

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

**Zweite Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatz-
verordnung****A. Zielsetzung**

Mit der Verordnung sollen die bereits vorgeschriebenen Fallpauschalen und Sonderentgelte näher definiert und abgegrenzt werden. Dazu werden den Entgelten Diagnosen- und Operationenschlüssel zugeordnet. Diese zusätzliche Definition ist Voraussetzung für eine sachgerechte Abrechnung der Entgelte mit den Krankenkassen und die EDV-technische Bearbeitung in den Krankenhäusern. Außerdem werden einige inhaltliche Klarstellungen vorgenommen und die Entgeltkataloge redaktionell angepaßt.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll durch die Vervollständigung der Anlagen zur Bundespflegesatzverordnung erreicht werden, in die Diagnosen- und Operationenschlüssel eingefügt werden.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Bund, Länder und Gemeinden werden nicht direkt belastet. Sie könnten lediglich als Träger von Krankenhäusern betroffen sein, soweit ein Ausbau der Datenverarbeitungsanlagen erforderlich ist. Diese Anforderungen bestehen jedoch bereits auf Grund der Einführung des neuen Entgeltsystems durch die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994.

08.08.95

G - FJ - Fz - In - K

**Verordnung
der Bundesregierung**

**Zweite Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatz-
verordnung**

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 8. August 1995

031 (312) - 240 00 - Pf 28/95

An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

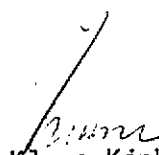
**Zweite Verordnung zur Änderung
der Bundespflegesatzverordnung**

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.

Der Stellvertreter des Bundeskanzlers


Dr. Klaus Kinkel

Zweite 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), §§ 16 und 17 geändert und § 17 Abs. 2 a eingefügt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), 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 § 4 wird die Angabe "(1)" gestrichen.
2. In § 8 Abs. 5 werden die Worte ", den Sonderentgelten" gestrichen.
3. § 12 Abs. 5 Satz 6 wird wie folgt gefaßt:

"Die im Fallpauschalenbereich weniger erbrachten Belegungstage werden bis zur Zahl der im Budgetbereich mehr erbrachten Berechnungstage berücksichtigt, soweit die weniger erbrachten Belegungstage auf Grund einer geringeren Zahl abgerechneter Fallpauschalen und die mehr erbrachten Berechnungstage auf Grund zusätzlicher Fälle entstanden sind."

4. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 zweiter Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

"der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet."

bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Satz 1 erster Halbsatz gilt entsprechend bei internen Verlegungen; wird ein Patient an einem Tag mehrfach intern verlegt, berechnet nur die zuletzt aufnehmende Abteilung den Pflegesatz."

cc) In Satz 4 wird die Angabe "§ 13 Abs. 2 Satz 4" durch die Angabe "§ 13 Abs. 2 Satz 3" ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Patient" die Worte "am Tag der Aufnahme" eingefügt.

bb) Der erste Halbsatz in Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

"Eine vorstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; eine nachstationäre Behandlung ist gesondert berechenbar, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenz-Verweildauer nach Absatz 7 Satz 1 übersteigt;"

c) In Absatz 6 Nr. 1 Buchstabe c werden nach dem Wort "diagnostischen" die Worte "oder sonstigen therapeutischen" eingefügt.

5. § 21 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

Wird das neue Budget erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Pflegsätze ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der

Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist."

6. In § 22 Abs. 3 Satz 5 wird das Wort "dieser" durch das Wort "dieses" ersetzt.
7. In § 26 Abs. 1 Satz 4 zweiter Halbsatz werden die Worte "Absatz 2" durch die Worte "Satz 6" ersetzt.

8. § 28 Abs. 9 wird wie folgt gefaßt:

"Krankenhäuser, die nicht mit Wirkung vom 1. Januar 1995 die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 anwenden, berechnen unabhängig von dem Abschluß des Pflegesatzverfahrens ab dem 1. Januar 1996 die in den Anlagen 1 und 2 bestimmten und die nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Entgelte im Rahmen ihres Versorgungsauftrags. Abweichend von § 14 Abs. 1 Satz 3 sind Fallpauschalen nur bei Patienten zu berechnen, die ab dem 1. Januar 1996 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Die tagesgleichen Pflegesätze nach § 13 sind vom Beginn ihrer Laufzeit (§ 21) an gegenüber allen Patienten zu berechnen. Dürfen nach § 21 Abs. 1 die tagesgleichen Pflegesätze nicht bereits ab Beginn des neuen Pflegesatzzeitraums erhoben werden, sind bis zum Beginn ihrer Laufzeit die bisherigen tagesgleichen Pflegesätze in der bis zur erstmaligen Anwendung dieser Verordnung gültigen Fassung zu erheben; Krankenhäuser, die im Jahr 1996 Sonderentgelte nach Anlage 2 berechnen, haben ab dem 1. Januar 1996 für alle Patienten diese tagesgleichen Pflegesätze um 10 vom Hundert herabzusetzen. Die Vertragsparteien teilen die nach § 21 Abs. 2 und 4 auszugleichenden Mehr- oder Mindererlöse angemessen auf die neuen tagesgleichen Pflegesätze auf.

9. Die Anlage 1 wird durch den Anhang 1 dieser Änderungsverordnung ersetzt.
10. Die Anlage 2 wird durch den Anhang 2 dieser Änderungsverordnung ersetzt.
11. Anlage 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In den Abschnitten "L 1" und "L 3" wird die lfd. Nr. 7 wie folgt gefaßt:
"Verweildauer ([Nr. 4 ./ Nr. 6] : Nr. 13)".
 - b) In Abschnitt "L 4" wird im zweiten Spiegelstrich der Überschrift das Wort "Patienten" durch die Worte ", entlassene Patienten" ersetzt.

- c) Der Abschnitt "L 5" wird durch den Abschnitt "L 5" in Anhang 3 dieser Änderungsverordnung ersetzt.
 - d) In den Abschnitten "K 1" bis "K 3" werden in der Überschrift zu Spalte 4 nach den Worten "§ 13 Abs. 2 Satz 1" die Worte "sowie Abs. 4" eingefügt.
 - e) In Abschnitt "K 5" wird in der lfd. Nr. 1 der Klammerhinweis wie folgt gefaßt:
"(K 1 - K 3, Nr. 32, Sp. 2, 4 und 5)".
 - f) In Abschnitt "K 6" wird die lfd. Nr. 18 wie folgt gefaßt:
"2. Bezugsgröße Unterkunft
(Nr. 7 : Tage) 39)".
 - g) Abschnitt "K 7" wird wie folgt geändert:
 - aa) In den lfd. Nrn. 7, 19, 20, 22 und 25 wird an den Text in Spalte 1 jeweils die Fußnote 40 angefügt.
 - bb) Die lfd. Nr. 8 wird wie folgt gefaßt:
"OP und Anästhesie",
 - h) In Abschnitt "K 8" wird in der Überschrift zu Spalte 17 der Klammerhinweis "(K 6, Nr. 18)" gestrichen.
12. In Anlage 3 wird der Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wie folgt geändert:
- a) Die Fußnote 10 wird wie folgt gefaßt:
"Nur Aufnahmen und Entlassungen für vollstationär behandelte Patienten."
 - b) In Fußnote 11 werden die Worte "(voll- und teilstationär)" gestrichen.
 - c) Die Fußnote 15 wird wie folgt gefaßt:
"Mit internen Verlegungen; vgl. Fußnote 11. Ist nach § 13 Abs. 2 Satz 2 ein Intensivpflegesatz zu vereinbaren, gilt folgendes: Wird ein Patient in die Intensiv-

medizin intern verlegt und anschließend in dieselbe bettenführende Fachabteilung zurückverlegt, zählt die bettenführende Fachabteilung in L 3 insgesamt nur einen Fall. Die Intensivmedizin weist in L 3 ihre Daten für die Ermittlung des Abteilungspflegesatzes aus."

d) Die Fußnote 23 wird wie folgt gefaßt:

"Zur Ermittlung des Budgets und der Abteilungspflegesätze sind die Fallpauschalen wie folgt auszugliedern:

a) bei Erlösabzug:

- zur Ermittlung des Budgets in K 5: Punktzahl x Punktwert x (Anzahl der Fälle) x 95 %;
- zur Ermittlung der Abteilungspflegesätze in K 7 ist entsprechend nur die Punktzahl für die der Abteilung zuzurechnenden Anteile der Fallpauschalen in die Rechnung einzubeziehen.

b) bei Kostenausgliederung: individuelle Kalkulation der Kosten; vgl. K 8."

e) Die Fußnote 29 wird wie folgt gefaßt:

"Vollständige Zuordnung der anteiligen Ausgleichs und Zuschläge von K 5, Nr. 20 entsprechend der Budgetanteile des Basispflegesatzes und der Abteilungspflegesätze. Dabei bleibt der Intensivpflegesatz unberücksichtigt; vgl. Fußnote 40. Im Falle der Kostenausgliederung ist bei der Ermittlung des Basispflegesatzes der auf ihn entfallende Betrag wie folgt zu gewichten:

$$DM \times (BT + \text{Belegungstage}) : BT$$

f) In der Fußnote 30 werden die Buchstaben a und b wie folgt gefaßt:

"a) Bei Erlösabzug sind die den Fallpauschalen zuzurechnenden, voraussichtlichen Belegungstage des einzelnen Krankenhauses (voraussichtliche Ist-Tage) von der voraussichtlichen Gesamtbelegung abzuziehen.

b) Bei Kostenausgliederung für den Bereich des Basispflegesatzes ist in K 6 die voraussichtliche Gesamtbelegung (Berechnungstage und Belegungstage) einzutragen; vgl. den Hinweis auf das besondere Ausgliederungsverfahren in

Fußnote 27. Für den Bereich des Abteilungspflegesatzes ist in K 7 nur die Zahl der Berechnungstage für Budgetpatienten einzutragen."

- g) Die Fußnote 38 wird wie folgt gefaßt:

"Zur Kostenausgliederung vgl. den Hinweis in Fußnote 27. Berechnung der auszugliedernden Basiskosten nach folgender Formel: (K 6, Nr. 9) : (Tage nach Fußnote 39)."

- h) Folgende Fußnote 39 wird angefügt:

"Zur Ermittlung der 'Bezugsgröße Unterkunft' in K 6, Nr. 18 wird folgender Divisor 'Tage' verwendet:

- a) bei Erlösabzug für Fallpauschalen die 'BT nach L 1, Nr. 4';
- b) bei Kostenausgliederung für Fallpauschalen die Summe aus 'BT nach L 1, Nr. 4' und den 'Belegungstagen FP-Bereich nach L 1, Nr. 8'."

- i) Folgende Fußnote 40 wird angefügt:

"Bei der Ermittlung eines Intensivpflegesatzes werden die Zeilen Nr. 7 und Nr. 22 nicht ausgefüllt. In den Zeilen Nr. 19 und 20 werden keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abgezogen, auch nicht anteilig enthaltene Intensivkosten. Da die Nr. 21 somit auch Beträge für Fallpauschalen-Patienten enthält, ist in Nr. 25 durch die Summe aus Berechnungstagen und Belegungstagen zu dividieren. Der so ermittelte Intensivpflegesatz kann für die Berechnungstage des Budgetbereichs nach § 14 Abs. 2 berechnet werden. Der auf die Belegungstage für Fallpauschalen-Patienten insgesamt entfallende Betrag ist im Wege der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung verursachungsgerecht den bettenführenden Fachabteilungen in Rechnung zu stellen, für die die Fallpauschalen abgerechnet werden. Er wird dort in K 7, Nr. 7 ausgewiesen.

Wird eine Intensiveinheit innerhalb einer bettenführenden Fachabteilung geführt und nach § 13 Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz kein Intensivpflegesatz vereinbart, sind bei der Ermittlung des Abteilungspflegesatzes der Fachabteilung die Personal-

und Sachkosten unter Nr. 7 auszuweisen, die der Intensiveinheit zuzurechnen sind."

13. In Anlage 4 wird der Abschnitt "Z 5" wie folgt geändert:

a) Die Überschrift zu Abschnitt "Z 5" erhält folgende Fassung:

"Kalkulation der zusätzlichen Investitionskosten nach § 8".

b) Der Text zu lfd. Nr. 7 wird wie folgt gefaßt:

"= zusätzliche Investitionskosten".

c) Die lfd. Nr. 10 wird gestrichen. Die lfd. Nr. 11 wird Nr. 10 und wie folgt gefaßt:

"3. Fallpauschalen".

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in 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 vorkalkulierten Selbstkosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung wurde ersetzt durch den Anspruch auf "medizinisch leistungsgerechte" Pflegesätze (§ 17 Abs. 1 KHG).

Darüber hinaus wurden die Weichen für eine grundlegende Umgestaltung des Entgeltsystems der Krankenhäuser gestellt. Schrittweise sollen Fallpauschalen und pauschalisierte Sonderentgelte eingeführt werden, deren Entgelthöhe auf der Landesebene vereinbart wird, also nicht krankenhausesindividuell. 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 (§ 17 Abs. 2 a KHG). Die neuen pauschalierten Entgelte werden für alle Krankenhäuser zum 1. Januar 1996 verbindlich eingeführt. Sie können bereits seit dem 1. Januar 1995 freiwillig angewendet werden.

Mit der neuen Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) vom 26. September 1994 wurden in einem ersten Schritt 40 Fallpauschalen für 26 Krankheitsarten und 104 Sonderentgelte vorgegeben. Mit einer 1. Änderungsverordnung, deren Verordnungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist, sollen weitere Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt werden, so daß zum 1. Januar 1996 voraussichtlich insgesamt 62 Fallpauschalen und 142 Sonderentgelte in der BPFIV vorgegeben sind.

Da für den Krankenhausbereich bisher keine geeigneten Leistungskataloge vorlagen, mußten die Leistungsdefinitionen der Entgelte neu entwickelt werden. Die Entgeltkataloge der Anlagen 1 und 2 der BPFIV enthalten diese verbalen Leistungsdefinitionen. Von vornherein wurde angestrebt, diese Texte durch Diagnoseschlüssel (Kodes) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) und durch Operationenschlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin nach § 301 SGB V zu ergänzen. Damit

soll genauer abgegrenzt werden, welche Leistungen mit den neuen Entgelten vergütet werden. Die Schlüssel erlauben außerdem eine EDV-gerechte Dokumentation und Verarbeitung im Krankenhaus.

Nachdem die nach § 301 Abs. 2 SGB V verbindliche deutsche Fassung der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin am 14.10.1994 im Bundesanzeiger bekannt gemacht wurde, können nun durch eine 2. Änderungsverordnung zur BpflV die Diagnose- und Operationen-Schlüssel in die Entgeltkataloge eingefügt werden. Mit der Verordnung werden darüber hinaus einige inhaltliche sowie eher redaktionelle Veränderungen der BpflV und ihrer Anlagen vorgenommen.

II. Vorgehensweise

Die Zuordnung der Diagnose- und Operationenschlüssel zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten wurde auf der Grundlage eines Entwurfs in der "Arbeitsgruppe Entgeltsystem" des Bundesministeriums für Gesundheit abgestimmt. Der Arbeitsgruppe gehörten die bei der Kalkulation der Entgelte beteiligten Forschungsinstitute sowie ein im Bereich der medizinischen Klassifikationen tätiges Institut an.

Die erarbeitete Zuordnung der Schlüssel (Kodes) wurde im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Referentenentwurf mit den betroffenen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den ärztlichen Berufsverbänden sowie mit den Ländern und den Verbänden der Krankenhäuser und Krankenkassen erörtert.

Für die eindeutige Definition der Entgelte mit Hilfe der Operationenschlüssel muß der amtliche Operationenschlüssel nach § 301 SGB V um einige 5. und 6. Stellen erweitert werden. Hierfür hat die "Arbeitsgruppe Entgeltsystem" Anforderungen festgelegt. Die entsprechende Erweiterung des amtlichen Schlüssels wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben.

Die Verwendung der amtlichen Operationenschlüssel in der BpflV setzt voraussetzt, daß das Verfahren zur Erweiterung des Operationenschlüssels nach § 301 SGB V abgeschlossen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit wird deshalb das Ordnungsverfahren zur Änderung der BpflV und das Verfahren nach § 301 SGB V inhaltlich und zeitlich koordinieren.

III. Inhalte der Verordnung

Die Anlagen 1 und 2 dieser Änderungsverordnung ersetzen die entsprechenden Anlagen der BPfIV. Damit werden insbesondere die Diagnose- und Operationenschlüssel in die Spalten 3 und 4 der Entgeltkataloge eingefügt. Darüber hinaus werden einige Klarstellungen und Korrekturen der textlichen Leistungsbeschreibung durchgeführt.

Für den Bereich der Geburtshilfe werden ergänzend zu den Fallpauschalen, die mit der ersten Änderungsverordnung vorgegeben werden sollen, drei entsprechende Sonderentgelte eingeführt. Ein Sonderentgelt kann dann abgerechnet werden, wenn eine Geburts-Fallpauschale nicht in Rechnung gestellt werden kann, weil eine andere Behandlung der Patientin vorrangig ist.

Nach eingehender Diskussion auf der Grundlage des Operationenkatalogs nach § 301 SGB V wurde das Sonderentgelt 8.08 gestrichen.

Im Verordnungstext werden insbesondere folgende inhaltliche Veränderungen vorgenommen:

- Es wird klargestellt, daß die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte vom 1. Januar 1996 an der Abrechnung von Krankenhausleistungen zugrunde zu legen sind. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegesatzverhandlungen für das einzelne Krankenhaus entgegen der Vorgaben in § 18 Abs. 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in § 3 Abs. 1 Satz 1 BPfIV zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen sind. In diesem Fall werden die nach § 21 BPfIV weitergeltenden Pflegesätze aus dem Jahre 1995 ab dem 1. Januar 1996 um 10 Prozent abgesenkt. Mit diesem vorübergehenden pauschalen Ausgliederungsverfahren wird einer ansonsten eintretenden vorübergehenden Mehrbelastung der Kostenträger entgegengewirkt.
- Die Berichtigung des Budgetausgleichs nach § 12 Abs. 5 Satz 6 wird nur insoweit durchgeführt, wie die Veränderungen zwischen Fallpauschalen- und Budgetbereich auf Veränderungen der Fallzahlen zurückzuführen sind.
- Die Berechnung von teilstationären Pflegesätzen wird auch für den Entlassungs- oder Verlegungstag zugelassen. Für den Fall einer mehrfachen internen Verlegung eines Patienten an einem Tag wird bestimmt, daß der Abteilungspflegesatz für die zuletzt aufnehmende Abteilung zu berechnen ist.

- Bei der Berechnung von Fallpauschalen wird für die Frage, ob der Patient das 14. Lebensjahr vollendet hat, der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.
- Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale abgerechnet werden, wenn die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale überschritten ist.

In der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung in Anlage 3 der BPflV werden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

- Für die Operationsstatistik in Abschnitt "L 5" wird die Untergliederung nach Altersgruppen eingeführt, die bereits für die Diagnosestatistik gilt. Außerdem wird klargestellt, daß nur der "leitende Eingriff" während eines Operations-Termins zu kodieren ist.
- Für die Ermittlung von Intensivpflegesätzen wird in Fußnote 40 die Art der Berechnung vorgegeben. In Fußnote 15 wird bestimmt, daß die Intensivabteilung ihre Leistungsdaten wie alle anderen Abteilungen in Abschnitt "L 3" ausweist. Auf die Zuordnung der Berechnungs- oder Belegungstage zu anderen Abteilungen wird verzichtet.
- Für die Ausgliederung der Fallpauschalen aus dem Budgetbereich wird nun auch für das Verfahren des Erlösabzugs vorgegeben, daß die voraussichtlichen Belegungstage für Fallpauschalen-Patienten (voraussichtliche Ist-Tage) abzuziehen sind. Die Regelung ersetzt den bisherigen Abzug von Soll-Tagen entsprechend der Katalog-Verweildauer.

IV. Kosten

Die Verordnung ergänzt die bestehenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte um Schlüsselnummern (Kodes) für Diagnosen und Operationen. Sie grenzt damit die Leistungen genauer ab und schafft die Grundlage für eine EDV-gerechte Bearbeitung der Abrechnung dieser Entgelte.

Da die Diagnose- und Operationenschlüssel bereits nach § 301 SGB V im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen an die Krankenkassen zu melden sind, entsteht nur ein geringfügiger Mehraufwand. Dieser wird durch den Nutzen für die interne Dokumentation und Kalkulation kompensiert.

Bezogen auf das über die Pflegesätze finanzierte Umsatzvolumen des Krankenhausbereichs von ca. 86 Mrd. DM im Jahre 1994 sind aufgrund der Verordnung daher keine Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau zu erwarten.

B. Einzelbegründung

Zu Nummer 1

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 2

Die Investitionskosten nicht oder teilweise geförderter Krankenhäuser nach § 8 sollen einerseits dem Basispflegesatz und den Abteilungspflegesätzen sowie andererseits den Fallpauschalen sachgerecht zugeordnet werden. Mit der Änderung wird auf die bisher ebenfalls vorgesehene Zuordnung zu den Sonderentgelten verzichtet. Hierdurch wird eine zusätzliche Belastungen von Sonderentgelt-Patienten vermieden, die bereits über den Basispflegesatz und den Abteilungspflegesatz anteilige Investitionskosten bezahlen.

Zu Nummer 3

Die Neufassung stellt entsprechend der amtlichen Begründung zur neuen BPfIV (BR-Drucks. 381/94) klar, daß die nach § 12 Abs. 5 Satz 6 vorgeschriebene Berichtigung des Budgetausgleichs nur insoweit durchgeführt wird, wie die Veränderungen zwischen Fallpauschalen- und Budgetbereich auf Veränderungen der Fallzahlen zurückzuführen sind. Nur in diesem Falle besteht die Gefahr einer Doppelfinanzierung oder einer Nichtfinanzierung von Fixkosten. Krankenhäuser, die abweichend von der Regelung des § 12 Abs. 4 zur flexiblen Budgetierung aufgrund dieser Regelung die vollen Mehrerlöse aus zusätzlichen Berechnungstagen behalten möchten, müssen die Veränderung der Fallzahlen nachweisen. Krankenhäuser, die eine Veränderung der Fallzahlen z. B. im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte nicht nachweisen möchten, verzichten damit auf eine Inanspruchnahme dieser Regelung.

Zu Nummer 4 Buchstabe a

§ 14 Abs. 2 Satz 1 bestimmt, daß der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht mit dem Aufnahmetag übereinstimmt, nicht berechnet werden darf. Mit der Änderung dieser Bestimmung wird für die teilstationäre Behandlung die Berechnung von tagesgleichen Pflegesätzen ausnahmsweise für den Entlassungs- oder Verlegungstag zugelassen, da dieser Tag bei teilstationärer Versorgung in der Regel noch Behandlungstag ist.

Für den Fall mehrfacher interner Verlegungen des Patienten an einem Tag bestimmt Satz 2, daß der Abteilungspflegesatz von der Abteilung abgerechnet wird, die den Patienten zuletzt aufnimmt.

Der Verweis in Satz 4 wird in Folge einer Bundesratsänderung zur BPflV vom 26. September 1994 redaktionell angepaßt.

Zu Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Die bisher eingeführten Fallpauschalen werden, mit Ausnahme der Tonsillektomie, nur für Patienten berechnet, die das 14. Lebensjahr vollendet haben. Die Vorschrift bestimmt, daß für die Frage, ob das 14. Lebensjahr vollendet ist, der Tag der Aufnahme entscheidend ist. Damit kann das Krankenhaus bereits bei der Aufnahme entscheiden, ob bei einem Patienten eine Abrechnung von Fallpauschalen in Frage kommt.

Zu Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

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 § 14 Abs. 7 oberhalb einer sog. Grenz-Verweildauer (vgl. Anlage 1 und 2) die zusätzliche Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen. Diese Regelung soll entsprechend auch für die Fälle gelten, in denen eine nachstationäre Behandlung durchgeführt wird.

Der Wortlaut des bisherigen § 14 Abs. 4 Satz 4 läßt die Berechnung von nachstationären Entgelten neben der Fallpauschale jedoch nicht zu. Die Neufassung ermöglicht eine solche Berechnung für den Fall, daß die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale überschritten wird. Sie gibt darüber hinaus vor, wie bei nachstationärer Behandlung eine Überschreitung der Grenz-Verweildauer zu ermitteln ist. Als den stationären Belegungstagen vergleichbar gehen dabei in die Rechnung nur die vor- und nachstationären Behandlungstage ein. Kalendertage, an denen der Patient nicht vor- oder nachstationär behandelt wird, werden nicht berücksichtigt.

Zu Nummer 4 Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird klargestellt, daß neben einer Fallpauschale auch das Sonderentgelt für die Dilatation in Gruppe 20 des Sonderentgeltkatalogs abgerechnet werden kann.

Zu Nummer 5

Die Vorschrift, daß die tagesgleichen Pflegesätze ab dem ersten Tag der zweiten Woche zu erheben sind, der auf die Genehmigung folgt, führt in der Praxis zu Schwierigkeiten, wenn der geplante Zeitpunkt der Genehmigung sich verschiebt. Mit der Änderung wird deshalb auf die Regelung des alten Rechts zurückgegangen, nach der in der Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung ein fester Zeitpunkt bestimmt werden kann.

Zu Nummer 6

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 7

Die Änderung berichtigt einen fehlerhaften Verweis. Bei der Entscheidung über die Verlängerung eines Modellvorhabens nach § 26 zur Entwicklung und Erprobung neuer Fallpauschalen und Sonderentgelte sollen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung berücksichtigt werden.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um eine Klarstellung zu § 14. Nach § 17 Abs. 2 a Satz 1 KHG sind die Fallpauschalen und Sonderentgelte spätestens vom 1. Januar 1996 an der Abrechnung von Krankenhausleistungen zugrunde zu legen, also auch dann, wenn die Pflegesatzverhandlungen zu diesem Stichtag noch nicht abgeschlossen sind. Voraussetzung ist allerdings nach § 14 Abs. 1 Satz 2, daß die zugrundeliegenden Leistungen vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt sind.

Die Fallpauschalen und Sonderentgelte werden auch von Krankenhäusern berechnet, deren Pflegesatzverhandlungen zum 1. Januar 1996 noch nicht abgeschlossen oder deren Pflegesätze noch nicht genehmigt sind. Bei diesen Krankenhäusern gelten nach § 21 die bisher

vereinbarten Pflegesätze übergangsweise weiter. Absatz 9 Satz 4 zweiter Halbsatz bestimmt für diese Fälle, daß die bisherigen, weitergeltenden Pflegesätze pauschal um 10 vom Hundert gekürzt werden. Mit dieser Regelung werden die zusätzlichen Erlöse berücksichtigt, die aufgrund der neuen Sonderentgelte neben dem bisherigen Budget anfallen. Für die Abrechnung von Fallpauschalen ist dies nicht erforderlich, weil entsprechend weniger tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden können.

Zu den Nummern 9 und 10

Schwerpunkt der zweiten Änderungsverordnung ist die nähere Definition der Fallpauschalen und Sonderentgelte mit den Schlüsseln (Kodes) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) und den Operationenschlüsseln der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin nach § 301 SGB V. Da in den gesamten Entgeltkatalogen der Anlagen 1 und 2 der BPflV die Spalten 3 und 4 ausgefüllt werden müssen, werden die Anlagen vollständig ausgetauscht.

Darüber hinaus werden bei einigen Leistungen auch Korrekturen im Textteil der Entgeltdefinition (Spalte 2) vorgenommen. Diese Änderungen sind Folge der differenzierten Erörterungen über die Zuordnung der Diagnose- und Operationsschlüssel.

Mit dieser zweiten Änderungsverordnung werden auch drei neue Sonderentgelte für die Geburtshilfe eingeführt. Sie ergänzen die entsprechenden Fallpauschalen, die bereits durch die erste Änderungsverordnung vorgegeben wurden. In Fällen, in denen eine Geburts-Fallpauschale nicht berechnet werden kann, weil z. B. die Patientin hauptsächlich wegen einer anderen Erkrankung (Hauptleistung) behandelt wird, kann ein Sonderentgelt für die Geburt zusätzlich zu einer anderen Fallpauschale oder zusätzlich zu tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet werden. Nach eingehender Diskussion auf der Grundlage des Operationenkatalogs nach § 301 SGB V wurde das Sonderentgelt 8.08 gestrichen.

Zu Nummer 11 Buchstabe a

Aufgrund der unterschiedlichen Zählweise für teilstationäre Fälle in der Krankenhauspraxis werden die Angaben zur Verweildauer und zu den Aufnahmen und Entlassungen auf vollstationäre Fälle begrenzt. Hierdurch wird sichergestellt, daß diese für den Krankenhausvergleich wichtigen Kennzahlen nicht durch die Besonderheiten und die unterschiedlichen Zählweisen bei der teilstationären Versorgung verfälscht werden.

Zu Nummer 11 Buchstabe b

Die Ergänzung stellt klar, daß die Diagnosestatistik für "entlassene" Patienten zu führen ist. Dies entspricht der Regelung nach dem bisherigen Kosten- und Leistungsnachweis.

Zu Nummer 11 Buchstabe c

Nach § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG haben die Krankenhäuser Anspruch auf leistungsgerechte Budgets und Pflegesätze. Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Operationsstatistik ist die wichtigste Unterlage, um für Pflegesatzverhandlungen und Krankenhausvergleiche die Leistungsstruktur und den Leistungsumfang in den operierenden Abteilungen darzustellen. Mit der Neufassung des Abschnitts "L 5" der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 3 der BPflV wird eine Differenzierung der Operationsstatistik nach Altersgruppen eingeführt, wie sie bereits in Abschnitt "L 4" für die Diagnosestatistik vorgegeben ist. Durch die Differenzierung entsteht somit kaum zusätzlicher Aufwand. Dafür wird die Aussagefähigkeit der Statistik deutlich erhöht. Krankenhäuser können ihre besonderen Leistungsstrukturen, z. B. aufgrund der Altersverteilung der Patienten, besser darstellen.

Darüber hinaus wird klargestellt, daß grundsätzlich nur der "leitende Eingriff" während einer Operations-Sitzung zu verschlüsseln ist. Weitere Eingriffe sind zusätzlich als Anzahl anzugeben, also nicht zu verschlüsseln. Mehrfachkodierungen, d. h. die Dokumentation mehrerer leitender Eingriffe während einer OP-Sitzung, sind nur zulässig bei der Versorgung von Mehrfachverletzungen und von Polytraumen.

Zu Nummer 11 Buchstabe d

Redaktionelle Änderung, die klarstellt, daß in Spalte 4 - wie in Spalte 5 - auch die teilstationären Pflegesätze auszuweisen sind.

Zu Nummer 11 Buchstabe e

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund einer Änderung durch den Bundesrat im Verordnungsverfahren zur BPflV-1995.

Zu Nummer 11 Buchstabe f

Die Änderung berichtigt die Berechnungsformel für die "Bezugsgröße Unterkunft". Im Falle der Kostenausgliederung beinhalten die "verbleibenden pflegesatzfähigen Kosten" in Nr. 7 noch die Kosten der Fallpauschalen-Leistungen. Deshalb muß bei der Ermittlung der "Bezugsgröße Unterkunft" in diesem Fall durch alle "Tage", d. h. durch die Summe der Berechnungstage und der Belegungstage, dividiert werden. Die entsprechende Formel wird unter Nummer 12 Buchstabe h vorgegeben.

Zu Nummer 11 Buchstabe g

Die Buchstaben aa enthalten Vorgaben zur Ermittlung des Intensivpflegesatzes; vgl. die Begründung zu Nummer 12 Buchstabe i.

Die Vorschrift unter den Buchstaben bb stellt klar, daß zu den Operationskosten auch die Anästhesiekosten gehören.

Zu Nummer 11 Buchstabe h

Der Klammerhinweis in Abschnitt "K 8", Spalte 17 verweist auf eine Bezugsgröße für den Fallpauschalenanteil "Basispflegesatz", die zu hoch ist, da sie noch die auszugliedernden Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft enthält. Der Klammerhinweis wird deshalb gestrichen. Die geänderte Bezugsgröße wird in Fußnote 38 neu vorgegeben.

Zu Nummer 12 Buchstabe a und b

Folgeänderung zu Nummer 11 a.

Zu Nummer 12 Buchstabe c

Vereinfachung des Ausweises der Tage in "L 3" der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anlage 3 der BPfIV) im Zusammenhang mit einer Intensivmedizin, für die nach § 13 Abs. 2 ein Intensivpflegesatz zu vereinbaren ist. Die Berechnungstage oder Belegungstage in der Intensivmedizin werden für diese Einheit mit Abschnitt "L 3" ausgewiesen. Sie werden nicht mehr den übrigen Fachabteilungen zugeordnet.

Zu Nummer 12 Buchstabe d

Die Neufassung der Fußnote 23 gibt für den Erlösabzug die unterschiedliche Ermittlung der Abzugsbeträge für das Budget einerseits und die Abteilungspflegesätze andererseits klarer vor.

Zu Nummer 12 Buchstabe e

Die Neufassung der Fußnote 29 gibt die Zuordnung der Ausgleichs- und Zuschläge (periodenfremde Verrechnungen) zu dem Basispflegesatz und den Abteilungspflegesätzen klarer vor. Für den Fall der Kostenausgliederung wird bei der Ermittlung des Basispflegesatzes durch eine Gewichtung des Verrechnungsbetrags sichergestellt, daß das Krankenhaus einen ihm zustehenden Ausgleichsbetrag erhält oder einen den Krankenkassen zustehenden Betrag in vollem Umfang zurückzahlt. Ohne diese Gewichtung würde bei der Ausgliederung der Fallpauschalen aus dem Budgetbereich auch ein entsprechender Teil der Verrechnungen ausgegliedert. Der zu verrechnende Betrag würde nicht realisiert.

Zu Nummer 12 Buchstabe f

Die Neufassung der Fußnote 30 gibt die Berechnung des Divisors für die Ermittlung des Basispflegesatzes und der Abteilungspflegesätze klarer vor. Außerdem wird eine wesentliche Änderung unter Buchstabe a vorgenommen. Für die Ausgliederung der Fallpauschalen aus dem Budgetbereich wird nun auch für das Verfahren des Erlösabzugs vorgegeben, daß die voraussichtlichen Belegungstage für Fallpauschalen-Patienten (voraussichtliche Ist-Tage) abzuziehen sind. Die bisher vorgesehene Ausgliederung der im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen durchschnittlichen Verweildauer (Tage nach Spalte 12; "Soll"-Tage) würde bei Abweichung der krankenhausindividuellen Verweildauer der Patienten zu einer Verfälschung der Belegungsdaten in den Abschnitten "L 1" und "L 3" der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) führen. Sie würde auch dazu führen, daß die Berichtigung des Budgetausgleichs nach § 12 Abs. 5 in Fällen durchgeführt wird, in denen lediglich Abweichungen oder Veränderungen der Verweildauern auftreten. Zielsetzung des § 12 Abs. 5 ist jedoch eine Berichtigung bei bestimmten Veränderungen der Fallzahlen (vgl. die Begründung zu Nr. 2).

Zu Nummer 12 Buchstabe g

Für die Kostenausgliederung der Fallpauschalen wird in Fußnote 38 eine veränderte Bezugsgröße für die Ausgliederung des Basiskostenanteils vorgegeben. Die Änderung steht in Zusammenhang mit Nummer 11 Buchstabe h; vgl. dort.

Zu Nummer 12 Buchstabe h

Folgeänderung zu Nummer 11 Buchstabe f.

Zu Nummer 12 Buchstabe i

Im Verordnungsverfahren der BPflV-1995 wurde durch den Bundesrat die Möglichkeit, Abteilungspflegesätze für Intensivabteilungen zu vereinbaren, wesentlich erweitert. Als Folgeänderung ist in Fußnote 40 eine Vorgabe zur Ermittlung dieses Intensivpflegesatzes erforderlich, die insbesondere die Berücksichtigung von Fallpauschalen regelt. Darüber hinaus wird auch vorgegeben, wo die Intensiveinheit auszuweisen ist, wenn kein gesonderter Intensivpflegesatz vereinbart wird.

Zu Nummer 13

Die Buchstaben a und b nehmen redaktionelle Änderungen vor, die berücksichtigen, daß ein Teil der Investitionskosten nicht mehr über das Budget, sondern über Fallpauschalen vergütet wird.

Buchstabe c ist eine Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Artikel 2

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten der Zweiten Verordnung zur Änderung der Bundespflege-satzverordnung. Die Vorschriften treten zum 1. Januar 1996 in Kraft. Sie sind bei den pro-spektiven Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 1996 zu berücksichtigen.

Anhang 1

zur 2. ÄndV der BPfIV

Fallpauschalen-Katalog

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	KCD-8	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweildauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gruppe 1: Operationen am Nervensystem (derzeit nicht besetzt)											
Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen											
2.01	Struma Einsseitige subtotale Schilddrüsenresektion	240, 241, 242.0 bis .3	5-062.2	2.830	1.360	4.190	16	460	460	920	7,52
2.02	Struma Beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion	240, 241, 242.0 bis .3	5-062.3 bis .5	3.190	1.290	4.480	16	470	480	950	7,82
Gruppe 3: Operationen an den Augen											
3.01	Katarakt Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkernexpression, Aspiration und Spülung, ggf. einsechl. Iridektomie	250.4, 359.2, 275.4, 252.1, 366	5-144.0, .1, 6. Stelle: 2 bis .4, .x	1.640	1.340	2.980	12	220	220	440	3,54
3.02	Katarakt Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkern- verflüssigung (Phakoemulsifikation), ggf. einsechl. Iridektomie	250.4, 366	5-144.2, 6. Stelle: 2 bis .4, .x	1.690	1.280	2.970	11	190	190	380	3,1
Gruppe 4: Operationen an den Ohren (derzeit nicht besetzt)											
Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen (derzeit nicht besetzt)											
5.01	Nasenscheidewand- verbiegung, Hypertrophie der Nasenschleimhaut, elektiv	470, 478.0	5-214.0, .1	2.040	1.030	3.070	15	400	400	800	6,55
Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle (derzeit nicht besetzt)											
Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea (derzeit nicht besetzt)											
7.01	Chronische Tonsillitis, elektiv, bei Kindern und Erwachsenen	474.0, 474.1, .8, .9	5-281.0, .4, .x, .y, 5-282	1.720	830	2.550	15	400	400	800	6,51
Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien (derzeit nicht besetzt)											

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Ersler zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM 3)	Bewertungsrelationen für				Grenz- verweil- dauer 5)	Grenz- verweil- dauer Intensiv- pflege 7)	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweil- dauer 4)	Verweil- dauer Intensiv- pflege 6)
				Fallpauschalen						Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		
				Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Gruppe 9: Operationen am Herzen															
9.01	Koronare Herzkrankheit	414.0	5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: .2; 5-363.4	11.890	10.590	22.470	29	7	1.190	1.210	2.400	19,80	3,40		
9.02	.	414.0	5-361.1 bis .5, 6. Stelle: .2 kombiniert mit .3, 6. Stelle: .4 isoliert; 5-363.4 kombiniert mit 5-361.1 bis 5, 6. Stelle: .1	13.720	12.060	25.780	36	8	1.520	1.540	3.060	25,07	4,43		
9.03	.	414.0	5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: .1	11.890	10.590	22.470	29	7	1.190	1.210	2.400	19,80	3,40		
9.04	.	414.0	5-361 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.4 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.0 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.1, .2; 5-363.3 kombiniert mit 5-369.5	13.270	11.600	24.870	31	7	1.260	1.270	2.530	20,73	3,71		
9.05	.	414.0	5-361, 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-350 oder 5-353	18.280	12.650	28.930	30	10	1.360	1.390	2.740	22,45	6,22		
9.06	.	414.0	5-362.0, .1, x	13.350	17.680	31.010	32	7	1.310	1.330	2.640	21,61	3,45		

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

4) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer in Bezug auf den Gesamtaufenthalt

5) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Gesamtverweildauer

6) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensivpflegeeinheit

7) Grenzverweildauer Intensivpflege: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag auf der Intensivpflegeeinheit

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen						Grenz- verweil- dauer 5) Intensiv- pflege 7)	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweil- dauer 4) Intensiv- pflege 6)
				Punkte Personal			Gesamt- punkte				Punkte Sachmittel	Punkte Personal	Gesamt- punkte	Verweil- dauer	
				5	6	7	8	9	10						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
9.07	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen- Maschine als Kombinaloperation mit Aneurysmektomie oder Koronarchirurgie (z.B. mit Aneurysmektomie oder ASD/VSD) ohne Klappenrekonstruktion, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	414.0	5-361; 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-358; 5-363.0; 5-369.1; 5-370.3; 5-373.0 bis 2; 5-374.6; 5-382.3 isoliert	14.590	15.120	29.710	38	8	1.550	1.570	3.120	25,48	4,35		
9.08	Erworbene Herzklappenfehler	394, 395, 396, 397, 424	5-350.1, 3, 5, 7; 5-353; 5-354.0 bis 3, 6. Stelle: alle außer 8	12.590	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	394, 395, 396, 397, 424	5-351.0 bis 3 6. Stelle: 2 bis 4	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	394, 395, 396, 397, 424	5-351.0 bis 3, 6. Stelle: 2 bis 4, kombiniert mit 5-353, 5-350 oder 5-354.0 bis 3, 6. Stelle: alle außer 8	15.110	18.180	34.300	36	8	1.720	1.740	3.480	28,25	3,65		
9.11	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen- Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	394, 395, 396, 397, 424	5-351.4 bis 6, x, 6. Stelle: 2 bis 4	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 Reizeingriff mit Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	394, 395, 396, 397, 424	5-351.0 bis 3, 6. Stelle: 2 bis 4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352	14.210	18.850	33.060	36	7	1.580	1.580	3.140	25,70	3,67		
9.13	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen- Maschine als Reizeingriff an zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	394, 395, 396, 397, 424	5-351.4 bis 6, x, 6. Stelle: 2 bis 4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352.0 bis 3 mehrfach: 5-351.0 bis 3, 6. Stelle: 2 bis 4, kombiniert mit 5-350 und 5-379.5 oder 5-353 und 5-379.5	15.960	24.570	40.530	31	10	1.580	1.580	3.140	23,02	5,74		

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

4) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer in Bezug auf den Gesamtaufenthalt

5) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Gesamtverweildauer

6) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensivpflegeeinheit

7) Grenzverweildauer Intensivpflege: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag auf der Intensivpflegeeinheit

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweildauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen											
10.01	Stammvarikosis Venendilatation durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes, einseitig, einschließl. Crosssektomie	454	5-385.41, .61	2.470	1.030	3.500	14	380	380	760	6,19
Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphsystem (derzeit nicht besetzt)											
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt											
12.01	Cholezystitis/ Cholezystotomie, akut	574.0, .3, 575.0	5-511.00, .01, .20, .21	4.290	2.050	6.340	20	750	760	1.510	12,39
12.02	Cholezystitis/ Cholezystotomie, akut	574.0, .3, 575.0	5-511.10, .11	3.430	1.990	5.420	17	570	580	1.150	9,45
12.03	Cholezystitis/ Cholezystotomie, elektiv	574.1, .2, .4; 575.1, .3, .6, .8	5-511.00, .01, .20, .21	3.640	1.730	5.370	19	680	700	1.380	11,38
12.04	Cholezystitis/ Cholezystotomie, elektiv	574.1, .2, .4; 575.1, .3, .6, .8	5-511.10, .11	3.000	1.870	4.870	15	440	450	890	7,29
12.05	Appendizitis, non perforata	008.8, 540.9, 541, 542, 543	5-470.0, .2, 5-479.1	2.230	990	3.220	15	430	440	870	7,16
12.06	Appendizitis, non perforata	008.8, 540.9, 541, 542, 543	5-470.1	2.250	1.330	3.580	14	370	370	740	6,04
12.07	Hernien (femorale, inguinale) einseitig, umbilikal	550.9, 553.0, .1	5-530, 5-531, 5-534, 5. Stelle: jeweils .0 bis .3, .7;	2.520	1.010	3.530	18	480	490	970	7,94
12.08	Rezidiv-Hernien, einseitig	550.9, 553.0, .1	5-530, 5-531, 5. Stelle: jeweils .5 bis .7; 5-536.0 bis .4	2.770	1.180	3.950	17	540	540	1.080	8,84

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM 3)	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
12.09	Hernien, inkarzeriert, einseitig Operation einer inkarzerierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	550.1 552.0 bis 2, 8	5-530, 5-531, 5-534, 5-535, 5. Stelle: jeweils 0 bis 3; 5-538.0 bis 4	3.230	1.490	4.720	22	640	650	1.290	10,56
Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen (derzeit nicht besetzt)											
Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen											
14.01	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Querschnitts- syndrom, Multiple Sklerose	600, 222.2, 602	5-603	5.600	2.930	8.530	28	1.120	1.130	2.250	18,46
14.02	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Querschnitts- syndrom, Multiple Sklerose	600, 222.2, 602	5-601.0, .1	3.190	1.690	4.880	20	750	760	1.510	12,34
14.03	Varikozele	458.4	5-630.0 bis 4	1.560	620	2.180	12	250	250	500	4,05
Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen											
15.01	Gebärmutter- und Schwangerschafts- und Geburtsstörungen Inkontinenz	616.1 bis 4	5-683 kombiniert mit 5-704.2	4.460	2.020	6.480	23	910	930	1.840	15,06
15.02	Uterus myomatosis, rezidivierende Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe bei Endometriose	216; 625.3 kombiniert mit 617; 626.2, 6, 8, 9; 627.0, .1	5-683	3.920	1.800	5.720	21	770	770	1.540	12,61

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM 3)	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gruppe 16: Geburten und geburtshilfliche Operationen											
16.01	Geburt eines gesunden Neugeborenen ab dem 280. Schwangerschaftstag	V30, V31, V34, V36	9-262.0	680	70	750	-	-	-	-	-
16.02	Risikogeburt ab 225. bis 259. Schwangerschaftstag, ohne verlegungsrelevante Diagnosen	765.1 isoliert; 765.1 kombiniert mit V31, V34, V36	9-262.1	1.230	130	1.360	-	-	-	-	-
16.03	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft) die zur Geburt führt	650, 669.5, 6	9-280; 9-281; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis 3; 8-505	1.050	240	1.290	-	60	60	120	1,00
16.041	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			470	240	710	-	60	60	120	1,00
	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt	641, 642, 645, 650, 652 bis 658, 660 bis 663, 669.5, 6	9-260; 9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis 3; 8-505	1.980	610	2.590	13	320	320	640	5,23
16.042	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			1.400	610	2.010	13	320	320	640	5,23
	wie 16.041 bei Mehrlingen	641, 642, 645, 652 bis 658, 660 bis 663, 669.5, 6, jeweils kombiniert mit 651; 651 isoliert	9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.4; 8-505	3.030	910	3.940	17	550	560	1.110	9,12
16.051	Bewertungsrelationen bei Beleghebammen			2.300	910	3.210	17	550	560	1.110	9,12
	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag	641, 642, 645, 652 bis 663, 669.7	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	3.830	1.400	5.230	19	690	690	1.380	11,28
				3.320	1.400	4.720	19	690	690	1.380	11,28

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾				
				Punkte Personal		Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte					
				5	6							7	8	9	10
1	2	3	4												
16.052	wie 16.051 bei Mehrlingen	641, 642, 645, 652 bis 663, jeweils kombiniert mit 651; 651 isoliert	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	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				
16.061	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag	644.1	9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis 3; 8-505	2.430	850	3.280	17	480	490	970	7,93				
				1.920	850	2.770	17	480	490	970	7,93				
16.062	wie 16.061 bei Mehrlingen	644.1 kombiniert mit 651, 662.3 oder 652.6	9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.4; 8-505	3.040	990	4.030	18	570	590	1.150	9,44				
				2.430	990	3.420	18	570	590	1.150	9,44				
16.071	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag	644.1	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	4.050	1.850	5.900	21	770	780	1.550	12,72				
				3.620	1.850	5.470	21	770	780	1.550	12,72				
16.072	wie 16.071 bei Mehrlingen	644.1 kombiniert mit 651, 660.5 oder 652.6	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	4.150	1.800	5.950	21	770	780	1.550	12,66				
				3.540	1.600	5.140	21	770	780	1.550	12,66				

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzerweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen											
17.01	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8	5-820.0 bis .2	7.230	4.730	11.960	34	1.270	1.290	2.560	20,91
17.02	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8	5-820.3 und .4	7.230	4.330	11.560	34	1.270	1.290	2.560	20,91
17.03	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8	5-790.0 bis .2, .5, .x, 6. Stelle: .8; 5-791.0, .3 bis .5, .9, .x, 6. Stelle: .4; 5-792.0, .3 bis .5, .9, .x, 6. Stelle: .4	6.470	2.960	9.430	32	1.200	1.220	2.420	19,77
17.04	Peritrochantäre Oberschenkelfraktur, geschlossen	820.2	5-790.0 bis .5, .x, 6. Stelle: .8; 5-791.0 bis .5, .7, .9, .x, 6. Stelle: .5; 5-792.0 bis .5, .7, .9, .x, 6. Stelle: .5	6.620	2.880	9.500	31	1.230	1.250	2.480	20,33
17.05	Sprunggelenksfraktur (Typ Weber B+C), geschlossen	824.2	5-793.1 bis .3, .8, .x, 6. Stelle: .6; 5-794.0 bis .2, .7, .x, 6. Stelle: .6	3.660	1.590	5.250	20	750	760	1.510	12,29
17.06	Coxarthrose	714; 715.1 bis .3, .8, .9; 754.3; 905.3, .4	5-820.0 bis .2	9.450	8.130	17.580	41	1.470	1.490	2.960	24,16
17.07	Lockerung der Hüftgelenkscapsulaprothese	996.4, 6	5-821.12 bis .14, .23, .24; 5-821.3	12.120	9.950	22.070	46	1.980	2.000	3.980	32,56

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenzverweildauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
17.08	Beginnende Coxarthrose, Hüftfrenkelstellung	714; 715.1 bis 3, 8, 9; 732.1, 2, 4, 6 bis 9; 736.3; 754.3; 905.3, 4	5-781.0 bis 2, 5, 6, 8, 9, x; 6. Stelle: 9; kombiniert mit 5-786	7.510	3.700	11.210	35	1.060	1.070	2.130	17,43
17.09	Gonarthrose	714; 715.1 bis 3, 8, 9; 905.4	5-822.1 bis 7, 9	9.630	11.680	21.310	44	1.510	1.530	3.040	24,82
17.10	Gonarthrose	714; 715.1 bis 3, 8, 9; 905.4	5-822.0	8.040	6.530	14.570	38	1.230	1.250	2.480	20,32
17.11	Lockerung der Kniegelenksendoprothese	986.4, 6	5-823.12 bis 17, 5-823.2 bis 4	12.930	11.900	24.830	49	1.910	1.930	3.840	31,4
17.12	Hallux valgus, Hallux rigidus	735.0, 2	5-788.3, 4	3.640	1.890	5.530	25	740	750	1.490	12,22
17.13	Kreuzbandruptur	717.8, 844.2	5-803.0 bis 5; 5-813.3 bis 8	6.150	3.250	9.400	43	1.060	1.070	2.130	17,38
17.14	Zustand nach Osteosynthese Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)	V54.0, 812, 820, 821, 823, 824 außer 2, 3, 8, 9	5-787.3 bis 6, 8, 6. Stelle: 2, 9, a; 5-787.79	2.490	1.440	3.930	15	430	430	860	7,01
Gruppe 18: Operationen an der Mammaria											
18.01	Bösartiger Mammatumor	174	5-873; 5-874.0 bis 2, 6. Stelle: 2 bis 4, x	5.270	2.480	7.750	25	1.020	1.030	2.050	16,8
18.02	Bösartiger Mammatumor	174	5-873; 5-874.0 bis 2, 6. Stelle: 2 bis 4, x; jeweils kombiniert mit 5-889.2	5.270	3.480	8.750	25	1.020	1.030	2.050	16,8

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.1: Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweildauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18.03	Bösartiger Mammalumor Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenentfernung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und muskulocutane Lappen	174	5-871	4.240	2.100	6.340	23	820	830	1.650	13,51
Gruppe 19: Operation an Haut und Subcutis (derzeit nicht besetzt)											

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Dieser zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweil- dauer ¹⁾		
				Fallpauschale			Fallpauschale				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	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			
Gruppe 1: Operationen am Nervensystem (derzeit nicht besetzt)																	
Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen																	
2.01	Struma	240; 241; 242.0 bis .3	5-062.2	2.030	1.260	3.290	1.750	1.260	3.010	14	390	400	790	6,47			
2.02	Struma	240; 241; 242.0 bis .3	5-062.3 bis .5	2.230	1.180	3.410	1.890	1.180	3.070	15	410	410	820	6,72			
Gruppe 3: Operationen an den Augen																	
3.01	Katarakt	250.4, 359.2, 275.4, 252.1, 366 ggf. einschl. Iridektomie	5-144.0, .1, 6. Stelle: .2 bis .4, x	1.210	1.330	2.540	1.140	1.330	2.470	12	220	220	440	3,54			
3.02	Katarakt	250.4, 366 Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkernexzpression, Aspiration und Spülung, ggf. einschl. Iridektomie	5-144.2, 6. Stelle: .2 bis .4, x	1.190	1.280	2.470	1.120	1.280	2.400	11	190	190	380	3,10			
Gruppe 4: Operationen an den Ohren (derzeit nicht besetzt)																	
Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen (derzeit nicht besetzt)																	
5.01	Nasenscheidewand- verbiegung, Hypertrophie der Nasenschleimhaut, elektiv	470, 478.0	5-214.0, .1	1.350	630	1.980	1.220	630	1.860	14	340	340	680	5,61			
Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle (derzeit nicht besetzt)																	
Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea																	
7.01	Chronische Tonsillitis, elektiv, bei Kindern und Erwachsenen	474.0; 474.1, .8, .9	5-281.0, .4, x, y; 5-282	1.310	650	1.960	1.230	650	1.880	15	400	400	800	6,51			
Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien (derzeit nicht besetzt)																	
Gruppe 9: Operationen am Herzen (derzeit nicht besetzt)																	
Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen (derzeit nicht besetzt)																	
10.01	Stammvarikosis	454	5-385.41, .61	1.740	950	2.690	1.450	950	2.400	13	320	330	650	5,32			
Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem																	

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM 3)	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Belegassistenz			Grenz- verweil- dauer 2)	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer 1)
				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
(derzeit nicht besetzt)														
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt														
12.01	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut	574.0, .3, 575.0	5-511.00, .01, .20, .21	3.150	1.850	5.000	2.870	1.850	4.720	19	650	680	1.310	10,66
12.02	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut	574.0, .3, 575.0	5-511.10 und .11	2.480	1.840	4.320	2.190	1.840	4.030	16	490	500	990	8,13
12.03	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv	574.1, .2, .4; 575.1, .3, .6, .8	5-511.00, .01, .20, .21	2.590	1.570	4.160	2.320	1.570	3.890	18	590	600	1.190	9,78
12.04	Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv	574.1, .2, .4; 575.1, .3, .6, .8	5-511.10, .11	2.140	1.550	3.690	1.940	1.550	3.390	14	380	390	770	6,27
12.05	Appendizitis, non perforata	006.8, 540.9, 541, 542, 543	5-470.0, .2, 5-478.1	1.610	900	2.510	1.430	900	2.330	14	370	380	750	6,15
12.06	Appendizitis, non perforata	006.8, 540.9, 541, 542, 543	5-470.1	1.560	1.250	2.810	1.340	1.250	2.590	13	320	320	640	5,20
12.07	Hernien (femorale, inguinal) einseitig; umbilikal	550.9, 553.0, .1	5-530, 5-531, 5-534, 5. Stelle: jeweils .0 bis .3	1.940	990	2.930	1.720	990	2.710	16	480	490	970	7,94
12.08	Rezidiv-Hernien, einseitig	550.9, 553.0, .1	5-530, 5-531, 5. Stelle: jeweils .5 bis .7	2.100	1.150	3.250	1.860	1.150	3.010	17	540	540	1.080	8,84
12.09	Hernien, inkarniert, einseitig	550.1, 552.0 bis 2, .8	5-536.0 bis .4 3;	2.540	1.460	4.000	2.300	1.460	3.760	22	640	650	1.290	10,56
(derzeit nicht besetzt)														
Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen														
(derzeit nicht besetzt)														
Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen														
14.01	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Quer- schnittssyndrom, Multiple Sklerose	600, 222.2, 602	5-603	4.170	2.850	7.020	3.870	2.850	6.720	28	1.120	1.130	2.250	18,46

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Lister zusätzlich abrechenbarer Tag

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

- 33 -

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM 3)	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Belegpauschale			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				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
14.02	Prostataadenom, ohne Nebendiagnosen: Manifestierter Morbus Parkinson, Quer- schnittssyndrom, Multiple Sklerose	Transurethrale Elektresektion eines Prostataadenoms	5-801.0, .1	2.500	1.810	4.310	2.290	1.810	4.100	20	750	760	1.510	12,34
14.03	Varikozele	Varikozelenoperation, offen-chirurgisch	455.4	1.210	610	1.820	1.080	610	1.870	12	250	250	500	4,05
Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen														
15.01	Gebärmutter- und Scheidensenkung ggf. mit Inkontinenz	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraffung	618.1 bis .4	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	218; 625.3 kombiniert mit 617; 628.2, .6, .8, .9; 627.0, .1	2.970	1.740	4.710	2.890	1.740	4.420	21	770	770	1.540	12,61
Gruppe 16: Geburten und geburtsärztliche Operationen														
16.01	Geburt eines gesunden Neugeborenen ab dem 260. Schwangerschaftsstag	V30, V31, V34, V36	9-282.0	680	70	750	680	70	760	-	-	-	-	-
16.02	Risikoabgabe ab 225. bis 259. Schwangerschaftsstag, ohne verlegungsrelevante Diagnosen	765.1 isoliert; 765.1 kombiniert mit V31, V34, V36	9-282.1	1.230	130	1.360	1.230	130	1.360	-	-	-	-	-
16.03	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft) die zur Geburt führt	650, 969.5, .6	9-280; 9-281; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis .3; 8-505	800	240	1.040	790	240	1.030	-	80	80	120	1,00
Bewertungsrelationen bei Beleggebarmerten				220	240	460	210	240	450	-	60	60	120	1,00
16.04	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt führt, ab dem 260. Schwangerschaftsstag	641, 642, 645, 650, 652 bis 658, 660 bis 663, 969.5, .6	9-280; 9-281; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis .3; 8-505	1.610	610	2.220	1.600	610	2.210	13	320	320	640	5,23
Bewertungsrelationen bei Beleggebarmerten				1.030	610	1.840	1.020	610	1.830	13	320	320	640	5,23

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist				Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Fallpauschale				Fallpauschale					Bewertungsrelationen			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal		Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
16.042	wie 16.041 bei Mehrlingen	641, 642, 645, 652 bis 658, 660 bis 663, 669.5, .6, jeweils kombiniert mit 651; 651 isoliert	9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.4; 8-505	2.320	910	3.230	2.270	910	3.180	17	550	560	1.110	9,12		
16.051	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt führt, ab dem 260. stationärer Versorgung vor der Geburt Schwangerschaftsdiag	641, 642, 645, 652 bis 663, 669.7	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	3.030	1.400	4.430	2.760	1.400	4.160	19	690	690	1.390	11,28		
16.052	wie 16.051 bei Mehrlingen	641, 642, 645, 652 bis 663, jeweils kombiniert mit 651; 651 isoliert	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	3.330	1.630	4.960	3.150	1.630	4.780	21	720	730	1.450	11,91		
16.061	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftsdiag	644.1	9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis .3; 8-505	1.870	850	2.720	1.840	850	2.690	17	480	490	970	7,93		
16.062	wie 16.061 bei Mehrlingen	644.1 kombiniert mit 651, 652.3 oder 652.6	9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.4; 8-505	2.300	990	3.290	2.260	990	3.260	18	570	580	1.150	9,44		
16.071	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftsdiag	644.1	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	3.230	1.650	4.880	2.960	1.650	4.640	21	770	780	1.550	12,72		
				2.800	1.650	4.450	2.570	1.650	4.220	21	770	780	1.550	12,72		

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: L-r-ter zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Beleganästhesist			Grenzverweildauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweildauer ¹⁾
				Fallpauschale			Fallpauschale				Grenzverweildauer ²⁾				
				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	
16.072	wie 16.071 bei Mehrträgen	644.1 kombiniert mit 651, 650.5 oder 652.6	5-740; 5-741; 5-742; 5-749	3.410	1.800	5.010	3.200	1.600	4.800	21	770	780	1.550	12,86	
				2.800	1.600	4.400	2.590	1.600	4.190	21	770	780	1.550	13,00	
Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen															
17.01	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8	5-820.0 bis 2	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	820.0, 8	5-820.3 und 4	5.770	4.180	9.930	5.450	4.180	9.610	32	1.180	1.200	2.380	19,45	
17.03	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8	5-790.0 bis 2, 5, x, 6. Stelle: 8; 5-791.0, 3 bis 5, 9, x, 6. Stelle: 4; 5-792.0, 3, bis 5, 9, x, 6. Stelle: 4	5.280	2.800	8.080	4.960	2.800	7.760	31	1.120	1.130	2.250	18,39	
17.04	Petrochanterale Oberschenkelhalsfraktur, geschlossen	820.2	5-790.0 bis 5, x, 6. Stelle: 5; 5-791.0 bis 5, 7, 9, x, 6. Stelle: 5; 5-792.0 bis 5, 7, 9, x, 6. Stelle: 5	5.310	2.720	8.030	5.020	2.720	7.740	30	1.150	1.160	2.310	18,90	
17.05	Sprunggelenksfraktur (Typ Weber B+C), geschlossen	824.2	5-793.1 bis 3, 8, x, 6. Stelle: 6; 5-794.0 bis 2, 7, x, 6. Stelle: 6	2.690	1.460	4.160	2.430	1.460	3.890	19	640	850	1.290	10,57	
17.06	Coxarthrose	714; 715.1 bis 3, 8, 9, 754.3; 905.3, 4	5-820.0 bis 2	7.280	7.990	15.280	6.890	7.990	14.880	41	1.470	1.490	2.960	24,16	

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM 3)	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist				Grenz- verweil- dauer 2)	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweil- dauer 1)
				Fallpauschale		Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel		Gesamt- punkte				
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel									Punkte Personal	Punkte Sachmittel		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
17.07	Lockerung der Hüftgelenktotalendoprothese	996.4, 8	5-821.12 bis .14, .23, .24, 5-821.3	9.000	9.880	18.880	8.580	9.880	18.480	46	1.980	2.000	3.980	32,56			
17.08	Beginnende Coxarthrose, Hüftfehlstellung	714; 715.1 bis .3, .8, .9; 732.1, 2, .4, .8 bis .9; 736.3; 754.3; 905.3, 4	5-781.0 bis .2, .5, .8, .9, .9, x, 6. Stelle: 9, kombiniert mit 5-786	5.350	3.240	8.590	5.050	3.240	8.290	32	910	920	1.830	14,99			
17.09	Gonarthrose	714; 715.1, 2, .3, .8, .9; 905.4	5-822.1 bis .7, .9	7.320	11.540	18.860	6.990	11.540	18.530	44	1.510	1.530	3.040	24,82			
17.10	Gonarthrose	714; 715.1 bis .3, .8, .9; 905.4	5-822.0	5.940	8.410	12.350	5.680	8.410	12.070	38	1.230	1.250	2.480	20,32			
17.11	Lockerung der Kniegelenktotalendoprothese	996.4, 8	5-823.12 bis .17, 5-823.2 bis .4	8.590	11.780	21.380	9.070	11.780	20.860	49	1.910	1.930	3.840	31,40			
17.12	Hallux valgus, Hallux rigidus	735.0, 2	5-788.3, 4	2.460	1.660	4.120	2.280	1.660	3.940	23	640	650	1.290	10,51			
17.13	Kreuzbandruptur	717.8, 844.2	5-803.0 bis .5; 5-813.3 bis .8	4.200	2.940	7.140	3.900	2.940	6.840	41	910	920	1.830	14,94			
17.14	Zustand nach Osteosynthese	V54.0, 812, 820, 821, 823, 824 außer 2, .3, .8, .9	5-787.3 bis .6, .8, 6. Stelle: 2, .9, a; 5-787.79	1.740	1.280	3.020	1.600	1.280	2.880	14	370	370	740	6,03			
Gruppe 18: Operationen an der Mamma																	
18.01	Bösartiger Mammatumor	174	5-873; 5-874.0 bis 2, 6. Stelle: 2 bis 4, x	3.720	2.160	5.880	3.320	2.160	5.480	22	880	890	1.770	14,45			

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	ICPM ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Beleganästhesist				Grenzverweildauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweildauer ¹⁾
				Fallpauschale				Fallpauschale									
				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			
18.02	Bösartiger Mammtumor Brustdrüsen-Reduktaloperation mit Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphknotenregionen), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und muskulocutane Lappen	174	5-873; 5-874.0 bis 2, 6, Stufe: 2 bis 4, x, kombiniert mit 5-888.2	3.720	3.180	6.880	3.320	3.180	6.480	22	880	890	1.770	14,45			
18.03	Bösartiger Mammtumor Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenentfernung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und muskulocutane Lappen	174	5-871	3.180	1.930	5.110	2.870	1.930	4.800	23	820	830	1.650	13,51			
Gruppe 19: Operation an Haut und Subcutis (derzeit nicht besetzt)																	

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anhang 2

zur 2. ÄndV der BPfIV

Sonderentgelt-Katalog

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

- 39 -

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Schnittstelle	Punkte	
1	2	3	4	5	6		7
I	Operationen						
Gruppe 1: Operationen am Nervensystem							
1.01	Dekompression peripherer Nerven bei Carpal-Tunnelsyndrom, Ulnarsyndrom, ggf. mit Vorverlagerung	354.0, 2	5-058.3, 4; 5-057.3, 4	970	280		1.260
Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen							
2.01	Einseitige, subtotale Schilddrüsenresektion		5-062.2	1.280	500		1.780
2.02	Beidseitige, subtotale Schilddrüsenresektion		5-062.3 bis 5	1.560	410		1.970
2.03	Radikale Operation einer bösartigen Schilddrüsenneoplasie, einschl. Ausdehnung der regionalen Lymphströmgebiete und ggf. der Nachbarorgane oder Rezidivgriff nach vorangegangener Struma-Operation		5-061.1, 2; 5-062.8; 5-063.1 bis 3; 5-064.3, 4, 6, 7 5-071.3	1.590	630		2.220
2.04	Operative Entfernung einer Nebenniere als selbständige Leistung			1.600	740		2.340
Gruppe 3: Operationen an den Augen							
3.01	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkernexpression, Aspiration und Spülung, ggf. einschl. Irisektomie		5-144.0 und 1, 6. Stelle: 2 bis 4, x 5-144.2, 6. Stelle: 2 bis 4, x	480	920		1.380
3.02	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkernverflüssigung (Phakoemulsifikation), ggf. einschl. Irisektomie			620	910		1.530
Gruppe 4: Operationen an den Ohren							
4.01	Tympanoplastik mit Verschluss eines Trommelfeldefektes in mikrochirurgischer Technik, einschl. Transplantateinnahme		5-194	980	430		1.410
4.02	Stiegbugeloperation		5-190; 5-191	890	440		1.330
Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen							
5.01	Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligen Septum, ggf. mit Operation an den Schwellkörpern		5-214.0, 1	790	370		1.160
Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle							
6.01	Laterale konservative Parotidektomie		5-262.0	1.540	280		1.820
Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea							
7.01	Totale Laryngektomie		5-303.0	3.920	800		4.720

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamtpunkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
I	Operationen						
Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien							
8.01	Einseitige Segmentresektion, Lobektomie, (Pleuro-)Pneumektomie, ggf. mit Entfernung einzelner Lymphknoten		5-323.0, 6. Stelle: .1, .2; 5-324.0, .2; 5-327.0, .4	1.760	2.100		3.860
8.02	Einseitige Segmentresektion, Lobektomie, (Pleuro-)Pneumektomie mit radikaler Lymphadenektomie		5-323.0, 6. Stelle: .3; 5-324.1, .3, 6. Stelle: .1; 5-327.1, .5	2.400	2.200		4.600
8.03	Lungenresektion mit Bronchusplastik/Anastomose und/oder Gefäßplastik/Anastomose sowie radikaler Lymphadenektomie		5-323.0, .1, 6. Stelle: .3 kombiniert mit 5-334.3, 5-397.4 oder 5-397.9; 5-324.1, .3, .5, 6. Stelle: .2 bis .5; 5-327.1 kombiniert mit 5-334.3, 5-397.4 oder 5-397.9	4.280	3.420		7.700
8.04	Erweiterte Lungenresektion mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Vorhofteilresektion und Perikardersatzplastik sowie radikaler Lymphadenektomie		5-323.0, .1, 6. Stelle: .3 kombiniert mit 5-374.1 oder 5-374.2; 5-325.0 bis .9, .x, .y, 6. Stelle: .1 bis .3; 5-328.0 bis .4, .x, .y, 6. Stelle: .1 bis .3; 5-328.0, .3, 6. Stelle: .1 bis .3	4.040	4.880		8.920

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
8.05	Erweiterte Lungenresektion mit Thoraxwand-Teilresektion oder Zwerchfell-Teilresektion und plastischem Ersatz mit Fremdmaterial sowie radikaler Lymphadenektomie		5-322.2, 3; 6. Stelle: 3 kombiniert mit 5-346.6 oder 5-347.3 oder 4; 5-323.0, 1; 6. Stelle: 3 kombiniert mit 5-346.6 oder 5-347.3 oder 4; 5-325.0 bis 9, x, y; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4; 5-326.0 bis 4, x, y; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4; 5-326.0 bis 4, x, y; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4; 5-325.0 bis 9, x, y; 6. Stelle: 4 kombiniert mit 5-346.6; 5-328.0 bis 4, x, y; 6. Stelle: 4 kombiniert mit 5-346.6; 5-328.0, 3; 6. Stelle: 4 kombiniert mit 5-346.6; 5-328.0, 3; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4	3.950	8.210	12.170	
8.06	Trachea- oder Bifurktionsresektion mit Rekonstruktion oder Prothesenimplantation		5-314.11; 5-316.4 bis 6, 8; 5-321.2, 3; 5-334.3, 4	3.100	2.940	6.040	
8.07	Manschetten(pleuro-)pneumonektomie mit Rekonstruktion eines Lungenflügels sowie intraoperativer Gefäßversorgung, Perikardersatzplastik und radikaler Lymphadenektomie		5-328.1, 4; 6. Stelle: jeweils 1 bis 3	5.220	4.900	10.120	
8.09	Ausgedehnte Resektionen von Sternum, Thoraxwand oder Zwerchfell, einschließlich Metall- und/oder Kunststoffimplantaten		5-343.2 bis 4; 5-346.4, 6 bis 8; 5-347.2 bis 4; 5-342.19	2.460	7.820	10.280	
8.10	Einseitige Lungenmetastasenektomie, offen chirurgisch mit mehr als drei entfernten Metastasen sowie Lymphadenektomie	197.0	5-322.0, 2, 5-323.0, 6. Stelle: jeweils 2, 3	2.930	4.200	7.130	
8.11	Simultane doppelseitige transsternale Metastasenektomie und Lymphadenektomie	197.0	5-322.1, 3, 5-323.1, 6. Stelle: jeweils 2, 3	3.320	4.900	8.220	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel		
1	2	3	4	5	6		7
8.12	Dekortikation bei Schwielen oder Karzinose, bzw. Mesotheliom/Emphysektomie und Feindekortikation		5-344.0; 5-345.1	3.290	2.520		5.810
8.13	Pleurektomie/Entfernung eines Pleuratumors, auch minimalinvasiv		5-344.1, .2, .x, .y; 5-345.0	2.320	2.130		4.450
8.14	Entfernung eines Mediastinaltumors, offen-chirurgisch		5-077; 5-342.01; 5-342.11	2.350	2.800		5.150
8.15	Entfernung eines malignen Mediastinaltumors mit prothetischem Ersatz der großen Gefäße und Lungenteilresektion		5-342.15, .18	4.130	6.390		10.520
8.16	Lungentresektionen minimal-invasiv		5-322.2; 5-323.0; 5-324.0, .1; 5-327.0, .1, .4, .5 jeweils kombiniert mit 1-691.0	2.280	6.910		9.190
8.17	Tracheaendoprothese bronchoskopisch implantiert		5-319.12; 5-339.02	1.240	2.440		3.680

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamtpunkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
I	Operationen						
Gruppe 9: Operationen am Herzen							
9.01	Schrittmacher-Implantation, Einkammersystem - auch Reimplantation		5-377.1; 5-378.82, 83	910	5.770		6.680
9.02	Schrittmacher-Implantation, Zweikammersystem - auch Reimplantation		5-377.2; 5-378.81, 84	1.130	10.130		11.260
9.03	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Einkammersystem		5-378.53	790	5.420		6.210
9.04	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Zweikammersystem		5-378.54	1.310	8.830		10.140
9.05	Versorgung mit einem implantablen Defibrillator, einschließlich Wechsel		5-377.3; 5-378.51, 61	2.150	59.940		62.090
9.06	Operation eines Aortenaneurysmas im Thorax mit einer klappentragenden Rohrprothese unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine	441.2	5-354.08	4.080	17.150		21.230
9.07	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. kombiniert mit TEA		5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: 2; 5-363.4	3.920	6.220		10.140
9.08	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung der inneren Brustwandarterie kombiniert mit aortokoronarer Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. kombiniert mit TEA		5-361.1 bis 5, 6. Stelle: 2 kombiniert mit 3, 6. Stelle 4 isoliert; 5-363.4 kombiniert mit 5-361.1 bis 5, 6. Stelle: 1	4.340	6.430		10.770
9.09	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als aortokoronarer Venen-Bypass ohne Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. kombiniert mit TEA		5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: 1	3.780	6.440		10.220
9.10	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergierfriff am Herzen, ggf. kombiniert mit TEA		5-361 kombiniert mit 5-363.5; 5-363.4 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.0 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.1, 2; 5-363.3 kombiniert mit 5-369.5	4.830	7.140		11.970
9.11	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe		5-350.1, 3, 5, 7; 5-353; 5-354.0 bis 3, 6. Stelle: außer 8	3.440	7.730		11.170

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
9.12	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe		5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4	3.390	11.890		15.280
9.13	Herz-Operation unter Einsatz der Herz-Lungen Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe		5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4, kombiniert mit 5-353, 5-350 oder 5-354.0 bis .3, 6. Stelle: alle außer .8	4.090	13.390		17.480
9.14	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur von zwei Herzklappen		5-350 x; 5-350 kombiniert mit 5-353	6.080	8.640		14.720
9.15	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen		5-351.4 bis .8, x, 6. Stelle: 2 bis .4	4.050	17.700		21.750
9.16	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen und Korrektur weiterer Herzklappen		5-351.4 bis .8, x, 6. Stelle: 2 bis .4, kombiniert mit 5-350 oder 5-353	4.420	17.650		22.070
9.17	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergriff mit Ersatz einer Herzklappe		5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352	4.230	12.620		16.850
9.18	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergriff an zwei Herzklappen		5-351.4 bis .8, x, 6. Stelle: 2 bis .4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352.0 bis .3 mehrfach; 5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4, kombiniert mit 5-350 + 5-379.5 oder 5-353 + 5-379.5	4.730	18.070		22.800
9.19	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Klappenrekonstruktion		5-361, 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-350 oder 5-353	4.750	7.780		12.530
9.20	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz einer Herzklappe		5-362.0, .1, x	4.250	12.470		16.720

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
9.21	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie, ggf. kombiniert mit TEA, und Ersatz von zwei Klappen		5-362.2, .3; 5-361 kombiniert mit 5-351.4 bis .6, x, 6. Stelle: 2 bis 4	5.130	17.320		22.450
9.22	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombinationsentwurf von Koronarchirurgie (z.B. mit Aneurysmaresektion oder ASD/VSD) ohne Klappenentwurf		5-361, 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-356, 5-363.0, 5-369.1, 5-370.3, 5-373.0 bis .2, 5-374.6; 5-362.3 isoliert	4.690	9.430		14.120
9.24	Herzoperation ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine: Panzerherzoperation, Eingriffe am Perikard, Reoperation am schlagenden Herzen		5-370, 5-372, 5-373, 5-374	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		5-355.1; 5-357; 5-390.0 bis .5, x	1.700	4.190		5.890
9.26	Einsatz einer intraaortalen Ballonpumpe, offen chirurgisch im Zusammenhang mit einer Herzoperation oder perkutan; Hinweis: Der offen chirurgische Eingriff ist nur im Zusammenhang mit einem herzchirurgischen Eingriff abrechenbar		8-839.0; 5-376.0	540	2.630		3.170

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen							
10.01	Rekonstruktive Operation an den extrakraniellen hirnversorgenden Gefäßen einer Seite - auch mit Einlegen eines Shunts, ggf. mit Patch-Plastik		5-380, 5-381, 5-382, 5-383, 5-393, 5-395, 5-396, 5-397, 5. Stelle: jeweils .0	1.490	830		2.320
10.02	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Rohrprothese		5-384.3 bis .5, .x, .y, 6. Stelle: .1; 5-393.3, 6. Stelle: .1	2.320	2.560		4.880
10.03	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Y-Prothese		5-384.3 bis .5, .x, .y, 6. Stelle: .3, .5; 5-393.3, 6. Stelle: .3, .6	3.000	3.430		6.430
10.04	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Aneurysma und Ersatz durch Rohrprothese		5-384.3 bis .5, .x, .y, 6. Stelle: .2	2.760	3.120		5.880
10.05	Rekonstruktionsoperation an der Bauchorta bei Aneurysma und Ersatz durch Y-Prothese		5-384.3 bis .5, .x, .y, 6. Stelle: .4, .6	2.910	3.280		6.190
10.06	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß, einschl. Nierenarterie		5-381.6; 5-382.6; 5-383.6; 5-393.48, .49; 5-395.6; 5-396.6; 5-397.6	2.680	3.050		5.730
10.07	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig mit Gefäßprothese		5-383.5, 6. Stelle: .2 bis .5; 5-383.4, 6. Stelle: .1, .2, .7; 5-393.3, 6. Stelle: .2, .5, .7	2.100	2.400		4.500
10.08	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig ohne Gefäßprothese		5-381.5, 5-382.5, 5-385.5, 5-396.5, 5-397.5, 5-380.5, 6. Stelle: jeweils .2 bis .5	1.700	850		2.550
10.09	Anlage einer Gefäßprothese: axillo-femoral und femoro-femoral		5-393.15, .56	2.260	3.060		5.320
10.10	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, ohne Anlegung einer Gefäßprothese		5-381.7; 5-383.7 kombiniert mit 5-930.0; 5-393.51 kombiniert mit 5-930.0; 5-393.53 kombiniert mit 5-930.0; 5-395.7, 5-396.7	1.520	910		2.430

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	7
10.11	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung eines nichtkörpereigenen Gefäßersatzes		5-383.7 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2; 5-393.51 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2; 5-393.53 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2	1.790	2.670		4.460
10.12	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, ohne Gefäßprothese		5-393.54 kombiniert mit 5-930.0	1.900	1.350		3.250
10.13	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, mit nichtkörpereigenem Gefäßersatz		5-393.54 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2	2.190	3.550		5.740
10.14	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, ohne Gefäßprothese		5-393.55 kombiniert mit 5-930.0	2.400	990		3.390
10.15	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, mit nichtkörpereigenem Gefäßersatz		5-393.55 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2	2.510	3.240		5.750
10.16	Venenexstirpation durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes, einseitig, einschl. Crossektomie		5-385.41, 61	1.230	350		1.580
10.17	Thrombektomie der Bein- und/oder Beckenvenen, einseitig, ggf. auch mit Anlage einer a.v.-Fistel		5-380.9, 6. Stelle: 8, 9, a, b, c	1.080	900		1.980
Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem							
11.01	Retropertoneale Lymphadenektomie, ggf. einschl. Entfernung der iliacalen Lymphknoten		5-404.2 bis 5: 5-402.2	2.590	1.340		3.930
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt							
12.01	Operative Bildung eines Kolon- oder Ileum-Conduits		5-565.0, 1, 5	3.690	2.700		6.390
12.02	Operativer Eingriff am Oesophagus bei abdomino-thorakalem Zugang mit Intra-thorakaler Verlagerung von Magen und Darmanteilen		5-428.1, 2, 6. Stelle: 1 bis 4	4.720	3.830		8.550
12.03	Teilektomie des Magens (Prinzip B I oder B II)		5-435.0 bis 2; 5-436.0, 1	2.270	1.620		3.890
12.04	Totale oder erweiterte Magenentfernung, einschl. Lymphknoten-Dissektion und ggf. Teilektomie von Nachbarorganen, auch mit Milzexstirpation		5-437 alle 5-Stellen, 6. Stelle: 2 bis 5; 5-443	2.640	2.520		5.160
12.05	Vagotomie am Magen mit zusätzlichem Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pylorusverweiterung, einschl. Plastik)		5-444.12, 22	2.120	780		2.900
12.06	Teilektomie des Kolons - ggf. auch mit Anlage eines Anus praeter		5-455.0 bis 7, 6. Stelle: 1 bis 4	1.960	1.710		3.670

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Sonderentgelt	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7	7
12.07	Totale Kolektomie mit Ileostomie oder subtotaler Kolektomie		5-455.8, 6. Stelle: .1 bis .4; 5-456.02	2.670	1.930		4.600
12.08	Abdomino-perineale Rektumexstirpation mit Anus praeter naturalis		5-485.01, .21	2.200	1.750		3.950
12.09	Teilektomie der Leber oder Exzision eines Tumors, auch mit Zystektomie		5-501.1; 5-501.21, .23; 5-502	1.930	1.610		3.540
12.10	Cholezystektomie, offen-chirurgisch		5-511.00, .01; 5-511.20, .21	1.240	440		1.680
12.11	Cholezystektomie, offen-chirurgisch, mit operativer Revision des Ductus hepatico-choledochus		5-511.02, 5-511.22	1.660	660		2.320
12.12	Cholezystektomie, laparoskopisch		5-511.10, .11	1.310	760		2.070
12.13	Bilioenterische Anastomose mit Interposition eines Darmabschnitts		5-512.2 bis .4	2.660	1.270		3.930
12.14	Pankreasschwanzresektion oder subtotale Linkresektion mit Drainage		5-524.0	2.770	1.960		4.730
12.15	Pankreatoduodenektomie (z. B. nach Whipple) - auch Exstirpation des Pankreas		5-524.1 bis .3; 5-525.0 bis .2	3.890	3.060		6.950
12.16	Appendektomie, offen-chirurgisch		5-470.0, .2; 5-479.1	780	210		990
12.17	Appendektomie, laparoskopisch		5-470.1	1.040	650		1.690
12.18	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruchs		5-535.0; 5-536.0	860	310		1.170
12.19	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruchs mit Plastik	553.2	5-535.1 bis .3; 5-536.1 bis .4	1.210	400		1.610
12.20	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruchs, einseitig		5-530, 5-531, 5-534, 5. Stelle: jeweils .0 bis .3	960	220		1.170
12.21	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruchs, als Reizdiveroperation, einseitig	553.1	5-530, 5-531, 5. Stelle: jeweils .5 bis .7; 5-536.0 bis .4	1.070	270		1.340
12.22	Operation einer inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	550.1, 552.0 bis .2, .8	5-530, 5-531, 5-534, 5-535, 5. Stelle: jeweils .0 bis .3; 5-536.0 bis .4	960	350		1.300

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen				
				Sonderentgelt			Gesamtpunkte	7
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte		
1	2	3	4	5	6			
Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen								
13.01	Verpflanzung eines Harnleiters in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik		5-564.0, 2, 3; 5-567.02, 4; 5-568.41, 6, 7; 5-706.3	1.820	730		2.550	
13.02	Verpflanzung mehrerer Harnleiter in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik		5-564.1, 6; 5-567.04; 5-568.4; 6. Stelle: 2 bis 4	2.450	900		3.350	
13.03	Plastische Rekonstruktion eines Harnleiters (z. B. durch Blasentappen, Modelage o. a.), einschl. Antirefluxplastik		5-563.0; 5-568.1 bis 3, 5, 8, 9	2.000	680		2.680	
13.04	Nierenbeckenplastik, ggf. unter Verlagerung abertender Gefäße und/oder Anlage einer Nierenfistel		5-557.4, 8, 7	1.890	610		2.500	
13.05	Nephrektomie, ggf. mit Ureterektomie		5-554.0	1.810	800		2.610	
13.06	Radikaloperation eines Nieren- oder Nebennierentumors mit Entfernung des regionalen Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal)		5-554.4 bis 6	2.140	1.440		3.580	
13.07	Operative Bildung eines kontinentalen Harnreservoirs		5-568.0 bis 2, 7; 5-577.0 bis 4; 5-567.1, 2; 5-578.6	5.970	2.260		8.230	
13.08	Inkontinenz-OP ohne Hysterektomie (Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz der Frau)		5-592; 5-593; 5-594; 5-595	1.190	360		1.550	
Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen								
14.01	Varikozelenoperation, offen-chirurgisch		5-630.0 bis 4	710	200		910	
14.02	Leistenhodenoperation, einseitig		5-624.0	820	270		1.090	
14.03	Leistenhodenoperation, beidseitig		5-624.1	910	370		1.280	
14.04	Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch		5-603	1.670	600		2.270	
14.05	Transurethrale Elektroresektion der Prostata		5-601.0, 1	820	440		1.260	
14.06	Radikaloperation des Prostatacarcinoms (radikale Prostatektomie), einschl. Entfernung der Samenblasen und Samenleiter sowie der pelvinen Lymphknoten		5-604.02, 12	3.100	1.390		4.490	
Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen								
15.01	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraffung		5-683 kombiniert mit 5-704.2	1.370	450		1.820	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	
15.02	Hysterektomie		5-683	1.290	420	1.710	
15.03	Ovarektomie und/oder Salpingektomie, einseitig		5-652.0, 2; 5-653.0; 5-661.0, 2	1.330	380	1.710	
15.04	Ovarektomie und/oder Salpingektomie, beidseitig		5-652.1; 5-653.1; 5-661.1	1.420	440	1.860	
15.05	Radikaloperation des Zervix- oder des Corpuscarcinoms, abdominal, mit Entfernung der regionalen Lymphknoten		5-685.1 bis .3, 6. Stelle: 1, 2	2.790	1.020	3.810	
Gruppe 16: Geburten und geburtshilfliche Operationen							
16.01	Vaginale Entbindung von Einlingen		9-260; 9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis .3; 8-505	890	140	1.030	
	bei Beleghebammen			340	140	480	
16.02	Entbindung von Mehrlingen		9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.4; 8-505	1.310	200	1.510	
	bei Beleghebammen			640	200	840	
16.03	Sectio		5-740; 5-741; 5-742; 5-749	1.650	400	2.050	
	bei Beleghebammen			1.020	400	1.420	
Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen							
17.01	Pseudarthrosen-Operation des Kniebeines		5-782.45 kombiniert mit 5-784.15; 5-782.45 kombiniert mit 5-786.0	1.170	400	1.570	
17.02	Einbau eines künstlichen Oberarmkopfes		5-824.0	1.560	1.870	3.430	
17.03	Einbau einer Hüftkopf-/Schaffprothese		5-820.3, 4	1.530	2.070	3.600	
17.04	Wechsel einer Hüftkopf-/Schaffprothese		5-821.11	1.730	2.680	4.410	
17.05	Wechsel einer künstlichen Hüftpfanne		5-821.21, 22	2.030	1.990	4.020	
17.06	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur	820.0, 8 714, 715.1 bis .3, 8, 9, 754.3, 905.3, 4	5-820.0 bis .2	1.530	2.470	4.000	
17.07	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose		5-820.0 bis .2	1.840	4.830	6.670	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Sachmittel	
1	2	3	4	5	6	7	7
17.08	Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese	996.4, .6,	5-821.12 bis .14, 5-821.23, .24, 5-821.3	2.900	5.920	8.820	8.820
17.09	Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur	820.0, .8	5-790.0 bis .2, .5, x, 6. Stelle: .8; 5-791.0, .3 bis .5, .9, x, 6. Stelle: .4; 5-792.0, .3 bis .5, .9, x, 6. Stelle: .4	1.280	730	2.010	2.010
17.10	Osteosynthetische Versorgung einer peritrochantären Oberschenkelfraktur	820.2	5-790.0 bis .5, x, 6. Stelle: .8; 5-791.0 bis .5, .7, .9, x, 6. Stelle: .5; 5-792.0 bis .5, .7, .9, x, 6. Stelle: .5	1.300	780	2.080	2.080
17.11	Umstellungsosteotomie eines großen Röhrenknochens mit Osteosynthese		5-781.0 bis .2, .5, .6, .8, .9, x, 6. Stelle: .2 bis .4, .9, a, b, Jeweils kombiniert mit 5-786	1.530	970	2.500	2.500
17.12	Inter- oder subtrochantäre Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 732.1, .2, .4, .6 bis .9, 736.3, 754.3, 905.3, .4	5-781.0 bis .2, .5, .6, .8, .9, x, 6. Stelle: .9, Jeweils kombiniert mit 5-786	1.670	1.090	2.760	2.760
17.13	Einbau einer Kniegelenkstotalendoprothese		5-822.1 bis .7, .9	1.930	8.280	10.210	10.210
17.14	Einbau einer unikompartmentalen Kniegelenks-Schlitzenprothese		5-822.0	1.670	3.770	5.440	5.440
17.15	Ersatz einer Endoprothese durch eine Kniegelenkstotalendoprothese		5-823.12 bis .17, 5-823.2 bis .4	2.910	7.880	10.790	10.790
17.16	Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat		5-803.0 bis .5; 5-813.3 bis .8	1.750	1.180	2.930	2.930
17.17	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)		5-787.3 bis .6, .8, 6. Stelle: .2, .9, a; 5-787.79	680	500	1.180	1.180
17.18	Osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C		5-793.1 bis .3, .8, x, 5-794.0 bis .2, .7, x, 6. Stelle: jeweils .6	1.100	410	1.510	1.510

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamtpunkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	7
17.19	Operation des Hallux valgus/rigidus durch Resektionsarthroplastik		5-788.3, 4	910	440		1.350
Gruppe 18: Operationen an der Mamma							
18.01	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne musclocutane Lappen		5-873; 5-874.0 bis 2, 6. Stelle: 2 bis 4, x	1.670	420		2.090
18.02	Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expanderanlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne musclocutane Lappen		5-873 kombiniert mit 5-889.2; 5-874.0 bis 2, 6. Stelle: 2 bis 4, x, kombiniert mit 5-889.2	1.670	1.420		3.090
18.03	Brustenthaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne musclocutane Lappen		5-871	1.360	380		1.740
18.04	Reduktionsplastik der Mamma, beidseitig		5-884; alle 5-Steller, 6. Stelle: 2	2.330	500		2.830
Gruppe 19: Operationen an Haut und Subcutis							
(derzeit nicht besetzt)							

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.1: Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte	
1	2	3	4	5	6	7	
II	Sonstige therapeutische Maßnahmen						
Gruppe 20: Maßnahmen für den Blutkreislauf							
20.01	Dilatation der extremitätsversorg. Gefäße einer Extremität, einer Seite, PTA, Perkutane, transkathetrische Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschli. der Kontrastmittelinjektion und Durchleuchtungen während des Eingriffs		8-836.0, 6. Stelle: 6, 8, 9	690	3.320	4.010	
20.02	Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA): Perkutane, transkathetrische Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien, einschli. der Kontrastmittelinjektion und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßerkrankungen		8-837.0	910	5.370	6.280	
III	Diagnostische Maßnahmen						
Gruppe 21: Untersuchungen der Körpersysteme							
21.01	Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschli. der Kontrastmittelinjektion und Durchleuchtungen während des Eingriffs		1-275.0 bis 2	790	850	1.640	
21.02	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßerkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschli. der Kontrastmittelinjektion und Durchleuchtungen während des Eingriffs		1-275.0 bis 2, kombiniert mit 8-837.0	1.210	5.430	6.640	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM 1)	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Belegassistenz			
				Sonderentgelt				Sonderentgelt			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	
Gruppe 1: Operationen am Nervensystem											
1.01	Dekompression peripherer Nerven bei Carpal-Tunnelsyndrom, Ulnarinnensyndrom, ggf. mit Vorverlagerung	354.0, 2	5.056.3, 4; 5.057.3, 4;	730	280	1.010		440	280	720	
Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen											
2.01	Einseitige, subtotale Schilddrüsenresektion		5-062.2	890	500	1.390		610	500	1.110	
2.02	Beidseitige, subtotale Schilddrüsenresektion		5-062.3 bis 5	1.010	410	1.420		670	410	1.080	
2.03	Radikalanoperation einer bösartigen Schilddrüsenneoplasie, einschl. Ausräumung der regionalen Lymphknotenregionen und ggf. der Nachbarorgane oder Rezidiveingriff nach vorangegangener Struma-Operation		5-061.1, 2; 5-062.6; 5-063.1 bis 3; 5-064.3, 4, 6, 7	1.040	630	1.670		650	630	1.280	
2.04	Operative Entfernung einer Nebenniere als selbständige Leistung		5-071.3	1.050	740	1.790		590	740	1.330	
Gruppe 3: Operationen an den Augen											
3.01	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkernexpression, Aspiration und Spaltung, ggf. einschl. Irdekтомie		5-144.0, 1; 6. Stelle: 2 bis 4, x	220	920	1.140		150	920	1.070	
3.02	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linienimplantation - mittels Linienkernverförsigung (Phakoemulsifikation), ggf. einschl. Irdekтомie		5-144.2; 6. Stelle: 2 bis 4, x	290	910	1.200		210	910	1.120	
Gruppe 4: Operationen an den Ohren											
4.01	Tympanoplastik mit Verschluss eines Trommelfeldefektes in mikrochirurgischer Technik, einschl. Transplantateinnahme		5-194	780	430	1.210		490	430	920	
4.02	Stiegbohreroperation		5-190; 5-191	710	440	1.150		440	440	880	
Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen											
5.01	Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligen Septum, ggf. mit Operation an den Schweißkörpern		5-214.0, 1	340	170	510		210	170	380	
Gruppe 6: Operationen in der Mundhöhle											
6.01	Laterale konservative Parotidektomie		5-262.0	1.140	280	1.420		720	280	1.000	
Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea											
7.01	Totale Laryngektomie		5-303.0	2.630	800	3.430		1.610	800	2.410	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur					Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist				
				Sonderentgelt					Sonderentgelt				
				Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Sachmittel	Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Sachmittel
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
I	Operationen												
Gruppe 8: Operationen an Lunge und Bronchien													
8.01	Einselige Segmentresektion, Lobektomie, Bilobektomie, (Pleuro-)Pneumektomie, ggf. mit Entfernung einzelner Lymphknoten		5-323.0, 6. Stelle: 1, 2; 5-324.0, 2; 5-327.0, 4	1.190	2.100	3.290	740	2.100			2.840		
8.02	Einselige Segmentresektion, Lobektomie, Bilobektomie, (Pleuro-)Pneumektomie mit radikaler Lymphadenektomie		5-323.0, 6. Stelle: 3; 5-324.1, 3, 6. Stelle: 1; 5-327.1, 5	1.620	2.200	3.820	1.060	2.200			3.280		
8.03	Lungenresektion mit Bronchusplastik/Anastomose und/oder Gefäßplastik/Anastomose sowie radikaler Lymphadenektomie		5-323.0, 1, 6. Stelle: 3 kombiniert mit 5-334.3, 5-397.4 oder 5-397.9; 5-324.1, 3, 5, 6. Stelle: 2 bis 5; 5-327.1 kombiniert mit 5-334.3, 5-397.4 oder 5-397.9	2.880	3.420	6.300	1.970	3.420			6.390		
8.04	Erweiterte Lungenresektion mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Vorhofektomie und Perikardersatzplastik sowie radikaler Lymphadenektomie		5-323.0, 1, 6. Stelle: 3 kombiniert mit 5-374.1 oder 5-374.2; 5-325.0 bis 9, x, y, 6. Stelle: 1 bis 3; 5-328.0 bis 4, x, y, 6. Stelle: 1 bis 3; 5-328.0, 3, 6. Stelle: 1 bis 3	2.740	4.880	7.620	1.870	4.880			6.760		

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonder- entgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.05	Erweiterte Lungenresektion mit Thoraxwand-Teilresektion oder Zwerchfell-Teilresektion und plastischem Ersatz mit Fremdmaterial sowie radikaler Lymphadenektomie		5-322.2, 3; 6. Stelle: 3 kombiniert mit 5-346.6 oder 5-347.3 oder 4; 5-323.0, 1; 6. Stelle: 3 kombiniert mit 5-346.6 oder 5-347.3 oder 4; 5-325.0 bis 9, x, y; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4; 5-326.0 bis 4, x, y; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4; 5-325.0 bis 9, x, y; 6. Stelle: 4 kombiniert mit 5-346.6; 5-326.0 bis 4, x, y; 6. Stelle: 4 kombiniert mit 5-346.6; 5-328.0, 3; 6. Stelle: 4 kombiniert mit 5-346.6; 5-328.0, 3; 6. Stelle: 5 kombiniert mit 5-347.3 oder 4	2.610	8.210	10.820	1.730	8.210	9.940
8.06	Trachea- oder Bifurkationsresektion mit Reanastomosierung oder Prothesenimplantation		5-314.11; 5-316.4 bis 6, 8; 5-321.2, 3 5-334.3, 4	1.990	2.940	4.930	1.360	2.940	4.300
8.07	Marschell(m)pleuro-pneumonektomie mit Reanastomosierung eines Lungenflügels sowie intrapleuraler Gefäßversorgung, Perikardersatzplastik und radikaler Lymphadenektomie		5-328.1, 4, 6. Stelle 1 bis 3	3.430	4.900	8.330	2.430	4.900	7.330
8.09	Ausgedehnte Resektionen von Sternum, Thoraxwand oder Zwerchfell, einschließlich Metall- und/oder Kunststoffimplantaten		5-343.2 bis 4; 5-346.4, 6 bis 8; 5-347.2 bis 4; 5-342.19	1.630	7.820	8.460	1.120	7.820	8.940
8.10	Einselrige Lungenmetastasenektomie, offen chirurgisch mit mehr als drei entfernten Metastasen sowie Lymphadenektomie	197.0	5-322.0, 2, 5-323.0, 6. Stelle jeweils: 2, 3	1.940	4.200	6.140	1.290	4.200	5.490

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegopérateur			Bewertungsrelationen bei Beleganästhesist		
				Sonderentgelt		Gesamtpunkte	Sonderentgelt		Gesamtpunkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.11	Simultane doppelseitige transilluminale Metastasenchirurgie und Lymphadenektomie	197.0	5-322.1, 3, 5-323.1, 6. Stelle jeweils: 2, 3	2.200	4.900	7.100	1.470	4.900	6.370
8.12	Dekortikation bei Schwielen oder Karzinose, bzw. Mesotheliom/Emphysektomie und Feindekortikation		5-344.0; 5-345.1	2.210	2.520	4.730	1.490	2.520	4.010
8.13	Pleurektomie/Entfernung eines Pleuratumors, auch minimalinvasiv		5-344.1, 2, x, y; 5-345.0	1.520	2.130	3.650	1.020	2.130	3.150
8.14	Entfernung eines Mediastinaltumors, offen chirurgisch		5-077; 5-342.01; 5-342.11	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		5-342.15, 18	2.510	6.390	8.900	1.640	6.390	8.030
8.16	Lungenresektionen minimal-invasiv		5-322.2, 5-323.0, 5-324.0, 1, 5-327.0, 1, 4, 5, jeweils kombiniert mit 1-691.0	1.580	6.910	8.490	1.050	6.910	7.960
8.17	Tracheaendoprothese bronchoskopisch implantiert		5-319.12; 5-339.02	850	2.440	3.290	590	2.440	3.030

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
				Sonderentgelt			Punkte Personal	Sonderentgelt			Punkte Personal
				Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Sachmittel		Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Sachmittel	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	Operationen										
Gruppe 9: Operationen am Herzen											
9.01	Schrittmacher-Implantation, Einkammersystem - auch Reimplantation		5-377.1; 5-378.82 und .63	660	5.770	6.430	420	5.770	6.190		
9.02	Schrittmacher-Implantation, Zweikammersystem - auch Reimplantation		5-377.2; 5-378.81 und .64	840	10.130	10.970	520	10.130	10.850		
9.03	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Einkammersystem		5-378.53	580	5.420	6.000	370	5.420	5.790		
9.04	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Zweikammersystem		5-378.54	860	8.830	9.690	500	8.830	9.330		
9.05	Versorgung mit einem implantablen Defibrillator, einschließlich Wechsel		5-377.3; 5-378.51, .61	1.250	59.940	61.190	750	59.940	60.890		
9.06	Operation eines Aortenaneurysmas im Thorax mit einer klappentragenden Rohrprothese unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine	441.2	5-354.08	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, ggf. kombiniert mit TEA		5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: .2; 5-363.4	2.760	6.220	8.980	1.710	6.220	7.930		
9.08	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung der inneren Brustwandarterie kombiniert mit aortokoronarer Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. kombiniert mit TEA		5-361.1 bis .5, 6. Stelle: .2 kombiniert mit .3, 6. Stelle: .4 isoliert; 5-363.4 kombiniert mit 5-361.1 bis .5, 6. Stelle: .1	2.980	6.430	9.410	1.840	6.430	8.270		
9.09	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als aortokoronarer Venen-Bypass ohne Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. kombiniert mit TEA		5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: .1	2.690	6.440	9.130	1.660	6.440	8.100		
9.10	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizleitungstriffl am Herzen, ggf. kombiniert mit TEA		5-361 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.4 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.0 kombiniert mit 5-369.5; 5-363.1, .2; 5-363.3 kombiniert mit 5-369.5	3.390	7.140	10.530	2.080	7.140	9.220		

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Beleganästhesist			
				Sonderentgelt		Gesamt-punkte		Sonderentgelt		Gesamt-punkte	
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Personal	Punkte Sachmittel
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9.11	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe		5-350.1, .3, .5, .7; 5-353; 5-354.0 bis .3, 6. Stelle: außer .8	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		5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4	2.410	11.890	14.300	1.480	11.890		13.370	
9.13	Herz-Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe		5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4 kombiniert mit 5-353, 5-350 oder 5-354.0 bis .3, 6. Stelle: alle außer .8	2.890	13.390	16.280	1.730	13.390		16.120	
9.14	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur von zwei Herzklappen		5-350.x; 5-350 kombiniert mit 5-353	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		5-351.4 bis .6, .x, 6. Stelle: 2 bis .4	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		5-351.4 bis .6, .x, 6. Stelle: 2 bis .4 kombiniert mit 5-350 oder 5-353	2.890	17.650	20.540	1.750	17.650		19.400	
9.17	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizführeingriff mit Ersatz einer Herzklappe		5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4 kombiniert mit 5-379.5; 5-352	3.000	12.620	15.620	1.850	12.620		14.470	
9.18	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizführeingriff an zwei Herzklappen		5-351.4 bis .6, .x, 6. Stelle: 2 bis .4 kombiniert mit 5-379.5; 5-352.0 bis .3 mehrfach; 5-351.0 bis .3, 6. Stelle: 2 bis .4, kombiniert mit 5-350 + 5-379.5 oder 5-353 + 5-379.5	3.390	18.070	21.460	2.150	18.070		20.220	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Beleganästhesist			
				Sonderentgelt				Sonderentgelt			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	
9.19	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Klappenrekonstruktion		5-361, 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-350 oder 5-353	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		5-362.0, 1, x	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, ggf. kombiniert mit TEA, und Ersatz von zwei Klappen		5-362.2, 3; 5-361 kombiniert mit 5-351.4 bis 6, x, 6, Stelle: 2 bis 4	3.550	17.320	20.870		2.200	17.320	19.520	
9.22	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombinationseingriff von Koronarchirurgie (z.B. mit Aneurysmaresektion oder ASD/VSD) ohne Klappenchirurgie		5-361, 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-356, 5-363.0, 5-369.1, 5-370.3, 5-373.0 bis 2; 5-374.6; 5-362.3 isoliert	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		5-370, 5-372; 5-373; 5-374	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		5-355.1; 5-357; 5-360.0 bis 5, x	1.090	4.190	5.280		640	4.190	4.830	
9.26	Einsatz einer intraaortalen Ballonpumpe, offen chirurgisch im Zusammenhang mit einer Herzoperation oder perkutan; Hinweis: Der offen chirurgische Eingriff ist nur im Zusammenhang mit einem herzchirurgischen Eingriff abrechenbar		8-839.0; 5-378.0	310	2.630	2.940		210	2.630	2.840	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegopereatur				Bewertungsrelationen bei Belegopereatur und Beleganästhesist			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte	Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Gesamt		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Gesamt	
1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	
Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen											
10.01	Rekonstruktive Operation an den extrakraniellen hirnversorgenden Gefäßen einer Seite - auch mit Einlegen eines Shunts, ggf. mit Patch-Plastik		5-380, 5-381, 5-382, 5-383, 5-393, 5-395, 5-396, 5-397, 5. Stelle: jeweils 0	980	830	1.810		600	830	1.430	
10.02	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Stenose oder Verschluss und Ersatz durch Rohrprothese		5-384.3 bis 5, x, y, 6. Stelle: 1; 5-393.3, 6. Stelle: 1	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		5-384.3 bis 5, x, y, 6. Stelle: 3, 5; 5-393.3, 6. Stelle: 3, 6	1.850	3.430	5.280		1.130	3.430	4.560	
10.04	Rekonstruktionsoperation an der Aorta bei Aneurysma und Ersatz durch Rohrprothese		5-384.3 bis 5, x, y, 6. Stelle: 2	1.720	3.120	4.840		1.050	3.120	4.170	
10.05	Rekonstruktionsoperation an der Bauchorta bei Aneurysma und Ersatz durch Y-Prothese		5-384.3 bis 5, x, y, 6. Stelle: 4, 6	1.770	3.280	5.050		1.080	3.280	4.360	
10.06	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß, einschl. Nierenarterie		5-381.6; 5-382.6; 5-383.6; 5-393.48, 49; 5-395.6; 5-396.6; 5-397.6	1.820	3.050	4.870		1.040	3.050	4.090	
10.07	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig mit Gefäßprothese		5-383.5, 6. Stelle: 2 bis 5; 5-383.4, 6. Stelle: 1, 2, 7; 5-393.3, 6. Stelle: 2, 5, 7	1.290	2.400	3.690		800	2.400	3.200	
10.08	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig ohne Gefäßprothese		5-381.5, 5-382.5, 5-395.5, 5-396.5, 5-397.5, 5-380.5, 6. Stelle: jeweils 2 bis 5	1.150	850	2.000		690	850	1.540	
10.09	Anlage einer Gefäßprothese: axillo-femorale und femoro-femorale		5-393.15, 58	1.470	3.060	4.530		880	3.060	3.940	
10.10	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, ohne Anlage einer Gefäßprothese		5-381.7; 5-383.7 kombiniert mit 5-830.0; 5-393.51 kombiniert mit 5-830.0; 5-393.53 kombiniert mit 5-830.0; 5-395.7; 5-396.7	1.000	910	1.910		610	910	1.520	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegassistenz		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.11	Oberschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung eines nicht körpereigenen Gefäßersatzes		5-383.7 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2; 5-393.51 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2; 5-393.53 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2	1.190	2.670	3.860	740	2.670	3.410
10.12	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, ohne Gefäßprothese		5-393.54 kombiniert mit 5-930.0	1.200	1.350	2.550	740	1.350	2.090
10.13	Kniekehlenarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-poplitealen Umleitung, mit nichtkörpereigenem Gefäßersatz		5-393.54 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2	1.370	3.550	4.920	850	3.550	4.400
10.14	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, ohne Gefäßprothese		5-393.55 kombiniert mit 5-930.0	1.540	990	2.530	970	990	1.960
10.15	Unterschenkelarterien-Rekonstruktionsoperation, mit Anlegung einer femoro-cruralen Umleitung, mit nichtkörpereigenem Gefäßersatz		5-393.55 kombiniert mit 5-930.4 oder 5-930.2	1.730	3.240	4.970	1.080	3.240	4.320
10.16	Venenexstirpation durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes, einseitig, einschl. Crosssektomie		5-385.41, 61	820	350	1.170	530	350	880
10.17	Thrombektomie der Bein- und/oder Beckenvenen, einseitig, ggf. auch mit Anlage einer a.v.-Fistel		5-380.9; 6. Stelle: 8, 9, a, b, c	690	900	1.590	420	900	1.320
Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem									
11.01	Retropertitoneale Lymphadenektomie, ggf. einschl. Entfernung der iliacalen Lymphknoten		5-404.2 bis 5, 5-402.2	1.610	1.340	2.950	960	1.340	2.300
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt									
12.01	Operative Nahrung eines Kolon- oder Ileum-Conduits		5-565.0, 1, 5	2.410	2.700	5.110	1.470	2.700	4.170
12.02	Operativer Eingriff am Oesophagus bei abdomino-thorakalem Zugang mit Intra-thorakaler Verlagerung von Magen und Darmanteilen		5-426.1, 2, 6. Stelle: 1 bis 4	2.980	3.830	6.810	1.850	3.830	5.680
12.03	Teilresektion des Magens (Prinzip B I oder B II)		5-435.0 bis 2, 5-436.0, 1	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		5-437. alle 5-Stellen, 6. Stelle: 2 bis 5; 5-443	1.680	2.520	4.180	1.050	2.520	3.570
12.05	Vagotomie am Magen mit zusätzlichem Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserweiterung, einschl. Plastik)		5-444.12, 22	1.320	780	2.100	790	780	1.570
12.06	Teilresektion des Kolons - ggf. auch mit Anlage eines Anus praeter		5-455.0 bis 7, 6. Stelle: 1 bis 4	1.250	1.710	2.960	800	1.710	2.510

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	KCD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Belegassistenzist			
				Sonderentgelt			Gesamt- punkte	Sonderentgelt			Gesamt- punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Gesamt		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Gesamt	
1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	
12.07	Totale Kolektomie mit Ileostomie oder subtotaler Kolektomie		5-455.8, 6. Stelle: .1 bis .4; 5-456.02	1.770	1.930	3.700		1.100	1.930	3.030	
12.08	Abdomino-perineale Rektumexstirpation mit Anus praeter naturalis		5-485.01, .21	1.370	1.750	3.120		840	1.750	2.590	
12.09	Teilresektion der Leber oder Exzision eines Tumors, auch mit Zystektomie		5-501.1; 5-501.21, .23; 5-502	1.260	1.610	2.870		780	1.610	2.390	
12.10	Cholezystektomie, offen-chirurgisch		5-511.00, .01, 5-511.20, .21	790	440	1.230		520	440	960	
12.11	Cholezystektomie, offen-chirurgisch, mit operativer Revision des Ductus hepatocholedochus		5-511.02, 5-511.22	1.060	660	1.720		660	660	1.320	
12.12	Cholezystektomie, laparoskopisch		5-511.10, .11	880	760	1.640		580	760	1.340	
12.13	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnitts		5-512.2 bis .4	1.700	1.270	2.970		1.030	1.270	2.300	
12.14	Pankreaschwanzresektion oder subtotaler Linkarsektion mit Drainage		5-524.0	1.770	1.960	3.730		1.150	1.960	3.110	
12.15	Pankreatoduodenektomie (z. B. nach Whipple) - auch Exstirpation des Pankreas		5-524.1 bis .3; 5-525.0 bis .2	2.600	3.060	5.660		1.640	3.060	4.700	
12.16	Appendektomie, offen-chirurgisch		5-470.0, .2; 5-479.1	530	210	740		360	210	570	
12.17	Appendektomie, laparoskopisch		5-470.1	660	660	1.340		470	650	1.120	
12.18	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruchs		5-535.0; 5-536.0	560	310	870		340	310	650	
12.19	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruchs mit Plastik	553.2	5-535.1 bis .3; 5-536.1 bis .4	790	400	1.190		480	400	880	
12.20	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruchs, einseitig		5-530, 5-531, 5-534, 5. Stelle: jeweils .0 bis .3	640	220	860		420	220	640	
12.21	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruchs, als Reizchirurgie, einseitig	553.1	5-530, 5-531, 5. Stelle: jeweils .5 bis .7; 5-536.0 bis .4	710	270	980		470	270	740	
12.22	Operation einer inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	550.1, 552.0 bis .2, .8	5-530, 5-531, 5-534, 5-535, 5. Stelle: jeweils .0 bis .3; 5-536.0 bis .4	650	350	1.000		420	350	770	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegopérateur					Bewertungsrelationen bei Belegärztin und Belegassistenz				
				Sonderentgelt					Sonderentgelt				
				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				
Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen													
13.01	Verpflanzung eines Harnleiters in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik		5-564.0, 2, 3; 5-567.02, 4; 5-568.41, 6, 7; 5-706.3	1.160	730	1.890	650	730	1.380				
13.02	Verpflanzung mehrerer Harnleiter in Blase oder Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik		5-564.1, 6; 5-567.04; 5-568.4; 6. Stelle: 2 bis 4	1.560	900	2.460	870	900	1.770				
13.03	Plastische Rekonstruktion eines Harnleiters (z. B. durch Blasenklappen, Modellage o. ä.), einschl. Antirefluxplastik		5-563.0; 5-568.1 bis 3, 5, 8, 9	1.260	680	1.940	760	680	1.440				
13.04	Nierenbackenplastik, ggf. unter Verlagerung abtrender Gefäße und/oder Anlage einer Nierenfistel		5-557.4, 6, 7	1.220	610	1.830	700	610	1.310				
13.05	Nephrektomie, ggf. mit Ureterektomie		5-554.0	1.160	800	1.960	700	800	1.500				
13.06	Radikalektomie eines Nieren- oder Nebennierentumors mit Entfernung des regionalen Lymphstranggebietes (auch transabdominal oder transthorakal)		5-554.4 bis 6	1.340	1.440	2.780	780	1.440	2.220				
13.07	Operative Bildung eines kontinenten Harnreservoirs		5-566.0 bis 2, 7; 5-577.0 bis 4; 5-567.1, 2; 5-578.6	3.730	2.260	5.990	2.270	2.260	4.530				
13.08	Inkontinenz-OP ohne Hysterektomie (plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz der Frau)		5-592; 5-593; 5-594; 5-595	780	360	1.140	450	360	810				
Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen													
14.01	Varikozelenoperation, offen-chirurgisch		5-630.0 bis 4	510	200	710	370	200	570				
14.02	Leistenhernioperation, einseitig		5-624.0	550	270	820	330	270	600				
14.03	Leistenhernioperation, beidseitig		5-624.1	600	370	970	340	370	710				
14.04	Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch		5-603	1.060	600	1.660	760	600	1.360				
14.05	Transurethrale Elektresektion der Prostata		5-601.0, 1	610	440	1.050	400	440	840				
14.06	Radikalektomie des Prostatacarcinoms (radikale Prostatektomie), einschl. Entfernung der Samenbläschen und Samenleiter sowie der perivinen Lymphknoten		5-604.02, 12	1.960	1.390	3.350	1.140	1.390	2.530				
Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen													
15.01	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidennarrafung		5-683 kombiniert mit 5-704.2	880	450	1.340	590	450	1.040				
15.02	Hysterektomie		5-683	850	420	1.270	560	420	980				
15.03	Ovarektomie und/oder Salpingektomie, einseitig		5-652.0, 2; 5-653.0; 5-661.0, 2	890	380	1.270	550	380	930				

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
				Sonderentgelt			Gesamtpunkte	Sonderentgelt			Gesamtpunkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Personal		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Personal	
1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	
15.04	Ovariektomie und/oder Salpingektomie, beidseitig		5-652.1; 5-653.1; 5-661.1	920	440	1.360		560	440	1.000	
15.05	Radikalooperation des Zervix- oder des Corpuscarcinoms, abdominal, mit Entfernung der regionalen Lymphknoten		5-685.1 bis .3, 6. Stelle: .1, .2	1.730	1.020	2.750		1.040	1.020	2.060	
Gruppe 16: Geburten und geburtshilfliche Operationen											
16.01	Vaginale Entbindung von Einlingen		9-260; 9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.1 bis .3; 8-505	600	140	740		570	140	710	
	bei Beleghebamme			50	140	190		30	140	170	
16.02	Vaginale Entbindung von Mehrlingen		9-261; 5-720; 5-724; 5-725; 5-727; 5-728; 5-729; 5-732.4; 8-505	850	200	1.050		800	200	1.000	
	bei Beleghebamme			180	200	380		130	200	330	
16.03	Sectio		5-740; 5-741; 5-742; 5-749	1.210	400	1.610		980	400	1.380	
	bei Beleghebamme			610	400	1.010		380	400	780	
Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen											
17.01	Pseudarthrosen-Operation des Kniegelenks		5-782.45 kombiniert mit 5-784.15; 5-782.45 kombiniert mit 5-786.0	850	400	1.250		550	400	950	
17.02	Einbau eines künstlichen Oberarmkopfes		5-824.0	960	1.870	2.830		510	1.870	2.380	
17.03	Einbau einer Hüftkopf-/Schaffprothese		5-820.3, .4	1.010	2.070	3.080		690	2.070	2.760	
17.04	Wechsel einer Hüftkopf-/Schaffprothese		5-821.11	1.020	2.680	3.700		620	2.680	3.300	
17.05	Wechsel einer künstlichen Hüftpfanne		5-821.21, .22	1.240	1.990	3.230		770	1.990	2.760	
17.06	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur	820.0, .8	5-820.0 bis .2	1.010	2.470	3.480		690	2.470	3.160	
		714, 715.1 bis .3, .8, .9, 754.3, 905.3, .4	5-820.0 bis .2	940	4.830	6.770		550	4.830	6.380	
17.07	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose										
17.08	Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese	998.4, .6,	5-821.12 bis .14, 5-821.23, .24; 5-821.3	1.250	5.920	7.170		790	5.920	6.710	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

- 66 -

Drucksache 503/95

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	KCD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
				Sonderentgelt			Sonderentgelt			
				Punkte Personal	Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17.09	Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur	820.0, 8	5-790.0 bis .2, .5, x, 6. Stelle: .8; 5-791.0, .3 bis .5, .9, x; 6. Stelle: .4; 5-792.0, .3 bis .5, .9, x, 6. Stelle: .4	930	730	1.660	630	730	1.360	
17.10	Osteosynthetische Versorgung einer petrochanteren Oberschenkelfraktur	820.2	5-790.0 bis .5, x, 6. Stelle: .8; 5-791.0 bis .5, .7, .9, x, 6. Stelle: .5; 5-792.0 bis .5, .7, .9, x, 6. Stelle: .5	940	780	1.720	650	780	1.430	
17.11	Umstellungsosteotomie eines großen Röhrenknochens mit Osteosynthese		5-781.0 bis .2, .5, .6, .8, .9, x, 6. Stelle: .2 bis .4, .9, a, b, jeweils kombiniert mit 5-786	1.030	970	2.000	620	970	1.590	
17.12	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 732.1, .2, .4, .6 bis .9, 736.3, 754.3, 905.3, .4	5-781.0 bis .2, .5, .6, .8, .9, x, 6. Stelle: .9; jeweils kombiniert mit 5-786	930	1.090	2.020	620	1.090	1.710	
17.13	Einbau einer Kniegelenktotalendoprothese		5-822.1 bis .7, .9	1.010	8.280	9.290	660	8.280	8.940	
17.14	Einbau einer unikompartmentalen Kniegelenks-Schlietterprothese		5-822.0	850	3.770	4.620	550	3.770	4.320	
17.15	Ersatz einer Endoprothese durch eine Kniegelenktotalendoprothese		5-823.12 bis .17, 5-823.2 bis .4	1.510	7.890	9.390	960	7.890	8.840	
17.16	Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat		5-803.0 bis .5; 5-813.3 bis .8	910	1.180	2.090	600	1.180	1.780	
17.17	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)		5-787.3 bis .6, .8, 6. Stelle: .2, .9, a; 5-787.79	420	500	920	260	500	760	
17.18	Osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C		5-793.1 bis .3, .8, x, 5-794.0 bis .2, .7, x, 6. Stelle: jeweils .6	780	410	1.190	530	410	940	

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM 1)	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegärztin und Belegassistenz		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.19	Operation des Hallux valgus/rigidus durch Resektionsarthroplastik		5-788.3, 4	470	440	910	270	440	710
Gruppe 18: Operationen an der Mamma									
18.01	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expendereinnahme (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne muskulocutane Lappen		5-873; 5-874.0 bis .2; 6. Stelle: 2 bis 4, x	1.150	420	1.570	760	420	1.180
18.02	Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expendereinnahme (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionalen Lymphstromgebiete), ohne muskulocutane Lappen		5-873 kombiniert mit 5-889.2; 5-874.0 bis .2; 6. Stelle: 2 bis 4, x, kombiniert mit 5-889.2	1.150	1.420	2.570	760	1.420	2.180
18.03	Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenentfernung, ohne muskulocutane Lappen		5-871	910	380	1.290	600	380	980
18.04	Reduktionsplastik der Mamma, beidseitig		5-884, alle 5-Stellen, 6. Stelle: 2	1.450	500	1.950	840	500	1.340
Gruppe 19: Operationen an Haut und Subcutis (derzeit nicht besetzt)									

1) ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

- 68 -

Drucksache 503/95

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	ICPM ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Beleganästhesist			
				Sonderentgelt			Sonderentgelt			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
II	Sonstige therapeutische Maßnahmen									
Gruppe 20: Maßnahmen für den Blutkreislauf										
20.01	Dilatation der extremitätsversorg. Gefäße einer Extremität, PTA: Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs		8-836.0, 6. Stelle: 6, 8, 9	330	3.320	3.650				
20.02	Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA): Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßkrankungen		8-837	350	5.370	5.720				
III	Diagnostische Maßnahmen									
Gruppe 21: Untersuchungen der Körpersysteme										
21.01	Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmittelinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs		1-275.0 bis 2	320	850	1.170				
21.02	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmittelinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs		1-275.0 bis 2, kombiniert mit 8-837.0	450	5.430	5.880				

¹⁾ ICPM in der Fassung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Seite:
Datum:

- abgelaufenes Kalenderjahr
- vollstationär behandelte, entlassene Patienten

[illegible]

*) Musterblatt; Lieferung auf maschinellen Datenträgern (§ 17 Abs. 4 Satz 3).

**) Codiert wird der leitende Eingriff während einer OP-Sitzung. Weitere Eingriffe sind in der Spalte 3 als Anzahl auszuweisen. Die Codierhinweise des Operationenschlüssels nach § 301 SGB V sind zu beachten. Mehrfachcodierungen in Spalte 1, d. h. die Dokumentation mehrerer leitender Eingriffe während einer OP-Sitzung, sind nur zulässig für

- a) Eingriffe zur Versorgung von Mehrfachverletzungen (5-981) und
- b) Eingriffe zur Versorgung von Polytraumen (5-982).

***) Gesondert auszuweisen als Davon-Zahl sind die Codes des Bereichs 5-98 "Mikrochirurgie und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen".

22.09.95

Beschluß
des Bundesrates

Zweite 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

Änderungen
der
Zweiten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

1. Zu Artikel 1 Nr. 2a -neu- (§ 11 Abs.7 Satz 1)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

'2a. In § 11 Abs. 7 Satz 1 werden die Worte "und Sonderentgelte" gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zu der von der Bundesregierung zu § 8 Abs. 5 beschlossenen Regelung (Artikel 1 Nr. 2.).

2. Zu Artikel 1 Nr. 8a -neu- (§ 28 Abs. 11 und 12)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 8a einzufügen:

- '8a. a) In § 28 Abs. 11 werden die Worte "§ 17 Abs. 4 Satz 3 Nr. 1" durch die Worte "§ 17 Abs. 4 Satz 4 Nr. 1" ersetzt.
- b) In § 28 Abs. 12 werden die Worte "§ 17 Abs. Satz 3 Nr. 2" durch die Worte "§ 17 Abs. 4 Satz 4 Nr. 2" ersetzt.'

Begründung:

Redaktionelle Änderungen.

3. Zu Artikel 1 Nr. 9 und 10 (Anhang 1 und 2)

- a) In Anhang 1 ist für folgende Fallpauschalen die Zuordnung des ICPM-Schlüssels in Spalte 4 wie folgt zu ändern:

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICPM
1	2		4
9.02	Koronare Herzkrankheit	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung der inneren Brustwandarterie kombiniert mit aortokoronarem Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	5-361.0 bis .5, 6. Stelle: .2, kombiniert mit .1, .3, 6. Stelle .4 isoliert; 5-363.4 kombiniert mit 5-361.0 bis 5, 6. Stelle: .1, .3
9.06	"	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/ Verlegung in die Herzchirurgie	5-362.0, .1, .x, 6. Stelle: .1 bis .4
9.09	"	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4
9.10	"	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-353, 5-350 oder 5-354.0 bis .3, 6. Stelle: alle außer .8
9.11	"	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	5-351.4 bis .6, .x, 6. Stelle: .1 bis .4, .x
9.12	"	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Rezidiveingriff mit Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352
9.13	"	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Rezidiveingriff an zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie	5-351.4 bis .6, .x, 6. Stelle: .1 bis .4, .x, kombiniert mit 5-379.5; 5-352.0 bis .3 mehrfach; 5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-350 und 5-379.5 oder 5-353 und 5-379.5

- b) In Anhang 2 ist für folgende Sonderentgelte die Zuordnung des ICPM-Schlüssels in Spalte 4 wie folgt zu ändern:

SE Nr.	Sonderentgeltdefinition	ICPM
1	2	4
9.08	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung der inneren Brustwandarterie kombiniert mit aortokoronarem Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. kombiniert mit TEA	5-361.0 bis .5, 6. Stelle: .2, kombiniert mit .1, .3, 6.Stelle .4 isoliert; 5-363.4 kombiniert mit 5-361.0 bis .5, 6. Stelle: .1, .3
9.12	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4
9.13	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-353, 5-350 oder 5-354.0 bis .3, 6. Stelle: alle außer .8
9.15	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen	5-351.4 bis .6, x, 6. Stelle: .1 bis .4, x
9.16	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen und Korrektur weiterer Herzklappen	5-351.4 bis .6, x, 6. Stelle: .1 bis .4, x, kombiniert mit 5-350 oder 5-353
9.17	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Rezidiveingriff mit Ersatz einer Herzklappe	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352
9.18	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Rezidiveingriff an zwei Herzklappen	5-351.4 bis .6, x, 6. Stelle: .1 bis .4, x, kombiniert mit 5-379.5; 5-352.0 bis .3 mehrfach; 5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-350 und 5-379.5 oder 5-353 und 5-379.5
9.19	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Klappenrekonstruktion	5-361, 5-363.4, Jeweils kombiniert mit 5-350 oder 5-353
9.20	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie und Ersatz einer Herzklappe	5-362.0, .1, x, 6. Stelle: .1 bis .4
9.21	Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombination von Koronarchirurgie, ggf. kombiniert mit TEA, und Ersatz von zwei Herzklappen	5-362.2, 6. Stelle: .1 bis .4, x; 5-362.3, 5-361, jeweils kombiniert mit 5-351.4 bis .6, x 6. Stelle: .1 bis .4, x
20.02	Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA): Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßkrankungen	8-837.0

Begründung

Auch nach Beschluß der Bundesregierung haben weitere Diskussionen und Verhandlungen mit den Fachgesellschaften in Abstimmung mit dem zuständigen Bundesressort dazu geführt, daß einige klarstellende Änderungen der leistungsbezogenen Zuordnung der ICPM-Schlüssel in Spalte 4 im Anhang 1 und 2 der Änderungsverordnung erforderlich sind.

4. Zu Artikel 1 Nr. 12 Buchst. d Unterbuchst. a (Anlage 3 Anhang 2 Fußnote 23 Buchst. a)

Zu Artikel 1 Nr. 12 Buchst. d1 -neu- (Anlage 3 Anhang 2 Fußnote 24 Buchst. a)

Zu Artikel 1 Nr. 12 Buchst. d2 -neu- (Anlage 3 Anhang 2 Fußnote 27 Satz 1)

- In Artikel 1 Nr. 12 Buchst. d Unterbuchst. a ist in Anlage 3 Anhang 2 in der Fußnote 23 nach Buchst. a folgender Satz anzufügen:

"In den Erlösabzug sind Zu- oder Abschläge nach § 11 Abs. 3 zu 95 % einzubeziehen."

- In Artikel 1 Nr. 12 sind folgende Buchstaben d1 und d2 einzufügen:

'd1) An die Fußnote 24 Buchstabe a ist folgender Satz anzufügen:

"In den Erlösabzug sind Zu- oder Abschläge nach § 11 Abs. 3 zu 95 % einzubeziehen."

d2) An die Fußnote 27 Satz 1 ist folgender Satz anzufügen:

...

"In den Erlösabzug sind Zu- oder Abschläge nach § 11 Abs. 3 zu 95% einzubeziehen."

Begründung:

Es wird klargestellt, daß bei Erlösabzug gemäß § 12 Abs. 2 Satz 1 Zu- oder Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 einzubeziehen sind (§ 12 Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz).

(Im übrigen keine Änderung des Regierungsbeschlusses).