In Anhang 2 Fußnote 1) ist die Angabe "1 und 3" durch die Angabe "2 und 4" zu ersetzen.

...

e) In Anhang 2 ist die Fußnote 28 wie folgt zu fassen:

"28) Kostenausgliederung für Ein- und Zweibettzimmer:  
(Betrag nach laufender Nr. 18) x (BT für Unterkunft)  
x (entsprechender Vomhundertsatz nach § 7 Absatz 2  
Satz 2 Nr.7BPf1V)."

Begründung:

Redaktionelle Änderungen bzw. Klarstellungen.