

14.06.95**G - FJ - Fz - In - K****Verordnung**
der Bundesregierung

Erste Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung**A. Zielsetzung**

Mit der Verordnung sollen die Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge zur Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen, die bereits mit der neuen Bundespflegesatzverordnung 1995 vorgegeben wurden, ergänzt werden. Erfaßt werden durch diese Ergänzung die Gebiete Herzchirurgie, Thoraxchirurgie und Geburtshilfe.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll durch die ergänzenden Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge erreicht werden.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau werden voraussichtlich nicht eintreten. Eine Quantifizierung ist nicht möglich. Mittelfristig ist damit zu rechnen, daß die Belastungen der Krankenkassen durch den Krankenhausbereich gemildert werden mit entsprechend dämpfender Wirkung auf die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung.

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

Bundesrat

Drucksache 361/95

14.06.95

G - FJ - Fz - In - K

Verordnung
der Bundesregierung

Erste Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 14. Juni 1995

031 (312) - 240 00 - Pf 27/95

An den
Präsidenten des Bundesrates

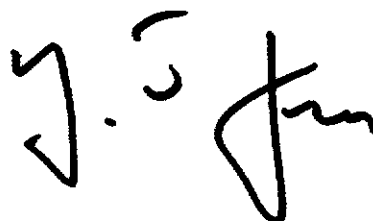
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Erste Verordnung zur Änderung der
Bundespflegesatzverordnung

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.



Erste Verordnung zur Änderung der Bundespfllegesatzverordnung

vom 1995

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) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Die Bundespfllegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678), wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Abs. 2 Satz 2 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"bei Berechnung einer Fallpauschale wird für das gesunde Neugeborene nach Maßgabe der Anlage 1 eine gesonderte Fallpauschale berechnet."

2. In § 13 Abs. 2 Satz 3 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"wenn in Anlage 1 eine gesonderte Grenz-Verweildauer für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, sind entsprechende Pflegesätze auch für Einrichtungen der Intensivmedizin, die innerhalb der die Hauptleistung erbringenden Abteilung geführt werden, zu vereinbaren."

3. § 14 Abs. 7 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Bei den Fallpauschalen, für die in Anlage 1 Spalte 9 eine zusätzliche Grenz-Verweildauer für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, werden entsprechend der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin berechnet, soweit auch die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale nach Satz 1 überschritten wird; soweit die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale nicht überschritten wird, wird der Basispflegesatz nicht, der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin in Höhe von 50 vom Hundert berechnet."

b) In Satz 2 wird das Wort "Diese" durch folgende Worte ersetzt:

"Die nach Satz 1 und 2 berechneten Pflegesätze".

4. Dem § 28 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

"Die Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze für das Jahr 1996 richtet sich nach den entsprechenden Vorschriften dieser Verordnung."

5. In Anlage 1 zu § 11 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung werden die Fallpauschalen 16.01 und 16.02 gestrichen.

6. In der Anlage 1.2 werden die Bewertungsrelationen für die Fallpauschale 17.08 wie folgt geändert:

a) In Spalte 8 wird die Zahl "5.500" durch die Zahl "5.050" ersetzt.

b) In Spalte 10 wird die Zahl "8.740" durch die Zahl "8.290" ersetzt.

7. Der Fallpauschalenkatalog in Anlage 1 zu § 11 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung wird um die in der Anlage 1 dieser Verordnung aufgeführten Fallpauschalen ergänzt.

8. Der Sonderentgeltkatalog in Anlage 2 zu § 11 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung wird um die in der Anlage 2 dieser Verordnung aufgeführten Sonderentgelte ergänzt.

9. In Anlage 3 zu § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung wird die laufende Nr. 14 in den Abschnitten "L 1" und "L 3" jeweils wie folgt gefaßt:

"davon: Kurzlieger bis einschl. 3 BT".

10. In Anhang 2 zur Anlage 3 wird in Fußnote 35 folgender Satz angefügt:

"Bei der Ermittlung von Abteilungspflegesätzen für die Intensivmedizin sind in den Divisor zusätzlich die Tage zu 50 vom Hundert einzubeziehen, für die nach § 14 Abs. 7 Satz 2 zusätzlich zur Fallpauschale 50 vom Hundert des Intensivpflegesatzes berechnet werden; diese Tage sind keine Berechnungstage nach der Systematik der LKA."

Artikel 2

Artikel 1 Nr. 4 tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Im übrigen tritt diese Verordnung am 1. Januar 1996 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

B e g r ü n d u n g

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 vorkalkulierten Selbstkosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung wurde ersetzt durch den Anspruch auf "medizinisch leistungsgerechte" Pflegesätze (§ 17 Abs. 1 KHG).

Das Entgeltsystem der Krankenhäuser wird grundlegend umgestellt auf differenziertere Entgeltformen (§ 17 Abs. 2 a KHG). Zum 1. Januar 1996 werden verbindlich Fallpauschalen und pauschalisierte 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. Die Entgelthöhe wird auf der Grundlage von Bewertungsrelationen, die in der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 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 Abteilungs- pflegesätze und ein Basispflegesatz vorgesehen (§ 17 Abs. 2 a KHG).

Diese Vorgaben des KHG wurden bereits mit der neuen Bundespflegesatzverordnung umgesetzt, die von der Bundesregierung am 26. April 1994 beschlossen wurde. Der Bundesrat hat am 8. Juli 1994 zugestimmt. Mit der Verordnung wurden 40 Fallpauschalen für 26 Krankheitsarten und 104 Sonderentgelten vorgegeben.

Für einige Fachbereiche konnte jedoch die Kalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte nicht rechtzeitig abgeschlossen werden, so daß diese Entgelte noch nicht in die Bundespflegesatzverordnung aufgenommen werden konnten. Dies wird nun nachgeholt.

Die Erste Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung ergänzt die bereits beschlossenen Entgelt-Kataloge um weitere 24 Fallpauschalen für 3 Krankheitsarten und 36 Sonderentgelte für die Bereiche Herzchirurgie, Thoraxchirurgie und Geburtshilfe.

II. Vorgehensweise

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Forschungsaufträge zur Erarbeitung der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge sowie zur Kalkulation der Entgelte vergeben. Die beteiligten Forschungsinstitute und ein Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen arbeiteten unter Leitung des BMG in einer "Arbeitsgruppe Entgeltsystem" zusammen, in der die Entgeltkataloge abgestimmt und die Projekte koordiniert wurden.

Die Differenzierung der Falldefinitionen in den Bereichen Herzchirurgie-, Thoraxchirurgie und Geburtshilfe wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden entwickelt und von den Forschungsinstituten kalkuliert. Nach Abschluß der Kalkulationen wurden die Empfehlungen der Institute der vom BMG bereits im November 1992 einberufenen "Expertengruppe Entgeltsystem" und den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden vorgestellt.

Die in der Verordnung vorgegebenen Bewertungsrelationen (Punktzahlen) 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 grundsätzlich von den Forschungsinstituten aus der gegenwärtigen Situation in den Krankenhäusern abgeleitet.

Der in den Krankenhäusern mit einem Durchschnittswert von 6350 DM ermittelte Kalkulationsansatz für Herzklappen wurde gegenüber dem Referentenentwurf um 850 DM abgesenkt. Der Verordnungsgeber bezieht damit zwischenzeitliche Marktentwicklungen ein und setzt Anreize, Herzklappen preisgünstig einzukaufen. Die Bundesregierung wird die Preisentwicklung auf diesem Markt weiterhin beobachten und - falls erforderlich - die Bewertungsrelationen kurzfristig anpassen.

Der herzkappenbedingten Absenkung steht eine pauschale Erhöhung der Bewertungsrelationen für die Fallpauschalen in der Herzchirurgie um 500 DM gegenüber. Mit dieser Erhöhung wird eine zu starke pauschale Kürzung medizinisch bedingter, herzspezifischer Kosten korrigiert, die durch eine formale Zuordnung dieser Kostenanteile zum plafondierten Basispflegesatz ansonsten entsteht (z.B. ein herzspezifisch erhöhter Aufwand für die Instandhaltung der Herzklappen und ein erhöhter Energieverbrauch).

III. Inhalte der Verordnung

Anlage 1 und 2 der Verordnung enthalten die ergänzenden Kataloge der Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie die bundesweit gültigen Bewertungsrelationen (Punktzahlen). Dabei wird zwischen hauptamtlich geführten Abteilungen und belegärztlichen Leistungen unterschieden, soweit eine belegärztliche Versorgung durchgeführt wird.

Für sog. "Ausreißer"-Patienten, die wesentlich länger behandelt werden müssen, als in der Fallpauschale berücksichtigt, ermöglicht § 14 Abs. 7 BpflV oberhalb einer sog. Grenz-Verweildauer (Anlage 1.1 Spalte 8 oder 1.2 Spalte 11) die zusätzliche Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen.

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Intensivmedizin in der Herzchirurgie wurde für die entsprechenden Fallpauschalen eine zusätzliche Grenz-Verweildauer vorgegeben. Bei Überschreiten dieser Grenz-Verweildauer werden zusätzliche Pflegesätze gezahlt; Näheres siehe in der Einzelbegründung.

Für den Bereich der Geburtshilfe wurden die Fallpauschalen insgesamt neu definiert und abgestimmt. Aus diesem Grunde werden auch die bereits in der neuen Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Entgelte 16.01 und 16.02 durch neue Fallpauschalen ersetzt.

IV. Kosten

Die Verordnung vervollständigt lediglich die bereits durch die neue Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Entgelt-Kataloge. Durch die höhere Zahl der Entgelte entsteht ein begrenzter höherer Aufwand im Rechnungswesen der betroffenen Krankenhäuser. Andererseits ist aufgrund der Aufhebung des bisherigen Selbstkostendeckungsprinzips und der verbesserten Wirtschaftlichkeitsanreize des neuen Entgeltsystems mittelfristig mit Kostensenkungen zu rechnen, die den zusätzlichen Aufwand des neuen Systems deutlich übersteigen. Gegenüber den heutigen Zahlungen der Krankenkassen für Herzoperationen ergeben sich pro Fall ca. 5000 DM Minderaufwendungen, die ein Einsparpotential in der Größenordnung von ca. 300 Mio. DM eröffnen.

Bezogen auf das über die Pflegesätze finanzierte Umsatzvolumen des Krankenhausbereiches von ca. 86 Mrd. DM im Jahre 1994 sind aufgrund der Verordnung keine Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau zu erwarten. Mittelfristig ist damit zu rechnen, daß die Belastung der Krankenkassen für Krankenhausaufgaben gemildert wird mit entsprechend dämpfender Wirkung auf die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1

Artikel 1 ergänzt Teile der neuen Bundespflegesatzverordnung 1995.

Zu Nummer 1

Nummer 1 schreibt vor, daß in der Geburtshilfe für das gesunde Neugeborene eine gesonderte Fallpauschale abgerechnet wird. Dies ist erforderlich, um eine aufwendige weitere Differenzierung der Fallpauschalen zu vermeiden.

Zu Nummer 2

Die Vereinbarung eines Abteilungspflegesatzes wird auch für den Fall vorgeschrieben, daß eine Intensiveinheit in der Herzchirurgie nicht die Voraussetzung des Satzes 1 erfüllt, nach der eine organisatorisch selbständige Abteilung unter Leitung eines fachlich nicht weisungsgebundenen Arztes mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung bestehen muß. Ein Abteilungspflegesatz ist nun auch für eine "besondere Einrichtung", d.h. eine Organisationseinheit unter der Abteilungsebene zu vereinbaren.

Zu Nummer 3 a

Der neue § 14 Abs. 7 Satz 2 gibt in Verbindung mit dem Entgeltkatalog für den Bereich der Herzchirurgie eine zusätzliche Grenz-Verweildauer für die Intensivmedizin vor. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Intensivmedizin in diesem Bereich können ab dieser Grenz-Verweildauer neben der Fallpauschale zusätzlich der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin und der Basispflegesatz für jeden weiteren Tag in der Intensiveinheit berechnet werden. Voraussetzung ist jedoch, daß neben dieser zusätzlichen Grenzverweildauer auch die "normale" Grenz-Verweildauer der Fallpauschale nach Spalte 8 des Entgeltkataloges überschritten wird, der Fallpauschalen-Patient insoweit also zum Budget-Patienten wird.

Wird die Grenz-Verweildauer für die Fallpauschale nicht überschritten, so bleibt der Patient ein Fallpauschalen-Patient. Das Krankenhaus erhält in diesem Fall mit der Fallpauschale bereits den einkalkulierten Basispflegesatz und den einkalkulierten Abteilungspflegesatz für die "Normalstation". Für die gesondert berechenbaren Intensivmedizinstage kann in diesem Fall deshalb nur die Differenz zwischen der Fallpauschalenkalkulation und dem höheren Inten-

sivpflegesatz vergütet werden. Diese Differenz wird pauschal mit 50 vom Hundert des Intensivpflegesatzes festgelegt. Der Basispflegesatz kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Führt nur ein Teil der zusätzlichen Tage in der Intensiveinheit zu einer entsprechenden Überschreitung der Grenz-Verweildauer der Fallpauschale, so kann nur dieser Teil in vollem Umfang, d.h. mit dem Basispflegesatz und dem vollen Intensivpflegesatz, zusätzlich abgerechnet werden. Für den Teil der zusätzlichen Tage in der Intensiveinheit, der nicht zu einer Überschreitung der Grenz-Verweildauer der Fallpauschale führt, kann lediglich 50 vom Hundert des Intensivpflegesatzes abgerechnet werden.

Zu Nummer 3 b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 4

Klarstellung.

Zu Nummer 5

Die in der Bundespflegesatzverordnung 1995 vorgegebenen zwei Fallpauschalen in der Geburtshilfe werden gestrichen, da nun für dieses Fachgebiet eine weitergehende Differenzierung eingeführt wird, die eine geänderte Abgrenzung der Entgelte erfordert.

Zu Nummer 6

Die Änderung korrigiert einen Fehler in der Bewertungsrelation. Diese muß bei Beteiligung eines Beleganästhesisten (Spalten 8 bis 10) niedriger sein als die Bewertungsrelation bei Leistungserbringung durch einen Anästhesisten des Krankenhauses (Spalten 5 bis 7).

Zu den Nummern 7 und 8

Die Nummern 7 und 8 ergänzen die Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge der Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 9

Die Vorschrift definiert den Begriff "Kurzlieger" in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung .

Zu Nummer 10

Die neben der Fallpauschale zusätzlich berechenbaren Tage der Intensiveinheit, die innerhalb der Grenz-Verweildauer der Fallpauschale erbracht und mit 50 vom Hundert des Intensivpflegesatzes vergütet werden, müssen bei der Divisionskalkulation zur Ermittlung des Abteilungs- pflegesatzes Intensiveinheit in dem Divisor berücksichtigt werden. Da nur der halbe Pflegesatz in Rechnung gestellt wird, dürfen auch die Tage nur zur Hälfte einbezogen werden. Diese zusätzlich abrechenbaren Tage werden nicht als "Berechnungstage" gezählt, weil sie lediglich abrechnungstechnisch bedingt sind und sie sonst doppelt gezählt würden. Auch dies unterstreicht die Sonderstellung, die der zusätzlichen Vergütung von Leistungen der Intensiveinheit innerhalb der normalen Grenz-Verweildauer für Fallpauschalen zukommt (vgl. die Erläuterungen zu Nummer 3).

Zu Artikel 2

Die Verordnung tritt grundsätzlich am 1. Januar 1996 in Kraft. Da die Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 1996 bereits im Herbst 1995 durchzuführen sind, bestimmt Satz 1, daß die entsprechenden Vorschriften für diese Verhandlungen bereits gelten.

Anlage 1

zur 1. ÄndV der BPflV

Fallpauschalen-Katalog

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzver- weildauer**	Grenzver- weildauer Intensiv- medizin***	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer	Verweil- dauer Intensiv- medizin***
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte			Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Gruppe 9: Operationen am Herzen													
9.01	Koronare Herzkrankheit			11.890	10.580	22.470	29	7	1.190	1.210	2.400	19,60	3,40
9.02	"			13.720	12.060	25.780	36	8	1.520	1.540	3.060	25,07	4,43
9.03	"			11.890	10.580	22.470	29	7	1.190	1.210	2.400	19,60	3,40
9.04	"			13.270	11.600	24.870	31	7	1.260	1.270	2.530	20,73	3,71
9.05	"			16.280	12.650	28.930	30	10	1.360	1.380	2.740	22,45	6,22
9.06	"			13.350	17.660	31.010	32	7	1.310	1.330	2.640	21,61	3,45

* Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer in Bezug auf den Gesamtaufenthalt
** Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Grenz-Verweildauer der Fallpauschale
*** Verweildauer Intensivmedizin: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer in der Intensivmedizin
**** Grenzverweildauer Intensivmedizin: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Grenz-Verweildauer Intensivmedizin

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzver- weildauer**	Grenzver- weildauer***	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer	Verweil- dauer Intensiv- medizin****
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte			Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
9.07	Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine als Kombinationseingriff von Koronarchirurgie, ohne Klappen-chirurgie (z. B. Aneurysmaresektion, ASD), ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			14.590	15.120	29.710	38	8	1.550	1.570	3.120	25,48	4,35
9.08	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			12.580	12.020	24.600	35	8	1.410	1.430	2.840	23,19	4,02
9.09	Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			11.760	16.530	28.290	33	7	1.300	1.320	2.620	21,47	3,30
9.10	Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			15.110	19.190	34.300	36	8	1.720	1.740	3.460	28,25	3,65
9.11	Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			13.950	22.890	36.840	35	7	1.480	1.500	2.980	24,35	4,05
9.12	Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine als Rezidiveingriff an einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			14.210	18.850	33.060	36	7	1.560	1.580	3.140	25,70	3,67
9.13	Herzoperation unter Einsatz der Herz- Lungen-Maschine als Rezidiveingriff an zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie			15.760	24.530	40.290	31	10	1.560	1.580	3.140	23,02	5,74

* Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer in Bezug auf den Gesamtaufenthalt

** Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Grenz-Verweildauer der Fallpauschale

*** Verweildauer Intensivmedizin: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer in der Intensivmedizin

**** Grenzverweildauer Intensivmedizin: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Grenz-Verweildauer Intensivmedizin

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzver- weildauer **	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer *
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gruppe 16: Geburt und geburtshilfliche Operationen											
16.01	Geburt eines gesunden Neugeborenen ab dem 260. Schwangerschaftstag	Versorgung des gesunden Neugeborenen		680	70	750	-	-	-	-	-
16.02	Risiko Geburt ab 225. bis 259. Schwangerschaftstag, ohne verlegungsrelevante Diagnosen	Versorgung des Frühgeborenen, außer bei einer verlegungsrelevanten Krankheitsart oder bei Intensiv- Versorgung		1.230	130	1.360	-	-	-	-	-
16.03	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines gesunden Neugeborenen führt	Vaginale Entbindung bei Versorgung des Neugeborenen und der Mutter unter 24 Stunden im Krankenhaus		1.050	240	1.290	-	60	60	120	1,00
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			470	240	710	-	60	60	120	1,00
16.041	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines gesunden Neugeborenen führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu drei Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt		1.980	610	2.590	13	320	320	640	5,23
16.042	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.041 bei Mehrlingen			1.400	610	2.010	13	320	320	640	5,23
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			3.030	910	3.940	17	550	560	1.110	9,12
	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines gesunden Neugeborenen führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag	Sectio, einschließlich bis zu drei Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt		2.300	910	3.210	17	550	560	1.110	9,12
16.051	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.051 bei Mehrlingen			3.830	1.400	5.230	19	690	690	1.380	11,28
16.052	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			3.320	1.400	4.720	19	690	690	1.380	11,28
				3.840	1.630	5.470	21	720	730	1.450	11,91
				2.990	1.630	4.620	21	720	730	1.450	11,91

*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

** Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

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
16.061	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.061 bei Mehrlingen			2.430	850	3.280	17	480	490	970	7,93
16.062	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.061 bei Mehrlingen			1.920	850	2.770	17	480	490	970	7,93
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			3.040	990	4.030	18	570	580	1.150	9,44
16.071	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab 225. bis 259. Schwangerschaftstag Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.071 bei Mehrlingen			2.430	990	3.420	18	570	580	1.150	9,44
	Section, einschließlich bis zu drei Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt			4.050	1.650	5.700	21	770	780	1.550	12,72
16.072	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.071 bei Mehrlingen			3.620	1.650	5.270	21	770	780	1.550	12,72
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			4.150	1.600	5.750	21	770	780	1.550	12,66
				3.540	1.600	5.140	21	770	780	1.550	12,66

*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

** Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegpauschale und Beleganästhesist			Grenz- verweil- dauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer*
				Fallpauschale			Fallpauschale				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16.01	Geburt eines gesunden Neugeborenen ab dem 260. Schwangerschaftstag			680	70	750	680	70	750	-	-	-	-	-
16.02	RisikoGeburt ab Z25. bis Z59. Schwangerschaftstag, ohne verlegungsrelevante Diagnosen			1.230	130	1.360	1.230	130	1.360	-	-	-	-	-
16.03	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines gesunden Neugeborenen führt			800	240	1.040	790	240	1.030	-	60	60	120	1,00
16.041	Empfehlung bei Beleghebammen			220	240	460	210	240	450	-	60	60	120	1,00
	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines gesunden Neugeborenen führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag			1.610	610	2.220	1.600	610	2.210	13	320	320	640	5,23
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.041 bei Mehrlingen			1.030	610	1.640	1.020	610	1.630	13	320	320	640	5,23
16.042	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			2.320	910	3.230	2.270	910	3.180	17	550	560	1.110	9,12
16.051	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			1.590	910	2.500	1.540	910	2.450	17	550	560	1.110	9,12
	Sectio, einschließlich bis zu drei Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt			3.030	1.400	4.430	2.760	1.400	4.160	19	690	690	1.380	11,28
	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines gesunden Neugeborenen führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag			2.520	1.400	3.920	2.250	1.400	3.650	19	690	690	1.380	11,28
16.052	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.051 bei Mehrlingen			3.330	1.630	4.960	3.150	1.630	4.780	21	720	730	1.450	11,91
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			2.480	1.630	4.110	2.300	1.630	3.930	21	720	730	1.450	11,91

*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

**Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist				Grenz- verweil- dauer**	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer*
				Fallpauschale			Fallpauschale					Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16.061	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag			1.870	850	2.720	1.840	850	2.690	17	480	490	970	7,93	
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.061 bei Mehrlingen			1.360	850	2.210	1.330	850	2.180	17	480	490	970	7,93	
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			2.300	990	3.290	2.260	990	3.250	18	570	580	1.150	9,44	
16.071	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab 225. bis 259. Schwangerschaftstag			1.690	990	2.680	1.650	990	2.640	18	570	580	1.150	9,44	
	Sectio, einschließlich bis zu drei Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt			3.230	1.650	4.880	2.990	1.650	4.640	21	770	780	1.550	12,72	
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen wie 16.071 bei Mehrlingen			2.800	1.650	4.450	2.570	1.650	4.220	21	770	780	1.550	12,72	
16.072	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			3.410	1.600	5.010	3.200	1.600	4.800	21	770	780	1.550	12,66	
	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			2.800	1.600	4.400	2.590	1.600	4.190	21	770	780	1.550	13,00	

*Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

**Grenzverweildauer: Erster zusätzlicher abrechenbarer Tag

Anlage 2

zur 1. ÄndV der BPflV

Sonderentgelt-Katalog

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen				
				Sonderentgelt				Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte		
1	2	3	4	5	6	7		7
Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien								
8.03	Erweiterte Lungenresektionen mit Bronchusplastik/Anastomose und/oder Gefäßplastik/Anastomose sowie radikaler Lymphadenektomie			4.280	3.420	7.700		
8.04	Erweiterte Lungenresektionen mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Vorhofteilresektion und Perikardersatzplastik sowie radikaler Lymphadenektomie			4.040	4.880	8.920		
8.05	Erweiterte Lungenresektionen mit Thoraxwand-Teilresektion oder Zwerchfell-Teilresektion und plastischem Ersatz mit Fremdmaterial sowie radikaler Lymphadenektomie			3.960	8.210	12.170		
8.06	Trachea- oder Bifurkationsresektion mit Reanastomosierung oder Prothesenimplantation			3.100	2.940	6.040		
8.07	Manschettenpneumonektomie mit Reanastomosierung eines Lungenflügels sowie intraperikardialer Gefäßversorgung, Pericardersatzplastik und radikaler Lymphadenektomie			5.220	4.900	10.120		
8.08	Eingriffe am Tracheobronchialsystem bzw. erweiterte Lungenresektionen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine			4.950	5.440	10.390		
8.09	Ausgedehnte Resektionen von Sternum, Thoraxwand oder Zwerchfell, einschließlich Metall- und/oder Kunststoffimplantate			2.460	7.820	10.280		
8.10	Einseitige Lungenmetastasenchirurgie mit mehr als drei entfernten Metastasen sowie Lymphadenektomie			2.930	4.200	7.130		
8.11	Simultane doppelseitige transsternale Metastasenchirurgie			3.320	4.900	8.220		
8.12	Dekortikation bei Schwielen oder Karzinose, bzw. Mesotheliom/Emphysektomie und Feindekortikation			3.290	2.520	5.810		
8.13	Pleurektomie/Entfernung eines Pleuratumors, auch minimalinvasiv			2.320	2.130	4.450		
8.14	Entfernung eines Mediastinaltumors über Thorakotomie oder Sternotomie, auch minimalinvasiv			2.350	2.800	5.150		
8.15	Entfernung eines malignen Mediastinaltumors mit prothetischem Ersatz der großen Gefäße und Lungenteilresektion			4.130	6.390	10.520		
8.16	Segmentresektion, Lobektomie, Keilresektion videoassistiert thorakoskopisch (minimalinvasiv)			2.280	6.910	9.190		
8.17	Tracheaendoprothese bronchoskopisch implantiert			1.240	2.440	3.680		

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel		
1	2	3	4	5	6		7
I	Operationen						
Gruppe 9: Operationen am Herzen							
9.05	Versorgung mit einem implantablen Defibrillator			2.150	59.940		62.090
9.06	Operation eines Aortenaneurysmas im Thorax mit klappentragender Rohrprothese unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine			4.060	17.150		21.210
9.07	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung der inneren Brustwandarterie			3.920	6.220		10.140
9.08	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung von mehr als einer Arterie			4.340	6.430		10.770
9.09	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine ohne Verwendung der inneren Brustwandarterie			3.780	6.440		10.220
9.10	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergriff am Herzen			4.830	7.140		11.970
9.11	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe			3.440	7.730		11.170
9.12	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe			3.390	11.890		15.280
9.13	Herz-OP unter Einsatz der Herz-Lungen Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe			4.090	13.390		17.480
9.14	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur von zwei Herzklappen			6.080	8.640		14.720
9.15	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen			4.050	17.700		21.750
9.16	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen und Korrektur weiterer Herzklappen			4.420	17.650		22.070
9.17	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergriff an einer Herzklappe			4.230	12.620		16.850
9.18	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergriff an zwei Herzklappen			4.730	18.070		22.800
9.19	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Klappenrekonstruktion			4.750	7.780		12.530
9.20	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz einer Herzklappe			4.250	12.470		16.720
9.21	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz von zwei Klappen			5.130	17.320		22.450

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilung

Sonderentgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel		
1	2	3	4	5	6		7
9.22	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombinationseingriff ohne Klappenchirurgie (z. B. Aneurysmaresektion, ASD)			4.690	9.430		14.120
9.24	Herzoperation ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine: Panzerherzoperation, Eingriffe am Perikard, Reoperation am schlagenden Herzen			1.310	1.960		3.270
9.25	Herzoperation ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine: Herzoperationen bei angeborenen Herzfehlern und/oder an den großen herznahen Gefäßen als Korrekturoperation, z. B. Aortenisthmusstenose, offener Ductus arteriosus			1.700	4.190		5.890
9.26	Einsatz eines Langzeitassistenzsystems (intraaortale Ballonpumpe)			540	2.630		3.170

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
				Sonderentgelt			Gesamtpunkte	Sonderentgelt			Gesamtpunkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	7	8	9	10	10
Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien											
8.03	Erweiterte Lungenresektionen mit Bronchusplastik/Anastomose und/oder Gefäßplastik/Anastomose sowie radikaler Lymphadenektomie			2.860	3.420	6.300		1.970	3.420		5.390
8.04	Erweiterte Lungenresektionen mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Vorhofteilresektion und Perikardersatzplastik sowie radikaler Lymphadenektomie			2.740	4.880	7.620		1.870	4.880		6.750
8.05	Erweiterte Lungenresektionen mit Thoraxwand-Teilresektion oder Zwerchfell-Teilresektion und plastischem Ersatz mit Fremdmaterial sowie radikaler Lymphadenektomie			2.610	8.210	10.820		1.730	8.210		9.940
8.06	Trachea- oder Bifurktionsresektion mit Reanastomosierung oder Prothesenimplantation			1.990	2.940	4.930		1.360	2.940		4.300
8.07	Manschettentpneumonektomie mit Reanastomosierung eines Lungenflügels sowie intraperikardialer Gefäßversorgung, Perikardersatzplastik und radikaler Lymphadenektomie			3.430	4.900	8.330		2.430	4.900		7.330
8.08	Eingriffe am Tracheobronchialsystem bzw. erweiterte Lungenresektionen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine			3.200	5.440	8.640		2.220	5.440		7.660
8.09	Ausgedehnte Resektionen von Sternum, Thoraxwand oder Zwerchfell, einschließlich Metall- und/oder Kunststoffimplantate			1.630	7.820	9.450		1.120	7.820		8.940
8.10	Einseitige Lungenmetastasenchirurgie mit mehr als drei entfernten Metastasen sowie Lymphadenektomie			1.940	4.200	6.140		1.290	4.200		5.490
8.11	Simultane doppelseitige transsternale Metastasenchirurgie			2.200	4.900	7.100		1.470	4.900		6.370
8.12	Dekortikation bei Schwielen oder Karzinose, bzw. Mesotheliom/Emphysektomie und Feindekortikation			2.210	2.520	4.730		1.490	2.520		4.010
8.13	Pleurektomie/Entfernung eines Pleuratumors, auch minimalinvasiv			1.520	2.130	3.650		1.020	2.130		3.150
8.14	Entfernung eines Mediastinaltumors über Thorakotomie oder Sternotomie, auch minimalinvasiv			1.530	2.800	4.330		1.010	2.800		3.810
8.15	Entfernung eines malignen Mediastinaltumors mit prothetischem Ersatz der großen Gefäße und Lungenteilresektion			2.510	6.390	8.900		1.640	6.390		8.030
8.16	Segmentresektion, Lobektomie, Keilresektion videoassistiert thorakoskopisch (minimalinvasiv)			1.580	6.910	8.490		1.050	6.910		7.960
8.17	Tracheaendoprothese bronchoskopisch implantiert			850	2.440	3.290		590	2.440		3.030

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt						Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
0				5	6	7	8	9	10
1	2	3	4						
Gruppe 9: Operationen am Herzen									
9.05	Versorgung mit einem implantablen Defibrillator			1.250	59.940	61.190	750	59.940	60.690
9.06	Operation eines Aortenaneurysmas im Thorax mit klappentragender Rohrprothese unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine			2.090	17.150	19.240	1.270	17.150	18.420
9.07	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung der inneren Brustwandarterie			2.760	6.220	8.980	1.710	6.220	7.930
9.08	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung von mehr als einer Arterie			2.980	6.430	9.410	1.840	6.430	8.270
9.09	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine ohne Verwendung der inneren Brustwandarterie			2.690	6.440	9.130	1.660	6.440	8.100
9.10	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdiv Eingriff am Herzen			3.390	7.140	10.530	2.080	7.140	9.220
9.11	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe			2.370	7.730	10.100	1.430	7.730	9.160
9.12	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe			2.410	11.890	14.300	1.480	11.890	13.370
9.13	Herz-OP unter Einsatz der Herz-Lungen Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe			2.890	13.390	16.280	1.730	13.390	15.120
9.14	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur von zwei Herzklappen			4.220	8.640	12.860	2.570	8.640	11.210
9.15	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen			2.810	17.700	20.510	1.710	17.700	19.410
9.16	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen und Korrektur weiterer Herzklappen			2.890	17.650	20.540	1.750	17.650	19.400
9.17	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdiv Eingriff an einer Herzklappe			3.000	12.620	15.620	1.850	12.620	14.470
9.18	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdiv Eingriff an zwei Herzklappen			3.390	18.070	21.460	2.150	18.070	20.220
9.19	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Klappenrekonstruktion			3.260	7.780	11.040	1.940	7.780	9.720
9.20	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz einer Herzklappe			2.970	12.470	15.440	1.830	12.470	14.300
9.21	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz von zwei Klappen			3.550	17.320	20.870	2.200	17.320	19.520

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD	ICPM	Bewertungsrelationen bei Belegoperator			Bewertungsrelationen bei Belegoperator und Beleganästhesist		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
0				5	6	7	8	9	10
1	2	3	4						
9.22	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombinationseingriff ohne Klappenchirurgie (z. B. Aneurysmaresektion, ASD)			3.260	9.430	12.690	1.990	9.430	11.420
9.24	Herzoperation ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine: Panzerherzoperation, Eingriffe am Perikard, Reoperation am schlagenden Herzen			820	1.960	2.780	500	1.960	2.460
9.25	Herzoperation ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine: Herzoperationen bei angeborenen Herzfehlern und/oder an den großen herznahen Gefäßen als Korrekturoperation, z. B. Aortenisthmusstenose, offener Ductus arteriosus			1.090	4.190	5.280	640	4.190	4.830
9.26	Einsatz eines Langzeitassistenzsystems (intraaortale Ballonpumpe)			310	2.630	2.940	210	2.630	2.840

22.09.95

Beschluß
des Bundesrates

Erste Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Der Bundesrat hat in seiner 688. Sitzung am 22. September 1995 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Anlage

Ä n d e r u n g e n
der
Ersten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

1. Zu Artikel 1 Nr. 1a -neu- (§ 12 Abs. 2 nach Satz 1 BPfIV)

Nach Artikel 1 Nr. 1 ist folgende Nummer 1a einzufügen:

'1a. In § 12 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Bei Erlösabzug ist die Pflege-Personalregelung abweichend von § 1 Abs. 2 der Pflege-Personalregelung anzuwenden."

Begründung:

Die Regelung dient der Klarstellung und damit der Vermeidung von Pflegesatzrechtsstreitigkeiten.

§ 1 Abs. 2 Pflege-Personalregelung regelt, daß die Vorschriften dieser Verordnung nicht gelten, soweit Krankenhäuser ihre Leistungen über Fallpauschalen abrechnen.

Die Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts vom 26. September 1994 (BGBl. I. S. 2750) hat Fallpauschalen (Artikel 1 § 11 Abs. 1 BPflV) eingeführt, die die Krankenhäuser im Jahr 1995 anwenden konnten. Ab 1. Januar 1996 sind sie verpflichtet, diese Fallpauschalen abzurechnen.

Bei der Kalkulation der Fallpauschalen i.S. von 11 Abs. 1 BPflV wurden die materiellen Vorgaben der Pflege-Personalregelung berücksichtigt.

Die neue Bundespflegesatzverordnung räumt aber den Krankenhäusern gemäß § 12 Abs. 2 BPflV für die Übergangszeit bis 1997 hinsichtlich der Ausgliederung der Fallpauschalen aus den pflegesatzfähigen Kosten des Krankenhauses ein Wahlrecht ein: Das Krankenhaus kann sich für den Erlösabzug (§ 12 Abs. 2 Satz 1 BPflV) oder die Kostenausgliederung (§ 12 Abs. 2 Satz 3 BPflV) entscheiden.

Das Erlösabzugsverfahren setzt rechenlogisch voraus, daß auch die Kostenbestandteile für die pflegerischen Leistungen zunächst grundsätzlich im Budget nach § 12 Abs. 1 BPflV kalkuliert sind. Nur dann können sie pauschaliert über die Erlöse der Fallpauschen abgezogen werden.

Nur dadurch wird sichergestellt, daß

- im Budget- und Fallpauschalenbereich pflegerische Leistungen auf gleichen Qualitätsniveau angeboten werden,
- das Budget als Ausgangswert und die Erlöse aus Fallpauschalen als Abzugsposten so ausgestaltet sind, um die Zielsetzung der Pflege-Personalregelung "die pflegerische Qualität auf Dauer sichern zu helfen" zu gewährleisten.

Die Klarstellung entspricht damit dem Sinn und Zweck der Pflege-Personalregelung und damit dem Willen des Verordnungsgebers.

2. Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 28 Abs. 3 und 4 BpflV)

In Artikel 1 ist die Nummer 4 wie folgt zu fassen:

'4. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

"(3) Für Krankenhäuser, die nach § 6 der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung oder nach § 28 Abs. 3 dieser Verordnung in der Fassung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) Sonderentgelte und Fallpauschalen für das Kalenderjahr 1995 vereinbart haben, sollen diese Entgelte auch für die Kalenderjahre 1996 und 1997 vereinbart werden, soweit entsprechende Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den Anlagen 1 und 2 nicht bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 nicht vereinbart sind. Unter diesen Voraussetzungen können für Transplantationen von Herz, Knochenmark, Leber und Niere von den bisher vereinbarten Entgelten abweichende Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart werden, wenn dies zu einer krankenhaushübergreifenden Vereinheitlichung der Entgelte beiträgt."

b) In Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

"Die Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze für das Jahr 1996 richtet sich nach den entsprechenden Vorschriften dieser Verordnung."

Begründungzu a:

Es ist nicht mehr davon auszugehen, daß nach § 16 Abs. 2 i.V.m. Abs. 5 BPflV bis zum 31. August 1995 auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen über nach bisherigem Recht vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte zustande kommen. Danach müssen die Kosten der bisher nach § 6 BPflV a. F. vereinbarten und nicht in den Anlagen zur neuen BPflV enthaltenen und mit Sonderentgelten berechneten Leistungen ab 1996 in die Abteilungsbudgets einbezogen und somit über die tagessgleichen Pflegesätze verrechnet werden. Dies widerspricht ausdrücklich dem Sinn und Zweck des Gesundheitsstrukturgesetzes, wonach Krankenhausleistungen künftig mit leistungsorientierten Entgelten finanziert werden sollen. Es wäre in diesem Sinne ein Rückschritt, bereits jetzt vereinbarte leistungsorientierte Entgelte wieder in die Budgets und pauschalierten tagessgleichen Pflegesätze einzubeziehen. Sowohl die Vertragsparteien auf Landesebene als auch die Bundesregierung erhalten ausreichend Zeit, diese Sonderentgelte in das neue Pflegesatzsystem einzubinden.

Die ergänzende Regelung für Leistungen der Transplantationschirurgie ist erforderlich, um auch weiterhin die Abrechnung dieser Leistungen mit Sonderentgelten sicherzustellen. Das BMG hat die Forschungsergebnisse zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten für Transplantationen mit dem Ziel einer 3. ÄndV veröffentlicht. Damit

wird auch ermöglicht, daß die bisher krankhausindividuell unterschiedlich definierte Leistungsabgrenzung künftig vergleichbar ist und zu einer krankhausübergreifenden Vereinheitlichung der Sonderentgelte führt. Die Erfahrungen mit den neuen Entgelten könnten zur Vorbereitung einer ÄndV zur BPflV im Hinblick auf Bewertungsrelationen genutzt werden.

zu b:

Keine Änderung zum Regierungsbeschluß.

3. Zu Artikel 1 Nr. 9 und 10 (Anlage 3 zu § 17 Abs. 4 BPflV und Anhang 2 zur Anlage 3)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 9 ist wie folgt zu fassen:

'9. Die Anlage 3 zu § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung wird wie folgt geändert:

a) Die laufende Nr. 14 in den Abschnitten "L 1" und "L 3" wird jeweils wie folgt gefaßt:

"davon: Kurzlieger bis einschl. 3 BT".

b) In den Abschnitten K 1, K 2, K 3 wird in Spalte 1 bei den Kostenarten der lfd. Nr. 5, 6, 8, 15, 16 und 17 die Fußnotennummer "41)" angefügt.

c) In Abschnitt K 7 wird in Spalte 1 der lfd. Nr. 7 die Fußnotennummer " 42)" angefügt.

b) Nummer 10 ist wie folgt zu fassen:

'10. Der Anhang 2 zur Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) In Fußnote 35 wird folgender Satz angefügt:

"Bei der Ermittlung von Abteilungspflegesätzen für die Intensivmedizin sind in den Divisor zusätzlich die Tage zu 50 vom Hundert einzubeziehen, für die nach § 14 Abs. 7 Satz 2 zusätzlich zur Fallpauschale 50 vom Hundert des Intensivpflegesatzes berechnet werden; diese Tage sind keine Berechnungstage nach der Systematik der LKA."

b) Nach Fußnote 40*) werden folgende Fußnoten 41) und 42) angefügt:

"41) Bei Krankenhäusern, die ohne die Belegarztabteilungen für mehr als zwölf bettenführende Fachabteilungen (vgl. Anhang 1) Abteilungspflegesätze berechnen oder über Fachabteilungen der Herzchirurgie, der Strahlentechnik oder der Nuklearmedizin verfügen, sind bei der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung in Spalte 3

- a) anteilige Kosten der lfd. Nr. 5, 6 und 16 für Einrichtungen der Intensivmedizin zu berücksichtigen,
- b) anteilige Kosten der lfd. Nr. 8, 15 und 17 zu berücksichtigen, soweit diese auf der Vielfalt der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit oder auf kostenintensiven medizinisch-technischen Leistungen beruhen.

42) Bei der Ermittlung eines Abteilungspflegesatzes für Intensivmedizin sind in den Fällen von Fußnote 41) bei der lfd. Nr. 7 von K 7 die Kosten der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung einzutragen, die von den lfd. Nr. 8 bis 11 in K 7 nicht erfaßt werden."

*) Vgl. Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe i der Zweiten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BR-Drs. 503/95).

Begründung:

zu Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe a und Nr. 10 Buchstabe a

Unveränderte Übernahme aus der Vorlage.

zu Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe b und c und Nr. 10 Buchstabe b

Unter der Voraussetzung, daß 15 % der Bettenbelegung auf den Fallpauschalenbereich entfallen, müssen die 35 in Trägerschaft der Länder stehenden Hochschulkliniken mit Kürzungen des Basiskostenanteils in einer Gesamthöhe von 165 Mio. DM rechnen. Hiervon profitieren bei der Abrechnung von Fallpauschalen die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, für die mit Rücksicht auf ihr verhältnismäßig schmales Leistungsangebot ein unterdurchschnittlicher Basispflegesatz auskömmlich ist. Diese Auswirkungen der Bundespflegesatzverordnung beruhen auf einer methodisch nicht vertretbaren Durchschnittsbewertung der Basisleistung in den Fallpauschalen, die das 150 Betten-Krankenhaus der Grundversorgung mit zwei bis drei Fachabteilungen im Vergleich zum Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1.500 Betten und 25 Fachabteilungen ohne sachlichen Grund besserstellt

Auf Grund der komplizierten hochtechnischen Apparaturen und durch die gebotene Leistungsvielfalt, wegen der intensivmedizinischen Einrichtungen für Schwerstkranke und im Hinblick auf die strukturbedingte interdisziplinäre Zusammenarbeit fallen in Krankenhäusern der Maximalversorgung innerhalb des Verwaltungs- und Wirtschaftsbereichs wesentlich umfangreichere Aufgaben und Kosten an als in Krankenhäusern der Grundversorgung. Darauf nimmt die Bundespflegesatzverordnung bei der gewählten Methode der Kostenausgliederung von Fallpauschalen aus dem Budget keine Rücksicht. Demgemäß müssen die Hochschulkliniken mit dem o.g. Fehlbetrag rechnen. Eine auf Kosten des Abteilungspflegesatzes vorzunehmende medizinisch leistungsgerechte Entlastung des Basispflegesatzes könnte die Ungleichbehandlung im System der Kostenausgliederung von Fallpauschalen weitgehend beseitigen. Diesen Weg beschreitet die Änderung.

Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) schreibt die Ermittlung und Berechnung von Abteilungspflegesätzen sowie eines Basispflegesatzes vor. Der Basispflegesatz umfaßt alle Kostenarten mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes, des Pflege- und Funktionsdienstes, des medizinisch-technischen Dienstes sowie des medizinischen Bedarfs. Diese für die medizinische Leistung typischen Kostenarten werden unter Ausschluß der Basiskosten zur Bildung der Abteilungspflegesätze herangezogen. Allerdings werden durch die Vorschriften der Abschnitte K 1 bis K 3 sowie aufgrund von K 7 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anlage 3 BPflV) bestimmte Basiskosten in den Abteilungspflegesatz verlagert, weil die Instandhaltungskosten für medizinische Geräte sowie die Kosten medizinischer Gebrauchsgüter den Abteilungspflegesätzen zugerechnet werden. Die hierdurch vorgenommene Entlastung des Basispflegesatzes ist sachgerecht, aber unvollständig, weil die Eigenart oder die Vielfalt des medizinischen Leistungsangebots zahlreiche weitere teure Basisleistungen verursachen kann. Demgemäß ist eine zusätzliche Entlastung des individuellen Basispflegesatzes geboten, vor allem wegen des

"plafondierten" Basispflegesatzes in den Fallpauschalen, der sich bei der Kostenausgliederung belastend auf die Hochschulmedizin auswirkt.

Einrichtungen der Herzchirurgie, der Nuklearmedizin und der Strahlentherapie zeichnen sich durch den Einsatz von energieintensiven Großgeräten aus. Die sich aus dem hohen Energieverbrauch ergebenden Kosten müssen wie die Instandhaltungskosten für medizinische Geräte in den Abteilungspflegesatz verlagert werden. Durch die amtliche Begründung zur ersten Änderungsverordnung der Bundespflegesatzverordnung wird diese Auffassung bestätigt. Die Erhöhung von Fallpauschalenkosten im Herzbereich wird damit begründet, daß eine zu starke pauschale Kürzung medizinisch bedingter herzspezifischer Kosten korrigiert werden müsse, die durch eine formale Zuordnung dieser Kostenanteile zum "plafondierten" Basispflegesatz entstehe (z.B. herzspezifisch erhöhter Aufwand für die Instandhaltung der Medizingeräte und erhöhter Energieverbrauch). Mit speziellen Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung soll also nach den Vorstellungen des Regierungsbeschlusses die Kostenausgliederung von bestimmten Instandhaltungskosten der Fallpauschalen ergebnisneutral aus dem Abteilungspflegesatz ermöglicht und ferner bewirkt werden, daß die individuellen Basiskosten sich den "plafondierten" Basiserträgen aus der Fallpauschale angleichen.

Dasselbe Ergebnis kann für die Energiekosten indessen nur erreicht werden, wenn die Bundespflegesatzverordnung hinsichtlich der lfd. Nr. 15 von K1 bis K3 im vorstehenden Sinne geändert wird. Die Energiekosten für energieintensive medizinische Geräte müssen auf dem Wege der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung den Abteilungsgesamtkosten zugerechnet werden und den Basispflegesatz entlasten, sonst besteht die Gefahr, daß die erwähnten Korrekturabsichten der ersten Änderungsverordnung ins Leere laufen. Der Basispflegesatz ist aber nicht nur durch die überdurchschnittlich hohen Energiekosten der Herzchirurgie betroffen. Die energieintensiven Geräte der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin dürfen nicht übersehen werden. Hinzu kommt, daß mit zunehmender Größe des Krankenhauses die Leistungsintensität und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wesentlich ansteigen und deswegen auch die administrativen Aufgaben progressiv zunehmen. Diese zusätzlichen administrativen Leistungen sind den Abteilungspflegesätzen anzulasten.

Der individuelle Basispflegesatz erhöht sich aus medizinischen Gründen vor allem auch durch die Intensivmedizin. Zahlreiche Basisleistungen werden dort durch ärztliche oder pflegerische Aufgaben veranlaßt. Hierzu gehören häufig auch die Tätigkeiten des klinischen Hauspersonals und des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes, die bei Fremdvergabe als Aufwendungen des Wirtschaftsbedarfs zu Buche schlagen. Die entsprechenden Kosten des Wirtschaftsbereichs sind der Intensivmedizin in Rechnung zu stellen.